



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
Visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZUMEVANJE IN POMEN DUHOVNOSTI  
IN DUHOVNE OSKRBE V PALIATIVNI  
ZDRAVSTVENI NEGI**

Mentorica: doc. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Branka Toman

Jesenice, avgust, 2012

## ZAHVALA

Najprej bi se zahvalila svoji mentorici doc. dr. Brigiti Skela Savič za vso pomoč, usmeritve in nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se dr. Anji Simonič, pred. in Marjani Bernot, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se g. Mirotu Mraku za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvala gre tudi zaposlenim v Splošni bolnišnici Jesenice, Bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo ter na Onkološkem inštitutu Ljubljana, ki so sodelovali pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika.

Zahvaljujem se tudi družini in prijateljem, ki so me vzpodbujali pri pisanju diplomskega dela, ter mi ves čas študija stali ob strani in me podpirali.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** V času soočenja z neozdravljivo boleznijo je duhovna oskrba nepogrešljivi sestavni del paliativne oskrbe. Razumevanje koncepta duhovnosti v paliativni zdravstveni negi daje medicinskim sestram moč in znanje, ki ga potrebujejo za nudenje celostne duhovne oskrbe. Nudenje duhovne oskrbe neozdravljivo bolnim je sestavljeno iz ocenjevanja duhovnega stanja, načrtovanja intervencij duhovne oskrbe, izvajanja aktivnosti duhovne podpore in ocene opravljenega dela.

**Cilj:** Raziskati, kako medicinske sestre razumejo duhovnost in duhovno oskrbo v paliativni zdravstveni negi in na kakšen način jo zagotavljajo pri pacientih v paliativni oskrbi.

**Metoda:** Uporabili smo anketni vprašalnik, ki je bil razdeljen v tri vsebinske sklope. Sestavljen je bil iz zaprtih in odprtih vprašanj. 270 anketnih vprašalnikov smo po metodi namenskega vzorca razdelili med diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege, zaposlene v Splošni bolnišnici Jesenice, Bolnišnici Golnik, kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo in Onkološkem inštitutu Ljubljana. Realizacija vzorca je bila 51,1 %. Zbiranje podatkov je potekalo od meseca novembra 2011 do januarja 2012. Rezultati so bili računalniško obdelani v statističnem programu SPSS 18.0.

**Rezultati:** Anketiranci so mnenja, da potreba po duhovni oskrbi v obdobju neozdravljive bolezni in umiranja raste ( $4,5 \pm 0,7$ ), in kot najpogostejšo duhovno potrebo so označili potrebo po druženju in stiku z bližnjimi (46,4 %). Najpogosteje izvajane aktivnosti duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi so spoštovanje pacientovega dostojanstva ( $4,7 \pm 0,7$ ), spoštovanje pacientovega verskega prepričanja ( $4,6 \pm 0,7$ ) in spoštovanje pacientovega odnosa do nabožnih predmetov ( $4,4 \pm 0,9$ ), za katere se je pokazala tudi statistično pomembna povezava med prepričanjem glede lastne duhovnosti in pogostostjo izvajanja aktivnosti duhovne oskrbe ( $p = 0,029$ ). Kot glavno oviro za izvajanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi so anketiranci označili pomanjkanje časa (63,8 %).

**Razprava:** Anketiranci se strinjajo, da sta duhovnost in duhovna oskrba ključni komponenti, ki nastopata v paliativni zdravstveni negi. Raziskava je pokazala, da se

medicinske sestre redno srečujejo z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi, vendar se je izkazalo, da za obravnavanje duhovnih vidikov nimajo ne dovolj znanja niti dovolj časa, prav tako pa jim ni naklonjena organizacijska kultura.

**Ključne besede:** duhovnost, duhovna oskrba, paliativna zdravstvena nega.

## SUMMARY

**Theoretical basis:** When facing an incurable disease, spiritual care is an indispensable part of palliative care. Understanding the concept of spirituality in palliative care gives nurses the power and knowledge they need to provide a comprehensive spiritual care. Providing spiritual care to patients with an incurable disease encompasses the assessment of their spiritual state, planning spiritual care interventions, exercising the activities of spiritual support, and the assessment of the work done.

**Aim:** The goal is to research how nurses understand spirituality and spiritual care in palliative care, as well as how they provide it to patients receiving palliative care.

**Method:** We used a survey that was divided into three thematic sections. It was comprised of close- and open-ended questions. 270 questionnaires were distributed among registered nurses and medical care technicians at Jesenice General Hospital, Hospital Golnik, at the Pulmonary and Allergic Disease Department, and Institute of Oncology Ljubljana by means of purposive sampling. The sample probability was 51.1 %. Data gathering was executed between November 2011 and January 2012. The results were processed with a computer in the SPSS 18.0 statistical software.

**Results:** Survey participants believe that the need for spiritual care during an incurable disease and when dying grows ( $4.5 \pm 0.7$ ); the need for socializing, and contact with near and dear ones were stated as the most important spiritual need (46.4 %). The most common spiritual care activities during palliative medical care are respect for a patient's dignity ( $4.7 \pm 0.7$ ), respect for a patient's religious beliefs ( $4.6 \pm 0.7$ ), as well as respecting a patient's stance towards religious objects ( $4.4 \pm 0.9$ ), for which also a statistically significant link between beliefs with regard to one's own spirituality and the frequency of spiritual activity care was established ( $p = 0.029$ ). Survey participants stated lack of time as the main cause for not practicing spiritual care during palliative care sufficiently (63.8 %).

**Discussion:** Survey participants agree that spirituality and spiritual care are the key components present in palliative care. Research has shown that nurses regularly witness needs for spirituality of patients in palliative care, it has however turned out that they do not possess sufficient knowledge, nor do they have enough time for working on spiritual aspects during treatment. Also the organizational culture is a major constraint.

**Keywords:** spirituality, spiritual care, palliative care

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>2</b>
	2.1 Duhovnost kot koncept.....	2
	2.2 Duhovnost v teorijah zdravstvene nege.....	3
	2.3 Duhovnost skozi čas .....	5
	2.4 Duhovno zdravje in duhovnost v času bolezni.....	7
	2.5 Opredelitev duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi .....	9
	2.6 Duhovna oskrba po procesu zdravstvene nege.....	10
	2.7 Ocenjevanje duhovnega stanja in ugotavljanje potreb .....	12
	2.7.1 Duhovne potrebe.....	13
	2.7.2 Postavitev negovalnih diagnoz in ciljev .....	14
	2.8 Načrtovanje intervencij in izvajanje duhovne oskrbe .....	15
	2.9 Vrednotenje duhovne pomoči.....	18
	2.10 Religiozna duhovna oskrba .....	18
	2.10.1 Zakonska podlaga verske duhovne oskrbe .....	19
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>20</b>
	3.1 Problem in cilji raziskovanja .....	20
	3.2 Raziskovalna vprašanja .....	20
	3.3 Raziskovalna metodologija .....	21
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	21
	3.3.2 Opis instrumentarija.....	22
	3.3.3 Opis vzorca .....	23
	3.3.4 Potek raziskave .....	24
	3.3.5 Opis obdelave podatkov.....	25
	3.4 Rezultati.....	25
	3.4.1 Razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi .....	26
	3.4.2 Duhovne potrebe v paliativni zdravstveni negi .....	30
	3.4.3 Izvajanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi .....	33
	3.5 Razprava .....	38

<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b> .....	<b>53</b>
	6.1 Instrument.....	53

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1:	Število pregledanih člankov po bazah podatkov in strokovnem področju .....	21
Tabela 2:	Testiranje zanesljivosti vzorca po sklopih vprašanj .....	23
Tabela 3:	Opis vzorca .....	24
Tabela 4:	Skupni rezultati trditev, rezultati ločeni po izobrazbi anketirancev in razlike med anketiranci glede na stopnjo izobrazbe .....	26
Tabela 5:	Rezultati, ločeni glede na prepričanje o lastni duhovnosti .....	29
Tabela 6:	Pridobljene kategorije in kode .....	30
Tabela 7:	Način identifikacije duhovnih potreb .....	32
Tabela 8:	Duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi .....	33
Tabela 9:	Aktivnosti duhovne oskrbe skupaj in Pogostost izvajanja aktivnosti duhovne oskrbe po prepričanju glede duhovnosti .....	35
Tabela 10:	Ovire pri izvajanju duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi .....	36

## **KAZALO SLIK**

Slika 1:	»Ali ste se že srečali z duhovnimi potrebami v paliativni zdravstveni negi?« .	31
Slika 2:	Pogostost srečevanja pacientov v paliativni oskrbi z izraženimi duhovnimi potrebami .....	31
Slika 3:	Odgovornost za zagotavljanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi .....	36
Slika 4:	Pomembne lastnosti osebe, ki zagotavlja duhovno oskrbo .....	37



## 1 UVOD

Človek je kompleksno bitje, ki skozi vse življenje nenehno raziskuje sebe in svoj namen. Ni samo telesno, duševno in socialno bitje, je tudi duhovno bitje. Čas bolezni in umiranja je čas negotovosti in stisk. V tem občutljivem obdobju življenja bolezni človeka načena ne samo telesno, temveč tudi duhovno. Takrat pogosto pridejo na plan temeljna duhovna vprašanja, kdo smo, kaj je življenje, kaj je naš smisel in namen, kdaj je začetek in kdaj konec, kaj se zgodi po smrti? (Štrancar, 2009). Prav zaradi tega je duhovnost in duhovna oskrba postala bistvena sestavina paliativne zdravstvene nege, saj služi kot povezovalna sila med različnimi življenjskimi področji, ki so v času neozdravljive bolezni prizadeti (prav tam).

Paliativna zdravstvena nega je filozofija oskrbe pacienta, ki temelji na značilnostih in ciljih paliativne oskrbe. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje paliativno oskrbo kot aktivno celostno oskrbo kronično ali neozdravljivo bolnih in umirajočih pacientov ter njihovih svojcev, tako v času bolezni kot v procesu žalovanja. Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacienta in njihovih bližnjih s čimprejšnjim odkrivanjem, oceno in obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških in duhovnih težav (MacDonald, 2005). Vse to je za pacienta, ki se srečuje z neozdravljivo boleznijo, in tudi za člane njegove družine, izjemnega pomena (Matzo in Witt Sherman, 2009).

Eno izmed načel paliativne oskrbe je tudi združevanje telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih vidikov oskrbe pacienta, saj potrebe pacienta niso le telesne, temveč tudi socialne, psihološke in duhovne, pri čemer vse lahko prispevajo k pacientovemu trpljenju (Simonič, 2011). Simonič (2009) opozarja na to, da je za ustrezno prepoznavo, oceno ter obravnavo trpljenja pacienta in njegovih bližnjih potrebno pozornost usmeriti na vse vidike pacientovega trpljenja. Zlasti meje psihološke, socialne in duhovne oskrbe so med seboj pogosto zabrisane, saj se vse dotikajo na eni strani odnosa med pacientom, njegovimi bližnjimi ter svetom, ki ga obdaja, na drugi strani pa pacientovega odnosa do samega sebe in njegovega notranjega doživljanja oziroma razumevanja sebe kot duhovnega bitja (prav tam).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 DUHOVNOST KOT KONCEPT

Skoberne (2002) je zapisala: »Vsak človek ima svojo definicijo duhovnosti, nobena pa ne more v celoti izraziti bistva tega čudovitega dela človekove izkušnje,« in dodala, da duhovna dimenzija raziskuje človekovo iskanje življenjskega smisla, kar mu je v pomoč pri premagovanju različnih življenjskih težav. Ross (2006) pa pravi: »Duhovnost je bistvo naše biti, usmerja naše življenje in nam daje vedeti, kdo smo, kakšen je naš namen in kakšne so naše notranje sposobnosti. Duhovnost je neprestano v delovanju ter ozavešča pot, ki jo živimo in naše izkušnje v življenju.«

Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) opredeljuje duhovnost kot usmerjenost k nematerialnim vrednotam in kot od telesa neodvisni, samostojni del človekovega bistva. Beseda duhovnost izhaja iz latinske besede »spiritus« in pomeni »dih življenja«. Duhovnost je tisto, kar vdahne nekemu bitju življenje in mu daje smisel. Je način bivanja in doživljanja vsega skozi transcendentalno (presežno) dimenzijo in jo označujejo določene vrednote v povezavi z jazom, drugimi, naravo in z življenjem (Clark, 2009).

Najpogostejša opredelitev duhovnosti v literaturi paliativne oskrbe pa tudi v večini drugih zdravstvenih disciplin navaja pojmovanje duhovnosti kot človekovo notranjo dimenzijo, dinamična eksistencialna načela in prepričanja, razvita skozi celotno življenjsko obdobje, ki usmerjajo pogled posameznika na svet, kot nekaj, kar nas motivira in vodi v iskanju pomena in namena v življenju, ko se to končuje, ter nas spodbuja k ustvarjanju pozitivnih odnosov z drugimi (Speck, 2004).

Značilnosti duhovnosti, kot jih je vpeljal Burkhardt (1987; cit. po McSherry, 2006) so ena izmed njenih najčistejših definicij. Koncept duhovnosti razloži kot dve dimenziji - vertikalno in horizontalno. Vertikalna dimenzija je odnos s transcendentnim/Bogom oziroma s katerokoli najvišjo vrednoto, ki usmerja posameznikovo življenje, horizontalna dimenzija pa je posameznikov odnos s seboj, z drugimi in okoljem.

#### **Odnos s seboj**

- Notranja moč/zaupanje vase
- Poznavanje sebe (kdo sem, kaj lahko naredim)

- Stališča (zaupanje vase, zaupanje v življenje/prihodnost, duševni mir, harmonija s samim seboj)

#### **Odnos z naravo**

- Poznavanje rastlin, dreves, divjine, vremena
- Povezanost z naravo, ohranjanje narave
- Biti v naravi

#### **Odnos z drugimi**

- Deliti čas, znanje in vire
- Skrb za otroke, ostarele, bolne, reafirmacija živih in mrtvih

#### **Odnos z božanstvom**

- Molitev/meditacija
- Religijski članki
- Obiskovanje cerkve (Burkhart 1998; cit. po Pahor in Gerdin, 2009, str. 192).

Še do sredine prejšnjega stoletja se je duhovnost enačila z religioznostjo. Kasneje se je izven krščanske religije duhovnost začela uveljavljati tudi v okviru posvetnih nazorov (Speck, Higginson in Addington-Hall, 2004). Duhovnost in religija nista sinonima, saj je duhovnost v bistvu del vsakega človeka kot celota in ni del izbire, ampak preprosto je. Religija pa ni bistvo našega obstoja - religija je del naše izbire (O'Hara, 2006). Religija je definirana kot služenje in čaščenje Boga ali nadnaravnega; osebni ali institucijski sistem verskih obredov, dejanj in sporazumevanj. Religija naj bi bila, tako kaže večina individualnih mnenj, povezana s formalnimi izražaji in pravili, ki povezujejo posameznika s svetim (Fosarelli, 2009). Čeprav veliko ljudi izraža svojo duhovnost znotraj religij, mnogi najdejo izraz svoje duhovnosti izven konteksta organiziranih verskih tradicij. Zavedajoč se, da so vsi ljudje duhovna bitja, ne glede na to, ali verujejo v Boga ali višjo silo ali ne, ali so pripadniki določenih religij, morajo biti medicinske sestre pozorne na različne poti izražanja duhovnosti v smislu odnosov in zaznavanja prostora in namena v svetu (Burkhardt in Nagai-Jacobson, 2001).

## **2.2 DUHOVNOST V TEORIJAH ZDRAVSTVENE NEGE**

Duhovnost v teorijah zdravstvene nege je lahko upodobljena s stopnjo pomena, ki ga določena teoretičarka polaga na duhovno dimenzijo človeške biti. Minner Williams

(2005) ugotavlja, da štirinajst od šestindvajsetih teorij zdravstvene nege priznava duhovnost, medtem ko jih ostalih dvanajst ne. Večina od njih v implicitnem jeziku in le štiri od teh Newman (1994), Neuman (1995), Parse (1995) in Watson (1988) pojmujejo duhovnost kot pomemben koncept. Martsolf in Mickey (2001) prav tako ugotavljata, da večina modelov in teorij zdravstvene nege duhovnosti izrecno ne obravnava. Se pa duhovnosti dotikajo v smislu, da je duhovnost le en del človeških dimenzij, ki je v stiku z drugimi deli biti. Te teorije pa človeka obravnavajo kot celoto in ne razdeljenega po delih in dimenzijah (Puchalski idr., 2009). Bephage (2008) ugotavlja, da se koncept duhovnosti skozi teorije lahko prepleta na tri načine; prva pot je, da teoretičarke koncepta duhovnosti v svojih teorijah ne omenjajo (Orlando Pelletier, 1990; King, 1992; Peplau, 1992; Orem, 1995), v drugih konceptualnih okvirih in modelih je duhovnost obravnavana kot podkoncept, katerega odstranitev ne bi bistveno spremenila teorije (Levine, 1990; Johnson, 1990; Roy, 1991; Leininger, 1991; Rogers, 1990). Nenazadnje pa obstajajo teorije zdravstvene nege, kjer duhovnost obstaja kot osnovni koncept in bi odstranitev le tega bistveno spremenila teorijo. Premeri takšnih teorij so Newman, 1994; Neuman, 1995; Parse, 1995; Watson, 1988 (Sweat, 2005).

### **Teorija Betty Neuman**

Teoretičarka Betty Neuman v svoji teoriji »Modeli sistemov zdravstvenega varstva« konceptualizira pet spremenljivk: fiziološko, psihološko, družbeno-kulturno, razvojno in duhovno (McSherry in Watson, 2002). Vseh pet spremenljivk je medsebojno povezanih in jih je potrebno upoštevati za zagotavljanje celostne zdravstvene nege. Duhovna komponenta je bila v teoriji pojasnjena kot prirojena, osnovna struktura, ki ima svoj pomen ne glede na to, ali je od posameznika priznana in razvita. Predpostavka tega modela je, da duhovni razvoj in duhovnost v različni meri spodbuja pacienta v smeri dobrega počutja, zdravja in stabilnosti, prek pozitivno usmerjene duhovne energije najprej v um in nato v telo (prav tam).

