



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PROCESU
UMIRANJA S Poudarkom NA DUHOVNI
OSKRBI UMIRAJOČEGA**

**THE NURSE'S ROLE IN THE DYING PROCESS
AND SPIRITUAL CARE OF THE DYING
PATIENT**

Mentorica: Karmen Romih, pred.

Kandidatka: Lidija Plešej

Somentorica: Sandra Naka, pred.

Jesenice, november 2013

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila mentorici Karmen Romih, pred., in somentorici Sandri Naka, pred., za vso pomoč, usmeritve, nasvete in spodbudo med pisanjem diplomskega dela.

Zahvalila bi se tudi izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in dr. Anji Simonič, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se Karli Berzelak za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi vsem zaposlenim v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Koroškemu domu starostnikov Črneče in Domu starejših občanov Slovenj Gradec, za sodelovanje pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika.

Nazadnje bi se rada zahvalila svoji družini, saj brez njih vse to ne bi bilo mogoče. Zahvaljujem se za vso spodbudo, podporo in pomoč, ki so mi jo izkazovali med študijem in pisanjem diplome. Prav tako se zahvaljujem vsem prijateljem, ki so mi stali ob strani. Ena največjih zahval pa gre fantu hvala Klemen; da si mi stal ob strani, me spodbujal in podpiral.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Duhovna oskrba je del holistične zdravstvene nege, ki je pogosto prezrta v praksi. Vsi ljudje smo duhovna bitja in imamo duhovne potrebe. Duhovna oskrba je za umirajočega pacienta zelo pomemben del zdravstvene nege. Medicinske sestre morajo imeti potrebno znanje o duhovnosti in duhovnih potrebah, da znajo prepoznati duhovne potrebe pacientov in poskrbeti za ustrezno duhovno oskrbo po procesu zdravstvene nege.

Cilj: Ugotoviti, kako medicinske sestre razumejo koncept duhovnosti, in raziskati izvajanje duhovne oskrbe v praksi zdravstvene nege.

Metoda: Za kvantitativno raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil razdeljen na tri vsebinske sklope. Sestavljen je bil iz 49 vprašanj zaprtega tipa. Raziskava je bila izvedena v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Koroškem domu starostnikov Črneče in Domu starejših občanov Slovenj Gradec. Razdelili smo 105 vprašalnikov in dobili vrnjenih 66 vprašalnikov, kar znaša 62,85 % realizacijo vzorca. Vzorčenje je bilo izvedeno v mesecu septembru 2012. Anketne vprašalnike smo statistično obdelali v programu SPSS 19.0 in Microsoft Office Excel 2007.

Rezultati: Anketiranci razumejo koncept duhovnosti kot del holistične zdravstvene nege. Statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami glede na izobrazbo so se pokazale pri trditvi, da je duhovnost od telesa neodvisni, samostojni del ($p=0,005$) in pri trditvi, ki navaja odprtost za pacientove duhovne potrebe, četudi so drugačne od lastnih prepričanj ($p=0,021$). Anketiranci so kot duhovno potrebo največkrat prepoznali dajanje in prejemanje odpuščanja ter sprejemanja (71,2 %), najmanjkrat pa potrebo po dokončanju poslov (9,1 %). Duhovno oskrbo pogosteje izvajajo v domovih starejših občanov kot v bolnišnici. Statistično pomembne razlike glede na ustanovo so se pokazale pri izvajanju oblik duhovne oskrbe, vrednotenju pacientovih občutkov in misli ($p=0,001$) in diskutiranju o življenjskih vprašanjih ($p=0,009$).

Razprava: Raziskava je pokazala, da medicinske sestre razumejo koncept duhovnosti, razlikujejo duhovnost in religijo ter znajo prepoznati pacientove duhovne potrebe. Prav tako zagotavljajo pacientom duhovno oskrbo, ovire pri zagotavljanju le-te pa so pomanjkanje časa in znanja. Medicinske sestre bi se tudi v prihodnosti rade izobraževale na področju duhovnosti.

Ključne besede: duhovnost, duhovna oskrba, duhovne potrebe, proces umiranja

ABSTRACT

Background: Spiritual care—part of holistic nursing care—is often ignored in practice. Yet people are spiritual beings who have spiritual needs. For the dying patients, spiritual care is a very important part of health care provision. Every nurse should have the necessary knowledge about spirituality and spiritual needs in order to recognize patients' spiritual needs and provide appropriate spiritual care as part of nursing care provision.

Aims: The aim of the research was to establish how nurses understand the concept of spirituality and to explore the implementation of spiritual care in nursing practice.

Methods: A questionnaire employed for the quantitative research was divided into three parts. It consisted of 49 closed-ended questions. The research was conducted at the Slovenj Gradec General Hospital, the Carinthia Nursing Home in Črneče and at the Slovenj Gradec Retirement Home. A total of 105 questionnaires were distributed and 66 of them were returned, making the response rate 62,85 %. Sampling was conducted in September 2012. Questionnaires were statistically analyzed using the SPSS 19.0 and Microsoft Office Excel 2007.

Results: Respondents understand spirituality as part of holistic nursing. Statistically significant differences were established between nurses according to their education in response to the statement that spirituality is independent from the body ($p=0,005$) and to the statement about being open for patients' spiritual needs even though these might differ from their own beliefs ($p=0,021$). Most respondents identified spiritual needs as giving and receiving forgiveness and acceptance (71,2 %) and least often as the need to finish a business (9,1 %). Spiritual care is more often implemented in nursing homes than in hospitals. Statistically significant differences according to the institution were also established in the implementation of different forms of spiritual care, in the evaluation of patients' feelings and thoughts ($p=0,001$) and the discussions on life-related issues ($p=0,009$).

Discussion: Research has revealed that nurses understand the concept of spirituality, distinguish between spirituality and religion, and are able to recognize patients' spiritual needs. Nurses also try to provide spiritual care to patients, with the most common obstacles in achieving this goal being lack of time and skills. Nurses expressed a desire to continue their training in the field of spirituality.

Key words: spirituality, spiritual care, spiritual needs, the process of dying

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	2
2.1 PROCES UMIRANJA	2
2.2 DUHOVNOST.....	4
2.2.1 Opredelitev duhovnosti.....	4
2.2.2 Opredelitev religije	6
2.3 DUHOVNOST V ZDRAVSTVENI NEGI.....	7
2.3.1 Medicinske sestre in duhovnost.....	10
2.3.2 Duhovne potrebe pacientov.....	11
2.3.3 Duhovna oskrba pacientov	13
2.3.4 Duhovna oskrba po procesu zdravstvene nege.....	17
3 EMPIRIČNI DEL.....	22
3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA	22
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	22
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	22
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	22
3.3.2 Opis instrumentarija.....	23
3.3.3 Opis vzorca.....	24
3.3.4 Opis obdelave podatkov	25
3.4 REZULTATI	25
3.5 RAZPRAVA	41
4 ZAKLJUČEK.....	49
5 LITERATURA.....	50

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta.....	24
Tabela 2: Stališča anketirancev do duhovnosti; rezultati, ločeni po izobrazbi anketirancev, in razlike anketirancev glede na stopnjo izobrazbe.....	26
Tabela 3: Trditve, ki nakazujejo pacientovo duhovno stisko	28
Tabela 4: Duhovne potrebe pacientov	29
Tabela 5: Stališča do duhovnost in duhovnih potreb v zdravstveni negi; rezultati, ločeni glede na izobrazbo anketirancev, in razlike med anketiranci glede na stopnjo izobrazbe	30
Tabela 6: Oblike duhovne oskrbe in pogostost izvajanja le-te; rezultati, ločeni po ustanovah, in razlike anketirancev glede na ustanovo	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Ali menite, da je v vaši ustanovi dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe (DSO)?.....	39
Slika 2: Ali menite, da je v vaši ustanovi dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe (SBSG)?.....	40
Slika 3: Ali menite, da so duhovne potrebe zapostavljene v praksi zdravstvene nege?.....	40

1 UVOD

V življenju sta samo dve neizpodbitni dejstvi: rojstvo in smrt. Prvega spremljajo radost in vesela pričakovanja, smrt in umiranje pa spremljajo občutki trpljenja, žalosti in izgube. Misli o smrti odrivamo, zato smo nanjo slabo pripravljene in v zdravstvu jo dostikrat doživljamo kot neuspeh dela (Mlinšek, 2012, str. 106). Paliativna oskrba se pričeneja z razumevanjem človeka kot enkratnega in neponovljivega bitja s svojo življenjsko zgodbo. O polnosti človekovega življenja lahko govorimo, ko so zadovoljene ne samo telesne, temveč tudi čustvene, duhovne in socialne potrebe posameznika. Celostno prepoznavanje in zadovoljevanje potreb, zlasti pri ljudeh z neozdravljivo boleznijo in tudi njihovih bližnjih, je pomembno in občutljivo področje dela in je bistvo izvajanja paliativne oskrbe (Peternelj, Lunder, 2010, str. 2). Klevišar (2006, str. 16) poudarja, da je medicina, kakršno večinoma doživljamo, še vedno preveč usmerjena samo v človekovo telo in pozablja, da moramo človeka vedno zajemati v vseh njegovih razsežnostih. Dodaja, da človek ni samo telesno, duševno in socialno bitje. Je tudi duhovno bitje in karkoli doživlja, zajema to tudi njegovo duhovno razsežnost (prav tam, str. 73). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija priznava pomembnost duhovne dimenzije v zdravstveni oskrbi (Khayat, 2009 cit. po Gedrih, Pahor, 2009, str. 193) in jo definira takole: »Duhovna dimenzija implicira pojave, ki niso materialne narave, temveč pripadajo kraljestvu idej, verovanj, vrednot in etike, ki so vzniknile v umih in zavestih človeških bitij, posebno plemenitih idej.« »Duhovno« torej ni isto kot »versko«, čeprav lahko za številne ljudi duhovna dimenzija njihovih življenj vključuje versko sestavino. Duhovna oskrba ali podpora je pomemben sestavni del paliativne oskrbe in paliativne zdravstvene nege, ki združuje fizične, psihološke ter socialne stiske in težave človeka v celoto in ga v tej celoti razumeva in sprejema. Z duhovno podporo in spremljanjem pacientom in njegovim svojcem pomagamo premagovati občutke nesmiselnosti, nevrednosti in nekoristnosti, ki jih doživljajo v tem obdobju. Namen duhovne oskrbe je tudi podpora pri iskanju pomenov in smisla ter lastne vrednosti skozi življenjska obdobja. Pomemben del duhovne podpore pa je prizadevanje, da pacienta obdržimo v njegovi celosti in mu zagotovimo prostor ljubeče sprejetosti in dostojanstva (Štrancar, 2009 povz. po Marenk, 2012, str. 43).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PROCES UMIRANJA

Glavna tema, ki teče skozi različne definicije paliativne oskrbe, je lajšanje trpljenja s celotno oskrbo, s ciljem izboljšanja kakovosti življenja; tako tistih, ki doživljajo bolezen, kot tistih, ki so mu pomembni (Amoah, 2011, str. 353). »Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje paliativno oskrbo kot oskrbo bolnikov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Njen namen je izboljšati kakovost življenja bolnikov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja, tako da omogočimo zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav (World Health Organisation, 2002 cit. po Krčevski Škvarč et al., 2008, str. 4)«.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je določila tudi osnovna načela v paliativni oskrbi kot dodatek k novi definiciji. V paliativni oskrbi:

- omogočamo lajšanje bolečine in drugih motečih simptomov;
- priznavamo življenje in umiranje kot normalen proces;
- ne pospešujemo smrti, niti je ne zavlačujemo;
- vključujemo psihološke in duhovne vidike v bolnikovo oskrbo;
- ponudimo podporni sistem bolnikom, da živijo, kolikor je to le mogoče, dejavno življenje do smrti;
- dajemo podporni sistem za pomoč družini med bolnikovo boleznijo in med žalovanjem;
- uvajamo timski pristop pri oskrbi potreb bolnika in njegove družine, vključno z žalovanjem (zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt; po potrebi še dietolog, duhovnik, prostovoljec);
- izboljšamo kakovost življenja in s tem lahko tudi vplivamo na potek bolezni;
- paliativno oskrbo vključujemo v zgodnje faze bolezni, v povezavi z različnimi vrstami zdravljenja, katerih namen je podaljšanje življenja, kot so kemoterapija, obsevanje ter vključujemo tiste preiskave, ki pomagajo k razumevanju in obravnavi kliničnih zapletov (Lunder, 2007, str. 36).

Največji izziv v paliativni oskrbi je sklepna faza ob koncu življenja. Problemi, s katerimi se srečujemo v zadnjih tednih, dnevih in urah življenja, navadno niso edinstveni in so lahko v večini primerov predvidljivi (Zavrtnik, Trontelj, 2011 povz. po Sašek, Saje, 2011, str. 259). Lunder (2010a, str. 49) navaja, da danes še vedno prepogosto velja prepričanje, da je čas za paliativno oskrbo šele ob koncu življenja, ko so vsi postopki zdravljenja bolezni izčrpani in gre samo še za oskrbo procesa umiranja v času intenzivnih sprememb in pojava številnih motečih simptomov. To enačenje paliativne oskrbe s procesom umiranja je glavna ovira pri vpeljavi bolj kakovostne obravnave za bolnike z neozdravljivo kronično boleznijo in njihove bližnje. Proces umiranja je manjši del celostne paliativne oskrbe, ki naj se za bolnike z napredovalo neozdravljivo boleznijo začne zgodaj, ob prvih težavah in negotovosti na poti napredovale neozdravljive bolezni, kar je lahko mesece in celo leta pred smrtjo, s sočasnimi kurativnimi ukrepi.

Pogosto nam je v pomoč orientacijski kriterij za nastop procesa umiranja, ki vključuje vsaj dva simptoma od štirih in je najprimernejši pri bolnih, ki umirajo za napredovalim rakom:

1. bolna oseba ne more požirati hrane;
2. pije le požirke tekočine;
3. je nepomična;
4. ima motnje zavesti.

Pri tem upoštevamo klinično sliko napredovale bolezni in izključimo možnost reverzibilnih akutnih stanj (okužba, akutna ledvična odpoved, morfinska toksičnost, hiperkalcemija itd.). Ko nastopi proces umiranja, sočutno o tem govorimo z bolnikom, če je pri zavesti, ob natančni oceni lajšamo neugodne simptome, obvestimo svojce ter jih povabimo k bolniku, če je bolnik v institucionalni obravnavi, ocenimo potrebe dosedanjih terapevtskih intervencij, ustavimo terapije, ki niso več potrebne, in nadaljujemo le s tisto terapijo, ki bolni osebi olajša moteče simptome, kot so bolečina, dispneja, terminalni delirij, slabost in bruhanje, sekrecija dihal in krči. Ker bolna oseba pogosto ne more požirati tablet, spremenimo pot vnosa v podkožje, bukalno (aplikacija zdravila, ki se absorbira podkožno), pod jezik ali rektalno (Lunder, 2010b, str. 65). Ostaseski (2004, str. 28) navaja, da je v procesu umiranja duhovna opora prav tako pomembna kot zdravstvena oskrba, čeprav nanjo pogosto pozabljamo.

2.2 DUHOVNOST

2.2.1 Opredelitev duhovnosti

Slovar slovenskega knjižnega jezika (2000) opredeljuje besedo duhovnost kot usmerjenost k nematerialnim vrednotam, duševno, duhovno življenje človeka in od telesa neodvisni, samostojni del človekovega bistva.

»Beseda duhovnost je izpeljana iz latinske besede "spiritualitas" in svetopisemskih "roeach/pneuma". To pomeni biti v gibanju, biti živo bitje. V biblijskem kontekstu pa pomeni biti navdahnjen od boga (Waajiman, 2000 cit. po Wikipedia, 2013).«

Beseda duhovnost se je začela pojavljati v petem stoletju, v skupno uporabo pa je bila vnesena proti koncu srednjega veka (Jones, 1997 povz. po prav tam). V enajstem stoletju se je njen pomen spremenil. Duhovnost pomeni duševni vidik življenja, kot nasprotje materialnim in čutnim vidikom življenja (Waajiman, 2000 povz. po prav tam). V trinajstem stoletju pa duhovnost pridobi družbeni in psihološki pomen. Družbeni pomen je označevalo območje duhovščine. Kot psihološki pomen pa je označena sfera notranjega življenja: "čistost nagibov, čustva, notranje namere, psihologija duhovnega življenja, analize občutkov" (prav tam). V sedemnajstem in osemnajstem stoletju pridobi beseda še dva nova pomena. Najprej je bila uporabljena za opis netelesne narave duše, nato pa so jo pogosteje uporabljali za opis oblike duhovnega življenja. Kasneje se je beseda uporabljala slabšalno, usmerjena je bila v prakso utišati vse duševne aktivnosti, v upanju doživeti mistično zvezo z bogom. Odpor s katerim je bila ta praksa sprejeta, pojasni zakaj se izraz duhovnost ni pogosto uporabljal v 19 stoletju (Principe, 1983 povz. po Paley, 2008, str. 4).

Izraz duhovnost je nato postopoma zastaral; katoliške enciklopedije, izdane med letoma 1912 in 1915, sploh ne omenjajo duhovnosti (Sheldrake, 1991 povz. po prav tam, str. 4). Kot navaja Clark (2009, str. 1669), se izraz "duhovnost" ni uporabljal zunaj teologije do leta 1950. Uporabljal se je le v teologiji kot način opisovanja prepričanja v vero in kot način zagotavljanja ravnovesja, izkustvene razsežnosti prek racionalizacije teologije. Izraz se je vrnil v uporabo v dvajsetem stoletju po prevodu knjige Pierra Pourrata *La Spiritualite Chretienne* v angleščino. Od leta 1950 je duhovnost postala vedno bolj priljubljena kot študij,

posvečen duhovnosti določenih posameznikov (Ignacij, Calvin, Margaret of Hungary, Boussuet, von Hugel, de Chardin), kot tudi duhovnosti določenih krščanskih skupin. In nato, skoraj nenadoma, se je pojavila duhovnost v povezavi z vsem (Principe, 1983 povz. po Paley, 2008, str. 4).

