



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO DUHOVNE OSKRBE

NURSES ATTITUDE TOWARDS SPIRITUAL CARE

Diplomsko delo

Mentorica: Marjana Bernot, viš. pred.

Kandidatka: Klavdija Ocvirk

Jesenice, oktober, 2020

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorici Marjani Bernot, viš. pred., za vso strokovno pomoč, usmerjanje ter vodenje pri pisanju diplomskega dela in predvsem za čas, ki si ga je vzela zame. Prav tako se za komentarje in popravke zahvaljujem recenzentki Katji Vrankar, pred. in lektorici Špeli Vadlan Jaušovec.

Hvala moji družini in vsem prijateljem, ki so mi na kakršen koli način pomagali in mi stali ob strani ter verjeli vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Celostna oskrba zajema, poleg obvladovanja fizičnih simptomov bolezni, tudi zadovoljevanje psihičnih, socialnih in duhovnih potreb pacienta. Z duhovnimi potrebami se medicinske sestre srečujejo vsakodnevno in pri tem se postavlja vprašanje, ali medicinske sestre prepoznajo duhovne potrebe posameznega pacienta. Namen diplomskega dela je opredelitev duhovne oskrbe ter odnosa in prepričanja medicinskih sester do izraženih duhovnih potreb pacienta.

Metoda: Izvedli smo sistematičen pregled literature iz podatkovnih baz CINAHL in PubMed. V pomoč so nam tudi bili Google učenjak, Obzornik zdravstvene nege in COBISS. Uporabili smo ključne besede v slovenskem jeziku: »duhovnost«, »duhovna oskrba«, »odnos medicinskih sester« in v angleškem jeziku: »spirituality«, »spiritual care«, in »nurses attitude of spiritual care«. Vključitvena merila so bili literatura, mlajša od desetih let in recenzirani članki v polnem besedilu, v angleškem ter slovenskem jeziku. Izključitvena merila so bili literatura, starejša od desetih let, jezik literature ter plačljivi viri. Pregled virov je potekal od junija do avgusta 2019. Po pregledu literature smo naredili vsebinsko analizo spoznanj v pregled vključenih raziskav.

Rezultati: V končni pregled smo izbrali 29 ustreznih zadetkov. Hierarhično najvišje se uvrščajo posamezne korelacijske/opazovalne študije. Na podlagi vsebinske analize zbranih zadetkov smo oblikovali 4 kategorije in sicer duhovna oskrba, dejavniki, ki vplivajo na prepoznavanje duhovne oskrbe, negativni dejavniki, ki vplivajo na doseganje duhovne oskrbe in pristopi za izboljšanje duhovne oskrbe.

Razprava: Pri vsakodnevnem delu se medicinske sestre srečujejo z vedno pogostejše izraženimi pacientovimi duhovnimi potrebami. Medicinske sestre se jih zavedajo, vendar prihaja velikokrat do njihove stiske, ker nimajo dovolj časa in znanja, kako do njih v oskrbi pristopiti. Raziskave tudi kažejo, da si medicinske sestre želijo več izobraževanja v času študija s področja duhovne oskrbe. Priložnost za izboljšave pa medicinske sestre vidijo tudi z izobraževanji v sklopu njihovega dela.

Ključne besede: duhovnost, pogled medicinskih sester, paliativna duhovna oskrba, izobraževanje medicinskih sester, enakopravna zdravstvena obravnava

SUMMARY

Background: Holistic care involves, in addition to treating the physical symptoms of the disease, also the mental, social and spiritual needs of the patient. Nurses must tend to the spiritual needs of their patients on a daily basis, yet the question arises of whether or not spiritual needs of individual patients are recognized. The purpose of this diploma thesis was to define the concept of spiritual care, and the attitudes and beliefs held by nurses towards the expressed spiritual needs of patients.

Aims: The aim of this thesis was to define spiritual care and nurses' attitudes towards it.

Methods: A systematic review of literature available in CINAHL and PubMed databases was performed. In addition, we also used Google Scholar, the Slovenian Nursing Review, and COBISS. The keywords used in Slovenian were: 'duhovnost', 'duhovna oskrba', 'odnos medicinskih sester', and in English: 'spirituality', 'spiritual care', and 'nurses' attitudes towards spirituality'. The inclusion criteria of literature retrieved in our study were articles published in the last ten years, and reviewed full-text articles both in English and Slovene. Exclusion criteria included articles older than ten years, the language of the sources, and paid sources. The review of sources was conducted from June to August 2019. After reviewing the literature, a content analysis of the findings was conducted.

Results: A total of 29 relevant sources were selected for the final review. Hierarchically, the highest ranked were individual correlation/observational studies. Four categories were formulated based on the content analysis of collected results: spiritual care, factors that impact the recognition of spiritual care, negative factors that impact the provision of spiritual care, and approaches to improving spiritual care.

Discussion: In their day-to-day, work nurses encounter increasingly expressed spiritual needs of their patients. They are aware of these needs, but often experience distress because they feel that they lack the time and knowledge on how to approach them. Research evidence shows that nurses would like to receive additional education in the field of spiritual care during their studies. They see an opportunity for improvement through on-the-job trainings.

Key words: spirituality, nurses' view, palliative spiritual care, nursing education, equal health care

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 DUHOVNOST IN DUHOVNA OSKRBA	1
1.2 ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO DUHOVNE OSKRBE	4
2 EMPIRIČNI DEL	7
2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	7
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	7
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	7
2.3.1 Metoda pregleda literature	8
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	8
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	10
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	11
2.4 REZULTATI.....	12
2.4.1 PRIZMA diagram.....	13
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	13
2.5 RAZPRAVA	24
2.5.1 Omejitve raziskave	31
2.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	31
3 ZAKLJUČEK	32
4 LITERATURA.....	34

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram	13
Slika 2: Ocena duhovnih potreb po procesni metodi dela.....	27

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	10
Tabela 2: Hierarhija dokazov	12
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....	13
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	23

SEZNAM KRAJŠAV

ASAPDD	The Assessment Scale of Attitudes toward the Principles of Dying with Dignity
COBISS	Co-operative Online Bibliographic System & Services
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice
OKCE	Osrednja knjižnica Celje
SCGS	Spiritual Care Giving Scale
SSCRS	The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale
ZZBNS	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije

1 UVOD

Čas poškodb, bolezni in posebno umiranja je čas negotovosti in stisk, ki presežejo zgolj telesni vidik delovanja posameznika (Štrancar, 2009). Skupno vsem stanjem pa je, da potrebuje vsaj posameznik pri soočanju z njimi upanje, ljubezen, odpuščanje, spoštovanje, dostojanstvo, ljubezen in prisotnost drugega (Žerdin, 2016). Tradicionalno se zdravstvena nega osredotoča na celostno obravnavo pacienta, kar opredeljuje poklic medicinske sestre kot sočuten, human in spoštljiv, kar pomeni vključevanje vseh aspektov zdravja (Wynne, 2013). Čeprav je bila pogosto navada dajati največ pozornosti fizični obravnavi pacienta, sta v zadnjem desetletju pridobili velik pomen duhovnost in duhovna oskrba (Štrancar, 2009).