### **Teorija Margaret Newman**

V svoji teoriji »Zdravje kot širjenje zavesti« je Newmanova izhajala iz Modela življenja Marte Rogers, ki temelji na predpostavki, da je človek edinstveno bitje, ki se celovito razvija v vseh življenjskih obdobjih (prav tam, str. 3). Zavedanje je bilo v teoriji Rogersove definirano kot zmožnost nekega sistema, da vstopa v interakcijo z okoljem, pri čemer je Newmanova nakazovala, da je proces življenja stalno gibanje proti višjemu

zavedanju iz prostorsko-časovne v duhovno dimenzijo. Tako je cilj zdravstvene nege v skladu z teorijo Margaret Newman pomoč pacientu v smeri širjenja zavesti od fizičnih meja do duhovne razsežnosti (prav tam, str. 4).

### **Teorija Rosemary Parse**

V teoriji Parsove (1995) nobena od predpostavk in načel neposredno ne omenja duhovnosti, vendar pa vključuje določene elemente duhovnosti, kot so pomen, vrednost in obstoj, ki pa očitno zaznamujejo njeno teorijo. Teorija je bila ustvarjena z namenom, da preusmeri pogled zdravstvene nege iz medicinskega in tehničnega pogleda v človeški pogled na znanost, v kateri je pacient viden kot udeleženec v doživljanju situacij. Cilj zdravstvene nege je odkriti smisel vsake človeške izkušnje (MacKinlay, 2001).

### **Teorija Jean Watson**

Watsonova (1988) v »Teoriji skrbi za človeka« obravnava človeka kot enkratno, neponovljivo bitje, ki ima svoje vrednote in potrebe. Posamezniku želi pomagati doseči najpopolnejše stanje, ki ga le-ta s svojimi danostmi in lastnostmi lahko doseže. Za človekov obstoj in delovanje so potrebne fizična, psihična in duhovna razsežnost. Pri celostni oskrbi pacienta moramo upoštevati vse tri (Fewcet, 2002). Poseben pomen pripisuje Jean Watson duši. Zdravje povezuje s harmonijo notranjih sil. Neskladnost letih vodi v bolezen. Če pravilno negujemo svojo dušo in telo, smo obdarjeni z zdravjem (Fleming in Ewans, 2008).

## **2.3 DUHOVNOST SKOZI ČAS**

V prazgodovini sta bili vlogi duhovnika in zdravilca združeni v prenekaterih kulturah: v Starem Egiptu, Babiloniji in Asiriji, Palestini, na Kitajskem, v Indiji in Grčiji (Narayanasamy, 2004). Po Goddartu (2004) sega ločitev umetnosti zdravljenja od duhovne osnove v čas grških mislecev, kjer je prišlo do premika od božanskega do fizičnega izvora bolezni, medtem ko je Hipokratova medicina ostala občutljiva za duhovne vidike zdravljenja. Obstoj in vloga strokovne zdravstvene nege v tem obdobju še ni jasna. Krščanstvo je po mnenju Chatersa (2000) močno povezano s povečanjem vloge medicinske sestre. Diakoneze in kasneje rimske matrone sta bili prvi skupini medicinskih sester okoli 250-350 n. št. Fokus oskrbe je temeljil na dosledni celostni oskrbi, predvsem s poudarkom na duhovni oskrbi, ne pa toliko v znanstvenem in tehnološkem smislu (prav tam). Pomemben sestavni del verskega vidika duhovne

oskrbe je bilo razumevanje zdravstvene nege, ki kliče tistega, ki je poklican, da skrbi za druge iz občutka dolžnosti in za Božjo slavo (Perinott – Molinatti, 2004). To versko ozadje je močno vplivalo tudi na Florence Nightingale, ki poudarja, da znanstvena načela prakse zdravstvene nege temeljijo na duhovnem izvoru (Widerquist, 2005). Heelas (2006) trdi, da se je duhovnost v obdobju renesanse prinesla dokončen razcep med telesom in dušo (medicino in religijo), kjer je duhovnost neznanstvena, vraževerna in po mnenju Freuda ostanek represivnih nevrotičnih idej. Čeprav ima zdravstvena nega svoje korenine v duhovnosti, je v 19. stoletju povezava med tema dvema elementoma postala manj očitna s poudarkom vpliva sodobne medicine na zdravstvo (prav tam). Po letu 1980 pa se je zdravstvena nega začela vračati k svojim tradicionalnim koreninam v duhovnosti. In poudarja, da bodo, kljub znanstvenemu in tehnološkemu napredku v 20. stol., ki se osredotoča na biološke potrebe pacientov, vedno obstajale skupine medicinskih sester, ki bodo ohranjale celovito tradicijo s poudarkom na celostni osebi. Leibrich (2002) ugotavlja, da prav nezmožnost sodobne znanosti in medicine, da bi dala odgovore o pomenu, smislu in filozofiji, povzroča preusmeritev pozornosti in povečanje zanimanja za nemedicinske vire zdravljenja, kar odpira vrata za vrnitev celovitosti, obujanje duhovnega vidika zdravljenja in medicinsko-duhovni preporod (Narayanasamy, 2007). Znanstveni pristop k duhovni zdravstveni oskrbi se je razvil v sredini 20. stoletja z razvojem procesa zdravstvene nege, ki je privedel do uporabe diagnostičnih okvirjev za oceno in izvajanje duhovne oskrbe (Balboni in Vanderwerker, 2007). Bile so razvite diagnoze na področju duhovnosti, kot je duhovna stiska, obenem pa so bile oblikovane številne intervencije, ki naj bi pripomogle k duhovnemu zdravju (Sessanna, Finnell in Jezewski, 2007).

Razvoj zdravstvene nege skozi čas ima pomemben vpliv na razvoj duhovne oskrbe pacientov. Tako kot se je razvijala zdravstvena nega, se je razvijala tudi paliativna oskrba (Salobir, 2001). Paliativna zdravniška oskrba in nega je bila že od nekdaj sestavni del medicine, kar pomeni, da ni iznajdba zadnjih let. Veliki uspehi medicine so jo le za nekaj časa potisnili v ozadje. Simptomatska terapija je bila v preteklih stoletjih edina terapija, ki jo je zdravnik lahko dal pacientu (prav tam). Z razvojem medicinske znanosti in navdušenjem nad silnim tehnološkim napredkom ter vse večjimi uspehi in možnostmi zdravljenja je bila v zadnjem stoletju skrb za duhovno razsežnost človeka

potisnjena v ozadje. Smrt je postala poraz. Sodobni zdravnik se ob umirajočem bolniku brez ustreznega znanja počuti izgubljen in nemočen. V zadnjih desetletjih pa je prišlo do sprememb tudi na področju skrbi za hudo bolne in umirajoče. Začetek sega v šestdeseta leta, ko se je v Veliki Britaniji z nastankom prvega modernega hospica začela razvijati sodobna paliativna oskrba (prav tam). Na zahodnoevropskem ozemlju najdemo v srednjem veku, za razliko od bizantinskega in arabskega ozemlja, kjer so nastajale in se razvijale prave bolnišnice, le zavetišča, oskrbovališča in posebne ustanove, kjer so se kristjani ukvarjali s karitativno pomočjo. Tako so gojili socialni čut in krščansko usmiljenje do bližnjega. Srednjeveški hospital je nastal na temelju krščanskega pojmovanja ljubezni do bližnjega in je bil urejen kot zavod za sprejemanje tujcev, romarjev, revežev, sirot, starčkov in šele nazadnje za bolnike. Vodilo pri delovanju teh ustanov je bila gostoljubnost, ki je združevala tako skrb za duha kot skrb za telo (Byock, 2006). Nekateri izmed teh hospicev so se sčasoma spremenili v bolnišnice, drugi v bolnišnicam podobne negovalne zavode za bolne, nekateri pa v zavetišča za gobavce. Šele pozno v 19. st. je postal hospic pojem za kraj, kjer so ljudje umirali. Sistemi paliativne oskrbe v Evropi in tudi drugod po svetu so danes kot mozaik različnih principov, iniciativ, financiranj, različnih poudarkov, vendar z enotno filozofijo in namenom. Gre za celovito oskrbo vseh potreb neozdravljivo bolnega in njegovih bližnjih, od fizičnih, psiholoških, socialnih in v zadnjem času poudarjenih duhovnih potreb, na vseh ravneh, tako doma kot v zdravstvenih ali socialnih institucijah (Lunder, 2002).

#### **2.4 DUHOVNO ZDRAVJE IN DUHOVNOST V ČASU BOLEZNI**

Stališče, da je zdravje odraz telesnega, čustvenega, intelektualnega, socialnega in spiritualnega (duhovnega) dobrega počutja posameznika, je osnovano na »celostni filozofiji« *Herberta Otta (1975), ki meni, da je vsak posameznik edinstven v okviru omenjenih petih dimenzij, in da so le-te v neprestani interakciji (prav tam, str. 2). Zadnja, duhovna dimenzija raziskuje človekovo iskanje življenjskega smisla, kar mu je v pomoč pri premagovanju različnih življenjskih težav (prav tam). V primeru bolezni, ko je dobro počutje ogroženo, se ljudje v glavnem osredotočimo na telesno dobro počutje, emocionalni, intelektualni in socialni aspekt pa pogosto spregledamo (Kilpatrick, Weaver in McCullough, 2005). Najpogosteje v celoti ignoriramo ali*

podcenjujemo duhovno dobro počutje, morda zaradi eterične in intuitivne narave duhovnosti, oziroma zato, ker duhovnosti drugače kot v odnosu z vernostjo sploh ne prepoznavamo in jo tabuiramo. Ko pa je nekdo hudo bolan ali umira, se vse te stvari spremenijo. Kar je bilo nekoč zelo pomembno, ni več, in kar se je zdelo nepomembno, dobi nenadoma velik pomen (prav tam, str. 2). Duhovna in religiozna stališča so pomembna v človekovem življenju. Vplivajo na življenjski slog, vedenje in čustva glede bolezni in smrti. Izrazit je pomen duhovnih stališč v času bolezni, ki pomagajo pacientu in svojem sprejeti bolezen ter jim olajšati njeno breme (Astrow, Puchalski in Sulmasy, 2001). Wallace in O'Shea (2007) ugotavljata, da ima duhovnost pomemben vpliv na življenje mnogih neozdravljivo bolnih. Tisti, ki so vključeni v neko religijo ali duhovno prakticanje, se ponavadi bolje psihološko soočajo z boleznijo in imajo boljše telesno zdravje kot tisti, ki niso. Henoah in Danielson (2009) pa sta odkrila, da duhovnost in vera izboljšujeta zdravstveno stanje, morda zato, ker vernost pomirja, tolaži in krepi upanje v posmrtno življenje. Povečana duhovnost je verjetno povezana z eksistencialnimi vprašanji pacientov in s pričakovanjem konca življenja. Že od nekdaj so znanstveniki domnevali, da imata duhovnost in vera zdravilen učinek na ljudi (Pečjak, 2007).

Steinhauser idr. (2002) navajajo različne študije o vplivu vere in duhovnosti na človeka. Izsledki teh kažejo, da sta religijska vključenost in duhovnost povezani z boljšim izidom telesnih in duševnih bolezni, verni bolniki se lažje spoprimejo z njimi in jih premagujejo. Religiozni ljudje živijo dlje in ob koncu življenja lažje sprejemajo smrt. Ramovš (2003) nam posreduje stališče, kako pomembno je za človeka, da zavestno sprejme »popoldan« življenja in njegovo pojmovanje, ter pri tem posebej poudari pomen vere, da je tudi »popoldan« človeškega življenja smisel. Razmišljanje o tej temi nadaljuje z dejstvom, da človeštvo od začetka do danes večinoma najde pot za iskanje smisla celote življenja v verovanju. Pri skrbi za kakovost življenja bolnih ljudi in sploh za kakovost življenja v času umiranja je nespametno prezreti človekovo verovanje, saj je preizkušena pot za iskanje osebnega odgovora na smisel celote človeškega življenja. Mills (2002) navaja, da ima duhovnost prenekatero pozitivne učinke na zdravje ljudi in tudi na paciente z neozdravljivimi stanji. Kot primer navaja paciente, ki niti niso v tako slabem fizičnem stanju, vendar je brezsmisel njihovih življenj zanje usoden in jim ne



daje možnosti dobrega zdravja in preživetja, medtem ko obstajajo pacienti, ki se jim zaradi upanja in osmišljenosti življenja zdravje izboljša ali pa to vsaj pripomore k dobri smrti. Za potrditev pomembnosti duhovne dimenzije dodaja, da občutki nemoči in brezupa vodijo v »pasivni samomor« (prav tam, str.8).

Eksistencialno in duhovno trpljenje sta eni izmed najbolj izčrpavajočih stanj ob koncu življenja (Lunder, Furlan in Simonič, 2011). Chung-Ching idr. (2008) konceptualizirajo duhovno trpljenje kot obliko duhovne bolečine, kar pomeni, da pacient doživlja disharmonijo med sistemom lastnih prepričanj in resničnostjo njegovega trenutnega stanja. Manifestacija duhovnega trpljenja vključuje čustveni vidik (občutki žalosti, strahu, brezupa) in miseln vidik (pesimistični občutki, želja po čimprejšnji smrti in negativne misli o sebi) (prav tam). Toda čeprav se neozdravljiva bolezen dojema predvsem negativno in uničujoče, pa vseeno za nekatere bolezen lahko pomeni priložnost za osebno in duhovno rast. To ne pomeni, da se s tem izniči duhovno trpljenje v času umiranja, vendar je možno, da pacient v tem času v duhovne rasti najde pot za zdravljenje svoje duše (prav tam, str. 6), in na iztekajoče se življenje gleda kot priložnost za pomiritev s seboj, svojim življenjem, drugimi in svetom (prav tam, str. 1).

## **2.5 OPREDELITEV DUHOVNE OSKRBE V PALIATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI**

O tem, kaj je duhovna oskrba, ni konsenza. V zgodovini so verski voditelji skrbeli tako za človekovo duhovno kot telesno dobrobit (Kuhn, 1988; cit. po Pahor in Gerdin, 2009). To prakso je prekinilo 19. stoletje z ločevanjem medicine od duhovnosti. Polje duhovne oskrbe zdaj ponovno združuje obe področji. Nekateri avtorji (Paley, 2007; Vivat, 2008) duhovno oskrbo označujejo v okviru svoje lastne religije, drugi (Persut in Thorne, 2007; Rousseau, 2003) povsem izven religioznih okvirjev. V strokovni literaturi se je uveljavilo razlikovanje med duhovno oskrbo kot širšim pojmom ter versko (religijsko) oskrbo kot njeno podmnožico (prav tam, str. 2). Takšno razlikovanje je postalo norma tudi zaradi zahtev sodobne družbe, da zadosti potrebam vseh njenih članov, vključno z ateisti (prav tam). Stephenson, Draucker in Martsolf (2003) duhovno oskrbo opisujejo kot pomoč ljudem, katerih smisel, pomen in namen so okrnjeni zaradi bolezni. Duhovna oskrba pacientov v paliativni oskrbi naj bi vodila k duhovnemu blagostanju v času umiranja, »dobri smrti«, ter »umiranju z dostojanstvom«. Večina strokovnjakov se strinja, da duhovna oskrba vključuje kategorije, kot so: smisel, vrednote,

transcendenca/vera, odnosi/povezanost, notranja rast skupaj s skrbjo za posameznikovo dostojanstvo in ohranitev upanja (prav tam, str. 2).

Potreba po duhovni oskrbi v obdobju neozdravljive bolezni in umiranja raste. Namen duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi je pomoč pacientom pri doseganju ravnovesja in celovitosti v razumevanju njihovega stanja, premagovanje doživljanja občutkov nesmiselnosti, nevrednosti in nekoristnosti, ki se pojavijo v procesu soočenja z neozdravljivo boleznijo ter podpora pri iskanju pomenov in smisla (Štrancar, 2009). Duhovna oskrba omogoča pacientom, da odkrijejo smisel življenja, občutek upanja, vero v sebe in moč zunaj sebe kljub bolezni, ki jo doživljajo. Duhovna zdravstvena oskrba se začne z vidika biti s pacientom in imeti z njim odprt dialog, saj je občutek pripadnosti in sprejetosti bistven za zagotavljanje duhovne oskrbe (Slumasy, 2001). Medicinske sestre pa se morajo zavedati, da kljub temu, da v vsakem bitju obstaja duhovna dimenzija, vsi pacienti ne želijo prejeti duhovne pomoči (Daaleman, Usher, Williams, Rawlings in Hanson, 2008).

## **2.6 DUHOVNA OSKRBA PO PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE**

Medicinske sestre morajo pri vsakem pacientu ugotoviti stopnjo samostojnosti in sposobnosti izvajanja temeljnih življenjskih aktivnosti ter ga spodbujati k samostojnosti in neodvisnosti (Hajdinjak in Meglič, 2006). To jim omogoča osnovna metoda dela medicinskih sester – proces zdravstvene nege, ki ga odlikuje holistični pristop k pacientu, upoštevanje njegove individualnosti, visoka stopnja sistematičnosti, racionalnosti in organiziranosti (prav tam). Na osnovi specifičnih znakov ali simptomov medicinske sestre prepoznajo negovalne probleme pacienta. Sledi načrtovanje ciljev, ki so usmerjeni v razrešitev problemov, načrtovanje negovalnih posegov in drugih dejavnosti za povrnitev zdravja, povečanje stopnje samostojnosti, neodvisnosti in v skrajnem primeru pomoč pri procesu umiranja. Vse postopke v zvezi z izvajanjem te metode dela je treba nadzorovati, vrednotiti in dokumentirati (prav tam, str. 9). Ob upoštevanju načel dobre duhovne oskrbe Ross (2010) predlaga dokaj sistematičen način nudenja le-te. Predlaga, naj zdravstveni delavci nudijo spiritualno oskrbo podobno kot po procesni metodi dela. Tak sistematičen proces zagotovi primerno in učinkovito duhovno oskrbo (Young in Koopsen, 2006). Proces sestavljajo elementi ocenjevanja duhovnega stanja, načrtovanje intervencij, izvajanje intervencij duhovne oskrbe, ter

ocenjevanje opravljenega dela (Matzo in Witt Sherman, 2009). Za kar najboljše razumevanje in spoštovanje pacientovih odzivov na bolezen in specifično situacijo je gotovo primerna »na pacienta usmerjena oskrba«, ki jo lahko opredelimo kot »spoštljivo in odzivno na pacientove individualne želje, potrebe in vrednote«, ter kot tisto, ki »zagovarja, da pacientove vrednote usmerjajo vse klinične odločitve« (prav tam, str.1). Na tak način je pacient v središču strokovne skrbi (prav tam, str. 7).