Univerzalna definicija duhovnosti ne obstaja. Bradshaw (1994 cit. po Ledger, 2005, str. 220) trdi, da so do 20. stoletja ljudje opredeljevali duhovnost kot "nekaj, na nek način, s pomočjo Boga".

Po navedbah Skobernetove (2002, str. 23) ima vsak človek svojo definicijo duhovnosti, nobena pa ne more v celoti izraziti bistva tega čudovitega dela človekove izkušnje. Vsaka definicija duhovnosti pa mora izpolnjevati merila, povezana z vključenostjo in univerzalnostjo tako, da koncept duhovnosti velja za vse posameznike (McSherry, Drapper, 1998 povz. po Hwa Tiew, Creedy, 2010, str. 17). Rahalova (1984 povz. po Skoberne 2002, str. 23) definira duhovnost kot osebno transcendenco, onstran konteksta stvarnosti, v nasprotju z razumskim občutjem, kjer stvari obstojijo, ko se pojavijo. Posledica tega je življenje potrjujoč odnos z bogom, z neko skupnostjo, z okoljem in s samim seboj. Ellershaw in Wilkinson (2011) duhovnost definirata kot iskanje eksistencialnega pomena znotraj življenjskih izkušenj, običajno s sklicevanjem na moč, ki ni lastna; tudi ni nujno, da se le-ta imenuje "Bog", omogoča pa transcendenco in upanje. »Duhovnost lahko opišemo tudi kot dve dimenziji; v horizontalni dimenziji se nanaša na odnos do nas samih, do drugih in do okolja, tu gre torej za nereligiozni smisel življenja. V vertikalni dimenziji pa se nanaša na odnos do boga, ki ga nekdo priznava, vesolje ali nekaj, kar je nad njim. Oboje posamezniku pomaga, da prepozna lastne osebne vrednote in cilje ter vzpodbuja osebno integracijo telesa, razuma in duha (Skoberne, 2002 cit. po Šolar, Mihelič Zajec, 2007, str. 139).« Splošno sprejeta definicija duhovnosti, ki sta jo predlagala Murray in Zenter (1989 cit. po Hwa Tiew, Creedy, 2010, str. 17), se glasi: »Kakovost, ki presega verske pripadnosti, ki si prizadeva za navdih, čaščenje, strah, smisel in namen, tudi pri tistih, ki ne verjamejo v boga. Duhovna dimenzija poskuša biti v harmoniji z vesoljem in si prizadeva za odgovore o neskončnosti. Namen take opredelitve presega tradicionalne, religiozne poglede na duhovnost in je primeren za uporabo v konceptih oskrbe v različnih kulturah in okoljih.« Cehner (2004, str. 18) pa navaja, da je duhovnost

razsežnost naše človečnosti in večina naših razsežnosti ni samo naša. Delimo jih z drugimi bitji. Duhovnost doživljamo na stičišču našega ega in dela nas, za katerega čutimo, da ni naš ego. Je usmerjanje zavesti na nek nadnaravni sklop idej. Je osredotočenost naših naravnih teles in fizičnih možganov na možnosti, kaj lahko postanemo. Dodaja, da duhovnost sicer lahko definiramo teoretično, v praksi pa pomeni iskanje smisla (prav tam, str. 17).

2.2.2 Opredelitev religije

Skozi stoletja so nastale različne definicije religij. Nanje so s svojimi opredelitvami vplivali tudi posamezniki. Za svetega Tomaža Akvinskega je bila religija kult, prek katerega se človek poveže z bogom. Friedrich D. E. Schleiermacher pravi, da je religija občutek odvisnosti. Za Emila Durkheima je religija družbeno dejstvo, ki izhaja iz družbe in je izrecno v njeni funkciji. Za Maxa Schelerja je religija odgovor človeka na delovanje boga. Karl Marx jo prepozna kot opij za ljudstvo. Zelo široko ali morda celo preširoko definicijo religije je podal Thomas Lukmann, ki pravi, da je religija vse tisto, s čimer lahko človek osmišlja življenje. Namen religije je torej dvojen: prvi se nanaša na čaščenja boga, drugi pa odrešenja človeka (Šverc, 2004 povz. po Levar, 2008, str. 3).

Duhovnost je dimenzija osebnosti, religija pa je sistem vere in čaščenja, priznanje s strani človeka neki višji, nevidni moči, ki ima nadzor nad njegovo usodo in je upravičena do poslušnosti, spoštovanja in čaščenja (Kearney, Mount, 2000, str. 359). »Religija vključuje organizirano entiteto z ustaljenimi pravili, prakso, prepričanji, vrednotami in mejami glede višje sile ali boga, ki ga mora posameznik spoštovati (Thoresen 1999 cit. po Tanyi, 2006, str. 288).« Izraz religija pomeni kulturno institucijo, pod okriljem katere se vera javno izraža in se opravljajo določeni obredi. Prvotni namen je vzpostavljanje osebe z višjo silo. Religija je oblika izražanja duhovnosti (Benedik et al., 2008, str. 138). Bahovec (2009) navaja, da je temeljna osnova religij, dejansko jedro substance religij, odnos do človeka presegajoče resničnosti. Stvarnosti, ki ima sicer različne oznake, vedno pa je nekaj transcendentnega.

»Vsaka religija ima dimenzije duhovnosti, medtem ko duhovnost ne pomeni nujno religije (Štrancar, 2007 cit. po Marenk 2012, str. 44).« Nekateri ljudje trdijo, da so "duhovni" in ne "verni", drugi menijo da sta izraza "religija" in "duhovnost" sinonimna, spet drugi pa menijo,

da sta močno povezana, vendar ne enaka (Chapple, Swift, Ziebland, 2011, str. 2). Cehner (2004) dodaja, da je religioznost lahko bistven del duhovnosti, vendar se moramo zavedati, da smo vsi duhovna bitja, verni in neverni. Oba pojma, čeprav sta si različna, se med seboj prepletata in dopolnjujeta. Izkušnje kažejo, da lahko na religijo vezana duhovnost s pomočjo obredov in ritualov nudi veliko opore in smisla ljudem prav v času težke bolezni in umiranja, ločitve in izgube. Ob koncu bolezni sta obe razsežnosti pogosto povezani s potrebo po odpuščanju, spravi in potrditvi (Štrancar, 2007 povz. po Marek, 2012, str. 44).

McManus (2006 povz. po Pike, 2011, str. 746) je navedel glavne razlike med duhovnostjo in religijo. Najprej navaja, da tako religija kot duhovnost izražata misli, čustva, izkušnje in vedenja, ki nastanejo z iskanjem nečesa svetega, ali ki jih osebe same obravnavajo kot svete; tako religija kot duhovnost tudi poskušata poiskati sveto ali se identificirata s svetim, prav tako lahko izražata ali spremenita predmete v posvečene. Religija zaznava posvečenost in simbolizira skrajno realnost ali dokončno resnico, medtem ko pri duhovnosti to ni nujno, kajti ni nujno, da se izraz sveto nanaša samo na neko božanstvo in se lahko uporablja tudi v zvezi s prijatelji, družino ali opravili. Duhovnost lahko izrazimo na različne načine in pri tem ni nujno, da smo zato del neke verske skupnosti; pri religiji pa je biti del neke verske skupnosti, kot na primer kristjan, jud ali musliman, pomemben del verovanja. Prav tako religija uporablja rituale in ima predpisana opravila in vedenje, kar pri izražanju duhovnosti sploh ni nujno in je to le odločitev vsakega posameznika.

2.3 DUHOVNOST V ZDRAVSTVENI NEGI

Benedik (2011, str. 57) navaja, da oskrba ob koncu življenja predstavlja eno od najtežjih področij v medicini. Spoštuje življenje, ga ne skrajšuje in ne podaljšuje. Upoštovati skuša vse potrebe umirajočega bolnika in njegovih svojcev. Največji del oskrbe predstavlja zdravstvena nega. »Po definiciji zdravstvena nega obsega samostojno in neodvisno obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike

ter menedžmenta zdravstvenih sistemov in izobraževanja (Mednarodni svet medicinskih sester, 2002 cit. po Filej, 2010, str. 12)«.

Holistična zdravstvena nega vidi posameznika kot kombinacijo fizičnih, socialnih, psiholoških in duhovnih komponent, ki so med seboj tesno povezane. Mnogo sodobnih teorij zdravstvene nege obravnava holistično oskrbo na tak način; trdijo, da holistična zdravstvena nega vključuje telo, misli in duha (Chung, Wong, Chan, 2007, str. 159).

Kakšna naj bo vloga zdravstvene nege in medicinskih sester v procesu umiranja in v duhovni oskrbi, so v svojih teoretičnih modelih opredelile različne avtorice. Temeljni začetki segajo v obdobje krimske vojne, v kateri je svojo lastno vlogo preizkušala Florence Nightingale. Njena navzočnost pri ranjenih in umirajočih vojakih in srečanja z ranjenci so ji temeljito spremenila življenje in ji izostrila vizijo prihodnjega dela (Zupančič-Slavec, 1995 povz. po Šolar, Mihelič Zajec, 2007, str. 139). Vlogo medicinskih sester v duhovni oskrbi je opredelila Florence Nightingale na podlagi lastne vere in prepričanj (Belcher, Griffiths, 2005, str. 272). Po Nightingale (Fitzpatriok, Whall, 2005 povz. po Dolamo, 2010, str. 22) je bila medicinska sestra vsaka ženska, ki je bila zadolžena za osebno zdravje nekoga, ki je bil bolan ali zdrav. Imela je zelo verski pogled na zdravstveno nego in jo je poimenovala tudi kot "božje delo". Poudarjala je, da je duhovna oskrba sestavni del holistične obravnave pacienta ter da je duhovna oskrba del človekovih potreb in bistvenega pomena za zdravljenje (Chung et al., 2007, str. 159). Martsof in Mickey (1998, str. 296) navajata, da je duhovnost v teorijah zdravstvene nege upodobljena s stopnjo pomena, ki ga teoretičarka pripisuje duhovnosti. Nekateri teoretiki (Orlando Pelletier 1990, King 1992, Peplau 1992, Orem 1995) ne omenjajo koncepta duhovnosti v svojih modelih. V nekaterih teorijah in modelih zdravstvene nege pa je koncept duhovnosti vgrajen v model kot podkoncept in ne kot glavni koncept teorije (Levine, 1967, Jonhson, 1990, Roy, 1991, Leininger, 1991, Rogers, 1990); v teh primerih odstranitev koncepta iz teorije te ne bi spremenila. V teorijah teoretičark Neuman (1995), Newman (1994), Parse (1995) in Watson (1988) pa je duhovnost glavni koncept teorije in bi odstranitev koncepta iz teorije bistveno spremenila samo teorijo (prav tam, str. 296).

Teorija Rosemary Parse deloma izhaja iz teorije Rogersove. Sama teorija je bila razvita zato, da se preusmeri pogled zdravstvene nege iz medicinskega in tehničnega pogleda, v človeški

pogled na znanost, pacient je videti kot udeleženec v doživljanju situacij. Cilj zdravstvene nege je odkriti pomen človeških izkušenj. Teorija temelji na devetih filozofskih predpostavkah in treh predpostavkah o človeškem obstoju, vendar pa nobena predpostavka ali načelo ne neposredno omenja duhovnosti. Vključuje le pomembne lastnosti duhovnosti, kot so pomen, vrednost in obstoj, ki pa so pomembni del teorije (prav tam, str. 299).

Betty Neuman je v svoji teoriji posameznika opisala kot osrednji del, ki ga obdajajo koncentrični obroči. Osrednji del ali osnovna struktura virov energije vključuje prirojene vire energije ali osnovne faktorje, ki so skupni vsem ljudem. Obroči so mehanizmi, ki ščitijo osrednje jedro. Ta sistem vsebuje pet spremenljivk: fiziološko, psihološko, socio-kulturno, razvojno in duhovno; vseh teh pet spremenljivk je med seboj povezanih in jih je treba upoštevati, da lahko zagotovimo celostno oskrbo pacienta. Duhovno spremenljivko je Neumanova dodala v model leta 1989 in jo razširila ter razjasnila leta 1995. Opisuje jo kot prirojeno, kot sestavni del osnovne strukture, ne glede na to, ali jo pacient sam priznava ali ne (prav tam, str. 298).

Na teorijo Margaret Newman o zdravju je močno vplival model Marthe Rogers. Newmanova je razširila idejo Rogersove o človeku kot energetskih področjih, na človeka kot edinstvene vzorce zavesti. Zavest je opredeljena kot sposobnost sistema biti v interakciji z okoljem in Newmanova je predlagala, da proces življenja vključuje gibanje v smeri vedno višjih ravni zavesti: iz prostorske in časovne v duhovno sfero. Cilj zdravstvene nege je pomagati pacientom k razširjanju zavesti, od fizičnih meja v smeri duhovne razsežnosti. Za doseganje tega mora medicinska sestra pomagati pacientu, da opredeli svoje vzorce interakcij z okoljem (prav tam, str. 298).

Jean Watson (1988 povz. po Wadensten, Carlsson, 2003, str. 120) obravnava posameznika kot živo, rastočo entiteto, ki ima tri dimenzije: duh, telo in dušo. Predpostavlja, da lahko posameznik razvije visoko stopnjo zavedanja, če lahko najde smisel in harmonijo v življenju. Zgodaj v življenju želi posameznik doseči harmonijo med duhom/občutji in telesom, toda s staranjem se začne ekstenzialna in duhovna plat posameznika razvijati. Watsonova opozarja na dejstvo, da bolj kot se oseba stara in zori, pomembnejša postaja duhovna razsežnost življenja. Sama teorija vključuje razvojno perspektivo. Watsonova pravi, da je cilj

zdravstvene nege pomagati posamezniku doseči višjo stopnjo harmonije med dušo in telesom. Cilj je zaščititi, krepiti in ohraniti posameznikov občutek dostojanstva, kar prispeva k notranji harmoniji. Cilj zdravstvene nege je pomagati ljudem doseči harmonijo v telesu, mislih in duhu ter najti pomen v njihovem obstoju in izkušnjah. Medicinske sestre so odgovorne za zagotavljanje najugodnejših fizičnih, socialnih in duhovnih pogojev za pacientovo okrevanje (Lundberg, Kerdonfag, 2010, str. 1122).

2.3.1 Medicinske sestre in duhovnost

Vloga in naloge medicinske sestre se skozi leta spreminjajo. Od nalog skrbstvenih sester do zaščitnih sester, od čisto pomočniške vloge medicinske sestre do samostojne, soodvisne in interdisciplinarne vloge. Znotraj teh vlog so natančno opredeljene tudi naloge oziroma aktivnosti, ki jih izvajajo medicinske sestre (Filej, 2010, str. 103). Tanyi (2002 povz. po Chan, 2009, str. 2129) navaja, da je razumevanje duhovnosti človeka zelo pomembno za medicinske sestre, kajti zdravstvena nega je praksa, ki jo najprej zanima, kakšno je počutje pacienta. Medicinske sestre se bodo v kliničnem okolju zagotovo srečale s situacijami, v katerih bolniki izražajo pomisleke ali postavijo vprašanja, ki jih prepoznamo kot duhovna. Za spopadanje z njimi ali da vedo, kje poiskati pomoč pri obravnavanju, morajo medicinske sestre vedeti vsaj nekaj o duhovnosti in njeni pomembnosti. Prav tako morajo imeti strokovno znanje in potrebno dovzetnost za pogovor o teh težkih vprašanjih (Hussey, 2009, str. 77).

Watsonova (1988 povz. po Skoberne, 2002, str. 25) pravi, da je znanje medicinske sestre, upoštevanje in spoštovanje pacientovega duhovnega sveta zanj tolažilno. Zavedanje spiritualnega 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«, drugi pacienti, čeprav ne sprejemajo določene religije. Medicinska sestra se mora zavedati meja lastnih sposobnosti, kako v celoti zadovoljiti duhovne potrebe pacientov, ko gre za eksistencialna vprašanja tistih, ki se soočajo z minljivostjo življenja.

Od medicinskih sester se pričakuje, da zagotovijo duhovno oskrbo pacientom zaradi njihovih edinstvenih lastnosti, kot so biti pozorne, skrbne, komunikativne, odgovorne, potrpežljive,

razumevajoče in prijazne, vendar morajo biti poleg izpolnjeni trije pogoji: da ima medicinska sestra čas za zagotavljanje duhovne oskrbe, da s pacientom deli upanje in da je pacient pripravljen sprejeti duhovno oskrbo (Lang et al., 2006, str. 45).

Weaver et al. (2001 povz. po Van Leeuwen et al., 2006, str. 876) navaja, da se medicinske sestre močno soočajo s svojo duhovnostjo, medtem ko nudijo duhovno oskrbo bolnikom, kar pomeni, da nudenje takšne oskrbe tudi zelo vpliva na medicinsko sestro samo.

2.3.2 Duhovne potrebe pacientov

Medicinske sestre morajo zadovoljevati pacientove biološke, sociološke, psihološke in duhovne potrebe (Filej, 2010 str. 103). Chan (2009, str. 2128) pa navaja, da je od teh štirih področij duhovno področje najbolj zapostavljeno v dnevni praksi zdravstvene nege. Poudarja tudi, da niso vse medicinske sestre zmožne prepoznati in nuditi duhovne oskrbe, kajti ta je odvisna tudi od dane situacije in duhovnosti medicinske sestre (prav tam, str. 2129). Raziskave kažejo, da veliko medicinskih sester nima razjasnjene koncepta duhovnosti in religije, in ne vedo, kdo mora prepoznati pacientove duhovne in/ali verske potrebe. (Narayanasamy, Owens, 2001 povz. po Ledger 2005, str. 220). Medicinska sestra, ki meni, da ne more prepoznati ali izpolniti pacientovih duhovnih ali verskih potreb, mora duhovno in versko oskrbo pacientu poiskati pacientu pri ostalih članih multidisciplinarnega tima. Neupoštevanje pacientovih potreb je nesprejemljivo, kajti pacient ima pravico do celostne oskrbe, kar zajema tudi duhovno in versko oskrbo (prav tam, str. 225).