Zaradi ugodnega vpliva na zdravje in dobro počutje pacientov se je povečalo tudi zanimanje medicinskih sester za to tematiko, kar je prineslo ogromno novih izzivov, od opredelitve duhovne oskrbe do samega prenosa znanja v prakso (Burkhart, et al., 2011).

1.1 DUHOVNOST IN DUHOVNA OSKRBA

Beseda duhovnost izhaja iz latinske besede 'spiritus' in pomeni 'dih življenja' (Slovenska akademija za znanost in umetnost in Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, 2014). Pike (2011) navaja, da je duhovnost kompleksen, raznolik in spreminjajoč koncept, ki ima lahko, odvisno od konteksta, več pomenov. Kot navaja Porić (2014) je ena od razsežnosti človeka in je neločljiva od njega. Pojem duhovnosti je zelo širok. Tako lahko vsak posameznik duhovnost razume po svoje in jo na svoj način tudi izraža. Vendar ni človeka, ki ne bi v sebi imel duhovnosti. To je izvor človekove zavesti, življenjskega smisla in etike.

Svetovna zdravstvena organizacija definira duhovno zdravje kot četrto dimenzijo zdravja. Vključuje posameznikovo verovanje, njegovo priznanje in spoštovanje. Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije se duhovno zdravje nanaša na ta del posameznika, ki se spreminja in si prizadeva za smisel in namen v življenju. To je nekaj, kar presega fiziologijo in psihologijo (Shukla & Shukla, 2016).

Ob pojavu celostnega pristopa v stroki zdravstvene nege se je dodatno razširil tudi pojem duhovnosti v zdravstveni negi (Maphosa, 2017a). Kot navajajo Martins in drugi (2017) je duhovnost vse bolj vključena v negovalni proces in to omogoča zdravstveni negi, da se vse bolj razvija in praksa postaja vse bolj podprta z dokazi.

Duhovnost je več od religije. To je posameznikovo notranje najgloblje bistvo, ki odgovarja na vsa važna življenjska vprašanja: kdo sem, od kod sem in kam grem. Vsi ljudje imajo potrebo po duhovnosti: verni in neverni (Žerdin, 2016). Zato je za boljše razumevanje pomembno, da se zavedamo, da ima vsaka religija dimenzijo duhovnosti, medtem ko duhovnost ni nujno sinonim za religijo. Oseba lahko izraža globoko potrebo po duhovnosti in živi duhovno, čeprav ni nujno vezana na religijo (Štrancar, 2014). Literatura pa povezuje duhovne in verske prakse z zmanjševanjem telesnih in duševnih bolezni, zmanjševanjem smrtnosti in poveča okrevanje po telesni in duševni bolezni in prilagajanju nanje (Visser, et al., 2010).

Žerdin (2016) je razdelila duhovne potrebe vsakega človeka na sedem področij:

- smisel in namen življenja,
- ljubezen in pripadanje,
- upanje, mir in hvaležnost,
- povezanost z božanskim,
- zgodbo o smrti in rešitvi,
- občudovanje lepote,
- moralnost in etiko.

Zdravstveni delavci se pogosto srečujejo z duhovnimi potrebami. Pregled taksonomije NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2017): Negovalne diagnoze – definicije in klasifikacija 2015–2017 so pokazale, da se termin duhovnost in z njo povezani pojmi pojavljajo v diagnostični oznaki (v fokusu negovalne diagnoze) v treh negovalnih diagnozah:

- pripravljenost za doseganje višje ravni duhovnega blagostanja (00068),
- duhovna stiska (00066),
- nevarnost za duhovno stisko (00067).

Pri tem pa Farley (2012) dodaja, da se duhovne potrebe razlikujejo od osebe do osebe in da vsako človeško bitje potrebuje duhovne vire za pomoč pri reševanju težav, ki jih povzročijo žalost, občutek krivde in zamere, samo zavračanje in občutek sramu. Žerdin (2016) pa zaključuje, da je duhovna oskrba odgovor na te potrebe.

Ramezani in sodelavci (2014) opisujejo duhovno oskrbo kot dinamičen koncept, ki dokazuje integracijo vidikov zagotavljanja oskrbe drugim. Žerdin (2016) pa kot dotik drugega na notranji človeški ravni. Tu ni pomembno delovanje, ampak je treba preprosto 'biti'. Po navedbi Taylor (2012) bi najpreprosteje duhovno oskrbo navedli kot skrb za posameznika in za njegove duhovne potrebe ali kot navajata Bennett & Thompson (2015) izpolnjevanje treh univerzalnih pogojev, ki naredijo posameznika bolj pomembnega:

- pomen in namen,
- ljubezen in povezanost ter
- odpuščanje.

Elementi duhovne oskrbe so (McSherry, et al., 2002 cited in McSherry & Jamieson, 2011, p. 1757):

- ohranjanje dostojanstva in zasebnosti,
- pozorno poslušanje pacienta,
- omogočanje izvajanja verskih obredov v bolnišnici,
- pomoč posamezniku, da najde pomen in smisel v bolezni.

V Sloveniji je bil s tem namenom sprejet Zakon o pacientovih pravicah (2008), ki v svojem 3. členu posredno in neposredno obravnava religijsko, duhovno in kulturno raznolikost. V 13. členu pa navaja, da mora izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotoviti pogoje za uresničevanje pravice pacienta do ustrezne verske duhovne oskrbe v skladu z zakonom, ki ureja versko svobodo. Ta člen povezujemo z 41. členom Ustave Republike Slovenije (1991), ki se navezuje na ustavno pravico do svobode vesti. V letu 2007 je bil sprejet Zakon o verski svobodi (2007), ki v 25. členu obravnava, da ima vsaka oseba pravico do redne individualne in kolektivne verske duhovne obravnave in bolnišnicah

oziroma zavodih, ki opravljajo institucionalno varstvo, zagotavljajo prostorske in tehnične pogoje za versko duhovno oskrbo.

Na področju zdravstvene nege pa je bil sprejet Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), ki izraža potrebo po spoštovanju pacientovih potreb, vrednote in prepričanja (1. načelo) ter upošteva dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni, ob umiranju ter po smrti (3. načelo).