Tudi Puchalski (2006) podpira izvajanje duhovne oskrbe po procesni metodi dela in obenem predlaga praktične elemente, ki morajo biti vključeni, da lahko zagotovimo zares kvalitetno duhovno oskrbo:

- sočuten pristop
- pacient je središče oskrbe
- pozornost do vseh pacientovih razsežnosti: telesa, uma in duha
- sprejemanje religioznih in nereligioznih potreb posameznika
- pomen dostojanstva, spoštovanje vsakega človeka od rojstva do smrti
- pridobitev duhovne zgodovine
- ocena duhovnih vprašanj
- načrt duhovne zdravstvene nege
- vključevanje duhovnika in ostalih ponudnikov duhovne oskrbe kot članov multidisciplinarnega zdravstvenega tima (Puchalski, 2006).

Ker je medicinska sestra, še zlasti v paliativni oskrbi, tista, ki preživi največ časa ob pacientu, je gotovo eden najpomembnejših virov podpore in pomoči zanj (prav tam, str. 1). Watson (1999; cit po Skoberne 2002, str. 25) pravi, da je znanje medicinske sestre, upoštevanje in spoštovanje pacientovega duhovnega sveta zanj tolažilno. Zavedanje duhovnega in religioznega sveta je ena izmed dolžnosti medicinske sestre. Kadar pacient izrazi potrebo po duhovni pomoči, mora medicinska sestra to individualno željo upoštevati. Ne sme razvrednotiti moči vere, ki je del okrevanja, prav tako pa zaslužijo enako spoštovanje za tisto, v kar »verujejo«, tudi drugi bolniki, čeprav ne sprejemajo določene religije. Običajno ocena duhovnega stanja zahteva tudi oceno lastne duhovnosti (Larson, 2003). Tiste medicinske sestre, ki imajo težave z lastno duhovnostjo, zagotovo ne bodo mogle nuditi učinkovite duhovne oskrbe drugim

(Kaplar, Wachholtz in O'Brien, 2004). Velikokrat se namreč lahko zgodi, da medicinske sestre ne bodo imele dosti znanja o določenih vidikih človeške duhovnosti, in takrat bodo morale pacienta napotiti k drugim strokovnjakom (D'Souza, 2002). V tem primeru je duhovnikova pomoč lahko za pacienta in družino bolj primerna (prav tam).

## **2.7 OCENJEVANJE DUHOVNEGA STANJA IN UGOTAVLJANJE POTREB**

Večina avtorjev (Mason, Singleton in Webber, 2007) soglaša, da je ocena duhovnega stanja bistvena za zagotavljanje ustrezne zdravstvene oskrbe pacienta s terminalno boleznijo. Stoll (2000; cit. po Skoberne 2002, str. 25) opozarja, da je potrebno skrbno predvideti čas za ocenjevanje pacientovega duhovnega stanja. Najprimernejši čas za to je ob zaključku procesa splošnega ocenjevanja, potem ko je medicinska sestra že vzpostavila odnos z pacientom in čuti, da je pripravljen govoriti o duhovnih stvareh. Nadalje svari, da imajo ljudje pravico do lastnih vrednot in stališč, in da lahko odklonijo pogovor o teh rečeh, zato ni lahko oceniti posameznikovega duhovnega zdravja oziroma duhovne stiske (prav tam). McSherry (2002) pa pojasnjuje, da duhovna ocena išče znake duhovnega dobrega počutja in/ali duhovne stiske. Po Whitfordu in Pettersonovi (2008) je duhovna ocena stanja sestavljena iz dveh delov in vključuje duhovno ali versko zgodovino kot tudi popis virov moči in smisla v pacientovem življenju. Tušar (2003) predlaga, da medicinska sestra pri ocenjevanju duhovnega zdravja vključi v negovalno anamnezo specifična vprašanja o pacientovem pojmovanju Boga, njegovem viru moči in upanja, o pomenu verskih navad in obredov ter o njegovem vrednotenju povezav med duhovnimi prepričanji in zdravim življenjem. Potrebe oziroma probleme po zdravstveni negi ugotavljamo na osnovi negovalne anamneze, pregledu pacienta, pogovoru s svojci, pregledu zdravstvene in negovalne dokumentacije (Lee in Sharpe, 2007). Glavni namen ocenjevanja duhovnega stanja je predvsem prepoznati duhovne potrebe pacienta in narediti načrt zdravstvene nege za zadovoljevanje le-teh (prav tam, str. 11). Tanyi (2002) je prepričan, da je potrebno v oceno duhovnega stanja zajeti vso družino kot tudi pomembne druge. Hodge (2003) predlaga, da pri ocenjevanju uporabimo kvalitativne metode odprtih vprašanj. Poleg vprašanj lahko uporabimo tudi opazovanje, ki nam lahko včasih razkrije besedno neizražene informacije (prav tam). McSherry in Cash (2004) opozarjata, da ne smemo rutinsko uporabljati samo ene metode ocenjevanja stanja, ampak potrebam tistega, ki ga ocenjujemo, ocenjevanje

vedno znova prilagajamo. Narayanasamy (2004) predlaga manj formalen način ocenjevanja, kot je navaden pogovor s tistim, ki ga ocenjujemo. Powell, Shahabi in Thoresen (2003) menijo, da se je potrebno izogibati načinom, kjer delamo kljukice ob vnaprej postavljene teze, medtem ko Narayamasamy (2004) vseeno predlaga nekaj opornih točk, ki nas pri oceni lahko vodijo. Najpogosteje uporabljena orodja oziroma kratice za ocenjevanje duhovnega stanja so **FICA** (F-vera, zaupanje, I-pomen in vpliv vere, C-pripadnost skupnosti, A-naslovitev potreb in izvajanje oskrbe) (Puchalski, 2006), **HOPE** (H-viri upanja, moči, pomena in smisla, O-pripadnost religiji, P-duhovna praksa (meditacija, molitev), E-učinek duhovne oskrbe na poglavja ob koncu življenja) (Rumbold, 2005), **SPIRT** (S-sistem duhovnih prepričanj, P-osebna duhovnost, I-integracija z duhovno skupnostjo, R-rituali in omejitve, T-posledice za zdravstveno oskrbo in načrtovanje terminalne oskrbe) (Astrow, Wexler, Teixeira in Sulmasy, 2007). Fever (2004) poudarja, da morata biti duhovno ocenjevanje in nega senzibilna ter osnovana na zaupanju med pacientom in medicinsko sestro. Vsebovati morata zavedanje njegove kulture, njegove osebnosti, socialnih in duhovnih prednosti pa tudi spoštovanje njegovih verovanj in verskih prakticiranj (prav tam).

### 2.7.1 Duhovne potrebe

Obravnava samo telesnih, čustvenih in socialnih potreb umirajočega, obenem pa zanemarjanje eksistencialnih potreb ob koncu življenja, pomeni nuditi nepopolno oskrbo za posameznika, ki se sooča z minljivostjo življenja (Smith, 2003). Duhovne potrebe se v literaturi opisujejo bodisi s pozitivne ali z negativne perspektive. Z negativnega stališča je poudarek na primanjkljaju ali pomanjkanju nekaterih bistvenih sestavin za optimalno dobro počutje: smisel, namen, volja do življenja, ter vera in zaupanje v sebe, druge in višjo silo. Pogled s pozitivnega stališča pa duhovne potrebe obravnava kot zahteve za »wellness« (prav tam, str. 3).

Po Shelly in Fishu (1988; cit. po Skoberne, 2002) so določene duhovne potrebe skupne vsemu človeštvu:

- potreba po pomenu in smislu,
- potreba po ljubezni in harmoničnih odnosih,
- potreba po odpuščanju.

Hermann (2006) pa je duhovne potrebe pacientov z neozdravljivo boleznijo in umirajočih strnil v šest naslednjih kategorij:

- potreba po veri (moliti, obiskovati cerkev, brati knjige z versko vsebino);
- potreba po druženju (biti z družino, otroki, prijatelji);
- potreba po vključenosti in nadzoru (imeti informacije o zdravstvenem stanju, biti neodvisen, biti vključen v aktivnosti družine, da stvari ostanejo takšne kot so bile);
- potreba po dokončanju poslov (narediti življenjski pregled, sprijazniti se s trenutno situacijo, dokončati življenjske naloge, razrešiti grenke spomine);
- potreba po odnosu z naravo (gledati naravo, biti v naravi, imeti rože v sobi);
- potreba po pozitivnem pogledu (videti nasmeh na drugih, smejati se, imeti pozitivne misli).

#### 2.7.2 Postavitev negovalnih diagnoz in ciljev

Gordonova (2006, str. 308-309) v diagnostični kategoriji »vrednostni sistemi« predstavlja tri negovalne diagnoze, ki jih je sprejela NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association, v nadaljevanju NANDA): **duhovno doživljanje, motnje** - kot porušitev življenjskih načel, ki prizadenejo celostno osebnost in so bio-psiho-socialne narave, propad duha; **duhovno doživljanje, nevarnost za motnje v duhovnem doživljanju** - kot nevarnost spremenjenega doživljanja v povezavi z lastnim življenjem in vesoljem, ki bi lahko vodilo v razpad osebnosti; **duhovno dobro počutje, pripravljenost za izboljšanje duhovnega dobrega počutja** – kot harmonično razmišljanje in razrešitev problemov na osnovi lastne duhovne moči. NANDA (2008) pa je te diagnoze še dopolnila: **duhovna bolečina** (nezmožnost sprejemanja bližajoče smrti), **duhovna odtujenost** (pomanjkanje vere), **duhovna tesnoba** (spremenjena prepričanja in vrednostni sistem), **duhovna krivda** (nezmožnost živeti po verskih pravilih), **duhovna jeza** (nezmožnost sprejemanja bolezni), **duhovna izguba** (grozeča nezmožnost, nesposobnost najti uteho v veri) in **duhovni obup** (občutek, da nikomur ni mar) (Herdman, 2008).

V fazi postavljanja ciljev mora medicinska sestra najprej razvrstiti negovalne diagnoze glede na nujnost reševanja problemov. Temu sledi oblikovanje ciljev (prav tam, str. 9). V. Henderson poudarja nujnost postavljanja ciljev skupaj s pacientom. Samo ko je

pacient popolnoma odvisen, jih medicinska sestra oblikuje sama. Vendar se mora tudi takrat v največji možni meri vživeti v pacienta in pridobiti informacije od sorodnikov ali za pacienta pomembnih drugih (prav tam).

Pričakovani cilji pacientov v paliativni oskrbi po Lovanio in Wallance (2007):

- pacient izrazi občutek spokojnosti;
- sprejme svoje stanje;
- izrazi želje, ki se nanašajo na duhovno pomoč;
- razpravlja o vidikih soočenja z duhovnimi vprašanji;
- zavzame se za iskanje smisla življenja in pomen bivanja;
- izrazi stališče glede težav v življenju.

## **2.8 NAČRTOVANJE INTERVENCIJ IN IZVAJANJE DUHOVNE OSKRBE**

Izvajanje duhovne pomoči pacientu ni samo stvar posamezne medicinske sestre, temveč je prav, da je vključen celotni zdravstveni tim, kar zagotavlja doslednost in kontinuiteto v zdravstveni negi (Craven in Hirnle, 1999; cit. po Skoberne, 2002, str. 26). Zadovoljevanje duhovnih potreb je odvisno od kakovosti odnosa medicinske sestre in pacienta, ki se bori z neozdravljivo boleznijo. Medicinska sestra ima na voljo mnogo različnih postopkov duhovne pomoči, ki pacientu lahko pomagajo pri iskanju smisla v boleznih in trpljenju ali pa k mirni in dostojni smrti (Sinclair, 2011). Samo z razvojem zavesti in vpogleda v duhovno dimenzijo (razčistiti mora lastna duhovna stališča in vrednote) bo medicinska sestra sposobna razumeti, raziskati in nuditi duhovno pomoč neozdravljivo bolnemu pacientu. V odnosu medicinska sestra - pacient so zato bistvene lastnosti: sposobnost komunikacije, zaupanje, empatija, samozavedanje in širina razumevanja tako vertikalne kot horizontalne dimenzije duhovnosti. Ko medicinska sestra zaključi proces ocenjevanja duhovnega stanja, sledi načrtovanje primernih intervencij in nato faza intervereniranja, s katerimi medicinska sestra kar najbolje zadosti individualnim potrebam pacienta (Zakšek, 2010). Vloga medicinske sestre je spoštovati duhovne zadeve pacientov in pomagati njim ter njihovim družinam izraziti tudi vprašanja v zvezi z duhovnostjo (Sinclair, Pereira in Raffin, 2006). Ko medicinska sestra določi bistvene duhovne probleme pacienta in postavi diagnozo duhovne stiske,

načrtuje zadovoljitev te potrebe. Pacientu daje možnost, da izrazi vsako željo, ki se nanaša na določeno religijo, vključno z dietnimi predpisi. Upošteva pacientov odnos do nabožnih predmetov, knjig in slik ter tega ne obsoja. Spodbuja pacienta, da se sprosti z izražanjem čustev (prav tam). Potrebno je spoštovati posameznikovo versko pripadnost, da jo lahko sproščeno izrazi in s tem daje možnost medicinski sestri, da zadovoljuje izražene duhovne potrebe po svojih najboljših močeh (prav tam).

Medicinska sestra:

- mora biti sposobna zbrati informacije o pacientovi duhovnosti in njegovih potrebah;
- mora biti sposobna s pacientom in člani negovalnega tima uskladiti želje in možnosti o zadovoljevanju duhovnih potreb pacienta;
- mora biti sposobna oceniti učinkovitost zadovoljevanja duhovnih potreb pacienta;
- mora znati svoje vrednote in verska in duhovna prepričanja »obdržati zase« in naj jih ne bi vsiljevala ali povečevala kot edini pravi način verovanja;
- mora sprejemati druge vere in kulture in običaje, povezane z duhovnostjo pacienta (Leeuwen in Cusveller, 2004, str. 245).

Dallman, Cobb in Frey (2001) so na podlagi poročil onkoloških medicinskih sester identificirali šest večjih duhovnih intervencij: prisotnost (biti tam), dotik, aktivno poslušanje, realni pogled, refleksija vrednot in spodbujeno upanje. Hicks (2008) je intervencije razdelil nekoliko drugače. Po njegovem mnenju je vloga medicinske sestre v nujenju duhovne oskrbe možna na tri načine, ki lahko potekajo hkrati ali posamično kot »tiha priča«, vez, in mora znati aktivno poslušati. Predvsem vloga »tihe priče« je zelo učinkovita duhovna intervencija, kjer medicinska sestra ne daje nasvetov ali mnenj, ampak je le prisotna ob pacientu in mu tiho izkazuje podporo (prav tam). Medicinska sestra je lahko tudi vez med pacientom in ostalimi zdravstvenimi delavci, ter spodbuja duhovno oskrbo v katero se vključuje pacientova družina in njemu pomembne osebe. Z aktivnim poslušanjem medicinska sestra spodbuja zaupanje, pacienta pa vključuje v pogovor, je pozorna na počutje in opazuje govorico telesa (prav tam, str. 15).



Postopki duhovne pomoči pri pacientih z neozdravljivo boleznijo (Vusse in Simandi, 1992; cit. po Brennan in Haiser, 2005, str. 9):

- medicinska sestra ugotovi osnovne duhovne potrebe (pacienti v terminalni fazi bolezni in umirajoči raje odgovarjajo na splošna kot na specifična vprašanja glede smisla življenja in etičnih ter duhovnih prepričanj);
- aktivno poslušanje, kaj je pacientov smisel in cilj življenja (z aktivnim poslušanjem medicinska sestra pokaže, da je pripravljena pomagati);
- pacientu ponuditi podporno prisotnost (s ciljem ustvariti gostoljubno okolje, v katerem pacienti lahko izrazijo svoje ranljivosti brez strahu. Podporna prisotnost izraža vrednost in spoštovanje pacienta.);
- vzpodbujanje smisla in namena (uspešno iskanje smisla pacientu daje sposobnost za obvladovanje trpljenja);
- vzpodbujanje ljubezni in povezanosti (spodbujati pacienta k odnosu z njemu pomembnimi ljudmi);
- vzpodbujanje odpuščanje (poučiti pacienta o pomembnosti sprejemanja sebe in drugih, vključno s prednostmi in slabostmi ter razjasniti pomene, ki otežujejo pacientovo odpuščanje);
- odpiranje oči (je proces s katerim medicinske sestre prepoznajo in ozaveščajo individualni pomen bolezni za posameznega pacienta in njegovo družino);
- razjasnitev vsake želje pacienta, določene z religijo in verskimi obredi;
- terapevtski dotik (daje občutek pacientu, da ga sprejemamo in tolažimo);
- terapijo z glasbo (glasba pomirja in zmanjšuje bolečino in strah);
- usmerjanje pacienta v podporne skupine, če je tega sposoben;
- upoštevanje odnosa pacienta do nabožnih predmetov (ti predmeti dajo pacientu občutek miru in varnosti, spominjajo ga na dogodke iz mladosti);
- omogočiti pacientu dostojno smrt;
- vključevanje bolnišničnega duhovnika (če se medicinska sestra ne počuti udobno pri dajanju duhovne pomoči ali če pacient izrazi željo po obisku duhovnika);
- zagotovitev kapelic v bolnišnicah (Brennan in Haiser, 2005).