Clark (2009, str. 1669) navaja, da so verske potrebe lažje prepoznane in razložene kot nepoznane in nejasne duhovne potrebe. Duhovne potrebe so drugačne in vključujejo pojme, ki jih medicinske sestre morda tradicionalno ne bi uvrstile med duhovne potrebe, zato se morajo medicinske sestre zavedati širine duhovnosti. Duhovnost obsega veliko več kot formalno religijo. Bolniki lahko izrazijo duhovne potrebe na različne načine, kot na primer sprašujejo, zakaj imajo raka ali zakaj trpijo. Medicinske sestre pa morajo znati oceniti duhovne potrebe in biti zmožne pomagati bolnikom pri raziskovanju njihovih duhovnih potreb s širšega vidika (Hermann, 2007, str. 76).

Duhovne potrebe so lahko

- iskanje pomena in smisla v preostalem času življenja (kljub bolezni ali včasih ob koncu bolezni,
- vztrajanje v upanju,
- ohranjanje ljubečega odnosa do sebe, drugih in/ali višjega bitja,
- dajanje in prejemanje odpuščanja in sprejemanja,
- nadvladovanje trpljenja in povezovanje z bistvom, ki je trajnejše, kot je samo življenje osebe (Benedik et al., 2008, str. 138).

Hermannova (2001, str. 69) je razdelila duhovne potrebe v 6 skupin:

- Potreba po druženju: biti z družino, biti s prijatelji, pogovarjati se z drugimi, pomagati skrbeti za druge, biti z otroki.
- Potreba po vključenosti in nadzoru: vlagati v lastno življenje, imeti informacije o lastni oskrbi, ostati čim bolj neodvisen, ohraniti stvari takšne, kot so, vključenost v družinske aktivnosti, pomoč drugih.
- Potreba po dokončanju poslov: narediti pregled lastnega življenja, odgovoriti si na življenjska vprašanja, sprijazniti se s sedanjim stanjem, rešiti se slabih občutkov.
- Verska potreba: moliti, prebirati sveto pismo, brati in uporabljati literaturo, ki daje inspiracijo, iti v cerkev, peti, poslušati glasbo.
- Potreba po pozitivnem pogledu: videti smeh drugih, smejati se, misliti srečne misli, vzeti si dan zase.
- Potreba po doživetju narave: videti naravo, biti v naravi, imeti rože v sobi.

Da lahko medicinska sestra pomaga pacientu ugotoviti in poskrbeti za njegove duhovne potrebe, pa po navedbah Husseya (2009, str. 78) potrebuje socialne, psihološke in osebne spretnosti v kombinaciji z občutljivostjo, odprtostjo duha in strpnostjo. Te spretnosti vključujejo poslušanje, ustrezno odzivanje na slišano, pravilno prepoznavanje čustvenih stanj in empatijo.

2.3.3 Duhovna oskrba pacientov

O tem, kaj je duhovna oskrba, ni konsenza. V zgodovini so verski voditelji skrbeli tako za človekovo duhovno kot telesno dobrobit (Kuhn, 1988 povz. po Gedrih, Pahor, 2009, str. 193). To prakso je prekinilo 19. stoletje z ločevanjem medicine od duhovnosti. Polje duhovne oskrbe zdaj ponovno združuje obe področji. Nekateri avtorji duhovno oskrbo označujejo v okviru svoje lastne religije, drugi povsem izven religioznih okvirjev. V strokovni literaturi se je uveljavilo razlikovanje med duhovno oskrbo kot širšim pojmom ter versko oskrbo kot njeno arbitrarno podmnožico. Skladno s tem je duhovnost označena kot širši pojem, ki lahko, lahko pa tudi ne, vsebuje katere od organiziranih oblik religije. Takšno razlikovanje je postalo norma tudi zaradi zahtev sodobne družbe, da zadostijo potrebam vseh njenih članov, vključno z ateisti (prav tam, str. 193).

Duhovna oskrba v zdravstveni negi je definirana kot zdravstvena nega, ki jo medicinske sestre zagotavljajo glede na verske in eksistencialne potrebe pacientov, vključno z njihovimi vprašanji in izkušnjami o smislu in namenu (Jochemsen et al., 2002 povz. po Van Leeuwen et al., 2009, str. 2858). Sawatzky in Pesut (2005 cit. po Lundberg, Kerdonfag, 2010, str. 1122) pa sta definirala duhovno oskrbo kot "intuitivno, medosebno, nesebično in celostno izražanje, ki je odvisno od zavedanja medicinske sestre o transcendentni razsežnosti življenja, ki jo odraža bolnikova realnost." Bistvo duhovne oskrbe je način medicinske sestre, kako sodeluje in si prizadeva zgraditi odnos med sabo in bolnikom. McSherry et al. (2001 povz. po Van Leeuwen et al., 2009, str. 2858) navajajo, da sta duhovnost in duhovna oskrba dva različna koncepta, ki obravnavata posebne dimenzije zdravstvene nege: najprej teoretično usmerjene, nato pa temelječe na praksi. Duhovne kompetence v duhovni oskrbi se nanašajo na zapleten sklop znanj in spretnosti zaposlenih v strokovnem smislu. Van Leeuwen in Cusveller (2004, povz. po Van Leeuwen et al., 2006, str. 876) sta opisala tri področja kompetenc zdravstvene nege, ki se nanašajo na duhovno oskrbo. To so področje samozavedanja in komunikacije, duhovne razsežnosti v procesu zdravstvene nege ter zagotavljanje kakovosti in razvoja strokovnega znanja na področju duhovne oskrbe. Duhovna oskrba v paliativni zdravstveni negi se mora prav tako ravnati po splošnih načelih paliativne oskrbe, kar vključuje dobro komunikacijo, ocenjevanje in načrtovanje oskrbe, prepoznavanje simptomov, skrb za udobje

in dobro počutje ter vnaprejšnje načrtovanje oskrbe (Amoah, 2011, str. 355). Večina strokovnjakov se strinja, da duhovna oskrba vključuje kategorije, kot so: smisel, vrednote, transcendenca/vera, odnosi/povezanost ter postajanje/notranja rast, skupaj s skrbjo za posameznikovo dostojanstvo in ohranitev upanja (Clarke et al., 2003 povz. po Gedrih, Pahor, 2009, str. 193). Multidisciplinarni tim za zagotavljanje duhovne oskrbe mora tako vključevati duhovnika, medicinsko sestro, zdravnika, kliničnega psihologa in člane drugih panog ter mora sodelovati z bolnikom (Cook et al., 2012, str. 34).

Cusveller in Van Leeuwen (2004 povz. po Šolar, Mihelič Zajec, 2007, str. 140) vlogo medicinske sestre pri duhovni oskrbi bolnika opredelita sledeče:

- medicinska sestra se z bolnikom in z negovalnim timom pogovori o načrtovanju in izvajanju duhovne oskrbe,
- medicinska sestra nudi duhovno oskrbo in jo skupaj z bolnikom vrednoti,
- medicinska sestra zbira informacije in prepozna bolnikove duhovne potrebe,
- medicinska sestra pri zagotavljanju duhovne oskrbe spoštuje različne vrednote, prepričanja, občutke pri bolnikih z različno veroizpovedjo,
- medicinska sestra prispeva h kakovostni zagotovitvi in izboljšanju duhovne oskrbe v svoji ustanovi.

Punchalski et al. (2006 povz. po Milligan, 2011) opredeljuje šest različnih aktivnosti, ki bi medicinski sestri lahko pomagale pri duhovni oskrbi umirajočega bolnika. To so:

- gradnja zaupnega odnosa, ki izraža dostojanstvo in spoštovanje,
- zagotavljanje razumevajočega in mirnega okolja,
- spreminjajoči cilji oskrbe in upanja,
- aktivno poslušanje, prisotnost in sodelovanje,
- ocena duhovne oskrbe,
- sodelovanje z interdisciplinarnimi skupinami.

Razmišljanja o duhovni oskrbi bolnika lahko sprožijo pri medicinskih sestrah naslednja vprašanja, ki so lahko tudi v pomoč pri prepoznavanju in zagotavljanju pacientove duhovne oskrbe:

- Ali sem razmislila katere stvari so pomembne v življenju tega pacienta?
- Ali sem odprta za verbalne in neverbalne znake?
- Kako se pacient povezuje z drugimi ljudmi? Kdo so pomembne osebe v življenju tega pacienta in kako se bo nanje odzval?
- Ali pacient kaže znake morebitne duhovne stiske?
- Ali pacient kaže znake morebitne verske pripadnosti (verski simboli, verska besedila ...)?
- Ali omogočam zaupen, odprt odnos medicinska sestra - bolnik?
- Ali nudim zasebnost bolniku in mu dam priložnost za pogovor in izražanje čustev?
- Ali sem sposobna zagotoviti celostno oskrbo ali je potreben multidisciplinaren pristop (npr. vključitev duhovnika, socialnega delavca itd.)?
- Ali sem ocenila vse duhovne intervencije (Dolamo, 2010, str. 24)?

Temelj podpore pacientu je vzpostavljanje zaupnega, empatičnega odnosa. Bistvo podpore je biti na razpolago ljudem, ko se spoprijemajo s trpljenjem in mučijo s težkimi vprašanji. Biti na razpolago pomeni:

- biti z osebo fizično, psihično in duhovno, pogosto brez besed;
- imeti pogum za spoprijemanje z lastnimi in tujimi občutki trpljenja, nemoči, strahu in brezupa;
- biti na razpolago za aktivno, ne obtožujoče poslušanje in sprejemanje;
- sprejemati in podpirati prepričanja osebe ali njene duhovne in čustvene skrbi (Benedik et al., 2008, str. 139).

Medicinska sestra lahko pri izvajanju duhovne oskrbe naleti tudi na ovire, ki so lahko različnega izvora. Treloarjeva (1999 povz. po McEwen, 2005, str. 162) jih je razdelila v tri skupine:

Osebne ovire:

- medicinska sestra vidi duhovne potrebe pacienta kot zasebne ali družinske, lahko tudi kot duhovnikovo odgovornost in ne kot odgovornost medicinske sestre;

- medicinski sestri se je lahko neprijetno soočati s situacijami, ki povzročajo duhovno stisko pacienta (nap, smrt, umiranje, trpljenje, žalost ...).

Ovire pri znanju medicinske sestre:

- medicinska sestra ima premalo znanja o duhovnosti in verskih potrebah drugih;
- medicinska sestra zamenjuje duhovne potrebe s psihosocialnimi potrebami pacienta;
- medicinske sestre nimajo zadostnega znanja o duhovnosti in duhovni oskrbi pacienta.

Okoljske, instucionalne, situacijske ovire:

- pomanjkanje časa za duhovno oskrbo, ker medicinske sestre skrbijo za druge pacientove potrebe;
- delodajalci in ustanove lahko postavijo omejen čas medicinskim sestram za posvečanje duhovni oskrbi pacientov;
- okolje ni primerno za izvajanje duhovne oskrbe (hrup, pomanjkanje zasebnosti ...).

Chung, Wong in Chan (2007, str. 161) povzemajo študije, katerih ugotovitve so, da najpogostejše oblike duhovne oskrbe, ki jo nudijo medicinske sestre, vključujejo poslušanje bolnika, terapevtski dotik, prisotnost ob bolniku, molitev, uporabo verskih predmetov, udeležbo pri verskih obredih, pogovor z duhovnikom, branje svetega pisma, izražanje pozitivnega odnosa, sprejemanje bolnika in ne obtožujoč odnos, vrednotenje bolnikovih občutkov in misli, pomoč, vlivanje upanja, razpravljanje o poglobljenih vprašanjih bolnika, nasvete bolniku, naj poišče pomoč pri duhovnih strokovnjakih, ter informacije, kje se ti nahajajo.

Čeprav je duhovna oskrba lahko specifična, imajo medicinske sestre običajno skrben odnos, ki se kaže v vseh aktivnostih zdravstvene nege. Walton in Sullivan (2004 cit. po Deal, Grassley, 2012, str. 472) ponovita to idejo: "če duhovnost pronica skozi vse vidike življenja, /.../ tedaj ima vsaka negovalna intervencija potencial, da je duhovna".

3.3.4 Duhovna oskrba po procesu zdravstvene nege

1. Ugotavljanje človekovih potreb in virov, potrebnih za izvajanje zdravstvene nege, negovalna anamneza, negovalna diagnoza

Dobra ocena je ključnega pomena pri zagotavljanju duhovne oskrbe. Ključna področja ocenjevanja so splošna in osebna duhovna prepričanja pacienta, znaki duhovne stiske, priložnosti za okrepitev dobrega počutja, identifikacija posameznika z določeno vero ter duhovni in verski rituali (McEwen, 2005, str. 163). Stoll (1979 povz. po Skoberne, 2002, str. 25) opozarja, da je treba skrbno predvideti čas za ocenjevanje bolnikovega duhovnega stanja. Mnenja je, da je najprimernejši čas za to ob zaključku procesa ocenjevanja, potem ko je medicinska sestra vzpostavila odnos z bolnikom 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.

Ruth Stoll je bila pionirka pri razvoju orodij za ocenjevanje duhovnosti. Razvila je predlog ocenjevanja duhovnosti na podlagi spraševanja pacienta in pri tem poudarja štiri področja:

- koncept boga in božanstev,
- viri upanja in moči,
- verska praksa,
- odnos posameznika glede na verska stališča in zdravstveno stanje (Holloway, Moss, 2010, str. 56).

Za pomoč pri prepoznavanju duhovnosti pacienta lahko uporabimo tudi pristop, imenovan FICA, ki se osredotoča na štiri področja:

F – faith and belief (vera in verovanje/versko prepričanje),

I – importance (pomen),

C – community (skupnost),

A – address in care (ukrepanje v zdravstveni negi) (Borneman et al., 2010 cit. po Milligan, 2011, str. 52).

Ob vsaki točki pa lahko postavimo tudi sledeča vprašanja: Ali menite, da ste duhovna ali religiozna oseba? Ali menite, da ste verna oseba, da verujete? Kje najdete svojo moč? Kako pomembno je to za vas? Ali ste član kakšne verske skupnosti? Kako/ali bi želeli z zdravstvenim osebjem obravnavati/rešiti ta vaša vprašanja? (Hills et al., 2005, str. 784).

Podoben pristop za ocenjevanje duhovnosti je tudi HOPE, ki prav tako temelji na štirih konceptih:

H – Sources of Hope, strength, comfort, meaning, peace, love and connection (vir upanja, moči, udobja, pomena, miru, ljubezni in povezanosti);

O – The role of Organised religion for the patient (pomen organizirane religije/vere za bolnika);

P – Personal spirituality and practices (osebna duhovnost in praksa);

E – Effects on medical care and end of life decisions (vpliv na zdravstveno oskrbo in odločitve ob koncu življenja) (Anandarajah, Hight, 2001 cit. po Milligan, 2011, str. 52).

Medicinske sestre za oceno duhovnosti pacienta običajno ne uporabljajo niti omenjenih niti drugih pristopov ocenjevanja duhovnosti, ampak to ugotovijo z opazovanjem in poslušanjem pacienta (Milligan, 2011, str. 52). Ocena duhovnega stanja pacienta vodi do diagnoz aktualnih ali možnih negovalnih potreb pacienta (McEwen, 2005, str. 163). Carpenito (2002 cit. po McEwen, 2005, str. 164) navaja duhovno stisko kot " motnjo v sistemu prepričanja in vrednot, ki daje moč, upanje in smisel življenja" kot eno od splošnih negovalnih diagnoz na področju duhovnosti. O'Brien (2004 povz. po McEwen, 2005, str. 164) navaja, da pacient, ki se sprašuje po vzroku trpljenja, lahko doživlja duhovno stisko in opredeljuje sedem negovalnih diagnoz, ki vključujejo duhovna vprašanja glede

- duhovne odtujenosti,
- duhovne jeze,
- duhovne skrbi,
- duhovnega obupa,
- duhovne krivde,
- duhovne izgube in
- duhovne bolečine.

Gordonova (2006, str. 310) v diagnostični kategoriji – vrednostni sistemi predstavlja tri negovalne diagnoze, ki jih je sprejela NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association):

- duhovno doživljanje, motnje – porušitev življenjskih načel, ki prizadenejo celostno osebnost in so biopsihosocialne narave; propad duha;
- duhovno doživljanje, nevarnost za motnje v duhovnem doživljanju – nevarnost spremenjenega doživljanja v povezavi z lastnim življenjem in vesoljem, ki bi lahko vodilo v razpad osebnosti;
- duhovno dobro počutje, pripravljenost za izboljšano duhovno dobro počutje – harmonično razmišljanje in razrešitev problemov na osnovi lastne duhovne moči.

Sessanna et al. (2007 povz. po Saje, 2010, str. 25) navajajo, da je NANDA-I (2005) dodala tri negovalne diagnoze, ki se specifično nanašajo na religioznost kot natančno klasifikacijo, neodvisno od duhovnosti.

- Oslabljen religioznost je definirana kot oslABLJENA zmožnost zaupanja v vero in/ali udeleževanje pri obredih določene verske tradicije.
- Tveganje za oslABLJENO religioznost pomeni, da je posameznik v nevarnosti za oslABLJENO zmožnost zaupanja v vero in/ali udeleževanje pri obredih določene verske tradicije.
- Pripravljenost za okrepljeno religioznost je posameznikova zmožnost povečati zaupanje v vero in/ali udeleževanje določene verske tradicije (Saje, 2010, str. 25).