Tudi Virginia Henderson je definirala izražanje pacientovih potreb in čustev ter opravljanje verskih obredov v Osnovnih načelih zdravstvene nege. Le-ta zajemajo zavedanje medicinske sestre, da so čustva neizogibno povezana s telesno spremembo. Pomaga mu pri zavedanju samega sebe, je razumevajoča in mu pomaga oblikovati in ohranjati ustrezne načine izražanja potreb, zanimanj in želja (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

1.2 ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO DUHOVNE OSKRBE

Duhovna skrb za pacienta se najprej sreča z njegovo človeškostjo: z bivanjskimi vprašanji smisla življenja, bolezni in trpljenja, z osmišljanjem smrti. Človeškost ni vase zaprt prostor, marveč je vedno odnos – komunikacija, in je vedno usmerjena v skupnost, v občestvo: tu je družina, drugi svojci in prijatelji, tu je družba. Zato je tudi duhovna skrb zanj vedno komunikacija, živ odnos – spremljanje (Novak, 2009). Medicinske sestre so najpogostejše tiste, ki srečujejo in se soočajo s potrebo po duhovnosti in duhovni oskrbi. (Maphosa, 2017b). Če želi medicinska sestra izvajati kakovostno in strokovno zdravstveno nego, mora pri pacientu ugotoviti njegovo stopnjo samostojnosti ter sposobnosti izvajanja temeljnih življenjskih aktivnosti (Hajdinjak, et al., 2012). Po ugotovitvah Dedeli & Karadeniz (2009) ima zaznavanje duhovnosti v zdravstveni negi nekoliko omejen pogled. Duhovnost se na splošno dojema enako kot religija in medicinske sestre jo pogosto povezujejo z verskim vidikom, čeprav sama duhovna prepričanja niso nujno vezana na religijo. Zato različni avtorji navajajo, da mora medicinska sestra naprej prepoznati samozavedanje o duhovnosti in duhovni oskrbi (Maphosa, 2017a) in kot navaja Zakšek (2010), pogledati preko sebe.

Z izražanjem duhovnih potreb se je srečevala že Florence Nightingale pri oskrbi ranjencev med vojno. Dolgo časa potem pa je bila negovalna literatura usmerjena v prepričanja sistemov in verskih praks. V sedanjosti pa je se pojavil ogromen medicinski in tehnološki napredek v korist pacienta, vendar je vzel fokus medicinskim sestram 'biti' ob pacientu. Dan medicinskih sester se vrti okoli številnih nalog, ki jih mora opraviti, zato je njihova pozornost razdeljena na številne smeri. Medicinske sestre izgubljajo bistvo, zaradi katerega je Florence Nightingale začela svoj poklic. Bistvo, da se dotaknejo drugega življenja in ga poskušajo spremeniti (Maphosa, 2017a).

Namige za prepoznavo/zaznavo prepričanj o tem, na kakšen način pacient živi svojo duhovno razsežnost (tudi če je sam ne poimenuje tako), kje doživlja pozitivne vire svoje duhovnosti in kje duhovne skrbi, težave in stiske, lahko medicinska sestra zazna v kontekstu okolja, vedenja, ubesedovanja, razpoloženja in življenjske drže ter medosebnih odnosov (Mihelič Zajec, et al., 2020).

V literaturi in praksi zasledimo različne pristope, ki pripomorejo k ocenjevanju duhovnega stanja in ugotavljanja duhovnih potreb. Richardson (2014) navaja, da medicinske sestre najpogosteje prepoznajo duhovne potrebe neposredno ob pacientih, preko poslušanja in opazovanja. Zato se morajo zavedati svojih vrednot, prepričanj, praks in življenjske filozofije, da lahko ovrednotijo status pacientov in njihovih družin. Potrebujejo tudi znanje, spretnosti ter kot navaja Muckle (2013), smisel upoštevanja pacientovih individualnih in osebostnih potreb. S tem namenom so bila razvita različna orodja, s katerimi lahko raziskujemo pogled medicinskih sester na duhovnosti in duhovno oskrbo. Van Leeuwen z drugimi (2009) in McSherry ter sodelavci (2002) so razvili orodja za jasnejše poglede na stališča zaposlenih o duhovnosti in duhovni oskrbi. Orodje Spiritual Care Competence Scale (SCCS) (Van Leeuwen, et al., 2009) se uporablja za ocenjevanje kompetenc za nudenje duhovne oskrbe, medtem ko je Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) (McSherry, et al., 2002) orodje, vprašalnik o duhovnosti in duhovni oskrbi pacientov.

Ko medicinska sestra zaključi proces ocenjevanja stanja pacienta, sledi načrtovanje primernih intervencij in nato faza intervencij, s katerimi naj bi kar najbolj zadostila individualnim potrebam pacienta in njegovih svojcev (Zakšek, 2010).

Ugotovitve so pokazale, da si lahko duhovno oskrbo razlaga in doživlja vsak drugače. Če želimo ugotoviti mnenja in pogled medicinskih sester o duhovni oskrbi, se je treba ozavestiti o njihovem stališču in pogledu na duhovno oskrbo ter njenem zagotavljanju.

Po navedbah Jackson in sodelavcev (2016) so dejavniki, ki vplivajo na slabše razumevanje duhovnih potreb, naslednji: premalo časa, dvom v usposobljenost za zagotavljanje duhovne oskrbe, premajhna podpora s strani sodelavcev in nadrejenih, povečanje delovnega stresa, omejena podpora k strokovnemu razvoju in na splošno pomanjkanje spoštovanja znotraj zdravstvenega sistema.

Za zagotavljanje vseh komponent celostne zdravstvene nege moramo vključiti v načrtovane intervencije tudi duhovno zdravje in zadovoljevanje duhovnih potreb. V teoretičnem delu diplomskega dela smo predstavili definiranje duhovne oskrbe in kakšen odnos imajo medicinske sestre do le-tega.

2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu predstavljamo namen in cilje diplomskega dela, ki temelji na pregledu literature. Uporabili smo raziskovalni dizajn kvalitativne vsebinske analize (meta analiza).

2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen raziskovanja je bil izvesti sistematični pregled strokovne in znanstvene literature na področju prepoznavanja duhovnosti in duhovne oskrbe v zdravstveni negi ter odnosom medicinske sestre do izraženih duhovnih potreb pacienta.

Zastavili smo si naslednja cilja:

Cilj 1: Opredeliti pojem duhovnosti.

Cilj 2: Ugotoviti odnos medicinskih sester do duhovne oskrbe.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane literature in na podlagi zastavljenih ciljev smo razvili naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Kaj je duhovna oskrba?
2. Kakšen odnos imajo medicinske sestre do duhovne oskrbe?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Izvedli smo pregled znanstvene in strokovne tuje ter domače literature. Uporabili smo metodo kritičnega branja dostopne literature, v kateri najdemo podatke iz objavljenih knjig, člankov in druge literature na temo »duhovna oskrba in odnos medicinskih sester«.

2.3.1 Metoda pregleda literature

Pri diplomskem delu, ki temelji na pregledu literature, smo uporabili metodo kvalitativne vsebinske analize (meta sinteza) z namenom pridobitve deskriptivnih podatkov o temi diplomskega dela.