## 2.9 VREDNOTENJE DUHOVNE POMOČI

V okviru evalvacije načrta duhovne pomoči medicinska sestra primerja odgovore (reakcije) pacientov na duhovno pomoč z načrtovanimi cilji, ki so osnova za kriterij vrednotenja. Iz tega sklepa, ali je bil načrt duhovne pomoči uspešen ali neuspešen. Kot kriterij vrednotenja ji lahko služijo tudi značilnosti, ki označujejo duhovno dobro počutje: občutek notranjega miru, sočutje do drugih, spoštovanje življenja, hvaležnost, spoštovanje tako enakosti kot različnosti, humor, modrost, plemenitost, sposobnost preseči sebe in zmožnost za brezpogojno ljubezen (Carson, 1989; cit. po Skoberne, 2002, str. 26). Cilj zadovoljevanja pacientovih duhovnih potreb je dosežen, če ugotovimo duhovno dobro počutje pacienta oziroma so duhovne potrebe pacienta ugotovljene in dokumentirane ter uspešno zadovoljene (Castledine, 2005).

## 2.10 RELIGIOZNA DUHOVNA OSKRBA

Del oskrbe bolnih je tudi duhovna oskrba v religioznem okviru oziroma bolniška pastorala, ki jo izvaja bolniški duhovnik. Le-ta vključuje duhovno in versko pomoč. Verska oskrba znotraj zdravstvenih struktur predpostavlja nujno določene prostore (kapelo in pomožne prostore), kot tudi neoviran dostop pacientov, ki to želijo (Štupnikar, 2004). Celosten pristop k pacientu v zdravstveni negi zahteva, da se medicinska sestra seznanj z duhovnikom in pozna njegov pristop k duhovnim potrebam pacienta. Oba morata vedeti, kaj lahko pričakujeta drug od drugega, in se strinjati glede oblik pomoči, ki jo pri zadovoljevanju duhovnih potreb dajeta pacientu (Bryant, 2004). Vladni Urad za verske skupnosti pravi, da ima vsak pacient tudi v bolnišnici pravico do dejavnega verskega življenja, ter da se morajo predstavniki verskih skupnosti ravnati po potrebah in željah pacientov, zdravnikovem priporočilu in hišnem redu (Prepeluh in Šturm, 2004). Organiziranost duhovne oskrbe je v posameznih slovenskih bolnišnicah prilagojena potrebam znotraj ustanove. Verski obredi potekajo v bolniških kapelah, ki so bile zgrajene prav s tem namenom. Duhovnik se mora vključiti v terapevtski tim. Stara delitev vlog je preživela in posamezna služba (zdravnik, medicinska sestra, duhovnik) je učinkovita in zdravilna šele v skupnem delu, se pravi v sodelovanju poklicev, ki nudijo pomoč.

### 2.10.1 Zakonska podlaga verske duhovne oskrbe

Zakon o verski svobodi (Uradni list RS št. 14/2007) v 25. členu določa versko duhovno oskrbo v bolnišnicah in socialnovarstvenih zavodih, ki opravljajo institucionalno varstvo. Oskrbovanci v teh ustanovah imajo pravico do redne individualne in kolektivne verske duhovne oskrbe. V mejah možnosti jim je treba omogočiti sodelovanje pri verskih obredih, ki so organizirani v ustanovi, in jim omogočiti prejemanje knjig z versko vsebino in verskih napotkov. Omenjene ustanove so tudi dolžne zagotavljati prostorske in tehnične pogoje za versko duhovno oskrbo. To področje duhovne oskrbe podrobneje opisuje Pravilnik o organizaciji in izvajanju verske duhovne oskrbe v bolnišnicah in pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev (Uradni list RS št. 100/2008). V petem členu so navedene njene naloge: organiziranje in omogočanje verskih dejavnosti in obredov, obiskovanje in duhovno spremljanje pacientov, nudenje pogovorov in verske duhovne pomoči pacientom, zagotavljanje obredov ob verskih praznikih, nudenje verskih obredov ob umrlih pacientih, nudenje verske in duhovne oskrbe v nujnih primerih in druge naloge na področju verske duhovne oskrbe.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti kako medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice (v nadaljevanju SBJ), Bolnišnici Golnik, kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo (v nadaljevanju Bolnišnica Golnik – KOPA) in Onkološkem inštitutu Ljubljana razumejo duhovnost in duhovno oskrbo. Namen je tudi ugotoviti, ali medicinske sestre prepoznavajo duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi in na kakšen način izvajajo duhovno oskrbo pacientov v paliativni oskrbi.

Cilji:

- CILJ 1: Ugotoviti, kako medicinske sestre razumejo duhovnost in duhovno oskrbo v paliativni zdravstveni negi;
- CILJ 2: Ugotoviti, na kakšen način medicinske sestre zagotavljajo duhovno oskrbo pri pacientih v paliativni oskrbi.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja::

- Raziskovalno vprašanje 1: Kako medicinske sestre razumejo duhovnost in duhovno oskrbo pacientov v paliativni oskrbi in kakšen pomen ima pri tem stopnja izobrazbe?
- Raziskovalno vprašanje 2: Ali medicinske sestre prepoznavajo duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi?
- Raziskovalno vprašanje 3: Katere duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi so največkrat prepoznane?
- Raziskovalno vprašanje 4: Na kakšen način medicinske sestre izvajajo duhovno oskrbo pacientov v paliativni oskrbi in kakšen vpliv ima pri tem prepričanje glede lastne duhovnosti?
- Raziskovalno vprašanje 5: Katere ovire omejujejo izvajanje duhovne pomoči pacientov v paliativni oskrbi?
- Raziskovalno vprašanje 6: Ali prepričanje glede lastne duhovnosti vpliva na razumevanje duhovnosti in izvajanje duhovne oskrbe?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom strokovne literature; znanstvenih in strokovnih člankov, ki smo jih zbrali iz podatkovnih baz: CINAHL, SpringerLink, PubMed, Web of Science, Science Direct, SAGE Journals Online, Google books in Obzorniku zdravstvene nege, kjer smo vpisali zahtevo »polno besedilo«, ter po slovenski kooperativni online bibliografski bazi COBIB.SI pod tipologijo 1.01 in 1.02 in 1.08. Literaturo smo iskali tudi v knjižnici Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: *paliativna oskrba/palliative care* (skupno število zadetkov: 84008/število člankov v polnem besedilu: 32794), *duhovnost v zdravstveni negi/spirituality in nursing care* (670/245), *duhovnost v času terminalne bolezni/spirituality in terminal illness*, (31/24), *duhovne potrebe/spiritual needs* (68/37), *duhovna oskrba/spiritual care* (875/312), *duhovna oskrba v času terminalne bolezni/spiritual care in terminal illness* (57/21), *vloga medicinske sestre pri duhovni oskrbi/ the nurses' role of spiritual care* (28/9).

**Tabela 1: Število pregledanih člankov po bazah podatkov in strokovnem področju**

Baza podatkov	Št. pregledanih člankov	Strokovno področje	Št. pregledanih člankov
Obzornik zdravstvene nege	5	Zdravstvena nega	25
Web of science	6	Paliativna oskrba	34
PubMed	12	Medicina	12
Science Direct	3	Psihologija	4
SpringerLink	10	Religija	7
MEDLINE	39	Kakovost življenja	7
CINAHL	22	Kronične bolezni	11
Google books	3	Geriatrija/starost	3
Sage Journals Online	16	Raziskovanje	4
Knjižnica Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, knjižnica Zdravstvene fakultete Ljubljana	9	Izobraževanje	5
		Socialno delo	4
		Smrt in umiranje	8

Obdobje pregleda literature je trajalo od meseca septembra 2011 do meseca maja 2012. Večina izbrane literature izvira iz obdobja od leta 2000 do 2011, nekaj virov pa je

starejših, a so bili zaradi smiselnosti in relevantnosti vseeno vključeni v pregled literature.

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, z neeksperimentalnim dizajnom, vključili pa smo tudi kvalitativni pristop. Podatke za potrebe raziskovalnega dela diplomskega dela smo zbrali s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika.

### 3.3.2 Opis instrumentarija

Kot raziskovalni inštrument za zbiranje empiričnih podatkov smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregledane strokovne literature na temo duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi (Hermann, 2006; McSherry, 2006; Narayanasamy, 2007). Anketni vprašalnik je bil namenjen diplomiranim medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege (v nadaljevanju anketiranci) v treh slovenskih bolnišnicah. Sestavljen je bil iz 15 vprašanj, ki smo jih smiselno uredili v tri vsebinske sklope. Prvi sklop je zajemal socio-demografske podatke in je vseboval vprašanja o starosti, stopnji izobrazbe in delovni dobi na področju zdravstvene nege. Drugi sklop je bil namenjen ugotavljanju razumevanja duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi in je vseboval 8 trditev, ki so jih anketiranci ocenili po petstopenjski Likartovi lestvici, pri kateri je pomenilo 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Dve izmed vprašanj tega sklopa sta bili odprtega tipa, kjer so anketiranci odgovarjali z besedilom. Tretji sklop je predstavljal izvajanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi. Ta del je bil sestavljen iz vprašanj zaprtega tipa z enim ali več možnih odgovorov. Eno vprašanje v tem sklopu pa je bilo sestavljeno po intervalni lestvici od 1 do 5, kjer je pomenilo 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – občasno, 4 – pogosto in 5 – redno.

Neodvisne spremenljivke v raziskavi so bile: starost, stopnja izobrazbe, leta delovne dobe na področju zdravstvene nege; odvisne pa: razumevanje duhovnosti pri medicinskih sestrah, pogostost srečevanja z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi, največkrat zaznane duhovne potrebe, ocena odgovornosti za zagotavljanje duhovne oskrbe, pogostost izvajanja aktivnosti duhovne oskrbe, ovire pri izvajanju duhovne oskrbe idr.

Pri dveh sklopih vprašanj smo testirali zanesljivost pridobljenih podatkov z razvitim instrumentom na vzorcu na podlagi koeficienta Cronbach alfa. Rezultati v tabeli 2 prikazujejo, da je koeficient Cronbach alfa pri obeh sklopih presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za zmerno zanesljivost vzorca (Feligoj, Leskošek in Kogovšek, 1995).

**Tabela 2: Testiranje zanesljivosti vzorca po sklopih vprašanj**

Sklop	Število vprašanj	koeficient Cronbach alfa
Razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi	8	0,79
Izvajanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi	14	0,72

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Raziskava je bila izvedena v SBJ (Oddelek za zdravstveno nego, Endokrinološki oddelek, Gastroenterološki oddelek, Kardiološki oddelek, EITOS- enota intenzivne terapije operativnih strok, Oddelek za travmatologijo, Oddelek za abdominalno kirurgijo), Bolnišnici Golnik - KOPA (Bolniški oddelek 100, Bolniški oddelek 200, Bolniški oddelek 300, Bolniški oddelek 500, Bolniški oddelek 700, Oddelek za podaljšano bolnišnično zdravljenje in zdravstveno nego, Oddelek za intenzivno nego in terapijo) in Onkološkem inštitutu Ljubljana (Oddelek C1, Oddelek C2, Oddelek H1, Oddelek H2). Število anketnih vprašalnikov smo določili na osnovi podatka o številu zaposlenih kadrov v zdravstveni negi v posameznem vključenem zavodu. Podatke zaposlenih v zdravstveni negi smo pridobili s pomočjo kadrovske službe zavoda. V SBJ smo pridobili 12,1 % delež, v Bolnišnici Golnik – KOPA 23,6 % delež in na Onkološkem inštitutu Ljubljana 15,7 % delež vseh zaposlenih v zdravstveni negi. V raziskavi smo anketirali diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Anketirani so bili o vsebini in namenu predhodno obveščeni in so na anketiranje prostovoljno pristali. Razdelili smo 270 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 138, kar pomeni 51,1 % realizacijo vzorca.

Največji del anketirancev je bilo starih med 20 in 30 let 40,6 % (56), sledili so z 31,9 % zaposleni stari med 31 in 40 (44), s 17,4 % zaposleni stari med 41-50 let (24) in z 10,1 % (14) starih med 51-60. Anketiranih, starih več kot 60 let, v raziskavi ni bilo.

Glede na stopnjo izobrazbe je bilo največ anketiranih s srednješolsko izobrazbo z 58,7 % (81), sledili so anketiranci z visokošolsko izobrazbo z 31,2 % (43), z višješolsko izobrazbo s 5,8 % (8), z univerzitetno izobrazbo z 2,9 % (4), ter z najmanjšim deležem anketiranci z magisterijem z 1,4 % (2) (Rezultati so prikazani v tabeli 3).

Največ anketiranih (37) je v zdravstveni negi zaposlenih več kot 16 let ( 26,8 %), sledijo anketiranci s 6-10 leti delovne dobe 24,6 % (34), potem anketiranci z 1-5 leti delovne dobe 23,9 (33) in anketiranci z 11-15 21 % (29) leti delovne dobe na področju zdravstvene nege. Najmanj anketirancev je imelo delovno dobo manj kot eno leto, to je 3,6 % (5) (tabela 3).

**Tabela 3: Opis vzorca**

	<b>n=138</b>	<b>%</b>
<b>Starostna skupina</b>		
20 – 30 let	56	40,6
31 – 40 let	44	31,9
41 – 50 let	24	17,4
51 – 60 let	14	10,1
61 let ali več	0	0,0
<b>Izobrazba</b>		
srednješolska	81	58,7
višješolska	8	5,8
visokošolska	43	31,2
univerzitetna	4	2,9
magisterij	2	1,4
doktorat	0	0,0
<b>Delovna doba</b>		
manj kot 1 leto	5	3,6
1 – 5 let	33	23,9
6 – 10 let	34	24,6
11 – 15 let	29	21,0
16 let ali več	37	26,8

**Legenda:** n - velikost vzorca; % - odstotni delež

### 3.3.4 Potek raziskave

Vzorčenje je bilo izvedeno v mesecu novembru 2011. Izvedba anketiranja je potekala od meseca novembra 2011 do meseca januarja 2012 po predhodni pridobitvi soglasja s



strani raziskovalnega okolja SBJ, Bolnišnice Golnik – KOPA in Onkološkega inštituta Ljubljana. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika, tako da so bile vsakemu vprašalniku priložene pisemske ovojnice, ki so jih po izpolnitvi vložili v večjo ovojnico. V dogovoru z odgovornimi za izvedbo naše raziskave so bili upoštevana prostovoljnost in etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Republike Slovenije.

### 3.3.5 Opis obdelave podatkov

Vrnjene anketne vprašalnike smo najprej anonimizirali (oštevilčili) in podatke s pomočjo sistema Windows XP s programskim orodjem Microsoft Office Excel 2007 vnesli v računalnik. Podatke smo kvantitativno obdelali s programom SPSS, verzija 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Pri opisu vzorca smo uporabili frekvence in pripadajoče odstotke, ter v primeru Likertove ocenjevalne lestvice tudi povprečne vrednosti (PV) in standardne odklone (SO). V sklopu, kjer so anketiranci podajali stališča s pomočjo Likertove ocenjevalne lestvice, smo ločeno obravnavali srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre, primerjava merjenih dimenzij je bila izračunana na podlagi t-testa za neodvisne vzorce. Korelacije med dimenzijami so bile izračunane na podlagi Pearsonovega korelacijskega koeficienta ( $p$ ). Za statistično pomembne smo upoštevali razlike s  $p$  vrednostjo  $\leq 0,05$ . Zanesljivost zbranih podatkov (vzorca) za vsak sklop vprašanj je bila izračunana na podlagi koeficienta Crombach alfa. Statistični prikaz podatkov je predstavljen grafično s pomočjo tabel in grafov.

Analiza besedila je bila izvedena po avtorjih Hsieh in Shannon (2005). Izbrana je bila tehnika seštevalne analize besedila, ki se prične s kodiranjem besedila. Izbrane kode pomenijo ključne besede ali fraze, ki jih opisuje določen del besedila (stavek – citat ali odstavek). Kode s sorodnim pomenom se nato združujejo. Rezultati analize predstavljajo seštete kode ali rang kod (Tepina, 2011).

## 3.4 REZULTATI

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja so v nadaljevanju podrobneje predstavljeni rezultati raziskave po vsebinskih sklopih.

## 3.4.1 Razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi

V drugem sklopu ankete so anketiranci odgovarjali na vprašanja in trditve o razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi. Trditve so ocenjevali po Likertovi lestvici od 1 do 5. Rezultati trditev so prikazani v tabeli 4, kjer je navedeno, kakšna je bila povprečna vrednost (PV) in standardna deviacija (SD) odgovorov. Rezultate smo s t-testom za neodvisne vzorce primerjali tudi z vidika stopnje izobrazbe in glede na prepričanje o lastni duhovnosti (tabela 5), pri katerih je navedeno ali obstaja statistično pomembna razlika (p).