2. Načrtovanje: načrtovani cilji, načrtovane negovalne intervencije, postopki in posegi

Pričakovani cilji (Vusse, Simandl, 1992 cit. po Skoberne, 2002, str. 36):

- varovanec bo izrazil občutek spokojnosti, miru in obnovljene integritete (celovitosti);
- varovanec se bo sprijaznil s svojim stanjem;
- izrazil bo cilje, ki se nanašajo na duhovno zdravje;
- razpravljal bo o vidikih soočanja z duhovnimi vprašanji;
- zavzel se bo za iskanje smisla življenja in pomena bivanja;
- izrazil bo stališče glede težav v življenju.

Nujno je, da medicinske sestre upoštevajo naslednje pri načrtovanju intervencij:

- ne vsiljujte osebnih prepričanj (ali pomanjkanja le-teh) pacientu ali družini;
- odzovite se na izražanje pacientovih potreb s pravilnim razumevanjem njegovega ozadja;
- bodite pozorni na pacientove znake, ki izražajo potrebo po duhovni in psihološki podpori;
- če se član tima počuti nezmožnega odzvati se na določeno situacijo, mora najti nekoga ustreznega, ki se je pripravljen soočiti s tem (Narayanasamy, 2007, str. 38).

Duhovne negovalne intervencije:

Pesutova (2008, str. 171) je navedla intervencije v podporo duhovnim in religioznim praksam, ki vključujejo skrb za zasebnost pacienta pri izvajanju določenih ritualov, napotitev k duhovnim svetovalcem, molitve, omogočanje dostopa svetih besedil in predmetov, zagotavljanje izpolnitve verskih obredov in možnih prepovedi (npr. prehranske omejitve), poslušanje pacienta, biti prisoten ob njem, terapevtski dotik, spoštovanje, potreben čas, pogovore o pomenu, namenu, upanju, dragocenostih v življenju, povezanosti in odpuščanju. Poleg tega dodaja še intervencije, kot so biti v naravi, ukvarjanje z umetnostjo, alternativnimi terapijami in kreativno pisanje. Taylor (2002 povz. po McEwen, 2005, str. 164) dodaja ustvarjanje zaupljivega odnosa, izkazovanje empatije, ranljivosti, ponižnosti in predanosti, omogočanje meditacije, poslušanje glasbe in pojasnilo vrednot (posebej v zvezi z duhovnostjo).

3. Izvajanje načrtovanih aktivnosti zdravstvene nege

Tretja faza procesa zdravstvene nege je izvajanje posegov, ki vodijo k posebnim ciljem. Ti pa zajemajo vse, kar medicinska sestra stori za bolnika, da bi dosegla cilje zdravstvene nege. Bolnik sam ali pa njegovi svojci pri tem aktivno sodelujejo. Izvajanje zdravstvene nege pomeni torej uresničitev prvih dveh faz procesa zdravstvene nege za doseganje individualno zastavljenih ciljev pri bolniku, zato je zelo pomembno, da sta ugotavljanje potreb po zdravstveni negi in načrtovanje natančna in kakovostna (Pajnkihar, 1999 povz. po Mravljak, 2011, str. 29).

4. Vrednotenje doseženega stanja in izidov zdravstvene nege s povratno informacijo

Narayanasamy (2007, str. 39) navaja, da so v okviru vrednotenja lahko v pomoč naslednja vprašanja:

- Ali je pacientova vera močnejša?
- Ali pacient izraža podporo svojim prepričanjem, tako z aktivnostmi kot z besedami?
- Ali dobi pacient mir in moč za soočanje z zdravljenjem, rehabilitacijo ali mirno smrtjo iz duhovnih virov (kot so molitev in duhovnikov obisk)?
- Ali se zdi bolnik bolj pod nadzorom in ali ima boljše samopodobo?
- Ali je bolnik bolj sproščen z osamljenostjo in spremembo življenjskih načrtov?
- Ali je bolnikovo vedenje primerno situaciji?
- Je pri spravi z drugimi prišlo do kakih sprememb med pacientom in njimi?
- Ali sta medsebojno spoštovanje in ljubezen očitna v pacientovih odnosih z drugimi?
- Ali se kažejo znaki fizičnega izboljšanja?
- Ali se izboljšuje pacientov odnos z drugimi bolniki?

Skoberne (2002, str. 36) navaja, da v okviru evalvacije načrta duhovne pomoči medicinska sestra primerja odgovore (reakcije) bolnikov 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 služijo lahko tudi značilnosti, ki naznačujejo duhovno dobro počutje (Carson, 1989 povz. po prav tam, str. 36): 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.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

V diplomskem delu želimo raziskati in preučiti odnos medicinskih sester, zaposlenih v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Koroškem domu starostnikov Črneče in Domu starejših občanov Slovenj Gradec, do duhovnosti in izvajanja duhovne oskrbe v zdravstveni negi. Cilji diplomskega dela so:

C₁: Ugotoviti, kako medicinske sestre razumejo koncept duhovnosti.

C₂: Raziskati izvajanje duhovne oskrbe v praksi zdravstvene nege.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- V kolikšni meri medicinske sestre razlikujejo pojma duhovnost in religija?
- V kolikšni meri znajo medicinske sestre prepoznati duhovne potrebe pacientov?
- V kolikšni meri medicinske sestre nudijo pacientom duhovno oskrbo?
- V kolikšni meri spada skrb za duhovne potrebe pacientov med vsakodnevne aktivnosti zdravstvene nege?
- Ali medicinske sestre v domovih za ostarele posvečajo več časa duhovnim potrebam pacientov kot medicinske sestre v bolnišnicah?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskovalni del naloge je temeljil na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika. Za pregled literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS, prav tako smo za iskanje literature uporabili spletna brskalnika Google in Yahoo. Za iskanje tujih strokovnih člankov smo uporabili tuje podatkovne baze: CINAHL, EBSCOhost, PUB MED, SpringerLink in Eric. Pri iskanju slovenske literature smo uporabili ključne besede: duhovnost, duhovne potrebe, religija, proces umiranja, paliativna oskrba. Za iskanje v tujih podatkovnih bazah pa smo uporabili ključne besede: spirituality, spiritual, religious, spiritual needs, terminal illness,

spiritual care, spiritual pain, nurse's role of spiritual care, nurses and spirituality, spiritual care-giving, spiritual interventions.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik je bil namenjen medicinskim sestram, ki so zaposlene v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Domu starejših občanov Slovenj Gradec in Koroškem domu starostnikov Črneče. Sestavili smo ga na osnovi pregleda literature na temo duhovnosti (Benedik et al., 2008; Hermann, 2001; Hermann, 2007; Klevišar, 2006; Milligan, 2011; Chan, 2009;). Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz 49 vprašanj zaprtega tipa. Prvi sklop vprašanj je vseboval demografske podatke: spol, starost in izobrazbo. Drugi sklop je vseboval vprašanja o duhovnosti in duhovnih potrebah anketirancev.

Anketiranci so se opredelili do 10 trditve na podlagi pet stopenjske Likertove lestvice stališč; pri tem ocena 1 pomeni, da se z navedeno trditvijo anketiranec sploh ne strinja, 2, da se ne strinja z trditvijo, 3, da je glede navedene trditve neopredeljen, 4, da se strinja s trditvijo in 5, da se zelo strinja s trditvijo. S temi trditvami smo preverili stališče anketirancev do duhovnosti in njihovo razumevanje pojma duhovnosti.

Sklop vsebuje še dve vprašanji zaprtega tipa, pri katerih lahko anketiranci izberejo enega ali več možnih odgovorov. Pri teh vprašanjih smo ugotavljali, ali anketiranci prepoznajo duhovno stisko pacientov na podlagi trditve in ali znajo prepoznati duhovne potrebe.

Tretji sklop vsebuje vprašanja o duhovnosti in duhovnih potrebah v zdravstveni negi. Ta sklop prav tako vsebuje Likertovo lestvico stališč, kjer so anketiranci ocenjevali 17 trditve. S tem sklopom smo želeli ugotoviti, kakšno stališče imajo anketiranci do duhovnosti in duhovnih potreb v zdravstveni negi. Sledi tabela, v kateri so navedene trditve o oblikah duhovne oskrbe, anketiranci pa so morali označiti, kako pogosto jih izvajajo: dnevno, tedensko, mesečno ali redkeje ter nikoli. S to tabelo smo želeli ugotoviti, kako pogosto anketiranci izvajajo posamezne aktivnosti duhovne oskrbe pacientov in ali medicinske sestre v domovih za starostnike posvečajo več časa duhovnim potrebam pacientov kot medicinske sestre v bolnišnicah.

Ta sklop vsebuje še dve vprašanji zaprtega tipa, pri katerih so imeli anketiranci na razpolago en možen odgovor. Z njima smo želeli ugotoviti mnenje anketirancev, ali je v njihovi ustanovi dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe in ali menijo, da so duhovne potrebe pacientov zastopane v praksi zdravstvene nege.

Pri posameznih sklopih vprašanj smo preverili zanesljivost instrumenta na podlagi koeficienta Cronbach alfa. Merilo za zanesljivost vprašalnika je, da je vrednost Cronbachovega koeficienta alfa enaka ali večja od 0,8. Osebnostni testi ter testi stališč pa ne dosegajo take stopnje zanesljivosti, zato tam pogojno upoštevamo tudi nekoliko manjše vrednosti, seveda pa pri interpretaciji rezultatov ne zanemarimo dejstva, da je zanesljivost vprašalnika nekoliko manjša (Klemenčič, 2005, str. 33).

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta

Sklop vprašanj	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Duhovnost	10	0,604
Duhovnost in duhovne potrebe v zdravstveni negi	17	0,870
Oblike duhovne oskrbe	12	0,789

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski vzorec. Vzorčenje je bilo po predhodni pridobitvi soglasij ustanov izvedeno v mesecu septembru 2012. V splošni bolnišnici Slovenj Gradec je raziskava potekala od 5. 9. 2012 do 25. 9. 2012, V Koroškem domu starostnikov Črneče je raziskava potekala od 3. 9. 2012 do 24. 9. 2012, v Domu starejših občanov Slovenj Gradec pa od 13. 9. 2012 do 27. 9. 2012. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec smo razdelili 60 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 29 vprašalnikov; v Koroškem domu starostnikov Črneče smo razdelili 30 vprašalnikov in dobili vrnjenih 22 vprašalnikov; v Domu starejših občanov Slovenj Gradec pa smo razdelili 15 vprašalnikov in dobili vrnjenih 15 vprašalnikov. Skupno smo razdelili 105 vprašalnikov in dobili vrnjenih 66 vprašalnikov, kar pomeni 62,85 % realizacijo vzorca. Skupno je anketni vprašalnik rešilo 66 anketirancev; ti so bili seznanjeni z namenom in ciljem raziskave ter so sodelovali prostovoljno. Njihovi odgovori bodo uporabljeni le za namen raziskave v tem diplomskem delu. Anketo je rešilo 49 žensk, kar predstavlja 74,2 % vseh

anketirancev, in 17 moških, kar predstavlja 17,8 % vseh anketirancev. Največ anketirancev je bilo starih od 21 do 30 let (43,9 %), sledijo tisti, stari od 31 do 40 let (27,3 %), petnajst (22,7 %) jih je bilo starih od 41 do 50 let in štirje od 51 do 60 let (6,1 %). Največ anketirancev je imelo srednješolsko izobrazbo (66,7 %), preostali pa so imeli visokošolsko izobrazbo (33,3 %).

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Pridobljene podatke smo analizirali s programoma Excel in SPSS 19.0. Starost, spol in izobrazbo anketirancev smo predstavili na podlagi frekvenc in pripadajočega odstotka. Pri analizi Likertovih lestvic stališč smo posebej obravnavali srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre, v zadnjem sklopu smo posebej obravnavali zaposlene v Domu starejših občanov Slovenj Gradec in Koroškem domu starostnikov, ki smo jih združili v skupino Dom starejših občanov in zaposlene v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec; primerjavo smo izračunali na podlagi t-testa za neodvisne vzorce.

Korelacije so bile izračunane na podlagi Pearsonovega korelacijskega koeficienta (p); pri tem je statistično pomembno razliko določala vrednost $p < 0,05$. Rezultati so predstavljeni s povprečno vrednostjo (PV), standardno deviacijo (SD) in na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov. Vprašanja z več možnimi odgovori smo analizirali s programom Microsoft Office Excel 2007; odgovore smo predstavili na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov. Zanesljivost instrumenta smo za vsak sklop posebej izračunali na podlagi Cronbachovega koeficienta alfa.

3.4 REZULTATI

Prvi sklop anketnega vprašalnika je vseboval demografske podatke, ki smo jih predstavili v opisu vzorca. Z drugim sklopom pa smo želeli ugotoviti, kakšna stališča imajo medicinske sestre do duhovnosti ter ali znajo prepoznati duhovne potrebe pacientov. Ta sklop je vseboval 10 trditev, ki so jih anketiranci ocenili po Likertovi lestvici stališč od 1 do 5. Rezultati so predstavljeni v tabeli 2.

Pri prvi trditvi, da je duhovnost od telesa neodvisni in samostojni del, se je s trditvijo zelo strinjalo 7 medicinskih sester (10,6 %); 24 se jih je strinjalo (36,4 %); 14 jih je bilo neodločenih oz. se s trditvijo ni niti strinjalo, niti se ni strinjalo (21,2 %); 10 se jih s trditvijo ni strinjalo (15,2 %); 11 pa se jih s trditvijo sploh ni strinjalo (16,7 %). Povprečna vrednost (PV) pri tej trditvi je bila 3,09 (standardna deviacija – SD – 1,274). Opazimo statistično pomembne razlike strinjanja s trditvijo glede na izobrazbo ($p=0,005$).

S trditvijo, da je duhovnost iskanje življenjskega smisla, se je zelo strinjalo 6 medicinskih sester (9,1 %), 24 se jih se strinjalo (36,4 %), 29 jih je bilo neodločenih (43,9 %), 6 se jih s trditvijo ni strinjalo (9,1 %), 1 medicinska sestra pa se s trditvijo sploh ni strinjala (1,5 %). $PV=3,42$ ($SD=0,842$), ni pa statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,426$).

Tabela 2: Stališča anketirancev do duhovnosti; rezultati, ločeni po izobrazbi anketirancev, in razlike anketirancev glede na stopnjo izobrazbe

Trditve	Srednješolska izobrazba n=44		Visokošolska izobrazba n=22		Skupaj n=66				t	p
	PV	SD	PV	SD	PV	SD	Min	Max		
Duhovnost je od telesa neodvisni, samostojni del.	3,23	1,097	2,82	1,563	3,09	1,274	1	5	8,423	0,005
Duhovnost je iskanje življenjskega smisla.	3,36	0,892	3,55	0,739	3,42	0,842	1	5	0,643	0,426
Duhovnost je zelo širok pojem.	4,18	0,756	4,64	0,581	4,33	0,730	2	5	0,867	0,355
Vsaka oseba poseduje duhovno razsežnost.	3,59	0,816	4,05	0,844	3,74	0,847	2	5	0,008	0,929
Religija in duhovnost sta sinonima.	2,82	1,105	3,05	1,174	2,89	1,125	1	5	0,464	0,498
Oseba je lahko globoko duhovna, ni pa verna.	3,75	0,892	4,23	0,869	3,91	0,907	2	5	0,288	0,593
Religija je oblika izražanja duhovnosti.	3,30	0,851	3,32	1,041	3,30	0,911	1	5	0,607	0,439
Sem duhovna oseba.	3,45	0,999	3,77	0,752	3,56	0,930	1	5	2,366	0,129
Sem verna oseba.	3,61	1,061	3,64	0,790	3,62	0,973	1	5	1,089	0,301
Bolniki lahko izrazijo duhovnost in duhovne potrebe na različne načine.	4,14	0,702	4,18	0,958	4,15	0,789	1	5	0,779	0,381

n – število anketirancev, PV - povprečna vrednost (Likertova lestvica stališč od 1 do 5), SD – standardna deviacija, Min. – minimalna vrednost odgovorov, Max. - maksimalna vrednost odgovorov, p – mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Da je duhovnost zelo širok pojem, se je zelo strinjalo 31 medicinskih sester (47,0 %), strinjalo se jih je 27 (40,9 %), neodločenih je bilo 7 (10,6 %), s trditvijo se ni strinjala 1 medicinska sestra (1,5 %), nihče pa ni obkrožil, da se zelo ne strinja s trditvijo. $PV= 4,33$ ($SD=0,730$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,355$).

Tudi pri trditvi, da vsaka oseba poseduje duhovno razsežnost, se nihče zelo ni strinjal, s trditvijo se ni strinjalo 5 medicinskih sester (7,6 %), neodločenih je bilo 19 medicinskih sester (28,8 %), s trditvijo se jih je strinjalo 30 (45,5 %), zelo strinjalo pa se jih je 12 (18,2 %). $PV= 3,74$ ($SD=0,847$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,929$).

S trditvijo, da sta religija in duhovnost sinonima, so se zelo strinjale 3 medicinske sestre (4,5 %), 18 medicinskih sester se je strinjalo (27,3 %), 25 (37,9 %) jih je bilo neopredeljenih, 9 se jih ni strinjalo (13,6 %), 11 medicinskih sester pa se s trditvijo sploh ni strinjalo (16,7 %). $PV=2,89$ ($SD=1,125$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,498$).

Pri trditvi, da je oseba lahko globoko duhovna, ni pa verna, so se zelo strinjale 3 medicinske sestre (4,5 %), 27 se jih je strinjalo (40,9 %), 15 medicinskih sester je bilo neopredeljenih (22,7 %), 5 medicinskih sester se s trditvijo ni strinjalo (7,6 %), nobena medicinska sestra pa ni obkrožila, da se s trditvijo sploh ne strinja. $PV=3,91$ ($SD=0,907$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,593$).

Da je religija oblika izražanja duhovnosti se zelo strinja 5 medicinskih sester (7,6 %), 24 medicinskih sester se s trditvijo strinja (36,4 %), prav tako je 24 medicinskih sester neopredeljenih (36,4 %), 12 se jih s trditvijo ne strinja (18,5 %), 1 medicinska sestra pa se sploh ne strinja (1,5 %). $PV=3,30$ ($SD=0,911$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,439$).