Naloga je zasnovana na pregledu domače in tuje znanstvene ter strokovne literature. Iskanje smo omejili na obdobje od junija do avgusta 2019. Z ročnim načinom iskanja smo pregledali zbornike strokovnih simpozijev in članke, ki so bili najdeni s pomočjo elektronskega iskanja. Z namenom ožjenja zadetkov smo uporabili naslednja omejitvena merila: recenzirani članki, izdani med letoma 2009 in 2019, dosegljivo celotno besedilo, angleški ali slovenski jezik in tematsko ujemanje. Za potrebe celovitosti diplomskega dela, smo v uvodni delu vključiti tudi zakonsko podlago, ki pa je zajemala tudi literaturo, ki je starejša od 10 let, vendar še vedno aktualna v slovenski zakonodaji. Vključili smo tudi definicije, ki so še vedno veljavne, vendar starejše od 10 let. V poglavju pregled literature tega gradiva nismo upoštevali. Tu so bila izključitvena merila: literatura, starejša od desetih let, jezik literature ter plačljivi viri. Pridobili smo 21952 zadetkov literature. Od tega smo jih 29 uporabili v diplomskem delu.

Slovensko literaturo smo iskali s pomočjo virtualne knjižnice Slovenija – COBISS, Obzornika zdravstvene nege. Iskanje smo omejili glede na naslov in izvleček. Za iskanje člankov smo uporabili ključne besede: duhovnost, duhovna oskrba in odnos medicinskih sester. Te ključne besede smo uporabili tudi v Google učenjaku z uporabo Boolovega operatorja AND. Uporabili pa smo tudi tuje podatkovne bibliografske baze, in sicer PubMed, Cinahl in Google Učenjak. Pri tem smo uporabili ključne besede oziroma besedne zveze v angleškem jeziku: spirituality, spiritual care, nurse attitude. Pri elektronskem iskanju smo ponovno uporabili Boolov operator AND.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Zadetke, ki smo jih dobili z navedenimi ključnimi besedami, smo podrobno pregledali in nato vnesli v tabelo. Vnesli smo naslednje parametre: število pregledanih raziskav, število

zadetkov in število izbranih zadetkov, pri tem smo upoštevali vključitvena in izključitvena merila, ki so nam pomagala pri nadaljnji analizi. Literaturo smo izbirali na podlagi vsebinsko primernih naslovov, nato pa s pregledom in analizo povzetka izločili tiste strokovne vsebine, ki za naše diplomsko delo niso bile primerne oziroma so vsebovale premalo podatkov v sklopu raziskovalnih vprašanj.

V COBISS-u smo pregledali strokovno literaturo, in sicer na področju knjižnic Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in Osrednje knjižnice Celje. Iskali smo s ključnimi besedami *spiritual care*, duhovna oskrba. V Osrednji knjižnici Celje (OSKCE) smo pridobili 14 zadetkov, vendar smo v temi diplomskega dela uporabili samo 1 zadek, ker se drugi vsebinsko niso dovolj ujemali ali so bili premalo strokovni za pregled. Na področju COBISS-a Fakultete za zdravstvo Angele Boškin pa smo pridobili 4 zadetke s ključno besedo duhovna oskrba in uporabili 1 zadek za diplomsko delo, ki se je vsebinsko in strokovno ujemal z diplomskim delom. 1 zadek se je ponovil iz OSKCE. Ostala dva sta predstavljala diplomski deli, kateri dostop smo pridobili preko Google učenjaka. Isti zadek se je ponovil, ko smo uporabili ključno besedo »duhovnost«. Na spletni strani Google učenjak smo uporabili angleško ključno besedno zvezo »*spiritual care*« AND »*nursing attitude*« ter na podlagi dobljenih zadetkov (1880) pregledali prvih 5 strani ter izbrali tiste 3 članke, ki so se ujemali s temo diplomskega dela in so bili dostopni v polnem besedilu ter brezplačni. Uporabili smo tudi ključne besede duhovna oskrba. Pokazalo je 84 zadetkov, od tega smo jih v diplomskem delu uporabili 7. Vključili smo tudi uporabo Obzornika zdravstvene nege. Po uporabi ključnih besednih zvez »duhovna oskrba« in »duhovnost« smo pridobili 1 zadek, primeren diplomskemu delu. V podatkovni bazi Medline smo uporabili Boolov operator AND z angleškima besednima zvezama »*spiritual care*« in »*nurse attitude*«, nato smo dobljene zadetke omejili še z izključitvenima meriloma, in sicer literatura v polnem besedilu in angleškem jeziku. Pridobili smo 283 zadetkov, pri katerih smo pregledali naslove in na podlagi teh naslovov pregledali izvlečke ter izločili članke, ki niso bili skladni z našimi cilji in niso podajali odgovorov na naša raziskovalna vprašanja. Uporabili smo jih 8. V podatkovni bazi CINAHL smo uporabili iste ključne besede ter merila. Prikazih je bilo 248 zadetkov. V samem diplomskem delu pa je uporabljenih 8.

Podatke smo prikazali v diagramu PRIZMA, ki je v poglavju rezultati, in po selektivnem kodiranju s kategorijami združili v posamezne kategorije glede na lastnosti. Nato smo uporabili kvalitativno analizo podatkov ter članke po končanem pregledu vseh dobljenih zadetkov še nekajkrat prebrali in izvedli vsebinsko analizo.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov (n)	Ustrezni zadetki za pregled v polnem besedilu (n)
Google učenjak	»duhovna oskrba«	84	7
Google učenjak	»spiritual care«, »nurse attitude«	188	3
Obzornik zdravstvene nege	»duhovna oskrba«	1	1
CINAHL	»spiritual care«, »nurse aditutte«	248	8
COBISS- FZAB	»duhovna oskrba«	4	1
COBISS- OKCE	»duhovna oskrba«	14	1
Medline	»spiritual care«, »nurse attitude«	293	8
SKUPAJ			29

Legenda: n – število zadetkov

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pri pregledu literature smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo podatkov po Vogrincu (2008). Ta navaja, da pri tej analizi raziskovalec zabeleži, kolikokrat in na katerem mestu se določena kategorija ponovi in da glavni del kvalitativne analize gradiva predstavlja proces kodiranja, ki pomeni interpretacijo analiziranega besedila oziroma določevanje pomena (ključnih besed, pojmov, kod) posameznim delom besedila. Na podlagi obravnavane teme smo iskali in zbirali literaturo. Literaturo, ki smo jo izbrali, smo iskali v zgoraj navedenih podatkovnih bazah. Sledil je pregled izbranih zadetkov, nato pa vrednotenje ustreznosti člankov. Skladno s cilji diplomskega dela in zastavljenimi

vprašnji smo ugotovitve vsebinske analize razvrstili v 4 kategorije. Kategorije smo določili na podlagi vsebinske analize izbrane literature. Te kategorije so:

1. duhovna oskrba,
2. dejavniki, ki vplivajo na prepoznavo duhovne oskrbe,
3. negativni delavniki, ki vplivajo na doseganje duhovne oskrbe, odnos medicinskih sester do duhovnosti,
4. pristopi za izboljšanje dožemanja duhovne oskrbe.