**Tabela 4: Skupni rezultati trditev, rezultati ločeni po izobrazbi anketirancev in razlike med anketiranci glede na stopnjo izobrazbe**

Trditev			Srednja šola (n=85)		Visoka šola (n=57)		t p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
Duhovnost je bistvo naše biti, ki se odraža v odnosu s seboj, z naravo, drugimi in božanstvom.	3,8	1,0	3,7	0,9	3,9	1,1	-0,944 0,347
Duhovnost je širši pojem kot religioznost.	3,9	1,0	3,8	1,0	4,1	1,1	-1,302 0,195
Duhovna prepričanja lahko nekaterim pomagajo pri soočanju s neozdravljivo boleznijo.	4,2	1,0	4,1	1,0	4,2	0,9	-0,375 0,708
Vsi ljudje smo duhovni - v bistvu je vsaka oseba vseh starosti biopsihosocialno in duhovno bitje.	3,9	1,1	3,8	1,0	4,1	1,1	-1,544 0,125
Duhovnost in duhovna oskrba sta ključni komponenti paliativne zdravstvene nege.	3,9	1,0	3,9	0,8	4,4	0,9	-0,091 0,929
Potreba po duhovni oskrbi v obdobju neozdravljive bolezni in ob umiranju raste.	4,5	0,7	4,5	0,6	4,3	0,9	0,473 0,640
Zdravstveni delavci naj duhovno oskrbo nudijo podobno kot po procesni metodi dela.	2,6	0,9	2,7	0,9	2,4	0,9	1,521 0,131
Kot MS imam dovolj znanja za izvajanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi.	2,4	1,3	2,6	1,3	2,4	1,3	0,591 0,557

**Legenda:** PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon; n - število enot v populaciji; p - p-vrednost (vrednost  $\leq 0,05$  pomeni statistično značilnost)

S trditvijo, da je duhovnost bistvo naše biti, ki se odraža v odnosu s seboj, z naravo, drugimi in božanstvom, se je popolnoma strinjalo 42 anketirancev (30,4 %), 40 anketirancev se je z trditvijo strinjalo (29 %). 46 anketirancev se je delno strinjalo (33,3 %), 4,3 % anketirancev se ni strinjalo (6), 4 anketiranci pa so označili, da se s trditvijo popolnoma ne strinjajo (2,9 %). Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila (PV=3,8, SD=1,00). Ne opažamo statistično značilnih razlik med anketiranci s

srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,347$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe ( $p=0,688$ ).

S trditvijo, da je duhovnost širši pojem kot religioznost., se je popolnoma strinjalo 47 anketirancev (34,1 %), 46 anketirancev se je strinjalo (33,3 %). 36 anketirancev se je delno strinjalo (26,1 %), 3,6 % anketirancev se ni strinjalo (5), 4 anketiranci so označili, da se s trditvijo popolnoma ne strinjajo (2,9 %). Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila ( $PV=3,9$ ,  $SD=1,00$ ). Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci s srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,195$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe ( $p=0,073$ ).

Da duhovna prepričanja lahko nekaterim pomagajo pri soočanju s težko boleznijo, se je popolnoma strinjalo 60 anketirancev (43,5 %), 54 anketirancev se je strinjalo (39,1 %). 17 anketirancev se je delno strinjalo (12,3 %), 1,4 % anketirancev se ni strinjalo (2), 5 anketirancev je označilo, da se s trditvijo popolnoma ne strinjajo (3,6 %). Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila ( $PV=4,2$ ,  $SD=1,00$ ). Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci s srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,708$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe ( $p=0,825$ ).

S trditvijo, da smo vsi ljudje duhovni - v bistvu je vsaka oseba vseh starosti bio psiho socialno in duhovno bitje, se je popolnoma strinjalo 47 anketirancev (34,1 %), 53 anketirancev se je strinjalo (38,4 %). 25 anketirancev se je delno strinjalo (18,1 %), 4,3 % anketirancev se ni strinjalo (6), 7 anketirancev je označilo, da se s trditvijo popolnoma ne strinjajo (5,1 %). Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila ( $PV=3,9$   $SD=1,10$ ). Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci s srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,125$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe ( $p=0,486$ ).

Da sta duhovnost in duhovna oskrba ključni komponenti paliativne zdravstvene nege se je popolnoma strinjalo 31 anketirancev (22,5 %), 47 anketirancev se je strinjalo (34,1 %). 41 anketirancev se je delno strinjalo (29,7 %), 12,3 % anketirancev se ni strinjalo (17), 2 anketiranca sta označila, da se s trditvijo popolnoma ne strinjata (1,4 %).

Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila ( $PV=3,9$ ,  $SD=1,00$ ). Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci s srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,929$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe ( $p=0,669$ ).

Potreba po duhovni oskrbi v obdobju neozdravljive bolezni in ob umiranju raste. S to trditvijo se je popolnoma strinjalo 40 anketirancev (29 %), 51 anketirancev se je strinjalo (37 %). 39 anketirancev se je delno strinjalo (28 %), 5,8 % anketirancev se ni strinjalo (8), 0 anketirancev je označilo, da se s trditvijo popolnoma ne strinjajo (0 %). Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila ( $PV=4,5$   $SD=0,7$ ). Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci s srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,640$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe (0,633).

Da naj zdravstveni delavci duhovno oskrbo nudijo podobno kot po procesni metodi dela, se je popolnoma strinjalo 20 anketirancev (14,5 %), 36 anketirancev se je strinjalo (26,1 %). 55 anketirancev se je delno strinjalo (39,9 %), 18,8 % anketirancev se ni strinjalo (26), 1 anketiranec je označil, da se s trditvijo popolnoma ne strinja (0,7 %). Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila ( $PV=2,6$   $SD=0,9$ ). Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci s srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,131$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe ( $p=0,984$ ).

Kot MS imam dovolj znanja za izvajanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi. S to trditvijo so se popolnoma strinjali 4 anketiranci (2,9 %), 14 anketirancev se je strinjalo (10,1 %). 55 anketirancev se je delno strinjalo (39,9 %), 36,2 % anketirancev se ni strinjalo (50), 15 anketirancev je označilo, da se s trditvijo popolnoma ne strinja (10,9 %). Povprečna vrednost strinjanja pri tej trditvi je bila ( $PV=2,4$   $SD=1,3$ ). Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci s srednješolsko in z visokošolsko izobrazbo ( $p=0,557$ ). Ni statistično značilnih razlik med prepričanjem glede lastne duhovnosti in razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe ( $p=0,785$ ).

**Tabela 5: Rezultati ločeni glede na prepričanje o lastni duhovnosti**

	Ali se imate za duhovno osebo?				t	p
	da (n=103)		ne (n=35)			
	PV	SO	PV	SO		
Duhovnost je bistvo naše biti, ki se odraža v odnosu s seboj, z naravo, drugimi in božanstvom.	3,8	1,0	3,9	1,0	-0,402	0,688
Duhovnost je širši pojem kot religioznost.	4,0	1,0	3,7	1,1	1,809	0,073
Duhovna prepričanja lahko nekaterim pomagajo pri soočanju s težko boleznijo.	4,2	1,0	4,1	0,9	0,221	0,825
Vsi ljudje smo duhovni. V bistvu je vsaka oseba vseh starosti bio psiho socialno in duhovno bitje.	3,9	0,9	3,8	0,9	0,698	0,486
Duhovnost in duhovna oskrba sta ključni komponenti paliativne zdravstvene nege.	3,9	1,0	4,0	0,8	-0,436	0,669
Potreba po duhovni oskrbi v obdobju neozdravljive bolezni in umiranju raste.	4,5	0,6	4,6	0,9	-0,481	0,633
Zdravstveni delavci naj duhovno oskrbo nudijo podobno kot po procesni metodi dela.	2,7	1,0	2,7	1,29	0,023	0,984
Kot MS imam dovolj znanja za izvajanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi.	2,6	1,4	2,3	1,4	0,593	0,785

**Legenda:** PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon; n - število enot v populaciji; p - p-vrednost (vrednost  $\leq 0,05$  pomeni statistično značilnost)

Dve vprašanji anketnega vprašalnika sta bili odprtega tipa. Iz besedila odgovorov smo oblikovali (za našo raziskavo) relevantne kodirne enote. Nato smo posameznim kodirnim enotam pripisali določen pomen in ta pomen poimenovali s kratko besedno zvezo –koda. Nato smo oblikovali kategorije. Omenjena delitev zagotavlja boljše preglednost in sistematičnost. Pri oblikovanju rezultatov smo trditve združili glede na temo.

Na vprašanje »Kako razumete duhovnost v paliativni zdravstveni negi?« je odgovorilo 66,7 % anketirancev, 56,5 % anketirancev (n = 78) je podalo odgovor, ki je bil primeren vprašanju. Na vprašanje »Kakšen je pomen duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi?« je odgovorilo 63,6 % anketirancev, 52,2 % je podalo odgovor, ki je ustrezal vprašanju (n = 72). V tabeli 10 so predstavljene zbirne kode na zastavljeni vprašanji.

Tabela 6: Pridobljene kategorije in kode

Kategorija DUHOVNOST			Kategorija DUHOVNA OSKRBA		
Koda	n = 78	%	Koda	n = 72	%
Notranje bistvo	14	17,9	Razumevanje bolezni	11	15,3
Smisel	13	16,6	Najti notranji mir	11	15,3
Povezanost	11	14,1	Priprava na smrt	14	19,4
Religija	10	12,8	Spodbujanje odnosov	8	11,1
Namen	9	11,5	Razrešitev strahov	5	6,9
Življenjska sila	9	11,5	Ohranjanje dostojanstva	7	9,7
Izpolnitev življenja	6	7,7	Spremljanje/podpora	12	16,7
Harmonija	6	7,7	Religiozna pomoč	4	5,5

Legenda: n - velikost vzorca; % - odstotni delež

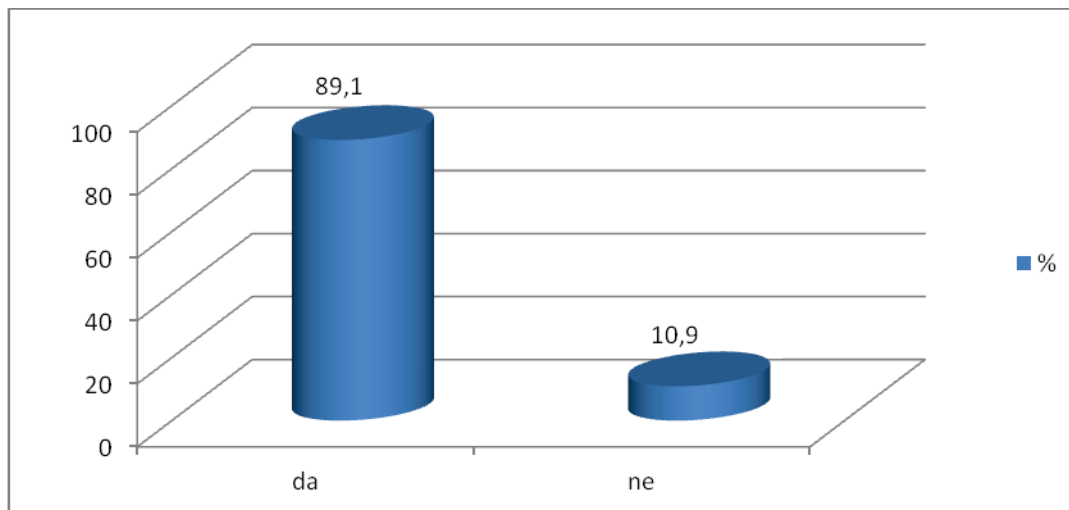
Anketiranci so največkrat navedli, da jim duhovnost v paliativni zdravstveni negi pomeni notranje bistvo človeka (17,9 %), 13 anketirancem duhovnost pomeni iskanje smisla življenja (16,6 %), 11 anketirancev je navedlo, da je za njih duhovnost povezanost s samim seboj in z drugimi (14,1 %), 10 anketirancev je navedlo, da je duhovnost izražena preko religije, ki ji pripadamo (12,8 %), 9 anketirancev je mnenja, da je duhovnost iskanje namena v življenju in prav tako, da je življenjska sila, ki vodi življenje (11,5 %). 6 anketirancev se je strinjalo, da duhovnost pomeni harmonijo življenja in da duhovnost predstavlja izpolnitev življenja (7,7 %).

Kot pomen duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi je največ anketirancev (14) označilo pripravo na smrt (19,4 %), 12 anketirancev navaja, da je pomen duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi spremljanje in podpora pacientu v času bolezni in umiranja (16,7 %). 11 anketirancev se strinja, da je pomen duhovne oskrbe v pomoči pacientu najti notranji mir (15,3 %) in pomoč pri razumevanju bolezni. 8 anketirancev pravi, da je pomen v spodbujanju odnosov s pacientovimi bližnjimi (11,1 %), 7 anketirancev je mnenja, da je pomembno ohranjanje dostojanstva pacienta (9,7 %). 5 anketirancev navaja, da je pomen duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi razreševanje strahov pacienta (6,9 %) in najmanj (4) anketirancev vidi pomen duhovne oskrbe v religiozni pomoči pacientu (5,5 %).

### 3.4.2 Duhovne potrebe v paliativni zdravstveni negi

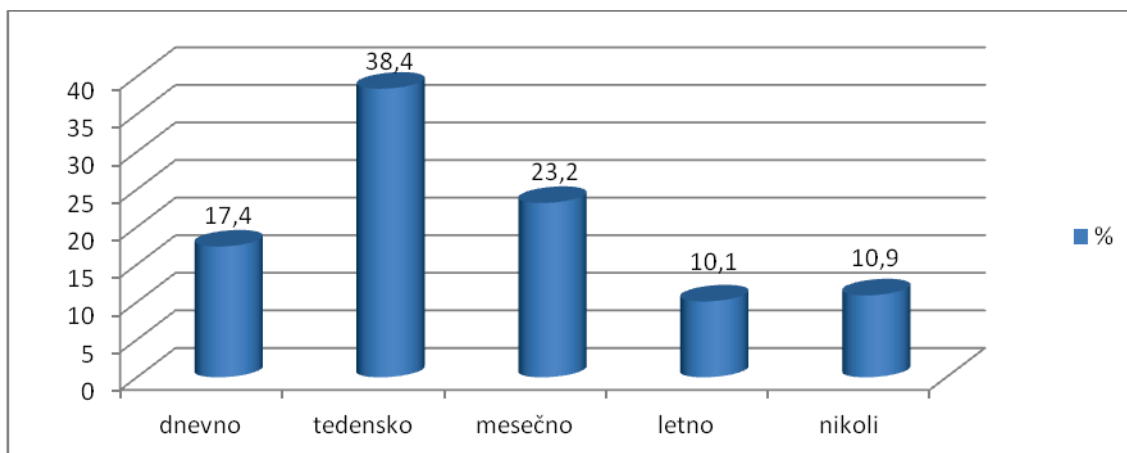
V tretjem sklopu anketnega vprašalnika nas je zanimalo izvajanje duhovne oskrbe v paliativni oskrbi. Slika 1 prikazuje rezultate na vprašanje: »Ali ste se v času vaše

zaposlitve kdaj srečali z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi?» Na to vprašanje je 89,1 % (123) anketirancev odgovorilo z da, 10,9 % (15) anketirancev pa je odgovorilo, da se v času zaposlitve niso srečali z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi.



**Slika 1: »Ali ste se že srečali z duhovnimi potrebami v paliativni zdravstveni negi?«**

Rezultati v sliki 2 prikazujejo, da je na vprašanje: »Kako pogosto srečujete paciente v paliativni oskrbi z izraženimi duhovnimi potrebami?« največ anketirancev (53) odgovorilo, da se srečujejo z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi tedensko (38,4 %), 23,2 % anketirancev se srečuje mesečno (32), 17,4 % anketirancev dnevno (24), 10,1 % anketirancev letno in 10,9 % (15) anketirancev je navedlo, da se z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi ni srečalo še nikoli.



**Slika 2: Pogostost srečevanja pacientov v paliativni oskrbi z izraženimi duhovnimi potrebami**

**Tabela 7: Način identifikacije duhovnih potreb**

Način identifikacije duhovnih potreb	n=138	%
pacienti jih sami izrazijo	93	67,4
slutim/začutim jih	82	59,4
s poslušanjem in z opazovanjem	78	56,5
preko pacientovih sorodnikov/prijateljev	31	22,5
preko ostalih članov zdravstvenega tima	30	21,7
preko duhovnika	17	12,3
iz pacientove dokumentacije	12	8,7
preko orodja za ocenjevanje duhovnih potreb	6	4,3
pacientove duhovne potrebe niso del vloge medicinske sestre	1	0,7

**Legenda:** n - velikost vzorca; % - odstotni delež

Tabela 7 prikazuje rezultate na vprašanje: »Na kakšen način prepoznate duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi?« Anketiranci so glede načina identifikacije duhovnih potreb pacientov v paliativni oskrbi največkrat (47,4 %) navedli, da jih pacienti sami izrazijo (93), 59,4 % prepoznava duhovne potrebe tako, da jih sluti/začuti (82), v 56,5 % jih prepoznajo s poslušanjem in z opazovanjem (78), 31 anketirancev jih prepoznava preko pacientovih sorodnikov/prijateljev (22,5 %), v 12,3 % so duhovne potrebe identificirane preko duhovnika (17), v 8,7 % iz pacientove dokumentacije (12), 6 anketirancev je navedlo, da duhovne potrebe prepoznajo preko orodja za ocenjevanje duhovnih potreb (4,3 %), 1 anketiranec pa meni, da pacientove duhovne potrebe niso del vloge medicinske sestre (0,7 %).

Tabela 8 prikazuje duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi. Največkrat zaznana duhovna potreba pri pacientih v paliativni oskrbi je bila s 46,4 % potreba po druženju (64), 63 anketirancev je zaznalo potrebo po ljubezni in harmoničnih odnosih (45,7 %), v 44,2 % je bila zaznana potreba po odpuščanju (61), 34,8 % anketirancev je zaznalo potrebo po dokončanju poslov (48), v 33,3 % je bila zaznana potreba po veri, molitvi in odnosu z Bogom (46), s 25,4 % potreba po pomenu in smislu (35), s 24,6 % potreba po vključenosti in nadzoru (samoodločanje), 30 anketirancev je zaznalo potrebo po pozitivnem pogledu na svet (21,7 %), s 4,3 % pa je bila kot najmanjkrat zaznana potreba po odnosu z naravo (6).