S trditvijo, da je duhovna oseba, se zelo strinja 7 medicinskih sester (10,6 %), 33 se jih s trditvijo strinja (50 %), 19 medicinskih sester je neopredeljenih (28,8 %), 4 se s trditvijo ne

strinjajo (6,1 %), 3 medicinske sestre pa se s trditvijo sploh ne strinjajo (4,5 %). $PV=3,56$ ($SD=0,930$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,129$).

S trditvijo, da je verna oseba, se zelo strinja 10 medicinskih sester (15,2 %), strinja se jih 31 (47,0 %), nepredeljenih je 18 (27,3 %), ne strinjajo se 4 medicinske sestre (6,1 %), 3 medicinske sestre pa se s trditvijo sploh ne strinjajo (4,5 %). $PV=3,62$ ($SD=0,973$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,301$).

S trditvijo, da lahko bolniki izrazijo duhovnost in duhovne potrebe na različne načine, se zelo strinja 23 medicinskih sester (34,8 %), strinja se jih 32 (48,5 %), neopredeljenih je 10 (15,2 %), nobena medicinska sestra ni obkrožila, da se ne strinja, 1 medicinska sestra pa se s trditvijo zelo ne strinja (1,5 %). $PV=4,15$ ($SD=0,789$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,381$).

Tabela 3: Trditve, ki nakazujejo pacientovo duhovno stisko

Trditve	n=66	%
Kdo sem? Kam grem? Kaj se dogaja z mano?	25	37,9 %
Kakšen smisel ima moje življenje, kakšen smisel ima moje trpljenje?	48	72,7 %
Zakaj jaz?	15	22,7 %
O moj bog, pomagaj mi...	34	51,5 %
Kaj se bo zgodilo, ko bom umrl?	40	60,6 %
Ali sem kaj vreden?	12	18,2 %

n - število anketirancev, % - odstotki

Tabela 3 prikazuje rezultate na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov na vprašanje: »Katera od naštetih vprašanj/trditev bi vam nakazala duhovno stisko pacienta?«

V odgovor na vprašanje so medicinske sestre največkrat (48) obkrožile »Kakšen smisel ima moje življenje, kakšen smisel ima moje trpljenje?«, kar predstavlja 72,2 %. V 60,6 % so obkrožile »Kaj se bo zgodilo ko bom umrl?«, kar predstavlja 40 medicinskih sester. Sledila je trditev »O moj bog, pomagaj mi...« ki so jo medicinske sestre obkrožile v 51,5 % (34). »Kdo sem? Kam grem? Kaj se dogaja z mano?« je kot vprašanje, ki izraža duhovno stisko pacienta prepoznalo 25 medicinskih sester (37,9 %). Vprašanje »Zakaj jaz?« je obkrožilo 15

medicinskih sester, kar predstavlja 22,7 %. Najmanjkrat pa so medicinske sestre kot vprašanje, ki nakazuje duhovno stisko pacienta, prepoznale, vprašanje »Ali sem kaj vreden?«, ki ga je obkrožilo 12 medicinskih sester, kar predstavlja 18,2 %.

Tabela 4 prikazuje odgovore na vprašanje »Katere od naštetih potreb so za vas duhovne potrebe?«. Medicinske sestre so največkrat (47) prepoznale za duhovno potrebo dajanje in prejemanje odpuščanja in sprejemanja (71,2 %); sledilo je iskanje pomena in smisla v življenju, kar so medicinske sestre obkrožile v 60,6 % (40); v 59,1 % sta bili zaznani potrebi po ohranjanju ljubečega odnosa do sebe in drugih ter vztrajanje v upanju (39). Verska potreba je bila pri 31 zaznana kot duhovna potreba (47,0 %); sledili sta duhovni potrebi nadvladovanje trpljenja in povezovanje z bistvom, ki je trajnejše, kot je samo življenje osebe, in potreba po pozitivnem pogledu, ki sta bili zaznani v 43,9 % (29). 16 medicinskih sester je zaznalo potrebo po doživetju narave kot duhovno potrebo (24,2 %); potrebo po vključenosti in nadzoru je obkrožilo 8 medicinskih sester (12,1 %); najmanjkrat (6) pa so za duhovno potrebo prepoznali potrebo po dokončanju poslov, kar predstavlja 9,1 %.

Tabela 4: Duhovne potrebe pacientov

Duhovne potrebe	n=66	%
iskanje pomena in smisla v preostalem času življenja	40	60,6 %
vztrajanje v upanju	39	59,1 %
ohranjanje ljubečega odnosa do sebe/drugih	39	59,1 %
dajanje in prejemanje odpuščanja in sprejemanja	47	71,2 %
nadvladovanje trpljenja in povezovanje z bistvom, ki je trajnejše, kot je samo življenje osebe	29	43,9 %
potreba po druženju	23	34,8 %
potreba po vključenosti in nadzoru	8	12,1 %
potreba po dokončanju poslov	6	9,1 %
verska potreba	31	47,0 %
potreba po pozitivnem pogledu	29	43,9 %
potreba po doživetju narave	16	24,2 %

n - število anketirancev, % - odstotki

Tabela 5 predstavlja, kakšno je stališče medicinskih sester do duhovnosti v zdravstveni negi. Anketiranci so se opredelili do 17 trditvev na podlagi Likertove lestvice stališč.

S prvo trditvijo, da je duhovnost del holistične zdravstvene nege, se je zelo strinjalo 8 medicinskih sester (12,1 %), 34 medicinskih sester se je strinjalo (51,5 %), 19 jih je bilo neopredeljenih (28,8 %), 4 medicinske sestre se s trditvijo niso strinjale (6,1 %), 1 medicinska

sestra pa se s trditvijo sploh ni strinjala (1,5 %). $PV=3,67$ ($SD=0,829$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,106$).

S trditvijo, da jim je duhovnost pacientov pomembna, se je zelo strinjalo 12 medicinskih sester (18,2 %), 39 se jih je strinjalo (59,1 %), 11 medicinskih sester je bilo neopredeljenih (16,7 %), s trditvijo se nista strinjale 2 medicinski sestri (3,0 %), prav tako se sploh nista strinjali 2 medicinski sestri (3,0 %). $PV=3,86$ ($SD=0,857$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,094$).

Pri trditvi, da je v procesu umiranja duhovna oskrba prav tako pomembna kot zdravstvena oskrba, se je zelo strinjalo 23 medicinskih sester (34,8 %), strinjalo se jih je 25 (37,9 %), neopredeljenih je bilo 17 medicinskih sester (25,8 %), 1 medicinska sestra pa se s trditvijo ni strinjala (1,5 %); nihče se s trditvijo sploh ni strinjal. $PV=4,06$ ($SD=0,820$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,249$).

S trditvijo, da je skrb za duhovne potrebe pacientov vsakodnevna aktivnost zdravstvene nege, se je zelo strinjalo 9 medicinskih sester (13,6 %), strinjalo se jih je 22 (33,3 %), neopredeljenih je bilo 29 medicinskih sester (43,9 %), s trditvijo pa se ni strinjalo 6 medicinskih sester (9,1 %); nobena medicinska sestra se s trditvijo sploh ni strinjala. $PV=3,52$ ($SD=0,846$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,248$).

Pri trditvi, da je zagotavljanje duhovne oskrbe odgovornost medicinske sestre, se je zelo strinjalo 9 medicinskih sester (13,6 %), strinjalo se jih je 20 (30,3 %), neopredeljenih je bilo 15 medicinskih sester (22,7 %), s trditvijo se ni strinjalo 18 medicinskih sester (27,3 %), 4 medicinske sestre pa se s trditvijo sploh ne strinjajo (6,1 %). $PV=3,18$ ($SD=1,162$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,649$).

Tabela 5: Stališča do duhovnost in duhovnih potreb v zdravstveni negi; rezultati, ločeni glede na izobrazbo anketirancev, in razlike med anketiranci glede na stopnjo izobrazbe

Trditve	Srednješolska izobrazba n=44		Visokošolska izobrazba n=22		Skupaj n= 66				t p
	PV	SD	PV	SD	PV	SD	Min	Max	
Duhovnost je del holistične zdravstvene nege.	3,45	0,820	4,09	0,684	3,67	0,829	1	5	2,689 0,106
Duhovnost pacientov mi je pomembna.	3,70	0,930	4,18	0,588	3,86	0,857	1	5	2,887 0,094
V procesu umiranja je duhovna oskrba prav tako pomembna kot zdravstvena oskrba.	3,91	0,858	4,36	0,658	4,06	0,820	2	5	1,352 0,249
Skrb za duhovne potrebe pacientov je vsakodnevna aktivnost zdravstvene nege.	3,43	0,789	3,68	0,945	3,52	0,846	2	5	1,358 0,248
Zagotavljanje duhovne oskrbe je odgovornost medicinske sestre.	3,09	1,197	3,36	1,093	3,18	1,162	1	5	0,210 0,649
Znam prepoznati pacientove duhovne potrebe.	3,45	0,875	3,32	0,780	3,14	0,841	2	5	0,782 0,380
Medicinska sestra lahko opazi potrebo po duhovnosti pacienta med izvajanjem drugih aktivnosti zdravstvene nege.	3,95	0,746	3,86	0,834	3,92	0,771	2	5	1,232 0,271
Moja duhovnost vpliva na prepoznavanje pacientovih duhovnih potreb.	3,52	0,902	3,68	0,646	3,58	0,824	1	5	1,943 0,168
Strah me je soočiti se s pacientovimi duhovnimi potrebami.	2,75	1,123	2,86	0,834	2,79	1,031	1	5	3,686 0,059
Sem odprt/a za pacientove duhovne potrebe, četudi so drugačna od mojih prepričanj.	3,89	0,813	4,05	0,486	3,94	0,721	2	5	5,588 0,021
Medicinska sestra diskutira in načrtuje duhovno oskrbo skupaj s pacientom.	3,55	1,066	3,05	1,133	3,38	1,106	1	5	0,025 0,875
Pacientove duhovne potrebe zabeležim v dokumentacijo zdravstvene nege.	2,82	1,281	2,77	1,307	2,80	1,280	1	5	0,005 0,942
O pacientovih duhovnih potrebah se pogovorim s sodelavci.	3,20	0,978	3,32	1,287	3,24	1,082	1	5	3,099 0,083

Trditve	Srednješolska izobrazba n=44		Visokošolska izobrazba n=22		Skupaj, n= 66				t p
	PV	SD	PV	SD	PV	SD	Min	Max	
Za aktivnosti zdravstvene nege, vezane na duhovne potrebe pacientov, imam dovolj časa.	2,73	1,042	2,55	1,101	2,67	1,057	1	5	0,421 0,519
Za aktivnosti zdravstvene nege, vezane na duhovne potrebe pacientov, imam dovolj znanja.	3,23	0,912	2,86	1,125	3,11	0,994	1	5	0,555 0,459
Med izobraževanjem sem si pridobil/a dovolj znanja s področja duhovnosti.	3,05	1,180	2,86	1,125	2,98	1,157	1	5	0,269 0,605
V prihodnosti bi se želel/a izobraževati na področju duhovnosti.	3,41	0,871	3,73	0,883	3,52	0,881	1	5	0,112 0,739

n – število anketirancev, PV – povprečna vrednost (Likertova lestvica stališč od 1 do 5), SD – standardna deviacija, Min. – minimalna vrednost odgovorov, Max. – maksimalna vrednost odgovorov, p – mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

S trditvijo, da zna prepoznati pacientove duhovne potrebe, se je zelo strinjalo 6 medicinskih sester (9,1 %), strinjalo se jih je 24 (36,4 %), neopredeljenih je bilo 27 medicinskih sester (40,9 %), s trditvijo pa se ni strinjalo 9 medicinskih sester (13,6 %); nobena medicinska sestra se s trditvijo sploh ni strinjala. PV=3,14 (SD=0,841); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo (p=0,380).

S trditvijo, da medicinska sestra lahko opazi potrebo po duhovnosti pacienta med izvajanjem drugih aktivnosti zdravstvene nege, se je zelo strinjalo 14 medicinskih sester (21,2 %), strinjalo se je 36 medicinskih sester (54,5 %), neopredeljenih je bilo 13 medicinskih sester (19,7 %), 3 se s trditvijo niso strinjale (4,5 %), nobena pa se s trditvijo sploh ni strinjala. PV=3,92 (SD=0,771); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo (p=0,271).

S trditvijo, da njena duhovnost vpliva na prepoznavanje pacientovih duhovnih potreb, se je zelo strinjalo 7 medicinskih sester (10,6 %), 29 medicinskih sester se je s trditvijo strinjalo (43,9 %), neopredeljenih je bilo 27 medicinskih sester (40,9 %), 1 se s trditvijo ni strinjala (1,5 %), 2 pa se s trditvijo sploh nista strinjali (3,0 %). PV=3,58 (SD=0,824); pri trditvi ne

opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,168$).

S trditvijo, da jo je strah soočiti se s pacientovimi duhovnimi potrebami, sta se zelo strinjali 2 medicinski sestri (3,0 %), 15 medicinskih sester se je s trditvijo strinjalo (22,7 %), neopredeljenih je bilo 24 medicinskih sester (36,4 %), s trditvijo se ni strinjalo 17 medicinskih sester (25,8 %), sploh se ni strinjalo 8 medicinskih sester (12,1 %). $PV=2,79$ ($SD=1,031$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,59$).

S trditvijo, da je odprt/a za pacientove duhovne potrebe, četudi so drugačna od njenih prepričanj, se je zelo strinjalo 12 medicinskih sester (18,2 %), strinjalo se je 41 medicinskih sester (62,1 %), neopredeljenih je bilo 10 medicinskih sester (15,2 %), s trditvijo se niso strinjale 3 medicinske sestre (4,5 %), nobena pa se sploh ni strinjala. $PV=3,94$ ($SD=0,721$); pri trditvi opazimo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,021$).

S trditvijo, da medicinska sestra diskutira in načrtuje duhovno oskrbo skupaj s pacientom, se je zelo strinjalo 10 medicinskih sester (15,2 %), strinjalo se jih je 24 (36,4 %), 16 medicinskih sester je bilo neopredeljenih (24,2 %), 13 medicinskih sester se ni strinjalo s trditvijo (19,7 %), 3 medicinske sestre pa se sploh niso strinjale (4,5 %). $PV=3,38$ ($SD=1,106$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,875$).

S trditvijo, da pacientove duhovne potrebe zabeleži v dokumentacijo zdravstvene nege, se je zelo strinjalo 7 medicinskih sester (10,6 %), 15 se jih je strinjalo (22,7 %), 14 medicinskih sester je bilo neopredeljenih (21,2 %), 18 se jih s trditvijo ni strinjalo (27,3 %), 12 pa se jih s trditvijo sploh ni strinjalo (18,2 %). $PV=2,80$ ($SD=1,280$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,942$).

Pri trditvi, da se o pacientovi duhovnih potrebah pogovori s sodelavci, je 5 medicinskih sester obkrožilo, da se zelo strinja (7,6 %), 28 se jih s trditvijo strinja (42,4 %), 16 medicinskih

sester je neopredeljenih (24,2 %), 12 se jih s trditvijo ne strinja (18,2 %), 5 pa se jih s trditvijo sploh ne strinja (7,6 %). $PV=3,24$ ($SD=1,082$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,083$).

S trditvijo, da ima za aktivnosti zdravstvene nege, vezane na duhovne potrebe pacientov, dovolj časa, so se zelo strinjale 4 medicinske sestre (6,1 %), 7 medicinskih sester se je strinjalo (10,6 %), 28 medicinskih sester je bilo neopredeljenih (42,4 %), 17 medicinskih sester se s trditvijo ni strinjalo (25,8 %), 10 pa se jih s trditvijo sploh ni strinjalo (15,2 %). $PV=2,67$ ($SD=1,057$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,519$).

S trditvijo, da ima za aktivnosti zdravstvene nege, vezane na duhovne potrebe pacientov, dovolj znanja, se je zelo strinjalo 5 medicinskih sester (7,6 %), 16 se jih je strinjalo (24,2 %), neopredeljenih je bilo 31 medicinskih sester (47 %), 9 se jih s trditvijo ni strinjalo (13,6 %), 5 pa se jih s trditvijo sploh ni strinjalo (7,6 %). $PV=3,11$ ($SD=0,994$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,459$).

S trditvijo, da si je med izobraževanjem pridobil/a dovolj znanja s področja duhovnosti, se je zelo strinjalo 7 medicinskih sester (10,6 %), 14 medicinskih sester se je s trditvijo strinjalo (21,2 %), neopredeljenih je bilo 24 medicinskih sester (36,4 %), s trditvijo se ni strinjalo 13 medicinskih sester (19,7 %), 8 medicinskih sester pa se s trditvijo sploh ni strinjalo (12,1 %). $PV=2,98$ ($SD=1,157$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,605$).

S trditvijo, da bi se v prihodnosti želel/a izobraževati na področju duhovnosti, se je zelo strinjalo 10 medicinskih sester (15,2 %), 20 medicinskih sester se je s trditvijo strinjalo (30,3 %), 31 medicinskih sester je bilo neopredeljenih (47,0 %), 4 medicinske sestre se s trditvijo niso strinjale (6,1 %), 1 medicinska sestra pa se s trditvijo sploh ni strinjala (1,5 %). $PV=3,52$ ($SD=0,881$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ($p=0,739$).

Tabela 6 prikazuje rezultate tretjega sklopa vprašanj, s katerim smo želeli ugotoviti, kako pogosto medicinske sestre izvajajo duhovno oskrbo pacientov. Medicinske sestre so v tabeli označile, kako pogosto izvajajo posamezne oblike duhovne oskrbe (dnevno, tedensko, mesečno ali redkeje in nikoli). Pri obdelavi podatkov smo podatke vnašali z intervalno lestvico, kjer je 1 pomenilo dnevno, 2 tedensko, 3 mesečno ali redkeje in 4 nikoli. Pri analizi smo medicinske sestre razdelili v dve skupini; v prvi skupini so medicinske sestre, ki so zaposlene v obeh domovih za starejše občane, v drugi skupini so medicinske sestre, ki so zaposlene v bolnišnici. Želeli smo ugotoviti, ali medicinske sestre, zaposlene v domovih, pogosteje skrbijo za duhovne potrebe pacientov, kot medicinske sestre, zaposlene v bolnišnici.