Za prikaz rezultatov smo uporabili besedni in tabelarični prikaz, PRIZMA diagram.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Med fazami iskanja smo uporabili strokovno in znanstveno literaturo. Uporabili smo podatke, ki so bili relevantni, vsebinsko primerne in niso bili starejši od 10 let v skladu z Navodili za izdelavo pisnih izdelkov na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Podatki so bili iz slovenskih in tujih raziskav, ki so bile objavljene v strokovnih bazah podatkov, z upoštevanimi vključitvenimi in izključitvenimi merili. Izbor 29 člankov nam je podal ključne ugotovitve o duhovni oskrbi in odnosu medicinskih sester do duhovne oskrbe. Preučili smo 23 kvalitativnih študij (Bailey, et al., 2009; McBrien, 2010; Noble & Jones, 2010; McSherry & Jamieson, 2011; Pike, 2011; Oliveira, et al., 2012; Cetinkaya, et al., 2013; Hwa Tien, et al., 2013; Rodica, 2013; Rushton, 2014; Labrague, et al., 2016; Moraes del Silva, et al., 2015; Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2015; Bani Melhem, et al., 2016; Chew, et al., 2016; Kostak & Celikkalp, 2016; Aksoy & Ipek Coban, 2017; Gurdogan, et al., 2017; Bone, et al., 2018; Tan, et al., 2018), kar je predstavljalo glavnino naše študije. Poleg kvalitativne študije smo vključili tudi 6 kvantitativnih študij (Babnik & Karnjuš, 2014; Toman, 2014; Karnjuš, et al., 2014; Montanič Starc, 2017; Pavlič, 2017; Montanič Starc, et al., 2019). Razvrstili smo jih v nivoje hierarhije dokazov (Polit, 2008) v znanstveno raziskovalnem delu. Nivojev je sedem, in sicer si sledijo po kakovosti od 1, ki je najbolj kakovostna, do 7, ki je najmanj kakovostna.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Nivo	Hierarhija dokazov
Nivo 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 5 Sistematični pregled nerandomiziranih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične študije Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 3	Sistematični pregledi korelacijskih/opazovalnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih strokovnih besedil = 10 Mešane raziskave = 0
Nivo 5	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij Število vključenih strokovnih besedil = 1
Nivo 6	Kvalitativno zasnovane študije Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: intervju = 4 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina = 3 Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: anketni vprašalnik = 6
Nivo 7	Mnenja avtorjev Število vključenih strokovnih besedil = 0

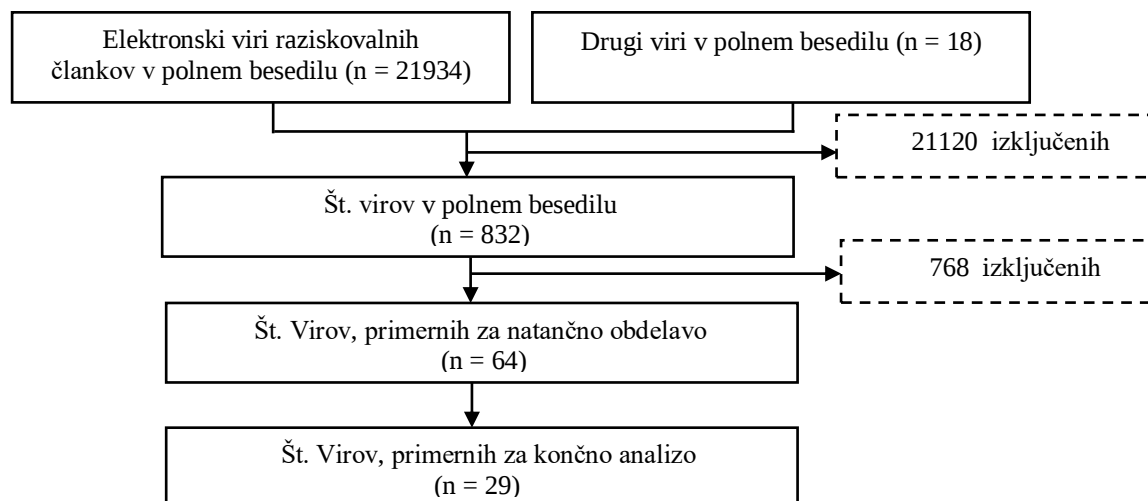
Vir: Polit & Beck, 2008

2.4 REZULTATI

Rezultati v nadaljevanju so prikazani tako shematsko kot vsebinsko.

2.4.1 PRIZMA diagram

Prizma diagram shematsko prikazuje, kako smo prišli do končnega števila zadetkov.



Legenda: n – število zadetkov

Slika 1: PRIZMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 vsebuje navedbe avtorjev, leto objave, raziskovalne vzorce ter ključne ugotovitve avtorjev, ki smo jih pridobili z natančnejšo analizo najustreznejših člankov.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Aksoy & Ipek Coban	2017	Kvalitativno zasnovane študije: anketni vprašalnik	Raziskava je bila opravljena od avgusta 2015 do septembra 2015 na Univerzi v Ataturk, Turčija. Sodelovalo 305 študentov vseh 4. letnikov. Uporaba SCGS za izvedbo raziskave.	Med raziskavo ni bilo potrjeno, da bi spol in zakonski stan vplivala na percepcijo duhovnosti. Študenti so imeli dobro raven dojemanja duhovnosti in duhovne oskrbe. Njihova raven znanja je bila povezana s pripravljenostjo na izbiro poklica in prepričanju o častni duhovnosti. Verjamejo, da če so pacienti deležni duhovne oskrbe, hitreje okrevajo. Želijo si, da bi bili zagotovljeni strokovni seminarji in

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				usposabljanja za klinične medicinske sestre, da bodo lahko znanje predajale na študente.
Babnik & Karnjuš	2014	Posamezne korelacijske/opazovalne študije	V prvi raziskavi 40 udeležencev izrednega študija zdravstvene nege, druga raziskava med zaposlenimi na internističnem in kirurškemu oddelku v splošnih bolnišnicah po Sloveniji (63 sodelujočih).	V prvi raziskavi je najbolj prepoznavna duhovna potreba pacientov, potreba po viru upanja in moči, ki ji sledi potreba po izvajanju duhovnih vaj oziroma izražanju pojma Boga ali božanstva. Duhovno potrebo prepoznavajo kot pojav, ki vključuje religiozne in eksistencialistične elemente iz virov, kot so sodelavci, duhovniki oziroma duhovni voditelji ali neposredno iz individualnega negovalnega načrta pacienta. V drugi raziskavi so udeleženci duhovno oskrbo prepoznali kot sestavni del svojega dela. Udeleženci elemente duhovne oskrbe prepoznavajo kot zagotavljanje zasebnosti, komunikacijo, ki omogoča pacientom prostor za izražanje duhovnosti, strpnost in spoštovanje raznolikosti.
Bailey, et al.	2009	Kvalitativno zasnovane študije: intervju	Sodelovalo 22 medicinskih sester iz bolnišnic na Irskem.	Na Irskem je po raziskavah avtorjev duhovna oskrba slabo raziskana. Medicinske sestre poročajo o fenomenu, ki od njih zahteva hitrejšo in učinkovitejšo sodelovanje s pacientom. Vse bolj pa jih omejuje tudi čas in s tem se izgublja pomen individualne obravnave. Duhovno oskrbo dojemajo kot bistven pomen pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe. Pri tem morajo medicinske sestre aktivno uporabljati znanje in spretnosti sprejemanja duhovne oskrbe.
Bani Melhem, et al.	2016	Kvalitativno zasnovane študije: anketni vprašalnik	Sodelovalo 408 medicinskih sester iz Jordanije.	Študija je pokazala, da je razumevanje in zaznavanje duhovne oskrbe različno med spoloma. Medicinske sestre so izpostavile potrebo po vzpostavljanju multidisciplinarnih timov pri zagotavljanju duhovne oskrbe in da se uvede standardiziranje duhovne oskrbe v prakso zdravstvene nege.
Bone, et al.	2018	Kvalitativno zasnovane študije:	25 medicinskih sester z vsaj 5-letnimi	Intervjuvanim se zdi pomembno sodelovanja z duhovnikom pri izvajanju duhovne oskrbe. Trdijo,