**Tabela 8: Duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi**

Duhovna potreba	n=138	%
potreba po druženju	64	46,4
potreba po ljubezni in harmoničnih odnosih	63	45,7
potreba po odpuščanju	61	44,2
potreba po dokončanju poslov	48	34,8
potreba po veri, molitvi in odnosu z Bogom	46	33,3
potreba po pomenu in smislu	35	25,4
potreba po vključenosti in nadzoru (samoodločanje)	34	24,6
potreba po pozitivnem pogledu na svet	30	21,7
potreba po odnosu z naravo	6	4,3

**Legenda:** n - velikost vzorca; % - odstotni delež

### 3.4.3 Izvajanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi

Tabela 9 prikazuje rezultate na vprašanje glede pogostosti izvajanja aktivnosti duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi. Anketiranci so pogostost izvajanja duhovnih aktivnosti ocenjevali po intervalni lestvici od 1 do 5, kjer je pomenilo 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – občasno, 4 – pogosto in 5 – redno. Kot najpogosteje navedena aktivnost je bilo spoštovanje pacientovega dostojanstva (PV=4,7, SD=0,7), nato spoštovanje pacientovega verskega in duhovnega prepričanja (PV=4,6, SD=0,7) ter spoštovanje pacientovega odnosa do nabožnih predmetov (PV=4,4, SD=0,9). Kot pogosto izvajane aktivnosti duhovne oskrbe (povprečna vrednost je pri zgoraj naštetih aktivnostih znašala okoli 4 – pogosto) so bili zagotavljanje okolja, ki podpira dostojno smrt pacienta (PV=4,2, SD=0,8), spodbujanje pacienta z njegovimi bližnjimi osebami (PV=4, SD=0,9), aktivno poslušanje pacientovih strahov, bojazni in težav (SD=3,8, SD=0,9), sledijo s povprečno vrednostjo (PV=3,7) uporaba humorja (SD=1,2), sočutna prisotnost ob pacientu (SD=0,8) in omogočanje srečanja z bolnišničnim duhovnikom ali obisk Svete maše (SD=1,2). S povprečno vrednostjo (PV=3,6, SD=1,1) je bila navedena aktivnost pomoči pri iskanju smisla v času trpljenja, nudenje čustvene in duhovne opore pacientovim bližnjim (PV=3,5, SD=0,8) in uporaba terapevtskega dotika (PV=3,0, SD=1,4). Kot najmanj pogoste aktivnosti duhovne oskrbe so anketiranci navedli pogovor o umiranju, smrti in življenju po smrti (PV=2,7, SD=1,1), pogovor s pacientom

o duhovnih in/ali religioznih vsebinah (PV=2,5, SD=0,9) ter kot najmanj pogosto aktivnost vključevanje terapije z glasbo (PV=1,9, SD=1,4). V tem sklopu smo poleg pogostosti izvajanja določene aktivnosti duhovne oskrbe pacientov v paliativni oskrbi ugotavljali tudi, ali prepričanje glede lastne duhovnosti vpliva na pogostost izvajanja določene aktivnosti duhovne oskrbe (tabela 8). V raziskovalnem vzorcu 138 anketirancev so 103 (74,6 %) anketiranci navedli, da se imajo za duhovno osebo, 35 (25,4 %) pa da ne. Rezultati prikazujejo, da je t-test za neodvisne vzorce v treh primerih pokazal statistično pomembne razlike (v tabeli označene s krepko) pri pogostosti izvajanja duhovne oskrbe po prepričanju anketirancev glede njihove duhovnosti. Anketiranci, ki se imajo za duhovno osebo, so glede na povprečno vrednost v večji meri navedli, da spoštujejo pacientov odnos do nabožnih predmetov ( $t=2,444$ ;  $p=0,016$ ), da spoštujejo pacientovo dostojanstvo ( $t=2,051$ ;  $p=0,046$ ) in pacienta spodbujajo k druženju z njegovimi najbližjimi osebami ( $t=2,262$ ;  $p=0,025$ ). V vseh treh primerih so bile pretežno navedene ocene 4 (pogosto) ali 5 (redno), kar je razvidno tudi iz visokih povprečnih vrednosti.

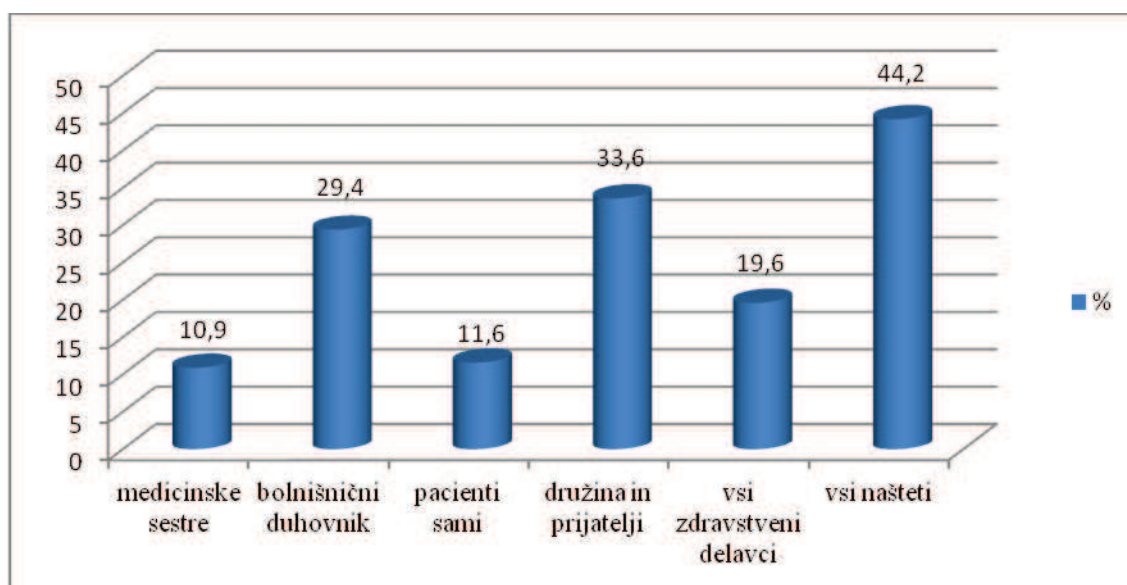
**Tabela 9: Aktivnosti duhovne oskrbe skupaj in pogostost izvajanja aktivnosti duhovne oskrbe po prepričanju glede duhovnosti**

Aktivnost	Trditev		Ali se imate za duhovno osebo?				p t
	Skupaj		da (n=103)		ne (n=35)		
Aktivnost duhovne oskrbe	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
s pacientom se pogovarjam o duhovnih in/ali religioznih vsebinah	2,5	0,9	2,5	0,9	2,4	1,0	0,938 0,350
sem sočutno prisoten/na ob pacientu	3,7	0,8	3,8	0,8	3,5	0,7	1,694 0,093
aktivno poslušam pacientove strahove, bojazni in težave	3,8	0,9	3,8	0,9	3,9	0,9	-0,512 0,610
s pacientom se pogovarjam o umiranju, smrti in življenju po smrti	2,7	1,1	2,7	1,1	2,7	1,2	0,148 0,882
pacientu omogočim srečanje z bolnišničnim duhovnikom ali obisk Svete maše	3,7	1,2	3,7	1,2	3,7	1,0	-0,112 0,911
uporabljam terapevtski dotik	3,0	1,4	3,1	1,4	2,8	1,4	1,118 0,265
vključujem terapijo z glasbo	1,9	1,4	2,0	1,4	1,8	1,2	0,606 0,546
spoštujem pacientov odnos do nabožnih predmetov	4,4	0,9	4,5	0,8	4,1	1,0	2,444 <b>0,016</b>
spoštujem pacientovo dostojanstvo	4,7	0,7	4,7	0,6	4,4	0,9	2,051 <b>0,046</b>
spoštujem pacientova verska in duhovna prepričanja	4,6	0,7	4,7	0,7	4,5	0,7	1,486 0,139
uporabljam humor	3,7	1,2	3,8	1,1	3,5	1,3	1,189 0,236
pacienta spodbujam k druženju z njegovimi bližnjimi osebami	4,0	0,9	4,1	0,9	3,7	0,8	2,262 <b>0,025</b>
pacientu pomagam pri iskanju smisla v času trpljenja	3,6	1,1	3,6	1,1	3,5	1,0	0,675 0,501
zagotovim okolje, ki podpira dostojno smrt pacienta	4,2	0,8	4,2	0,8	4,1	0,8	0,195 0,846

**Legenda:** PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon; n - število enot v populaciji; p - p vrednost (vrednost  $\leq 0,05$  pomeni statistično značilnost)

Slika 3 prikazuje rezultate na vprašanje: »Kdo je po vašem mnenju odgovoren za zagotavljanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi?« kjer so anketiranci navedli več odgovorov, zato število navedb presega velikost vzorca. Glede odgovornosti za izvajanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi je največ, 61 anketirancev (44,2 %), odgovorilo z vsi naštetimi, posamezno pa je s 33,6 % prevladal

odgovor družina in prijatelji (46), 29,4 % anketirancev meni, da je za izvajanje duhovne oskrbe odgovoren bolnišnični duhovnik (40), v 19,6 % vsi zdravstveni delavci (27) in z 11,6 % naj bi bile za izvajanje duhovne oskrbe odgovorni pacienti sami (16). Najmanj anketirancev (15) pa je mnenja, da so za zagotavljanje duhovne oskrbe odgovorne samo medicinske sestre (10,9 %).



**Slika 3: Odgovornost za zagotavljanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi**

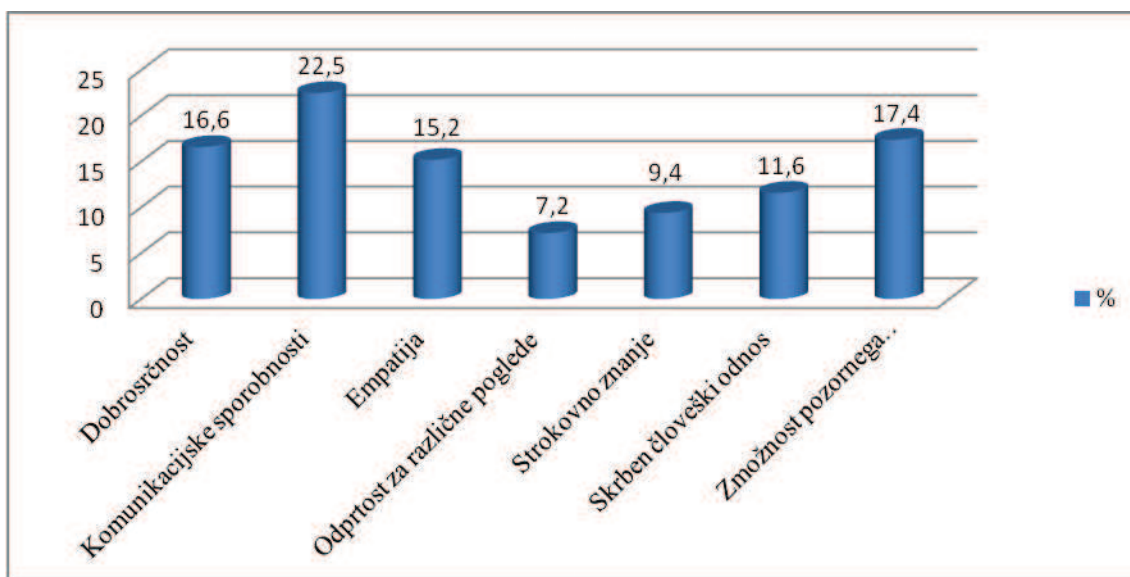
**Tabela 10: Ovire pri izvajanju duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi**

Ovire	n=138	%
pomanjkanje časa	88	63,8
okolje, ki ne podpira duhovne oskrbe	73	52,9
nezadostno znanje	30	21,7
pomanjkanje zavedanja lastne spiritualnosti	26	18,8
nesposobnost soočenja z duhovnimi potrebami pacienta	21	15,2
mnenje, da je to pacientova osebna stvar v katero se ne sme posegati	20	14,5
mislim, da ni ovir	19	13,8

**Legenda:** n - velikost vzorca; % - odstotni delež

V tabeli 10 so prikazane ovire pri zagotavljanju duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi. Kot oviri pri izvajanju duhovne pomoči sta bila daleč najpogosteje navedena pomanjkanje časa (63,8 %, 88) in okolje, ki duhovne oskrbe ne podpira (52,9

%, 73). 30 anketirancev je mnenja, da izvajanje duhovne oskrbe ovira nezadostno znanje (21,7 %), 26 anketirancev je kot oviro navedlo pomanjkanje zavedanja lastne spiritualnosti (18,8 %), v 15,2 % je bila navedena nesposobnost soočanja z duhovnimi potrebami pacienta (21), 20 anketirancev je kot oviro prepoznalo mnenje, da je to pacientova stvar, v katero se ne sme posegati (14,5 %), najmanj anketirancev (19) pa je mnenja, da za izvajanje duhovne oskrbe ni ovir (13,8 %).



**Slika 4: Pomembne lastnosti osebe, ki zagotavlja duhovno oskrbo**

Na vprašanje: »Katere lastnosti so pomembne pri osebi, ki zagotavlja duhovno oskrbo?« (slika 4) je največ anketirancev (31) navedlo komunikacijske sposobnosti (22,5 %), s 17,4 % je sledila zmožnost pozornega poslušanja, razumevanja (24). 23 anketirancev je za pomembno lastnost označilo dobrosrčnost (16,6 %) in 21 anketirancev empatijo (15,2 %). Kot sledeče pomembne lastnosti je 16 anketirancev navedlo skrben človeški odnos (11,6 %) in 13 anketirancev strokovno znanje (9,4 %). Kot najmanj pomembna lastnost osebe, ki zagotavlja duhovno oskrbo, se je s 7,2 % izkazala odprtost za različne poglede (10).

### 3.5 RAZPRAVA

Duhovnost in duhovna oskrba v celotnem zdravstvu dobivata vedno večji pomen. Ob soočenju s težko, neozdravljivo boleznijo, in bližajočo se smrtjo so tako pacienti kot tudi njihovi svojci razpeti med različne občutke nemoči in obupa. Zato potrebujejo podporo. Paliativna oskrba je odgovor, ki v svoji multidisciplinarni sestavi zagotavlja celostno oskrbo pacientovih fizičnih, psihosocialnih in duhovnih potreb. Pomemben del paliativne zdravstvene nege je tudi duhovna oskrba. Namen le-te je spremljanje in pomoč pacientom ter njihovim svojcem pri iskanju smisla in pomenov skozi občutljivo življenjsko obdobje.

Namen diplomskega dela je bil s pomočjo pregleda literature in raziskave ugotoviti, kako medicinske sestre razumejo duhovnost in duhovno oskrbo v paliativni zdravstveni negi, ali medicinske sestre prepoznavajo duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi, ter na kakšen način izvajajo duhovno oskrbo pacientov v paliativni oskrbi.

Zanimalo nas je, kako medicinske sestre razumejo duhovnost in izvajanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi. Stopnja strinjanja pri posameznih trditvah prvega sklopa pokaže, da medicinske sestre duhovnost dojemajo kot bistvo naše biti, ki jo ljudje odražamo v odnosu s seboj, z drugimi, naravo in božanstvom in da je v bistvu vsaka oseba vseh starosti bio psiho socialno in duhovno bitje. Te rezultate še dodatno podkrepijo odgovori na esejsko zastavljeno vprašanje: »Kako razumete duhovnost v paliativni zdravstveni negi?«, kjer medicinske sestre podajajo citate:

- *»Duhovnost pomeni bistvo našega obstoja.«*
- *»Duhovnost je način doživljanja, razumevanja in spopadanja z bližajočo smrtjo.«*
- *»Duhovnost ponuja veliko možnosti za odkrivanje pomena in smisla življenja. Predvsem v času bolezni.«*
- *»Duhovnost je pot iskanja smisla v življenju.«*
- *»Mislim, da duhovnost pomeni, kako nekdo doživlja Boga.«*
- *»Duhovnost pomeni povezanost vseh bitij sveta.«*

Skupne ugotovitve kažejo, da so se anketiranci strinjali, da sta duhovnost in duhovna oskrba ključni komponenti, ki nastopata pri oskrbi neozdravljivo bolnih, kar je razvidno tudi iz raziskav v drugih okoljih (Karakas, 2008). Rezultati kažejo, da duhovna prepričanja lahko nekaterim pomagajo pri soočanju z neozdravljivo boleznijo, kar

potrjujejo tudi številne študije o vplivu vere in duhovnosti na človeka (prav tam, str. 15). Izsledki teh kažejo na pomembnost sovpliva duhovnih vidikov pri soočenju z boleznijo. McGrath (2003) v raziskavi ugotavlja, da sta duhovnost in religijska vključenost pozitivno povezani z boljšim izidom telesnih in duševnih bolezni, verni pacienti se lažje spoprijemajo z neozdravljivo boleznijo in so bolj objektivni pri sprejemanju odločitev v zvezi z bližajočo se smrtjo. To dejstvo je še dodatno podprla tudi naša raziskava, saj so se anketiranci strinjali s trditvijo, da potreba po duhovni oskrbi v obdobju neozdravljive bolezni in umiranja raste. Svoje razumevanje pomena duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi pa so največkrat opisali z naslednjimi citati:

- *»Moja naloga je, da bolniku pomagam, da se bo lahko dostojno poslovil od tega sveta.«*
- *»Bistvo je, da bolnik sprejme svojo bolezen in najde svoj notranji mir.«*
- *»Karkoli že delamo, vse je le priprava na smrt.«*
- *»Ko se srečam z umirajočim bolnikom, je moja edina naloga, kako bo lahko mirno odšel«*

V strokovni literaturi se je v zadnjem desetletju uveljavilo razlikovanje med duhovnostjo kot širšim pojmom ter religijo kot njeno podmnožico (Garces-Foley, 2006; Sanders, 2011). Skladno s tem je duhovnost označena kot širši pojem, ki lahko, lahko pa tudi ne vsebuje katere od organiziranih oblik religije (Hanson idr., 2008). Prav tako smo v naši raziskavi ugotovili, da so se anketiranci strinjali s trditvijo, da je duhovnost širši pojem od religioznosti, in to stališče še dodatno potrdili s strinjanjem s trditvijo, da smo vsi ljudje duhovni, da je v bistvu vsaka oseba vseh starosti biopsihosocialno in duhovno bitje.