Medicinske sestre, zaposlene v domovih za starejše občane (DSO), so označile, da jih aktivno posluša pacienta 31 dnevno, 6 tedensko, nobena ni označila mesečno ali redkeje in nikoli. Medicinske sestre, zaposlene v splošni bolnišnici (SB), so označile, da jih dnevno aktivno posluša pacienta 26, tedensko 1, mesečno ali redkeje pa 2. Skupno dnevno aktivno posluša pacienta 57 anketiranih medicinskih sester (86,4 %), tedensko 7 medicinskih sester (19,6 %) in mesečno ali redkeje 2 medicinski sestra (3,0 %). $PV=1,17$ ($SD=0,450$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,664$).

Pri aktivnosti vzpostavitve sočutnega/empatičnega odnosa so medicinske sestre v DSO označile, da jih 28 to dejavnost izvaja dnevno, 8 tedensko, mesečno ali redkeje 1 medicinska sestra, nobena medicinska sestra ni označila nikoli. V bolnišnici so označile, da dnevno aktivnost izvaja 25 anketiranih medicinskih sester, 3 medicinske sestre tedensko in 1 mesečno ali redkeje, nobena ni označila nikoli. Skupno dnevno vzpostavi sočuten/empatičen odnos 53 medicinskih sester (80,3 %), tedensko 11 medicinskih sester (16,7 %), mesečno ali redkeje 2 medicinski sestra (3,0 %). $PV=1,23$ ($SD=0,490$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,168$).

Pri aktivnosti, prisotnost ob pacientu in uporaba terapevtskega dotika so medicinske sestre v DSO označile, da jih dnevno to aktivnost izvaja 29, tedensko 5 in mesečno ali redkeje 3 medicinske sestre. V bolnišnici to aktivnost dnevno izvaja 22 medicinskih sester, tedensko 4,

mesečno ali redkeje 2 in nikoli 1 medicinska sestra. Skupno je dnevno ob pacientu prisotnih medicinskih sester, ki uporabljajo terapevtski dotik, 51 (77,3 %), tedensko 9 (13,6 %), mesečno ali redkeje 5 (7,6 %) in nikoli 1 medicinska sestra (1,5 %). $PV=1,33$ ($SD=0,687$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,330$).

Tabela 6: Oblike duhovne oskrbe in pogostost izvajanja le-te; rezultati, ločeni po ustanovah, in razlike anketirancev glede na ustanovo

Oblike duhovne oskrbe	DSO n=37		SBSG n=29		Skupaj n=66		t p
	PV	SD	PV	SD	PV	SD	
Aktivno poslušanje pacienta	1,16	0,374	1,17	0,539	1,17	0,450	0,190 0,664
Vzpostavitev sočutnega/ empatičnega odnosa s pacientom	1,27	0,508	1,17	0,468	1,23	0,490	1,946 0,168
Prisotnost ob pacientu, uporaba terapevtskega dotika	1,30	0,618	1,38	0,775	1,33	0,687	0,965 0,330
Molitev s pacientom	3,00	0,782	3,62	0,728	3,27	0,814	0,213 0,646
Spremljanje pacienta v bolniško kapelo	2,27	0,652	3,62	0,494	2,86	0,892	1,561 0,216
Vrednotenje pacientovih občutkov in misli	1,51	0,651	2,10	1,145	1,77	0,941	12,07 0,001
Pacienta seznanim z možnostmi duhovne pomoči, kot so npr. vključitev psihologa, duhovnika idr.	1,95	0,880	2,62	0,942	2,24	0,962	0,360 0,550
Diskutiranje o življenjskih vprašanjih	1,73	0,652	2,10	0,939	1,89	0,806	7,230 0,009
Sedim v tišini poleg pacienta	2,08	1,010	3,17	0,848	2,56	1,083	1,929 0,170
Spoštujem pacientovo prepričanje in imam neobtožujoč odnos	1,30	0,520	1,31	0,712	1,30	0,607	0,357 0,552
Pomoč, vlivanje upanja pacientu	1,27	0,508	1,14	0,351	1,21	0,448	6,209 0,015
Izražam pozitiven odnos do pacienta	1,11	0,393	1,14	0,441	1,12	0,412	0,316 0,576

DSO - domova starejših občanov, SBSG - Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, PV - povprečna vrednost, SD - standardna deviacija, p - statistično pomembna značilnost $p<0,05$

Pri molitvi s pacientom so medicinske sestre v DSO označile, da dnevno molita s pacientom 2 medicinski sestri, tedensko 5 medicinskih sester, mesečno ali redkeje 21 medicinskih sester in nikoli 9 medicinskih sester. V bolnišnici dnevno moli s pacientom 1 medicinska sestra, tedensko prav tako 1 medicinska sestra, mesečno ali redkeje 6 medicinskih sester in nikoli 21 medicinskih sester. Skupno dnevno molijo s pacientom 3 medicinske sestre (4,5 %), tedensko

6 medicinskih sester (9,1 %), mesečno ali redkeje 27 medicinskih sester (40,9 %) in nikoli 30 medicinskih sester (45,5 %). $PV=3,27$ ($SD=0,814$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,646$).

Dnevno v DSO spremljajo pacienta v bolniško kapelo 4 medicinske sestre, tedensko 19 medicinskih sester in mesečno ali redkeje 14 medicinskih sester; nobena medicinska sestra ni označila nikoli. V bolnišnici dnevno in tedensko nobena medicinska sestra ne spremlja pacienta v bolniško kapelo, mesečno ali redkeje 11 medicinskih sester in nikoli 18 medicinskih sester. Skupno spremljajo pacienta dnevno v bolniško kapelo 4 medicinske sestre (6,1 %), tedensko 19 medicinskih sester (28,8 %), mesečno ali redkeje 25 medicinskih sester (37,9 %) in nikoli 18 medicinskih sester (27,3 %). $PV=2,86$ ($SD=0,892$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,216$).

Pri vrednotenju pacientovih občutkov in misli v DSO dnevno izvaja aktivnost 21 medicinskih sester, tedensko 13 medicinskih sester in mesečno ali redkeje 3 medicinske sestre, nobena ni obkrožila nikoli. V bolnišnici dnevno vrednoti pacientove občutke in misli 12 medicinskih sester, 7 jih vrednoti tedensko, 5 mesečno ali redkeje in prav tako 5 nikoli. Skupno dnevno vrednoti pacientove občutke in misli 33 medicinskih sester (50 %), tedensko 20 medicinskih sester (30,3 %), mesečno ali redkeje 8 medicinskih sester (12,1 %) in nikoli 5 medicinskih sester (7,6 %). $PV=1,77$ ($SD=0,941$); pri trditvi opazimo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,001$).

Z možnostmi duhovne pomoči, kot so npr. vključitev psihologa, duhovnika idr., v DSO dnevno seznanja 14 medicinskih sester, tedensko 12 medicinskih sester, mesečno ali redkeje 12 medicinskih sester in 1 nikoli. V bolnišnici dnevno seznanijo pacienta z možnostmi duhovne pomoči 4 medicinske sestre, tedensko 8 medicinskih sester, mesečno ali redkeje 12 medicinskih sester in 5 medicinskih sester nikoli. Skupno dnevno seznanja pacienta z možnostmi duhovne pomoči 18 medicinskih sester (27,3 %), tedensko 20 medicinskih sester (30,3 %), mesečno ali redkeje 22 medicinskih sester (33,3 %) in nikoli 6 medicinskih sester (9,1 %). $PV=2,24$ ($SD=0,962$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,550$).

O življenjskih vprašanjih 14 medicinskih sester, zaposlenih v DSO, dnevno diskutira z varovanci, 19 tedensko, mesečno ali redkeje 4 in nobena nikoli. V bolnišnici dnevno diskutira o življenjskih vprašanjih 10 medicinskih sester, tedensko 7 medicinskih sester, mesečno ali redkeje 11 in nikoli 1 medicinska sestra. Skupno dnevno diskutira o življenjskih vprašanjih 24 medicinskih sester (36,4 %), tedensko 26 medicinskih sester (39,4 %), mesečno ali redkeje 15 medicinskih sester (22,7 %) in nikoli 1 medicinska sestra (1,5 %). $PV=1,89$ ($SD=0,806$); pri trditvi opazimo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,009$).

V tišini poleg pacienta, v DSO dnevno sedi 14 medicinskih sester, tedensko 9 medicinskih sester, mesečno ali redkeje 11 medicinskih sester in nikoli 3 medicinske sestre. V bolnišnici dnevno sedi v tišini poleg pacienta 1 medicinska sestra, 5 jih sedi tedensko, mesečno ali redkeje 11 medicinskih sester in nikoli 12 medicinskih sester. Skupno dnevno sedi v tišini poleg pacienta 15 medicinskih sester (22,7 %), tedensko 14 medicinskih sester (21,2 %), mesečno ali redkeje 22 medicinskih sester (33,3 %) in nikoli 15 medicinskih sester (22,7 %). $PV=2,56$ ($SD=1,083$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,170$).

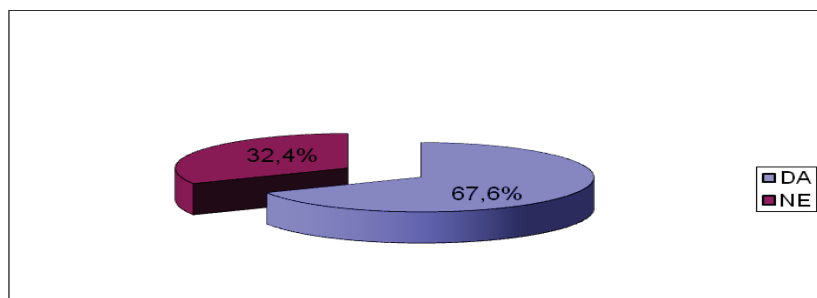
Aktivnost, da spoštuje pacienta in ima neobtožujoč odnos, v DSO dnevno izvaja 27 medicinskih sester, tedensko 9 medicinskih sester in mesečno ali redkeje 1 medicinska sestra, nobena ni označila nikoli. V bolnišnici dnevno spoštuje pacienta in ima neobtožujoč odnos 23 medicinskih sester, 4 medicinske sestre tedensko, mesečno ali redkeje 1 medicinska sestra in nikoli prav tako 1 medicinska sestra. Skupno dnevno spoštuje pacienta in ima neobtožujoč odnos 50 medicinskih sester (75,8 %), tedensko 13 medicinskih sester (19,7 %), mesečno ali redkeje 2 medicinski sestra (3,0 %) in nikoli 1 medicinska sestra (1,5 %). $PV=1,30$ ($SD=0,607$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,552$).

Aktivnost pomoči in vlivanje upanja pacientu dnevno v DSO izvaja 28 medicinskih sester, 8 medicinskih sester tedensko in 1 medicinska sestra mesečno ali redkeje; nikoli ni označila nobena medicinska sestra. V bolnišnici dnevno 25 medicinskih sester nudi pomoč in vliva upanje, 4 tedensko, mesečno ali redkeje in nikoli ni označila nobena medicinska sestra.

Skupno dnevno nudi pomoč pacientom in vliva upanje 53 medicinskih sester (80,3 %), tedensko 12 medicinskih sester (18,2 %) in mesečno ali redkeje 1 medicinska sestra (1,5 %). $PV=1,21$ ($SD=0,448$); pri trditvi opazimo statistično pomembne razlike med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,015$).

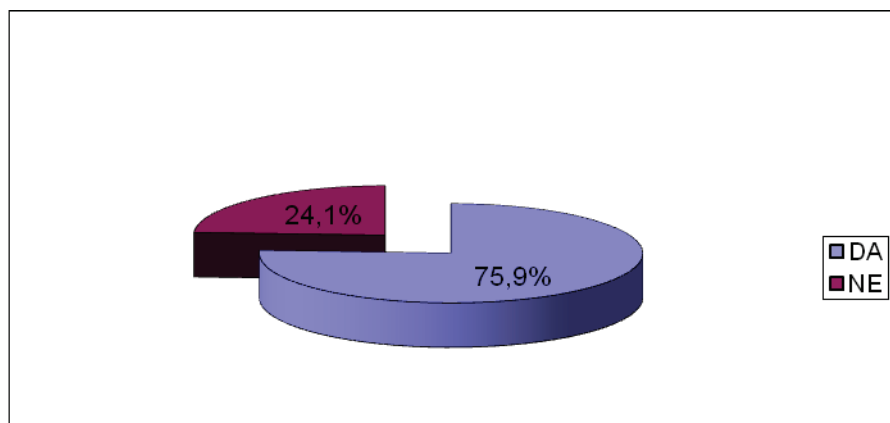
Izražanje pozitivnega odnosa do pacienta v DSO dnevno izvaja 34 medicinskih sester, tedensko 2 medicinski sestri in mesečno ali redkeje 1 medicinska sestra; nobena ni označila nikoli. V bolnišnici dnevno izraža pozitiven odnos do pacienta 26 medicinskih sester, 2 medicinski sestri tedensko in 1 medicinska sestra mesečno ali redkeje; nobena ni označila nikoli. Skupno dnevno izraža pozitiven odnos do pacienta 60 medicinskih sester (90,9 %), tedensko 4 medicinske sestre (6,1 %) in mesečno ali redkeje 2 medicinski sestri (3,0 %). $PV=1,12$ ($SD=0,412$); pri trditvi ne opazimo statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v DSO in SB ($p=0,576$).

Slika 1 prikazuje odgovore zaposlenih v Koroškem domu starostnikov Črneče in Domu starejših občanov Slovenj Gradec na vprašanje: Ali menite, da je v vaši ustanovi dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe? Pritrdilno je odgovorilo 25 anketirancev, saj menijo, da je v njihovi ustanovi dobro poskrbljeno za duhovne potrebe pacientov, kar znaša 67,7 %, 12 anketirancev pa meni, da v njihovi ustanovi ni dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe, kar znaša 32,4 %.



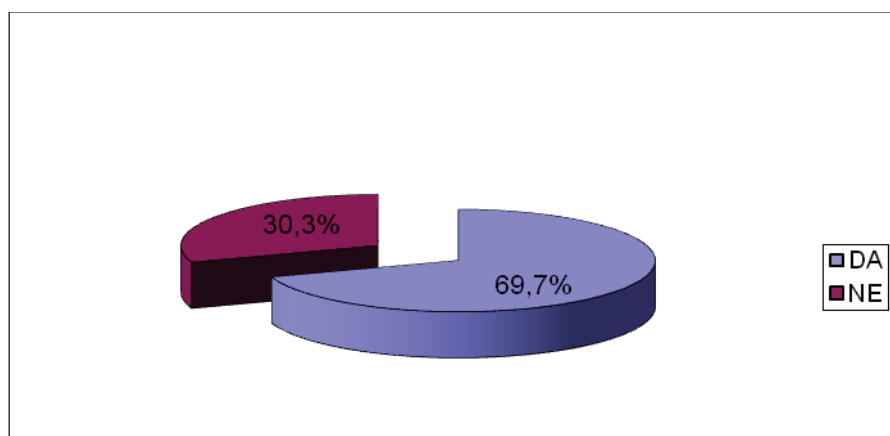
Slika 1: Ali menite, da je v vaši ustanovi dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe (DSO)?

Slika 2 prikazuje odgovore na zastavljeno vprašanje zaposlenih v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Pritrdilno je odgovorilo 22 anketirancev, saj menijo, da je v njihovi ustanovi dobro poskrbljeno za duhovne potrebe pacientov, kar znaša 75,9 %; 7 anketirancev pa meni, da temu ni tako, kar znaša 24,1 %.



Slika 2: Ali menite, da je v vaši ustanovi dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe (SBSG)?

Slika 3 prikazuje odgovore na vprašanje: Ali menite, da so duhovne potrebe pacientov zapostavljene v praksi zdravstvene nege? Anketiranci v 69,7 % (46) menijo, da so duhovne potrebe zapostavljene v praksi zdravstvene nege, 30,3 % (20) anketirancev pa meni, da duhovne potrebe niso zapostavljene v praksi zdravstvene nege.



Slika 3: Ali menite, da so duhovne potrebe zapostavljene v praksi zdravstvene nege?

Z analizo anketnega vprašalnika smo dobili odgovore na raziskovalna vprašanja. Prvo raziskovalno vprašanje se je glasilo: V kolikšni meri medicinske sestre razlikujejo pojma duhovnost in religija? Na podlagi rezultatov ankete lahko trdimo, da medicinske sestre razlikujejo med pojmom in ju ne enačijo. Drugo raziskovalno vprašanje je bilo: V kolikšni meri znajo medicinske sestre prepoznati duhovne potrebe pacientov? Z analizo anket smo ugotovili, da so medicinske sestre neopredeljene do trditve »znam prepoznati pacientove duhovne potrebe«, kar nam kaže, da niso najbolj prepričane, ali znajo prepoznati pacientove duhovne potrebe ali ne. Tretje raziskovalno vprašanje se je glasilo: V kolikšni meri medicinske sestre nudijo pacientom duhovno oskrbo? Na podlagi analize anket lahko trdimo, da medicinske sestre nudijo pacientom duhovno oskrbo, vendar pogosteje izvajajo negovalne intervencije, ki jih same morda ne bi pojmovalle kot duhovne. Četrto raziskovalno vprašanje se je glasilo: V kolikšni meri spada skrb za duhovne potrebe pacientov med vsakodnevne aktivnosti zdravstvene nege? Ugotovili smo, da spada skrb za duhovne potrebe med vsakodnevne aktivnosti zdravstvene nege in da medicinske sestre vsakodnevno izvajajo posamezne intervencije, ki jih lahko razumemo kot duhovne. Zadnje raziskovalno vprašanje, ki smo si ga postavili, se je glasilo: Ali medicinske sestre v domovih za ostarele posvečajo več časa duhovnim potrebam pacientov kot medicinske sestre v bolnišnicah? Z analizo anket smo ugotovili, da medicinske sestre v domovih za starejše občane posvečajo več časa duhovnim potrebam kot medicinske sestre zaposlene v bolnišnici.