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		fokusna skupina	izkušnjami, ki so bile prisotne pri vsaj petih umirajočih pacientih in so vsaj 5-krat sodelovale z duhovnikom.	da težje definirajo, kdo med zaposlenimi se naj ukvarja z duhovno oskrbo in kako pogosto. Pomembno se jim zdi izobraževanje novih diplomantov in študentov na oddelku, ki je posebej namenjen izvajanju duhovne oskrbe.
Centinkaya, et al.	2013	Posamezne študije s korelacijami/ opazovanji	Sodelovalo 289 medicinskih sester iz 3 bolnišnic v zahodni Turčiji.	96,9 % medicinskih sester je izjavilo, da ni prejelo izobraževanja in usposabljanja na temo duhovnosti in duhovne oskrbe v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju, vendar je njihovo dožemanje izraza duhovne oskrbe na visokem nivoju. Zdravstvena praksa medicinskih sester se lahko izboljša z večjim zagotavljanjem delovne sile in sredstev za njihovo delovanje. Potrebna so tudi sredstva za prihodne raziskave o duhovnosti in duhovni oskrbi.
Chew, et al.	2016	Posamezne korelacijske/ opazovalne študije	Sodelovalo 767 medicinskih sester, ki delujejo na akutnem zdravljenju iz celotnega Singapurja.	Pogled medicinskih sester o duhovnosti je bil pozitiven in spodbuden. Čeprav nekateri še vedno enačijo duhovnost z religijo, so jo pripravljene sprejeti kot sestavino celostne zdravstvene nege, vendar bo zato treba upoštevati napotke za delo, vključiti duhovnike in duhovne voditelje, upoštevati časovne omejitve in raznolikost potreb pacienta ter organizacijske vrednote.
Ellis & Narayanasamy	2009	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij	Kvalitativne in kvantitativne empirične študije. Število člankov ni znano.	Določitev duhovnosti v zdravstveni negi je kompleksna in okrog nje poteka ogromno razprav in napetosti, vendar ostajajo dokazi, ki obravnavajo duhovnost posameznika med sestavnimi deli zdravstvene nege. Pri tem je smiselna uporaba orodij za ocenjevanje duhovnosti, vendar ne smejo nadomestiti terapevtskega in individualnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Avtorji priporočajo več opravljenih raziskav na to temo in uporabo modela ASSET za razvoj ozaveščenosti o duhovnosti.
Gurdogan, et al.	2017	Kvalitativno zasnovane študije: anketni vprašalnik	Sodelovalo 289 medicinskih sester, ki so zaposlene v državni bolnišnici v Edirni (Turčija).	85,5 % anketiranih medicinskih sester je mnenja, da zagotavlja duhovno oskrbo pacientom. Študija je pokazala višje zavedanje pri predstavnicah ženskega spola kot pri moških. Višje zaznavanje

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				duhovne oskrbe se je pokazalo tudi pri medicinskih sestrah z visokošolsko izobrazbo in pri tistih, ki so se že srečale z paliativnimi pacienti. Boljši rezultati The Assessment Scale of Attitudes toward the Principles of Dying with Dignity (ASAPDD) pa so se pojavili pri anketiranih z večletnimi izkušnjami. Pojavile so se tudi korelacije med ASAPDD skalo in SSCRS.
Hwa Tien, et al.	2013	Kvalitativne zasnovane študije: fokusna skupina	Sodelovalo 66 medicinskih sester, ki delujejo na področju hospica v 8 hospic centrih na področju celotnega Singapurja.	Karakteristike duhovne oskrbe so po naravi univerzalne, celostne in eksistencialne. Duhovna oskrba pa je osredotočena na spoštovanje različnih ver in prepričanj pacientov, zato si želijo medkulturnega in verskega ozaveščanja medicinskih sester, zagotavljanja ustreznih človeških virov za medicinske sestre, enostavno podporo in uvedbo smernic za delovanje v sklopu hospica. Duhovna oskrba naj se postavlja kot tema diskusij v multidisciplinarnem timu preko odprtih razprav in izmenjav razmišljanj.
Karnjuš, et al.	2014	Posamezne korelacijske/opazovalne študije	V strukturiran vprašalnik vključenih 63 zaposlenih v eni od splošnih bolnišnic v Sloveniji, na oddelkih kirurške in interne dejavnosti.	Zaposleni izražajo nevtralno stališče do duhovnih in verskih potreb pacienta. 57,1 % udeležencev navaja, da se v timu zdravstvene nege, redko pogovarjajo o zagotavljanju verskih in duhovnih potreb pacientov. Večji poudarek duhovni oskrbi dajejo zaposleni z višjo izobrazbo, daljšo delovno dobo in tisti, ki so se opredelili kot verne. 61,9 % anketiranih podpira izražanje duhovnih potreb in pri tem ne čutijo nelagodja.
Kostak & Celikkalp	2016	Kvalitativno zasnovane študije: intervju	Izvedenih 396 intervjujev medicinskih sester/babic v Centru za raziskovanje in zdravstveno prakso Univerze v Edirni (Turčija).	Čeprav je duhovna oskrba pomemben del zdravstvene nege, je študija pokazala pojav potrebe po ustrezni izobrazbi in podajanju informacij. Podan je bil predlog, naj medicinske sestre na vodilnih mestih vsakodnevno vključijo duhovno oskrbo v zdravstveno nego pacienta. Pojavila se je tudi potreba po pred- in podiplomskem usposabljanju z vključevanjem vrednot duhovnosti, ki bi se odsevale v pacientovi oskrbi.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Labrague, et al.	2016	Kvalitativno zasnovane študije: anketni vprašalnik	Sodelovalo 245 medicinskih sester iz 6 bolnišnic v zahodnem delu Samara (Filipini).	Duhovnost ni vedno pravilno razumljena s strani medicinskih sester, zaradi česar prihaja do pomanjkanja zavedanja le-te. Avtorji povezujejo to s slabšim zavedanjem lastne duhovnosti. Predlagajo prepoznavanje samozavedanja lastne duhovnosti s pomočjo delavnic, vključitev duhovnosti v izobraževanje in usposabljanje, uporabo netradicionalnih tehnik učenja (simulacija, igranje vlog, igre). Prednosti vidijo tudi pri uporabi dnevnika za refleksijo v času študija.
McBrien	2010	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij	Število pregledanih člankov ni znano, podatkovne baze, ki so bile uporabljene, so: CINAHL, Nursing Collection, Medline.	Kultura medicinskih sester v urgentni dejavnosti je postala manj osebna. Večji je poudarek na tehničnem vidiku, zato je treba sprejeti celosten pristop, kar vključuje tudi usposabljanje in izobraževanje o duhovni oskrbi. Če želimo, da medicinska sestra upošteva duhovno oskrbo v vsakodnevnem delu, je treba razmisliti o njenih osebnih stališčih. Duhovna oskrba mora temeljiti na odnosu med medicinskimi sestrami in pacientom, zato so potrebne nadaljnje raziskave o zagotavljanju duhovne oskrbe.
McSherry & Jamieson	2011	Kvalitativno zasnovane študije: anketni vprašalnik	Vključenih 4054 medicinskih sester, članic Royal College of Nursing (Anglija) preko spletnega vprašalnika.	Duhovna oskrba predstavlja bistven vidik celostne oskrbe. Zaradi nedefiniranosti pojma avtorja navajata izraz »dežnik« kot najbolj primeren pri opisovanju duhovne oskrbe. 92% jih je izrazilo mnenje, da malokdaj zaznajo potrebo po duhovni oskrbi s strani pacienta. Povezujejo jo z lastnimi prepričanji. Pozitivne dejavnike vidijo predvsem v izboljšanju kakovosti zdravstvene nege, izboljšanju komunikacije med medicinsko sestro in pacientom. Želijo si več nadaljnjih vodenj glede procesa duhovne oskrbe in bolj poglobljenega izobraževanja.
Montanič Starc	2017	Posamezne korelacijske/opazovalne študije	Vključenih 173 zaposlenih iz vseh bolnišnic in 2 kliničnih centrov v Sloveniji.	Anketiranci so bili dokaj negotovi glede pojmovanja duhovnost in duhovne oskrbe. Enotni pa so bili glede tega, da lahko duhovno oskrbo nudijo le s spoštovanjem in dostojanstvom do posameznika. Velik poudarek so dali poslušanju