Anketiranci so se le delno strinjali, da naj zdravstveni delavci duhovno oskrbo nudijo podobno kot po procesni metodi dela, kar kaže na odmik od raziskave Chocinova in Canna (2005), kjer rezultati kažejo, da procesna metoda dela medicinskim sestram omogoča, da sistematično zagotavljajo primerno in učinkovito duhovno oskrbo.

Ugotovili smo, da anketiranci nimajo dovolj znanja za izvajanje duhovne oskrbe pacientov v paliativni oskrbi, kar potrjuje tudi raziskava MacDonalda idr. (2011), ki kaže, da je izobraževanje velik problem mnogih medicinskih sester, kar pomeni, da se ne čutijo pripravljene za obravnavo duhovnih vprašanj ob koncu življenja, in da ta vidik

zdravstvene nege in paliativne oskrbe ni dovolj obravnavan v okviru programov izobraževanja medicinskih sester. In ravno zaradi tega so pogostokrat ignorirane duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi.

Predpostavljali smo, da bo stopnja izobrazbe vplivala na razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe, a ni bilo nobenih statistično pomembnih razlik. To nas je nekoliko presenetilo, saj smo izhajali iz dejstva, da se diplomirane medicinske sestre več izobražujejo in v okviru visokošolskega izobraževanja pridobijo več znanj kot tehniki zdravstvene nege. Ta rezultat nakazuje na to, da se duhovnost in duhovna oskrba pri nas premalo vključuje v učni načrt zdravstvene nege. Lahko pa je to tudi rezultat dejstva, da je koncept duhovnosti izredno subjektiven in kompleksen ter je njegovo razumevanje odvisno predvsem od lastnega nazora in pogleda na svet. Obenem pa smo predvidevali tudi, da ocena lastne duhovnosti vpliva na razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe, kar se tudi ni izkazalo za statistično pomembno. V nasprotju z našimi ugotovitvami pa Smyth in Allen (2011) ugotavljata močno povezavo med lastno duhovnostjo in razumevanjem duhovnosti in duhovne oskrbe.

Rezultati naše raziskave pokažejo, da se je velika večina anketirancev (89,1 %) v času svoje zaposlitve že srečalo z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi, največ od teh se z njimi srečuje tedensko in le majhen odstotek (10,9 %) jih le-teh potreb še ni zaznalo, medtem ko raziskava Swintona (2006) kaže, da se medicinske sestre pogosteje - dnevno srečujejo z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi, v nasprotju z našo raziskavo pa je tudi odstotek medicinskih sester, ki se z duhovnimi potrebami še niso srečale, dosti večji.

Narayanasamy (2010) v svoji raziskavi ugotavlja, da največ duhovnih potreb izrazijo pacienti sami, kar je pokazala tudi naša raziskava. Prav tako rezultati naše kot tudi prej omenjene raziskave kažejo, da zelo velik del anketirancev identificira duhovne potrebe pacientov s poslušanjem in z opazovanjem ter tako, da jih slutijo/začutijo. Te ugotovitve poudarjajo pomen komunikacije in medosebnih odnosov v razmerju medicinska sestra-pacient pri prepoznavanju duhovnih potreb ter na pomembnost časa, ki ga medicinska sestra preživi s pacientom. Naša raziskava je pokazala, da medicinske sestre dosti manj, kot so pokazali rezultati drugih raziskav (Mako, Galek in Poppito 2006, Puchalski, 2001, Marks, 2005), za ugotavljanje pacientovih duhovnih potreb uporabljajo orodja, ki



so izdelana v ta namen. Menimo, da je temu tako zaradi nepoznavanja teh orodij in seveda manjšega izbora orodij, kot jih poznajo v drugih državah.

V raziskavi smo anketirance spraševali, katere duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi največkrat prepoznavajo, ter te duhovne potrebe razdelili na duhovne potrebe skupne vsem in duhovne potrebe v paliativni zdravstveni negi ter ugotovili, da prednjačijo predvsem tri: potreba po druženju, potreba po ljubezni in harmoničnih odnosih ter potreba po odpuščanju, kar se ujema z raziskavo Hamptonove idr. (2007), ki ugotavlja, da se pri pacientih v paliativni oskrbi v ospredju pojavlja predvsem duhovna potreba, značilna za umirajoče bolnike, to je potreba po druženju oziroma stiku z bližnjimi, kar kaže na pomembnost vključevanja pacientove družine in prijateljev v sam proces duhovne oskrbe.

Stang, Stang in Ternested (2002) navajajo, da doživljanje pacienta ob spoznanju, da je njegova bolezen neozdravljiva, razkriva različne potrebe, tudi duhovne narave, in da je za pokrivanje le-teh potreb potrebno vključevanje različnih strokovnjakov. Menijo, naj duhovno spremljanje pacientov v paliativni oskrbi nudijo vsi člani paliativnega tima, potrebno pa je vključevati tudi pacientove pomembne bližnje. To izhodišče pa so potrdili tudi rezultati naše raziskave, saj se anketiranci strinjajo, da so v največji meri za zagotavljanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi odgovorni vsi zdravstveni delavci, bolnišnični duhovnik pa tudi prijatelji in družina.

Pri vprašanju, kjer so anketiranci navajali pogostost opravljanja določene aktivnosti duhovne oskrbe, so rezultati pokazali, da je bila najpogosteje navedena aktivnost spoštovanje pacientovega dostojanstva, nato spoštovanje pacientovega verskega in duhovnega prepričanja ter spoštovanje pacientovega odnosa do nabožnih predmetov. Ti rezultati kažejo na pomembno povezavo z raziskavo Carlsona in Morrisona (2008), kjer sta ugotovila, da duhovna oskrba ne pomeni samo izvajanje aktivnosti in intervencij, ki jih delamo za pacienta, ampak se duhovna oskrba vse bolj zrcali skozi naš odnos, ki ga imamo s pacientom. V duhovni oskrbi je že nekaj časa slutiti premik od »delati za pacienta« k »biti ob pacientu« (Rumbold, 2007). Predpostavljali smo, da prepričanje glede lastne duhovnosti vpliva na pogostost izvajanja določene aktivnosti duhovne oskrbe, kar so rezultati ankete tudi potrdili, vendar se je samo pri treh aktivnostih duhovne oskrbe to izkazalo za statistično pomembno. Medicinske sestre, ki se imajo za duhovne, v povprečju bolj spoštujejo pacientovo dostojanstvo, pacientov odnos do

nabožnih predmetov ter pacienta spodbujajo k druženju z njegovimi bližnjimi osebami. Prav tako tudi Stranahanova (2001) v svoji raziskavi ugotavlja pozitivno povezavo med dojemanjem osebne duhovnosti in izvajanjem duhovne oskrbe. Medicinske sestre, ki so se označile za duhovno osebo, so pogosteje izvajale duhovno prakso.

Grant (2004) v svoji raziskavi o omejitvah pri zagotavljanju duhovne oskrbe ugotavlja, da podporna organizacijska kultura izboljša in povečuje zanimanje za izvajanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi. Faull in Hills (2006) dodajata, da obstajajo dinamična prepletanja med pacientovimi potrebami, profesionalnem interesu za duhovno oskrbo in omejitvami ali priložnostmi znotraj organizacijske kulture. Poleg tega pa Taylor (2005) v svoji raziskavi kot glavno oviro za izvajanje duhovne oskrbe prepoznava pomanjkanje časa, medicinska sestra je preveč produktivno naravnana in preprosto nima časa sesti k pacientu in biti z njim. Tudi rezultati naše raziskave kažejo, da se anketiranci pri zagotavljanju duhovne oskrbe največkrat srečujejo s pomanjkanjem časa in z okoljem, ki ne podpira duhovne oskrbe, kar potrjuje paradoks zdravstvene industrije, ki zahteva narediti čim več s čim manj sredstvi in v čim krajšem času, in tako so dejavnosti, ki vzamejo dosti časa, kar duhovna oskrba je, preprosto potisnjene v področje neosnovne oskrbe.

Raziskava pokaže, da anketiranci kot zelo pomembne lastnosti osebe, ki izvajajo duhovno oskrbo, opredeljujejo komunikacijske sposobnosti in zmožnost pozornega poslušanja, medtem ko odprtost za različne poglede in strokovno znanje nista toliko pomembni. Chan (2009) v svoji raziskavi prav tako ugotavlja, da je osnova za uspešno izvajanje duhovne oskrbe dober medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom, zelo je pomembna učinkovita besedna in nebesedna komunikacija, medtem ko ugotavlja, da pacienti samemu strokovnemu znanju ne namenjajo toliko pozornosti.

Rezultati kažejo na širše dojetje duhovnosti, kot jo opredeljuje zakon o duhovni oskrbi, kar kaže na to, da zakonodaja ne zagotavlja obravnave vseh duhovnih potreb, temveč le manjši del. V raziskavi se kažejo potrebe po celostnem pristopu, ki glede duhovne oskrbe pomeni obravnavo tako eksistencialnih kot religioznih duhovnih potreb neozdravljivo bolnih.

V Sloveniji o duhovni oskrbi v paliativni zdravstveni negi ni bila narejena še nobena obširna raziskava na nacionalni ravni, le nekaj raziskav pokriva duhovno oskrbo v zdravstvu, vendar še to pretežno z vidika religiozne duhovne oskrbe. Tako ostaja področje duhovne oskrbe, ki odgovarja na potrebe pacienta celostno, največkrat spregledano in neupoštevano.

V diplomskem delu pa kljub prispevku k pojasnjevanju razumevanja in pomena duhovnosti ter duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi obstajajo omejitve. Zaradi eterične in intuitivne narave duhovnosti prihaja do nejasne definicije in s tem do različnosti razumevanja duhovnosti kot koncepta. Kvantitativni pristop nam je omogočil širok vpogled v razumevanje in izvajanje duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi, vendar je tak način dostikrat površen in ne more ponuditi globokega vpogleda v osebno in družbeno konstruirano naravo duhovnosti, kot tudi ne daje vpogleda v občutke in čustva anketirancev. Prav tako pa obstaja omejitev v izboru neslučajnostnega vzorca, naša raziskava tako lahko prispeva svoj delež k razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi, vendar rezultatov zaradi majhnega vzorca ne moremo posploševati. Rezultati lahko predstavljajo le trenutno sliko v raziskovanem okolju. V prihodnosti bi bilo smiselno kvantitativno raziskavo ponoviti na večjem, bolj reprezentativnem vzorcu, katere rezultate bi bilo moč posplošiti na vse medicinske sestre, ki skrbijo za neozdravljivo bolne paciente. Obenem pa bi bilo dobro našo raziskavo nadgraditi tudi z raziskavo na pacientih, ki bi dala še celovitejši vpogled v razumevanje in pomen duhovne oskrbe.

#### **4 ZAKLJUČEK**

V diplomski nalogi je bilo predstavljeno eno izmed področji paliativne zdravstvene nege - to je duhovna oskrba. Duhovna oskrba je nepogrešljivi sestavni del paliativne oskrbe, ki združuje fizične, psihosocialne ter duhovne stiske in težave pacienta v celoto in ga v tej celoti razumeva in sprejema. Tako je v procesu soočenja z neozdravljivo boleznijo duhovna podpora kot del paliativne oskrbe neizogibno potrebna.

Da bi dobili boljši vpogled v razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe ter njeno izvajanje v paliativni zdravstveni negi, smo izvedli kvantitativno raziskavo z

medicinskimi sestrami, ki so zaposlene v SBJ, bolnišnici KOPA Golnik in na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Iz rezultatov je razvidno, da duhovnost in duhovna oskrba predstavljata ključni element v skrbi za neozdravljivo bolne, da duhovna prepričanja pomagajo pri soočanju s težko boleznijo in tudi, da potreba po duhovni oskrbi v času bolezni in umiranja raste. Rezultati kažejo tudi na širše dožemanje duhovnosti, kot jo opredeljuje Zakon o verski duhovni oskrbi, kar kaže na to, da zakonodaja ne zagotavlja obravnave vseh duhovnih potreb, temveč le manjšega dela. Kažejo se potrebe po celostnem pristopu, ki glede duhovne oskrbe pomeni obravnavo tako eksistencialnih kot religioznih duhovnih potreb neozdravljivo bolnih.

Raziskava je pokazala, da se medicinske sestre redno srečujejo z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi, vendar se je izkazalo, da za obravnavanje duhovnih vidikov nimajo ne dovolj znanja niti dovolj časa, prav tako pa jim ni naklonjena organizacijska kultura. Zato bi bilo za kakovostnejšo zagotavljanje duhovne oskrbe pacientov v paliativni oskrbi predvsem potrebno vzpostaviti delovno okolje, ki bi duhovno oskrbo podpiralo, potrebne so raziskave, ki bodo v klinično okolje prinašale na dokazih podprto duhovno oskrbo, in na podlagi teh raziskav razviti smernice in kvalitetna orodja za delovanje. Smiselno bi bilo uvesti vsebine duhovne oskrbe v dodiplomski in podiplomski študij, ki bi zdravstvene strokovnjake usposabljal za prepoznavanje duhovnih aspektov. Zaposlene bi bilo treba opolnomočiti v smislu podpore osebnemu in strokovnemu razvoju za zaznavanje in obravnavo duhovnih potreb ter zagotoviti zadostno avtonomijo pri delu, da bi bili pacienti deležni kakovostne oskrbe, ter se bodo lahko učinkovito soočali s svojo boleznijo in sprejemanjem zaključka življenja.

## 5 LITERATURA

Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy D. Religion, spirituality and health care: Social, ethical, and practical considerations. *American Journal of Medicine*. 2001; 110: 283-87.

Astrow AB, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP.. Is Failure to Meet Spiritual Needs Associated With Cancer Patients' Perceptions of Quality of Care and Their Satisfaction With Care? *Journal of Clinical Oncology*. 2007; 25(36): 5753-7.

Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007; 25: 555-60.

Bephage G. Care approaches to spirituality and dementia. *Nursing & Residential care*. 2008; 10(3): 134-7.

Brennan M, Heiser D. Spiritual assessment and intervention with older adults: current directions and applications. Binghamton: The howort pastoral press; 2005.

Bryant C. The modern mystic: a spirituality for healthcare workers. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2004; 58(4): 319-24.

Burkhardt MA, Nagai-Jacobson MG . Nurturing and caring for self. *Nursing Clinics of North America*. 2001; 16: 23-31.

Byock I. Where do we go from here? A palliative care perspective. *Crit Care Med*. 2006; 34(11): 416-20.

Carlson M D A, Morrison R S. User's Guide to Research in Palliative Care: Why Is a New Series Needed? *Journal of Palliative Medicine*. 2008; 11(9): 1258-61.

Castledine A. Professional misconduct. Senior nurse who demeaned the spiritual beliefs of patients and staff. *British Journal of Nursing*. 2005; 14: 745-9.

Chan MF Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 19: 2128-36.

Chatters L M. Religion and Health: Public Health Research and Practice. *Annual Review of Public Healt*. 2005; 21(1): 335-67.

Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. *Journal of palliative medicine*. 2005; 8(1): 22-34.

Chung-Ching C, Fu-Jin S, Jeng-Fong C, Hsiao-Wei S, Fei-Hsiu H, Yu-Ting C. The lived experiance of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patient with terminal cancer. *Journal of clinical nursing*. 2008; 17: 735-43.

Clark J. A critical view of how nursing has defined spirituality. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18: 1666-73.

Cultur. 2002; 5: 143-62.

Daaleman T P, Cobb A K, Frey B B. Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. *Social Science & Medicine*. 2001; 53(11): 1503-11.

Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med* 2008; 6: 406-11.

D'Souza, R. Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry*. 2002; 10(1): 44-7.

Faull K, Hills M. The role of the spiritual dimension of the self as the prime determinant of health. *Disability and Rehabilitation*. 2006; 28: 729-40.

Faver C., Relational spirituality and social caregiving. *Social Work*. 2004; 2(49): 241-9.

Fawcett J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. *Nursing models and Theories*. Philadelphia: Davis company; 2002.

Ferligoj A, Leskošek K, Kogovšek T. Zanesljivost in veljavnost merjenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1995.

Fleming S, Evans D.S. The concept of spirituality: its role within health promotion practice in the Republic of Ireland. *Spirituality and Health International*. 2008; 9(2): 79-89.

Fosarelli P. Understanding spirituality. *JAMA*. 2009; 17(1).

Garces-Foley K. Hospice and the Politics of Spirituality. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2006; 53(1/2): 117-36.

Goddard NC. A response to Dawson's critical analysis of 'spirituality as »integrative energy«. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 31 (4): 968-79.

Gordon M. Negovalne diagnoze-priročnik. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2006.

Grant D. Spirituality in the workplace: New empirical directions in the study of the sacred. *Sociology of religion*. 2004; 65(3): 265.83.

Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Hampton DM, Hollis DE, Lloyd DA, Taylor J, McMilan C. Spiritual needs of persons with advanced cancer. *American Journal of Hospice & Palliative medicine*. 2007; 1(24): 42-8.

Hanson LC, Dobbs D, Usher BM, Williams S, Rawlings J, Daaleman T.P. Providers and Types of Spiritual Care during Serious Illness. *Journal of Palliative Medicine*. 2008; 11(6): 907-14.