3.5 RAZPRAVA

Duhovnost je zelo širok pojem; njegove širine se velikokrat ne zavedamo. Vsak človek poseduje duhovno razsežnost. Pogosto pa se zgodi, da se človek začne zavedati svoje duhovnosti in njenega pomena šele ob srečanju s hudo in neozdravljivo boleznijo, ki vodi v smrt. Takrat se začne spraševati o smislu in namenu v življenju, pogosto se tudi srečuje z žalostjo, strahom, nemirom in občutkom brezupa. Naloga medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev je, da mu te trenutke pomagamo prebroditi in lajšati, da mu zagotovimo učinkovito duhovno oskrbo in mu pomagamo najti smisel v življenju in izboljšamo kvaliteto življenja.

Namen diplomskega dela je bil s pomočjo raziskave ugotoviti, kako medicinske sestre razumejo koncept duhovnosti, in raziskati izvajanje duhovne oskrbe v praksi zdravstvene nege.

V raziskavi smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri medicinske sestre razlikujejo pojma duhovnost in religija. Ugotovili smo, da je sam koncept duhovnosti med medicinskimi sestrami dobro razumljen. To lahko sklepamo na podlagi strinjanja medicinskih sester s trditvami, da je duhovnost zelo širok pojem, iskanje življenjskega smisla in da vsaka oseba poseduje duhovno razsežnost. Pri trditvi, ali sta duhovnost in religija sinonima, so bile medicinske sestre neopredeljene, so se pa strinjale s trditvijo, da je oseba lahko globoko duhovna, ni pa verna, po čemer lahko sklepamo, da se zavedajo, da duhovnost ni nujno povezana z religijo. Na to kaže tudi strinjanje s trditvijo, da je religija le oblika izražanja duhovnosti. To nas je malo presenetilo, saj smo predvidevali, da bodo medicinske sestre bolj enačile duhovnost z religijo, vendar se kot kaže zavedajo, da je religija le oblika izražanja duhovnosti. V nasprotju z našimi ugotovitvami je raziskava, ki jo je izvedla Baldacchinova (2006, str. 889) pokazala, da medicinske sestre še vedno zelo pogosto povezujejo duhovnost z religijo, po njenem mnenju predvsem zaradi pomanjkanja znanja in nepoznavanja definicije duhovnosti. Da medicinske sestre pogosto enačijo duhovnost z religijo, so v raziskavi ugotovili tudi Chung, Wong in Chan (2007, str. 166). Medicinske sestre v naši raziskavi, kot kaže, ločujejo med pojmom duhovnost in religija in ju ne enačijo, vendar še vedno ostaja vprašanje, ali se zavedajo same širine duhovnosti.

Vsak pacient lahko izraža duhovnost na različne načine, prav tako se razlikujejo duhovne potrebe pacientov, s čimer so se strinjale tudi medicinske sestre v naši raziskavi. Hermannova (2001, str. 72) je v raziskavi ugotovila, da se medicinske sestre zavedajo, da so duhovne potrebe zelo različne in obsegajo veliko več kot le verske potrebe. Poudarila je, da če želijo medicinske sestre povečati kakovost življenja pacientov, morajo prepoznati tudi druge duhovne potrebe pacienta. V naši raziskavi smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri znajo medicinske sestre prepoznati pacientove duhovne potrebe. Same medicinske sestre so bile pri trditvi "znam prepoznati pacientove duhovne potrebe" neopredeljene, kar kaže, da niso

prepričane, ali jih znajo prepoznati; so pa navedle, da se jih ni strah soočiti s pacientovimi duhovnimi potrebami.

Med naštetimi duhovnimi potrebami so anketirane medicinske sestre največkrat prepoznale za duhovno potrebo dajanje in sprejemanje odpuščanja in sprejemanja, iskanje pomena in smisla v preostalem času življenja, vztrajanje v upanju in ohranjanje ljubečega odnosa do sebe in drugih, kar nas je nekoliko presenetilo, saj smo predvidevali, da bodo največkrat prepoznale versko potrebo kot duhovno potrebo, ki pa je bila po prepoznavanju na petem mestu. Najmanjkrat sta bili prepoznani potreba po dokončanju poslov in potreba po vključenosti in nadzoru.

Naše ugotovitve se ujemajo z raziskavo, ki sta jo izvedle Blecher in Griffiths (2005, str. 279), v kateri so anketiranci na najvišje mesto postavili potrebo po smislu in namenu v življenju, potrebo po dajanju in prejemanju ljubezni in potrebo po upanju in ustvarjalnosti. Velikokrat se v praksi zgodi, da pacientove duhovne potrebe niso prepoznane, na kar seveda vpliva več različnih dejavnikov. Narayanasamay in Owen (2001 povz. po Narayanasamy, Gates, Swinton, 2002, str. 953) sta v raziskavi ugotovila, da vpliva na prepoznavanje pacientovih duhovnih potreb tudi to, da se medicinske sestre marsikdaj ne zavedajo svoje duhovnosti in duhovnih potreb, zato dostikrat tudi ne prepoznajo duhovnih potreb drugih. Tudi v naši raziskavi smo ugotovili, da se medicinske sestre strinjajo, da njihova duhovnost vpliva na prepoznavanje pacientovih duhovnih potreb. To smo tudi pričakovali, kajti bolj kot je človek duhoven in se zaveda lastne duhovnosti in duhovnih potreb, lažje bo prepoznal duhovno stisko in duhovne potrebe drugih. To je ugotovil tudi Chan (2009, str. 2134) v svoji raziskavi, kjer so rezultati raziskave pokazali, da je praksa duhovne oskrbe in prepoznavanje duhovnih potreb v pozitivni korelaciji z dojemanjem duhovnosti in duhovne oskrbe medicinskih sester.

V raziskavi smo želeli tudi ugotoviti, v kolikšni meri medicinske sestre nudijo pacientom duhovno oskrbo. Vsekakor spada duhovna oskrba pacienta k dolžnostim medicinske sestre. Raziskava, ki sta jo izvedla Deal in Grassley (2012, str. 479), je pokazala, da se medicinske sestre strinjajo, da je duhovna oskrba del njihovih dolžnosti. Medicinske sestre so bile v naši raziskavi do trditve »zagotavljanje duhovne oskrbe je odgovornost medicinske sestre« neopredeljene, so se pa v povprečju bolj strinjale s to trditvijo medicinske sestre z

visokošolsko izobrazbo. Raziskava je pokazala, da razumejo medicinske sestre duhovnost kot del holistične zdravstvene nege in, priznavajo, da je v procesu umiranja duhovna oskrba prav tako pomembna kot zdravstvena oskrba. Iz tega lahko sklepamo, da se medicinske sestre zavedajo pomena duhovne oskrbe v kliničnem okolju in da je le-ta pomemben del zdravstvene nege.

Našo ugotovitev podpira tudi raziskava Lundbergina in Kerdonfaga (2010, str. 1126), ki sta v raziskavi ugotovila, da medicinske sestre razumejo duhovnost kot pomembno komponento holistične zdravstvene nege. Udeleženci v raziskavi, ki so jo izvedli Hubbell, Woodard, Barksdale-Brown in Parker (2006, str. 379) prav tako menijo, da je duhovna oskrba pomemben del zdravstvene nege, toda več kot polovica anketirancev duhovne oskrbe ne izvaja pogosto. V raziskavi sta Noble in Jones (2010, str. 569) ugotovili, da duhovnost medicinske sestre vpliva na zagotavljanje duhovne oskrbe pacientov, ob tem pa ugotavljata tudi, da lahko imajo občutki krivde, stres in občutek neprimernosti, ki se nanašajo na nezmožnost oceniti in obravnavati duhovne potrebe pacientov, posledice za duhovnost medicinske sestre. Medicinska sestra, ki se zaveda lastne duhovnosti in duhovnih potreb, bo namreč lažje prepoznala in načrtovala duhovno oskrbo za pacienta.

V naši anketi so se medicinske sestre v veliki meri opredelile kot duhovne in tudi kot verne osebe. Vendar je raziskava, ki jo je izvedel Vance (2001 povz. po Chan, 2009, str. 2130) pokazala da se medicinske sestre obravnavajo kot zelo duhovne osebe, ampak jih le okoli 25 % zagotavlja in predvidi duhovno oskrbo pacientov. Naša raziskava je pokazala, da medicinske sestre nudijo pacientom duhovno oskrbo, pogosteje izvajajo intervencije, ki jih same morda ne bi opredelile kot duhovne (aktivno poslušanje pacienta, izražanje pozitivnega odnosa), nekoliko redkeje pa intervencije, ki se nanašajo na religiozni del duhovne oskrbe (molitev s pacientom, spremstvo v bolniško kapelo). Naše domneve potrjuje tudi raziskava Goldbergove (1998 povz. po Minner-Williams, 2006, str. 818), ki je ugotovila, da veliko negovalnih intervencij, ki jih medicinske sestre dnevno izvajajo, spada med duhovne intervencije, vendar se medicinske sestre in pacienti tega sploh ne zavedajo.

Zanimalo nas je tudi, v kolikšni meri spada skrb za duhovne potrebe med vsakodnevne aktivnosti zdravstvene nege. Medicinske sestre v raziskavi so se strinjale, da spada skrb za duhovne potrebe med vsakodnevne aktivnosti zdravstvene nege, kot tudi s tem, da lahko opazijo potrebo pacienta po duhovnosti med izvajanjem drugih aktivnosti zdravstvene nege. V raziskavi se je pokazalo, da medicinske sestre dnevno izvajajo oblike duhovne oskrbe, kot so aktivno poslušanje pacienta, vzpostavitev empatičnega odnosa, prisotnost ob pacientu, uporaba terapevtskega dotika, pomoč, vlivanje upanja, izražanje pozitivnega odnosa do pacienta in vrednotenje pacientovih občutkov in misli. Najredkeje molijo s pacientom, ga spremljajo v bolniško kapelo in sedijo v tišini poleg njega. Rezultati so v skladu z našimi pričakovanji, saj smo predvidevali, da medicinske sestre redkeje molijo s pacientom ali ga spremljajo v bolniško kapelo, se pa pogosteje pogovarjajo z njim in mu vlivajo upanje. Podobno sta ugotovila tudi Chochinov in Cann (2005, str. 109), ki sta v študiji, ki obravnava intervencije duhovne oskrbe, ugotovila, da so v veliki večini najpogosteje uporabljene duhovne intervencije držanje pacienta za roko (terapevtski dotik), poslušanje pacienta, smeh, molitev in biti navzoč ob pacientu. Z raziskavo smo ugotovili, da medicinske načrtujejo duhovno oskrbo skupaj s pacientom, jo pa le redko zabeležijo v dokumentacijo zdravstvene nege; navedle pa so, da se o duhovnih potrebah pogovorijo s sodelavci. Tudi raziskava, ki so jo izvedli Van Leeuwen, Tiesinga, Post in Jochemsen (2006, str. 882) je pokazala, da kadar medicinske sestre naletijo na težave pri zagotavljanju duhovne oskrbe pacientom, se pogovorijo o tem na timskih sestankih, saj čutijo, da lahko zaupajo sodelavcem in so jim le-ti v oporo.

Glavni oviri za zagotavljanje duhovne oskrbe pacientom naj bi bili pomanjkanje časa in pomanjkanje izobrazbe na področju duhovne oskrbe. Na podlagi stopnje strinjanja medicinskih sester v naši raziskavi lahko trdimo, da so mnenja, da imajo za aktivnosti zdravstvene nege, vezane na duhovne potrebe pacienta, premalo časa; glede trditve, da imajo premalo znanja, so bile neopredeljene. Tudi v raziskavi, ki sta jo izvedla Deal in Grassley (2012, str. 478), so medicinske sestre navedle pomanjkanje časa kot glavni razlog, da duhovna oskrba ni izvedena. Ampak kadar preživijo medicinske sestre kvaliteten čas s pacientom, izvajajo duhovno oskrbo. Medicinske sestre menijo, da duhovna oskrba zahteva dodaten čas, in ne opazijo, da kvantiteta časa ni tako važna kot kvaliteta.

Naša raziskava je pokazala, da so se statistično pomembne razlike glede na izobrazbo pri odgovorih pokazale pri dveh trditvah. Srednje medicinske sestre so se bolj strinjale, da je duhovnost od telesa neodvisni, samostojni del kot medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo. Medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo pa so se bolj strinjale, da so odprte za duhovne potrebe pacientov, četudi so drugačne od njihovih prepričanj, kot medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo. To kaže, da medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo bolj povezujejo lastno prepričanje s prepričanji pacientov in da to vpliva na prepoznavanje duhovnih potreb pacientov. Na drugi strani medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo, ne dovolijo, da bi lastno prepričanje vplivalo na prepoznavanje pacientovih duhovnih potreb. Ugotovitve so nas nekoliko presenetile, saj smo menili, da bo pri več trditvah prišlo do statistično pomembnih razlik med medicinskimi sestrami s srednješolsko izobrazbo in medicinskimi sestrami z visokošolsko izobrazbo, kajti medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo se dlje izobražujejo, na podlagi tega smo tudi predpostavljali, da imajo več znanja. Zanimivo je dejstvo, da so se medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo v povprečju bolj strinjale s trditvijo, da so si med izobraževanjem pridobile dovolj znanja s področja duhovnosti, kot medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo. To nas je tudi presenetilo, saj se v srednji šoli manj izobražujejo na področju paliativne oskrbe in duhovnosti kot na visokošolskih programih. So se pa medicinske sestre strinjale, da bi se v prihodnosti še želele izobraževati na področju duhovnosti, kar kaže zanimanje medicinskih sester za to področje in bi ga morda morali v večji meri vključiti v učni načrt v srednjih in visokih šolah.

V naši raziskavi smo se tudi spraševali, ali medicinske sestre, zaposlene v domovih za starejše občane, posvečajo več časa duhovnim potrebam pacientov kot medicinske sestre, zaposlene v bolnišnici. Rezultati so pokazali, da naša predpostavka drži. Pri aktivnostih zdravstvene nege »vrednotenje pacientovih občutkov in misli, diskutiranje o življenjskih vprašanjih in pomoč, vlivanje upanja pacientu« je prišlo do statistično pomembnih razlik med zaposlenimi v domovih za starejše občane in zaposlenimi v bolnišnici. Medicinske sestre, zaposlene v domovih starejših občanov, pogosteje vrednotijo pacientove občutke in misli ter diskutirajo o življenjskih vprašanjih s pacienti kot medicinske sestre, zaposlene v bolnišnici. Medicinske sestre, zaposlene v bolnišnici, pa pogosteje vlivajo upanje pacientu in nudijo pomoč kot medicinske sestre, zaposlene v domovih za starejše občane.

Tudi ostale oblike duhovne oskrbe, razen vzpostavitve empatičnega odnosa, se v povprečju pogosteje izvajajo v domovih za starejše občane kot v bolnišnici. To smo na začetku raziskave tudi predvidevali, kajti v domovih za starejše občane so stanovalci dlje časa in bolj navežejo stik z medicinsko sestro, ji bolj zaupajo in imajo bolj osebni odnos. Udeleženci raziskave Deala in Grassleya (2012, str. 477) so se strinjali, da je glavna komponenta duhovne oskrbe povezanost s pacientom. In če se nanašamo na ugotovitve te raziskave, lahko povežemo, da je nedvomno v domovih za starejše občane večja povezanost med medicinskimi sestrami in stanovalci kot v bolnišnicah med medicinskimi sestrami in pacienti. Morda medicinske sestre v domovih za starejše občane zaradi boljšega poznavanja pacientov hitreje prepoznajo duhovne potrebe in jim zato lažje zagotovijo duhovno oskrbo. Tudi rezultat raziskave, ki sta jo izvedle Gedrih in Pahor (2009, str. 199) med stanovalci v domovih za starejše občane je zanimiv, kajti glede najbolj zaželenih duhovnih oskrbovalcev so se takoj za sorodniki in prijatelji uvrstile medicinske sestre.

Rezultati naše raziskave kažejo, da medicinske sestre razumejo koncept duhovnosti, kot tudi ločijo med religijo in duhovnostjo. To se nam zdi zelo pomembno, saj duhovna oskrba obsega veliko več kot le zadovoljitev pacientovih religioznih potreb. Pomembna se nam zdi tudi ugotovitev, da spada skrb za duhovne potrebe pacientov med vsakodnevne aktivnosti zdravstvene nege in da znajo medicinske sestre prepoznati pacientove duhovne potrebe. Rezultati naše raziskave so uporabni za lažje prepoznavanje duhovnosti in duhovnih potreb, vendar rezultatov naše raziskave zaradi premajhnega vzorca ne moremo posploševati in ne moremo trditi, da rezultati veljajo na nacionalni ravni, ampak samo za ustanove, v katerih smo izvedli raziskavo. Za nacionalno veljavnost bi bilo treba raziskavo ponoviti na večjem vzorcu med medicinskimi sestrami, ki se srečujejo z umirajočimi pacienti.

V naši raziskavi je predstavljen pogled medicinskih sester na duhovnost in kako vidijo in skrbijo za duhovne potrebe pacientov. Seveda pa bi bilo zanimivo videti tudi, kako pacienti vidijo vlogo medicinske sestre pri zagotavljanju duhovnih potreb ter kako razumejo duhovnost. Tudi raziskavo, v kateri bi primerjali zagotavljanje duhovne oskrbe v domovih za starejše občane in bolnišnicah, bi bilo smiselno izvesti na večjem vzorcu, kajti tedaj bi se verjetno pokazale večje razlike med ustanovama.