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pacienta. Kar 92,2 % jih je izrazilo mnenje, da niso sposobni zagotoviti ustrezne duhovne oskrbe. Menijo pa tudi, da so za zagotavljanje duhovne oskrbe odgovorni vsi akterji, vključeni v proces zdravljenja in rehabilitacije. Izrazili so mnenje, da bi tako Ministrstvo za zdravje republike Slovenije, kot Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije (ZZBNS), morala zagotoviti jasne smernice glede nudenja duhovne oskrbe in da so za pridobivanje navodil odgovorne tako visoke šole/fakultete kot zdravstvene institucije in njeni zaposleni.
Montanič Starc, et al.	2019	Posamezne korelacijske/opazovalne študije	Z uporabo strukturiranega vprašalnika in SSCRS-ja; vključenih 173 MS iz 4 slovenskih bolnišnic.	Duhovnost dojemajo kot razumevanje samega sebe. Imajo širok in inkluziven način razumevanja koncepta. Izražajo negotovost pri trditvi, da je duhovna oskrba temeljni vidik zdravstvene nege. Razumejo jo kot izražanje prijaznosti, skrbi, posvečanje časa pacientu ter spoštovanje zasebnosti, dostojanstva, kulturnih in verskih prepričanj pacienta. Primanjkljaj vidijo v izobraževanju in si želijo večjega poudarka na duhovni oskrbi v času dodiplomskega in podiplomskega študija.
Moraes da Silva, et al.,	2015	Kvalitativno zasnovana študija: intervju	Vključenih šest medicinskih sester, Splošna bolnišnica Feira de Santana, Bahia.	Večina medicinskih sester razmišlja o pomembnosti duhovne oskrbe, vendar je ne vidijo kot prednostno nalogo. Verjamejo, da je bolj pomemben fizični vidik. Kot pozitiven vidik duhovne oskrbe vidijo spoštovanje zdravljenja, zmanjšanje stresa itd. Ta študije naj ne bi predstavljale končne odločitve, temveč priložnost za več raziskav in izboljšanja na področju duhovne oskrbe.
Noble & Jones	2010	Kvalitativno zasnovane študije: intervju	Vključenih 7 medicinskih sester, neverjetnostni vzorec (angl. non-probability) s polstrukturiranim intervjujem, s tehniko okvirne analize (angl. framework	Obstajajo nejasna mnenja o odgovornosti zagotavljanja duhovne oskrbe, zato se pojavlja potreba po izobraževanju. Pokazalo je tudi, da imajo bolj izkušene medicinske sestre večje razumevanje duhovnosti, vendar se mlajše medicinske sestre bolj zavedajo problematike. To bi lahko pripisali temu, da več razmišljajo o problematiki in da so temu bolj

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			analysis technique).	vsakodnevno izpostavljene. Večino anketiranih se je opredelilo z lastnim duhovnim vidikom. Veliko prednost postavljajo k zavedanju lastne duhovnosti, da lahko ocenjujemo duhovnost drugih. Menijo tudi, da bi duhovnost lahko postala predmet izogibanja, saj se medicinske sestre pri tem počutijo bolj izpostavljene in ranljive. To lahko privede do pojava strah, tesnobe itd.
Oliveira, et al.	2012	Posamezne korelacijske/opazovalne študije	Sodelovalo 9 študentov z Univerze v Paraíbi, Brazilija. Izbrani so bili po naslednjih merilih: da opravljajo študij v 9. semestru in da se strinjajo s sodelovanjem v raziskavi.	Duhovno oskrbo dojemajo kot pomembno za negovalno prakso. Po njihovem mnenju se v nižji meri pojavlja tudi v praksi zdravstvene nege. Priznavajo, da so prejeli manj znanja o duhovni oskrbi v času študija, vendar verjamejo, da je sestavni del oskrbe, ki obnavlja zdravje, zagotavlja varnost, udobje, samozavest, dobro počutje in večje sposobnosti premagovanja bolezenskih procesov. Opažajo, da bi bilo treba temo duhovnosti vpeljati v študij, da bi lahko bili bolj pozorni pri soočanju s pacientovim izražanjem duhovnih potreb.
Pavlič	2017	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij	17 vključenih člankov.	Po pregledu literature so ugotovile naslednje: večina medicinskih sester se zaveda pomembnosti vključitve duhovne oskrbe v izobraževanje, vendar ostajajo zadržki, kako pacientu omogočiti izražanje njegovih duhovnih potreb. Veliko medicinskih sester se je strinjalo, da lahko duhovno oskrbo dosežemo s poslušanjem pacientovih problemov, razpravljanjem in prepoznavanjem strahov, stisk in problemov. Kot pomanjkljivosti navajajo pomanjkanje časa, pomanjkanje izobrazbe na področju duhovnosti, nizko samozavest glede nudenja duhovne pomoči, razlike v duhovnih prepričanjih med medicinsko sestro in pacientom, zmedenost glede nudenja duhovno kompetentne zdravstvene nege in strah pred vsiljevanjem lastnih prepričanj, kot največje ovire pri nujenju duhovne oskrbe. Pregled literature je pokazal, da pri dožemanju duhovne oskrbe dajejo