- Heelas P. Nursing spirituality. *Spirituality and Health International*. 2006; 7(1): 8-23.
- Henoch I, Danielson E. Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psycho-oncology*. 2009; 18: 225-36.
- Herdman TH. *NANDA International nursing diagnoses : definitions & classification 2009-2011*. United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2008.
- Hermann C. Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. *Oncol Nurs Forum*. 2006; 33(4): 737-44.
- Hermann CP. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncology Nursing Forum*. 2001; 28(1): 67-72.
- Hicks TJ. Spirituality and the elderly: nursing implications with nursing home residents. *Geriatr Nurs*. 2005; 20(3): 144-6.
- Hodge D R. *Spiritual Assessment: Handbook for Helping Professionals*. Botsford: North American Association of Christians in Social Work; 2003.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15 (9): 1277-88.
- Kaplar ME., Wachholtz AB, O'Brien WH. The Effects of Religious and Spiritual Interventions on the Biological, Psychological, and Spiritual Outcomes of Oncology Patients: A Meta-Analytic Review. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2004; 22: 39-49.
- Karakas F. A holistic view of spirituality and values: the case of global Gulen networks. *Journal of Management, Spirituality, and Religion*. 2008; 5(1): 56-84.
- Kilpatrick SD, Weaver AJ, McCullough ME. A review of spiritual and religious measures in nursing research journals: 1995–1999. *J Relig Health*. 2005; 44: 55-66.
- Larson DB. Spirituality potential relevance to physical and emotional health: a brief review of quantitative research. *J PsycholTheol*. 2003; 31(1): 37-51.
- Lee EK, Sharpe T. Understanding Religious/Spiritual Coping and Support Resources Among African American Older Adults: A Mixed-Method Approach. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2007; 19(3): 55-75.
- Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48 (3): 234-46.
- Leeuwen RN. Aspects of spirituality concerning Scand J Caring Sci. 2007; 21: 482-9.
- Leibrich J. Making space: spirituality and mental health. *Mental Health, Religion &*
- Lovanio K, Wallace M, Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education project. *Holistic Nursing Practice*. 2007; 21: 42-7.

- Lunder U. Nekateri uspešni modeli paliativne oskrbe v svetu. In: Krčevski Škvarč N, eds.. Seminar o bolečini – Zbornik predavanj. Maribor: Splošna bolnišnica, Maribor; 2002; 185-93.
- Lunder U, Furlan M, Simonič A. Spiritual needs assessments and measurements. Current opinion in supportive and palliative care. 2011; 5(3): 273-8.
- Macdonald N. Palliative medicine and modern cancer care. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, eds. Oxford textbook of palliative medicine. New York: Oxford University Press; 2005.
- MacDonald N, Weijer C. Ethical issues in palliative care research. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman M, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2011.
- MacKinlay E. The spiritual dimension of caring: applying a model for spiritual tasks of ageing. Journal of Religious Gerontology. 2001; 12(3/4): 151-66.
- Mako C, Galek K, Poppito SR. Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. Journal of Palliative Medicine. 2006; 9(5): 1106-13.
- Marks, L. Religion and Bio-Pscho- Social Health: A Review and Conceptual Model. Journal of Religion and Health. 2005; 44(2): 173-86.
- Martsof DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. Journal of Advanced Nursing. 2004; 27: 294-303.
- Mason M, Singleton A, Webber R. The spirituality of young Australians. International Journal of Children's Spirituality. 2007; 12(2): 143-163.
- Matzo M, Witt Serman D. Palliative care nursing: quality care to the end of life. New York: Springer publishing company; 2009.
- McGrath P. Spiritual pain: A comparison of findings from survivors and hospice patients. 2003; 20(1): 23-33.
- McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. International Journal of Nursing Studies. 2004; 41(2): 151-61.
- McSherry W, Watson R. Spirituality in nursing care: evidence of a gap between theory and practice. Journal of Clinical Nursing. 2002; 11(6): 843-44.
- McSherry W. Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach. Great Britain: Attheaenum Press; 2006
- McSherry W. Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach. Great Britain: Attheaenum Press; 2006.
- Mills PJ. Spirituality, religiousness, and health: From research to clinical practice. Annals of Behavioral Medicine. 2002; 24: 1-2.



- Miner-Williams D. Making sense of spirituality. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. San Antonio: Blackwell Publishing; 2005.
- Narayanasamy A, Owens J. A Critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 33 (4): 446-55.
- Narayanasamy A. Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Education Today*. 2004; 19: 386-95.
- Narayanasamy A. Palliative care and spirituality. *Indian J Palliat Care*. 2007; 13: 32-41.
- Narayanasamy A. Recognising spiritual needs. In: McSherry W, Ross L, eds. *Spiritual assessment in health care practice*. Keswick: M&K Publishing; 2010.
- Narayanasamy A. Recognising spiritual needs. In: McSherry W, Ross L, eds. *Spiritual assessment in health care practice*. Keswick: M&K Publishing; 2010.
- Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *Br J Nurs*. 2004; 13(19): 1140-4.
- Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *Br J Nurs*. 2004; 13(19): 1140-4.
- O'Hara DP. Is there a role for prayer and spirituality in health care? *Complementary and Alternative Medicine*. 2006; 86: 33-46.
- O'brain ME. *Spirituality in Nursing: Standing On Holy Ground*. Canada : Jones & Barlett Learning; 2007.
- O'Connell KA, Skevington SM. Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: a comparison of theoretical models. *Br J Health Psychol*. 2010; 15(4): 729-48.
- Pahor M, Gerdin M. Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe v domovih starejših občanov v Ljubljani. *Obz Zdr N*. 2009; 43(3): 191-200.
- Paley J. Spirituality and secularization: nursing and the sociology of religion. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 17: 175-86.
- Pečjak V. *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba; 2007.
- Perinott - Molinatti J. *The Significance of Spirituality in the Elderly* [doktorsko delo]. Sarasota: Graduate School of Argosy University; 2004.
- Persut B, Thorne S. From private to public: negotiating professional and personal identities in spiritual care. *J Adv Nurs*. 2007; 58: 396-403.
- Powell L H, Shahabi L, Thoresen C E. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *American Psychologist*. 2003; 58(1): 36-52.

Prepeluh U, Šturm L. Pregled in pravna analiza veljavne zakonodaje Republike Slovenije s področja pravne ureditve verskih skupnosti. Ljubljana : Inštitut za pravo človekovih pravic; 2004.

Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J. Improving the quality of spiritual care as a demension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*. 2009; 12(10): 885-904.

Puchalski CM. *A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Chronically Ill and Dying*. New York: Oxford University Press; 2006.

Puchalski CM. Spirituality and health: The art of compassionate medicine. *Hospital Physician*. 2001; 37: 30-6.

Ramovš J. *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti; 2003.

Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 852-62.

Ross LA. Why the increasing interest in spirituality within healthcare?. In: McSerry W, Ross LA, eds. *Spiritual assessment in healthcare practice*. New York: M & K publishing; 2010; 5-17.

Rousseau P. Spirituality and the Dying Patient. *Journal of Clinical Oncology*. 2003; 21(9): 54-6.

Rumbold B. A review of spiritual assessment in health care practice. *Medical Journal of Australia*. 2007; 186 (10): 60-2.

Rumbold B. *Assessing Assessments in Spiritual Care*. First National Conference on Spirituality & Health; 2005 Sep 3-5, South Australia:University of Adelaide; 2005.

Salander P. Who needs the concept of spirituality? *Psycho-Oncology*. 2006; 15(7): 647-59.

Salobir U. Paliativna oskrba bolnika. *Onkologija : strokovni časopis za zdravnike*. 2001; 5(2): 87-9.

Sessanna L, Finnell D, Jezewski M. A. Spirituality in Nursing and Health-Related Literature: A Concept Analysis. *J Holist Nurs* 2007; 25: 252-62.

Simonič A. Psihološka obravnava v paliativni oskrbi. In: Lunder U, eds. *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice : zbornik srečanja*; 2011 Feb 3; Ljubljana, Slovenija. Golnik : Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011.

Simonič A. Psihološki aspekti paliativne oskrbe. *Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo: Zbornik z recenzijo*. Ljubljana; 2009.

Sinclair C. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. CMAJ. 2011; 183(2).

Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative Care. Journal of Palliative Medicine. 2006; 9(2): 464-79.

Skoberne M. Duhovnost in duhovno zdravje. Obzor Zdr N. 2002; 36: 23-31.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. Slovenska akademija znanosti in umetnosti in znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. Ljubljana: DZS; 1994.

Smyth T, Allen S. Nurses' experiences assessing the spirituality of terminally ill patients in acute clinical practice. Int J Palliat Nurs. 2011; 17(7): 337-43.

Speck P, Higginson I, Addinton-Hall J. Spiritual needs in healthcare. BMJ. 2004; 7(1): 21-5.

Speck P. Spiritual Care in Health Care. Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy. 2004; 6: 177-82.

Steinhauser K E, Christakin N A., Clipp, E C, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky J. A. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. Journal of the American Medical Association. 2002; 284: 2476-82.

Stephenson PL, Draucker CB, Martsolf DS. The experience of spirituality in the lives of hospice patients. J Hosp Palliat Nurs. 2003; 5: 51-8.

Stranahan S. Spiritual perception, Attitudes about spiritual care and spiritual care practices among nurse practitioners. Western Journal of Nursing Research. 2001; 23 (1): 90-111.

Strang S, Strang P, Ternstedt BM. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. J Clin Nurs. 2002; 11: 48-57.

Sulmasy DP. Addressing the religious and spiritual needs of dying patients. West J Med. 2006; 175: 251-4.

Sweat M.T. FAQs in spiritual care. How does spiritual care begin? Journal Of Christian Nursing. 2005; 22(2): 105-11.

Swinton J. Identity and resistance: why spiritual care needs 'enemies'. Journal of Clinical Nursing. 2006; 15(7): 918-28.

Štrancar K. Spoprijemanje z neozdravljivo boleznijo. In: Novaković S, Zakotnik B, Žgajnar J, eds. Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja- 22. onkološki vikend; 2009 jun 12-13; Portorož, Slovenija. Ljubljana : Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut in Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2009.

Štupnikar J. Odnos do bolnikov in bioetika. Bogoslovni vestnik. 2004; 64 (3): 561-75.

- Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 39(5): 500-9.
- Taylor C. *A Secular Age*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press; 2007.
- Taylor E.J., Mamier J. Spiritual care nursing: What cancer patients and family caregivers want. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49(3): 260-67.
- Taylor EJ. Spiritual Care. *Nursing Theory, Research, and Practice*. 2002; 17(2); 33-56.
- Tepina J. Pridobljene kompetence študentov zdravstvene nege- vidik medicinsko tehničnih posegov [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
- Tušar M. Medicinska sestra v soočenju z duhovnimi potrebami bolnika. [Diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2003.
- Vivat B. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliat Med*. 2008; 22: 1-10.
- Wallace M, O'Shea E. Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Among Older Nursing Home Residents at the End of Life. *Holistic Nursing Practice*. 2007; 21(6): 285-89.
- Whitford H.S, Ian N, Peterson J. Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology*. 2007; 17(11): 1121-8.
- Widerquist J. The spirituality of Florence Nightingale. *Nursing Research*. 2005; 41(1): 49-55.
- Young C, Koopsen C. *Integrative health : a holistic approach for health professionals*. California: Jones & Barlett; 2006.
- Zakon o verski svobodi. Uradni list Republike Slovenije št. 14/2007 in 100/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=78332> (24.3.2012).
- Zakotnik B, Červek J. Paliativna (blažilna) oskrba in obvladovanje najpogostejših simptomov. In: Novaković S, Hočevar M, Novaković Jezeršek B, Strojjan P, Žgajnar J. eds. *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba, d. d; 2009: 202-11.
- Zakšek T. Spiritualnost v zdravstveni negi in babištvo. *Obzor Zdr N*. 2010; 44(4): 263-7.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Moje ime je Branka Toman in sem absolventka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice – redni študij.

Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom **Razumevanje in pomen duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi** pod mentorstvom doc. dr. Brigitte Sela Savič, za katero bom potrebovala podatke, ki jih želim pridobiti iz te ankete. Z anketo želim ugotoviti, kako medicinske sestre razumejo duhovnost in duhovno oskrbo pri pacientih v paliativni oskrbi, kako prepoznavajo duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi, in na kakšen način izvajajo duhovno oskrbo pacientov v paliativni oskrbi. Zato vas vljudno prosim, da odgovorite na zastavljena vprašanja.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za namen priprave diplomske naloge.

Vsaki anketi je priložena pisemska ovojnica v katero vložite izpolnjeno anketo.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Jesenice, oktober 2011

Branka Toman

## **VPRAŠALNIK I. del: Sociodemografski podatki**

1. Starost (obkrožite):

- a) od 20 do 30
- b) od 31 do 40
- c) od 41 do 50
- d) od 51 do 60
- e) več kot 60

2. Obkrožite stopnjo izobrazbe:

- a) srednja šola
- b) višja šola
- c) visoka šola
- d) univerzitetna izobrazba
- e) magisterij
- f) doktorat

3. Delovna doba na področju zdravstvene nege (obkrožite):

- a) manj kot eno leto
- b) 1 do 5 let
- c) 6 do 10 let
- d) 11 do 15 let
- e) 16 let in več

## VPRAŠALNIK II. del: Razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe

4. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

TRDITVE	1 - popolnoma se ne strinjam	2 - se ne strinjam	3 - delno se strinjam	4 - se strinjam	5 - popolnoma se strinjam
Duhovnost pomeni osebni odnos do nematerialnega, je bistvo naše biti.					
Duhovnost je širši pojem kot religioznost.					
Duhovna prepričanja lahko nekaterim pomagajo pri soočanju s težko boleznijo.					
Vsi ljudje smo duhovni. V bistvu je vsaka oseba vseh starosti biopsihosocialno in duhovno bitje.					
Potreba po duhovni oskrbi v obdobju neozdravljive bolezni in umiranju raste.					
Duhovnost nima vpliva na ljudi, ki ne verjamejo v Boga.					
Zdravstveni delavci naj duhovno oskrbo nudijo podobno kot po procesni metodi dela.					
Kot MS imam dovolj znanja za izvajanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi.					

5. Kako razumete duhovnost v paliativni zdravstveni negi?

6. Kakšen pomen ima duhovna oskrba v paliativni zdravstveni negi?



**Vprašalnik III. Del: Izvajanje duhovne oskrbe**

7. Ali ste se v času vaše zaposlitve kdaj srečali z duhovnimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi? (če ne pojdite na vprašanje 5)

- a) da
- b) ne

8. Kako pogosto srečujete paciente v paliativni oskrbi z izraženimi duhovnimi potrebami?

- a) dnevno
- b) tedensko
- c) mesečno
- d) letno
- e) nikoli

9. Na kakšen način identificirate duhovne potrebe pacientov v paliativni oskrbi? (možnih več odgovorov)

- a) pacienti jih sami izrazijo
- b) preko pacientovih sorodnikov/prijateljev
- c) iz pacientove dokumentacije
- d) preko orodja za ocenjevanje duhovnih potreb
- e) preko ostalih članov zdravstvenega tima
- f) preko duhovnika
- g) s poslušanjem in z opazovanjem
- h) slutim/začutim jih



i) pacientove duhovne potrebe niso del vloge medicinske sestre

10. Katere od naslednjih duhovnih potreb največkrat zaznavate pri pacientih v paliativni oskrbi? (možnih več odgovorov)

- a) potreba po pomenu in smislu
- b) potreba po ljubezni in harmoničnih odnosih
- c) potreba po odnosu z naravo
- d) potreba po druženju
- e) potreba po odpuščanju
- f) potreba po veri, molitvi in odnosu z Bogom
- g) potreba po vključenosti
- h) potreba po pozitivnem pogledu na svet
- i) potreba po dokončanju poslov

11. Kdo je po vašem mnenju odgovoren za zagotavljanje duhovne oskrbe pri pacientih v paliativni oskrbi?

- a) medicinske sestre
- b) bolnišnični duhovnik
- c) pacienti sami
- d) družina in prijatelji
- e) vsi zdravstveni delavci
- f) vsi naštet

12. Kako pogosto izvajate naslednje aktivnosti duhovne oskrbe?

(Obkrožite: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – občasno, 4 – pogosto, 5 – redno).

- a) molim s pacientom 1 2 3 4 5
- b) pacientu priskrbim gradivo z versko vsebino 1 2 3 4 5
- c) pacientu predlagam srečanje z bolnišničnim duhovnikom 1 2 3 4 5
- d) s pacientom se pogovarjam o duhovnih in/ali religioznih vsebinah 1 2 3 4 5
- e) sem sočutno prisoten/na ob pacientu 1 2 3 4 5

- f) poslušam pacientove strahove, bojazni in težave 1 2 3 4 5
- g) ustvarim okolje, ki podpira pacientove duhovne/religiozne potrebe 1 2 3 4 5
- h) s pacientom se pogovarjam o umiranju, smrti in življenju po smrti 1 2 3 4 5
- i) uporabljam terapevtski dotik 1 2 3 4 5
- j) vključujem terapijo z glasbo 1 2 3 4 5
- k) usmerjam pacienta v podporne skupine 1 2 3 4 5
- l) spoštujem pacientov odnos do nabožnih predmetov 1 2 3 4 5
- m) spoštujem pacientovo dostojanstvo in njegova verska prepričanja 1 2 3 4 5
- n) pacientu omogočim obisk Svete maše 1 2 3 4 5
- o) uporabljam humor 1 2 3 4 5
- p) zagotovim okolje, ki podpira dostojno smrt pacienta 1 2 3 4 5

13. Katere ovire prepoznavate pri izvajanju duhovne pomoči pacientov v paliativni oskrbi?

- a) nezadostno znanje
- b) mnenje, da je to pacientova osebna stvar v katero se ne sme posegati
- c) pomanjkanje časa
- d) okolje, ki ne podpira duhovne oskrbe
- e) nesposobnost soočenja z duhovnimi potrebami pacienta
- f) pomanjkanje zavedanja lastne spiritualnosti
- g) mislim, da ni ovir

14. Katere lastnosti so pomembne pri osebi, ki zagotavlja duhovno oskrbo?

- a) dobrosrčnost
- b) komunikacijske sposobnosti
- c) empatija
- d) odprtost za različne poglede
- e) strokovno znanje
- f) skrben človeški odnos
- g) zmožnost pozornega poslušanja

15 Ali se imate za duhovno osebo?

a) da

b) ne