V Sloveniji smo zasledili le nekaj raziskav na področju duhovnosti in duhovne oskrbe v zdravstvu, vendar so te obravnavale duhovnost z religioznega vidika. Nismo pa zasledili nobene večje raziskave na področju duhovne oskrbe. Menimo, da bi večje število izvedenih raziskav na področju duhovnosti in duhovne oskrbe mnogo doprineslo k prepoznavanju tematike v zdravstveni negi, kajti ne glede na vse se nam zdi, da so duhovni vidik življenja in s tem tudi duhovna oskrba in duhovne potrebe pacientov nemalokrat zapostavljeni in nepravčasno prepoznani pri izvajanju holistične zdravstvene nege.

4 ZAKLJUČEK

V diplomski nalogi smo predstavili vlogo medicinske sestre pri duhovni oskrbi pacienta. Za dobro izvajanje duhovne oskrbe je vsekakor treba najprej dobro razumeti koncept duhovnosti, ki je zaradi svoje širine pogosto nerazumljen. Za medicinske sestre je pomembno, da razumejo širino koncepta in da ga ne enačijo z religijo, kajti le tako bodo lahko prepoznale duhovno stisko pacienta in duhovne potrebe, tudi tiste, ki se ne nanašajo na religijo. Z raziskavo, ki smo jo izvedli v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Koroškem domu starostnikov Črneče in Domu starejših občanov Slovenj Gradec, smo hoteli izvedeti, kako medicinske sestre razumejo koncept duhovnosti in ali izvajajo duhovno oskrbo v praksi zdravstvene nege. Z rezultati smo ugotovili, da je sam koncept duhovnosti med medicinskimi sestrami dobro razumljen, prav tako v večji meri znajo prepoznati duhovne potrebe pacientov; izvajajo tudi duhovno oskrbo, ki je del vsakodnevnih aktivnosti zdravstvene nege. Ugotovili smo tudi, da medicinske sestre, ki so zaposlene v domovih za starejše občane, pogosteje izvajajo duhovno oskrbo kot medicinske sestre, zaposlene v bolnišnici. Vse medicinske sestre navajajo, da imajo za zagotavljanje duhovne oskrbe premalo časa. Čas je poleg pomanjkanja znanja medicinskih sester eden od ključnih razlogov, da duhovna oskrba ni zagotovljena, vendar lahko medicinske sestre izvajajo duhovno oskrbo med ostalimi aktivnostmi zdravstvene nege in tako vsaj nekoliko rešijo ta problem. Znanje bi lahko medicinske sestre nadgradile s pomočjo seminarjev, dosti lažje pa bi bilo, če bi več o duhovni oskrbi pacientov izvedele med izobraževanjem in tako bi bila duhovna oskrba v večji meri vključena v predavanja o paliativni zdravstveni negi. K večjemu prepoznavanju in dajanju pomena duhovnosti pa bi pripomoglo tudi, če bi se izvedlo več raziskav na področju duhovnosti v zdravstveni negi. Ne glede na vse pa je pomembno, da medicinske sestre po svojih najboljših močeh pomagajo pacientu zadovoljiti duhovne potrebe in so mu na voljo, ko to potrebuje.

5 LITERATURA

Amoah FC. The central importance of spirituality in palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2011;17(7):353-8.

Bahovec I. Postmoderna kultura in duhovnost: Religioznost med new agem in krščanstvom. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize; 2009.

Balldacchino RD. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs.* 2006;15:885-96.

Belcher A, Griffiths M. The spiritual care perspectives and practices of Hospice nurses. *J Hosp Palliat Nurs.* 2005;7(5):271-9.

Benedik J. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija za prakso.* 2011;15(1):52-7.

Benedik J, Červek J, Červ B, Gugič Kevo J, Mavrič Z, Serša G, et al. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2008.

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

Cehner M. Duhovnost v času umiranja in žalovanja. In: Lahe M, Kaučič BM eds. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi: zbornik predavanj s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Maribor, 6 in 7 oktober 2004. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2004:17-24.

Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs.* 2009;19:2128 – 236.

Chapple A, Swift C, Ziebland S. The role of spirituality and religion for those bereaved due to a traumatic death. *Mortality.* 2011;16(1):1-19.

Chochinov MH, Cann JB. Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. *J Palliat Med.* 2005;8:103-15.

Chung LYF, Wong FKY, Chan MF. Relationship of nurses' spirituality to their understanding practice of spiritual care. *J Adv Nurs.* 2007;58(2):158-70.

Cook C, Breckon J, Jay C, Renwick L, Walker P. Pathway to accommodate patients' spiritual needs. *Nurs manage.* 2012;19(2):33-7.

Deal B, Grassley SJ. The Lived Experience of Giving Spiritual Care: A Phenomenological Study of Nephrology Nurses Working in Acute and Chronic Hemodialysis Settings. *Nephrol Nurs J.* 2012;39(6):471-96.

Dolamo LB. Spiritual nursing. 2010 year of the nurse. *Nursing update.* 2010;22-4.

Ellershaw J, Wilkinson S. *Care of the Dying; A pathway to excellence.* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.

Filej B. Pomen povezovanja teorije in prakse v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Kaučič B M, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege izbrana poglavja.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010:110-7.

Filej B. Zdravstvena nega. In: Skela Savič B, Kaučič B M, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege izbrana poglavja.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010:12-9.

Gedrih M, Pahor M. Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe v domovih starejših občanov v Ljubljani – perspektivi stanovalcev in oskrbovalcev. *Obzor Zdr N.* 2009;43(3):191-200.

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

Hermann PC. Spiritual needs of dying patients: A Qualitative study. *Oncol Nurs Forum.* 2001;28(1):67-72.

Hermann PC. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncol Nurs Forum.* 2007;34(1):70-8.

Hills J, Paice AJ, Cameron RJ, Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *J Palliat Med.* 2005;8(4):782-8.

- Holloway M, Moss B. Spirituality and social work. London: Palgrave Macmillan; 2010.
- Hubbell LS, Woodard KE, Barksdale-Brown JD, Parker SJ. Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated nonmetropolitan areas of North Carolina. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18:379-85.
- Hussey T. Nursing and spirituality. *Nurs Philos.* 2009;10(2):71-80.
- Hwa Tiew L, Creedy KD. Integration of spirituality in nursing practice: a literature review. *Singapore Med J.* 2010;37(1):15-22.
- Kearney M, Mount B. Spiritual care of the dying patient. In: Chochind H, Breitbart W eds. *Handbook of psychiatry in palliative medicine.* New York: Oxford University press, Inc.; 2000.
- Klevišar M. Spremljanje umirajočih – 3. dop. izd. Ljubljana: Družina d.o.o.; 2006.
- Klemenčič M. Pa ne spet SPSS!!! Gradivo za kvantitativno obdelavo podatkov pri predmetu preddiplomski seminar. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, oddelek za socialno pedagogiko; 2005.
- Krčevski Škvarč N, Pavlin Jež N, Žargi T, Štrancar K, Simonič A, Peternelj A, et al. Nacionalni program paliativne oskrbe. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2008. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti_strategije_resolucije/ (19.4.2012).
- Lang SPD, Poon WHE, Kamala D, Ang NKE, Siti Zubaidah M. Patients' experiences of spiritual care: a phenomenological approach. *Nurs J Singapore.* 2006;33(3):42-7.
- Ledger SD. The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. *Br J Nurs.* 2005;14(5):220-5.
- Levar N. Izražanje verskih čustev med mladimi v času hospitalizacije: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.

Lundberg CP, Kerdonfag P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *J Clin Nurs.* 2010;19:1121-8.

Lunder U. »Bi se radi pogovorili o možnostih obravnave v prihodnosti?« Vodenje pogovora o prehodu v paliativno oskrbo. In: Lunder U, eds. Svetovni dan paliativne oskrbe: zbornik prispevkov, Ljubljana, 6 oktober 2010. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2010a:49-55.

Lunder U. Proces umiranja. In: Lunder U, eds. Svetovni dan paliativne oskrbe: zbornik prispevkov, Ljubljana, 6 oktober 2010. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2010b:65-7.

Lunder U. Paliativna oskrba – kako opuščamo staro in sprejemamo novo. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo.* 2007;227:34-42.

Marenk E. Paliativna oskrba v okviru zdravstvene nege: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012.

Martsof SD, Mickley RJ. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *J Adv Nurs.* 1998;27:294-303.

McEwen M. Spiritual nursing care. *Holist nurs pract.* 2005;19(4):161-8.

Milligan S. Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nurs Stand.* 2011;26(4):47-56.

Minner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using and evolving theoretical framework. *J Clin Nurs.* 2006;15:811-21.

Mlinšek A. Soočanje izvajalcev zdravstvene nege s smrtjo pacienta. *Revija za univerzalno odločnost.* 2012;3:106-17.

Mravljak N. Paliativna oskrba in pomen komunikacije s hudo bolnimi bolniki in njihovimi svojci: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

- Narayanasamy A. Palliative care and spirituality. *Indian J Palliative Care*. 2007;13(2):32-41.
- Narayanasamy A, Gates B, Swinton J. Spirituality and learning disabilities: a qualitative study. *Br J Nurs*. 2002;11(14):948-57.
- Noble A, Jones C. Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality. *Int J Palliat Nurs*. 2010;16(11):565-9.
- Ostaseski F. Prijateljjevanje s smrtjo ali Kako postati sočuten spremljevalec. Ljubljana: Slovensko društvo HOSPIC; 2004.
- Paley J. Spirituality and nursing: a reductionist approach. *Nurs Philos*. 2008;9:3-18.
- Pesut B. Spirituality and Spiritual Care in Nursing Fundamentals Textbooks. *J Nurs Educ*. 2008;47(4):167-73.
- Pike J. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10. *Br J Nurs*. 2011;20(12):743-9.
- Peternelj A, Lunder U. Predgovor. In: Lunder U, eds. Svetovni dan paliativne oskrbe: zbornik prispevkov, Ljubljana, 6 oktober 2010. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2010:2.
- Saje F. Pomen zadovoljevanja verskih duhovnih potreb starostnika v domu ostarelih: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
- Sašek N, Saje M. Pomen komunikacije v paliativni zdravstveni negi. In: Lahe M, Lovrenčič A, eds. Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 15 september 2010. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011:255-62.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika. Spletna izdaja. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti. Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU; 2000. Dostopno na: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> (15.4.2012).

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

Spirituality. Wikipedia free encyclopedia. Dostopno na: <http://en.wikipedia.org/wiki/Spirituality> (23.3.2013).

Šolar B, Mihelič Zajec A. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzor Zdr N.* 2007;41:137-46.

Tanyi AR. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *J Adv Nurs.* 2006;53(3):287-94.

Van Leeuwen R, Tiesinga JL, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs.* 2006;15:875-84.

Van Leeuwen R, Tiesinga JL, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs.* 2009;18:2857 – 69.

Wadensten B, Carlsson M. Nursing theory views on how to support the process of ageing. *J Adv Nurs.* 2003;42(2):118-24.

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Lidija Plešej, študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom »Vloga medicinske sestre v procesu umiranja s poudarkom na duhovni oskrbi umirajočega«. Pred Vami je anketni vprašalnik, s pomočjo katerega bi rada ugotovila odnos medicinskih sester do duhovne oskrbe pacienta, kako medicinske sestre ugotavljajo potrebo po duhovnosti pacienta in ali spada skrb za duhovnost pacienta med vsakodnevne aktivnosti zdravstvene nege. Zato Vas lepo prosim, da odgovorite na zastavljena vprašanja. Sodelovanje v anketi je anonimno in pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za pripravo tega diplomskega dela. Za sodelovanje v anketi se Vam že vnaprej lepo zahvaljujem.

1. Spol:
 - a) ženski
 - b) moški

2. Starost:
 - a) manj kot 20 let
 - b) od 21 do 30 let
 - c) od 31 do 40 let
 - d) od 41 do 50 let
 - e) od 51 do 60 let
 - f) nad 61 let

3. Izobrazba:
 - a) srednješolska izobrazba
 - b) višješolska izobrazba
 - c) visokošolska izobrazba
 - d) drugo (napišite): _____

4. Ocenite spodnje trditve, ki se nanašajo na duhovnost po Likertovi lestvici stališč od 1 do 5. Višje kot je število, bolj ta trditev velja za Vas. Posamezne številke pomenijo:

- 1- sploh se ne strinjam;**
2 - se ne strinjam;
3 - niti se ne strinjam /niti se strinjam (neopredeljen);
4 - se strinjam;
5 - zelo se strinjam.

TRDITVE	OCENA				
	1	2	3	4	5
5. Duhovnost je od telesa neodvisni, samostojni del človekovega bistva.	1	2	3	4	5
6. Duhovnost je iskanje življenjskega smisla.	1	2	3	4	5
7. Duhovnost je zelo širok pojem.	1	2	3	4	5
8. Vsaka oseba poseduje duhovno razsežnost.	1	2	3	4	5
9. Religija in duhovnost sta sinonima.	1	2	3	4	5
10. Oseba je lahko globoko duhovna, ni pa verna.	1	2	3	4	5
11. Religija je oblika izražanja duhovnosti.	1	2	3	4	5
12. Sem duhovna oseba.	1	2	3	4	5
13. Sem verna oseba.	1	2	3	4	5
14. Bolniki lahko izrazijo duhovnost in duhovne potrebe na različne načine	1	2	3	4	5

15. Katera od spodaj naštetih vprašanj/ trditev bi Vam nakazala pacientovo duhovno stisko (obkrožite lahko več možnih odgovorov)?
- a) Kdo sem? Kam grem? Kaj se dogaja z mano?
- b) Kakšen smisel ima moje življenje, kakšen smisel ima moje trpljenje?
- c) Zakaj jaz?
- d) O moj bog, pomagaj mi...
- e) Kaj se bo zgodilo ko bom umrl?

f) Ali sem kaj vreden?

16. Katere od spodaj naštetih potreb so za Vas duhovne potrebe (obkrožite, več možnih odgovorov)?

- a) iskanje pomena in smisla v preostalem času življenja
- b) vztrajanje v upanju
- c) ohranjanje ljubečega odnosa do sebe/ drugih
- d) dajanje in prejemanje odpuščanja in sprejemanja
- e) nadvladovanje trpljenja in povezovanje z bistvom, ki je trajnejše, kot je samo življenje osebe
- f) potreba po druženju
- g) potreba po vključenosti in nadzoru
- h) potreba po dokončanju poslov
- i) verska potreba
- j) potreba po pozitivnem pogledu
- k) potreba po doživetju narave

17. Ocenite spodnje trditve, ki se nanašajo na duhovnost in duhovne potrebe v zdravstveni negi, po Likertovi lestvici stališč od 1 do 5. Višje kot je število, bolj ta trditev velja za Vas. Posamezne številke pomenijo:

- 1 - sploh se ne strinjam;**
- 2 - se ne strinjam;**
- 3 - niti se ne strinjam /niti se strinjam (neopredeljen);**
- 4 - se strinjam;**
- 5 - zelo se strinjam.**

TRDITVE	OCENA				
18. Duhovnost je del holistične zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
19. Duhovnost pacientov mi je pomembna.	1	2	3	4	5
20. V procesu umiranja je duhovna oskrba prav tako	1	2	3	4	5

pomembna kot zdravstvena oskrba.					
21. Skrb za duhovne potrebe pacientov je vsakodnevna aktivnost zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
22. Zagotavljanje duhovne oskrbe je odgovornost medicinske sestre.	1	2	3	4	5
23. Znam prepoznati pacientove duhovne potrebe.	1	2	3	4	5
24. Medicinska sestra lahko opazi potrebo po duhovnosti pacienta med izvajanjem drugih aktivnosti zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
25. Moja duhovnost vpliva na prepoznavanje pacientovih duhovnih potreb.	1	2	3	4	5
26. Strah me je soočiti se s pacientovimi duhovnimi potrebami.	1	2	3	4	5
27. Sem odprt/a za pacientove duhovne potrebe, četudi so drugačna od mojih prepričanj.	1	2	3	4	5
28. Medicinska sestra diskutira in načrtuje duhovno oskrbo skupaj s pacientom.	1	2	3	4	5
29. Pacientove duhovne potrebe zabeležim v dokumentacijo zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
30. O pacientovih duhovnih potrebah se pogovorim s sodelavci.	1	2	3	4	5
31. Za aktivnosti zdravstvene nege, vezane na duhovne potrebe pacientov, imam dovolj časa.	1	2	3	4	5
32. Za aktivnosti zdravstvene nege, vezane na duhovne potrebe pacientov, imam dovolj znanja.	1	2	3	4	5
33. Med izobraževanjem sem si pridobil/a dovolj znanja s področja duhovnosti.	1	2	3	4	5
34. V prihodnosti bi se želel/a izobraževati na področju duhovnosti.	1	2	3	4	5

35. Kako pogosto izvajate spodaj naštete oblike duhovne oskrbe (označite s križcem)?

Oblike duhovne oskrbe	Dnevno	Tedensko	Mesečno/ ali redkeje	Nikoli
36. Aktivno poslušanje pacienta				
37. Vzpostavitev sočutnega/ empatičnega odnosa s pacientom				
38. Prisotnost ob pacientu, uporaba terapevtskega dotika				
39. Molitev s pacientom				
40. Spremljevanje pacienta v bolniško kapelo				
41. Vrednotenje pacientovih občutkov in misli				
42. Pacienta seznanim z možnostmi duhovne pomoči, kot so npr. vključitev psihologa, duhovnika idr.				
43. Diskutiranje o življenjskih vprašanjih				
44. Sedim v tišini poleg pacienta				
45. Spoštujem pacientova prepričanja in imam neobtožujoč odnos				
46. Pomoč, vlivanje upanja pacientu				
47. Izražam pozitiven odnos do pacienta				

48. Ali menite, da je v Vaši bolnišnici dobro poskrbljeno za pacientove duhovne potrebe?

- a) da
- b) ne

49. Ali menite, da so duhovne potrebe pacientov zapostavljene v praksi zdravstvene nege?

a) da

b) ne

Za sodelovanje pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika se Vam najlepše zahvaljujem.

Lidija Plešej