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				velik pomen lastnemu dojemanju duhovne oskrbe in izražajo željo po dodatnem izobraževanju.
Pike	2011	Sistematičen pregled randomiziranih kliničnih študij	Analiza 45 člankov med letoma 2006 in 2010 izdanih na področju Velike Britanije.	Definicija duhovnosti je še vedno nejasna in še vedno v premajhnem razvoju v zdravstveni negi. Z ignoriranjem jezika duhovnosti se izgublja tudi skupni jezik med medicinsko sestro in pacientom. Zato je treba vključiti v obravnavo multidisciplinirani tim in upoštevati pacientov pogled. Analiza je pokazala tudi potrebo po modelih za ugotavljanje duhovnosti in duhovne oskrbe. Jasno je tudi, da treba gledati izven ozkih okvirjev za izboljšanje koncepta duhovnosti.
Rodica	2013	Posamezne korelacijske/opazovalne študije	Namenski vzorec 63 zaposlenih na kirurških in internističnih oddelkih Splošne bolnišnice Izola, Slovenija.	Rezultati so pokazali, da večina anketirancev pri obravnavi upošteva pacientovo versko in duhovno usmerjenost ter ga poslušajo, ko ta potrebuje podporo (55,6 %), vendar temu ne namenijo veliko pozornosti. Pokazale so se tudi večja dojemanja pomembnosti duhovne oskrbe pri medicinskih sestrah z več kot 6 letnimi delovnimi izkušnjami. Razlike v dojemanju duhovne oskrbe so odvisne tudi od okolja bivanja, starosti, dejavnosti in izobrazbe (duhovna oskrba je bolj pomembna tistim z visokošolsko izobrazbo). Izrazili so željo po dodatnem usposabljanju. Želijo si jasnih smernic glede izvajanja duhovne oskrbe, saj bi s tem dobili želeno znanje, pacienti bi jim zaupali in zdravstvena nega bi bila kakovostnejša.
Rushton	2014	Sistematičen pregled randomiziranih kliničnih študij	Pregledano je bilo 136 člankov iz podatkovne baze CINAHL, Medline in British Nursing Index.	Za zadovoljitev pacientovih duhovnih potreb morajo medicinske sestre zagotoviti celovito oskrbo pacienta. Duhovna oskrba je temeljni del celostne zdravstvene nege, vendar pa dostikrat duhovne potrebe niso zadovoljene. Glavne ovire pri doseganju duhovne oskrbe predstavljajo težave pri definiranju duhovnosti, pomanjkanje smernic medicinskim sestram pri zagotavljanju duhovne oskrbe, pomanjkanje časa medicinskih sester in pomanjkanje usposabljanj in izobraževanj.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Štrancar & Mihelič Zajc	2019	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij	Izmed 367 identificiranih objav je bilo v končno analizo vključenih 11 znanstvenih del.	Področje duhovne oskrbe v zdravstveni negi je tematizirano, redko znanstveno obravnavano, zato prihaja do nerazumevanja, kar vpliva na celostno obravnavo pacientov in njihovih svojcev. Najpogosteje je obravnavano v paliativni oskrbi. Pojavlja se potreba po ozaveščanju in izražanju vloge medicinskih sester pri zaznavanju duhovnih potreb, vendar smo priča neenakosti v primerjavi z drugimi življenjskimi aktivnostmi. Treba je ciljno načrtovati raziskave na tem področju.
Tan, et al.	2018	Kvalitativno zasnovane študije: anketni vprašalnik	Sodelovalo je 747 medicinskih sester iz zdravstvenih fakultet v sedmih mestih v Turčiji (Tokat, Ordu, Samsun, Elazığ, Van, Erzincan, Malatya).	Sama študija je temeljila na soočanju medicinskih sester z duhovno oskrbo. 62 % medicinskih sester je mnenja, da niso prejele informacij o duhovni oskrbi, ki bi lahko dvignilo njihovo znanje na primernejši nivo. Kot je pokazalo, se jih premalo zaveda pomembnosti duhovne oskrbe v izobraževanju medicinskih sester. Po opravljeni študiji naj ne bi kategorije spol, starost, delovne izkušnje, raven izobrazbe vplivali na dojemanje duhovnosti in duhovne oskrbe. Čeprav je skrb medicinskih sester za doseganje duhovne oskrbe nižja, vseeno verjamejo, da je zagotavljanje le-te pomembno. Zato stremijo k temu, da se poveča izobraževanje o duhovni oskrbi v času študija.
Toman	2012	Posamezne korelacijske/opazovalne študije	138 zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice, KOPA Golnik in na Onkološkem inštitutu Ljubljana na področju zdravstvene nege.	Medicinske sestre se redno srečujejo z duhovnimi potrebami pacientov, vendar je raziskava pokazala, da nimajo dovolj časa in znanja. Prav tako jim ni naklonjena organizacijska kultura. Izrazile so tudi potrebo po raziskavah, ki bi prinašale na dokazih podprto duhovno oskrbo in na podlagi teh raziskav razvitih smernic in kvalitativnega orodja za delovanje. Želijo si tudi več vsebin duhovne oskrbe v dodiplomski in podiplomski študij.
Van Leeuwen & Schep-Akkerman	2015	Kvalitativno zasnovane študije: fokusna skupina	Vključenih 340 medicinskih sester v bolnišnicah, 260 medicinskih sester, zaposlenih	Pokazala se je povezanost življenjskega sloga in starosti na dojemanje pojma duhovnosti in duhovne oskrbe. V primerjavi z medicinskimi sestrami, ki delajo v

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			v 3 ustanovah na področju duševnega zdravja, 600 medicinskih sester, ki izvajajo nego na domu na Nizozemskem.	bolnišnicah, imajo tiste, ki delujejo na področju duševna zdravja in nege na domu, več generičnega znanja o duhovnosti in duhovni oskrbi. Raziskava daje tudi pomembno vlogo vodilnim medicinskim sestram pri vključevanju duhovne oskrbe v prakso zdravstvene nege in s tem povezuje tudi delovne pogoje. Velik poudarek je na praksi zdravstvene nege, izobraževanju in vodenju v zdravstveni negi.
Weathers, et al.	2016	Posamezne študije s korelacijami/opazovanji	Vključenih 245 medicinskih sester iz 6 filipinskih bolnišnic.	Pomembnost zavedanje medicinskih sester o lastni duhovnosti. Potrebna je uporaba strategij, ki temeljijo na dokazih in omogočajo duhovno rast, izvajanje programov za lažje prepoznavanje duhovnih potreb, integracija v izobraževanje in usposabljanje, ne tradicionalne strategije.

V nadaljevanju so predstavljena ključna spoznanja raziskav, na katerih temelji pregled literature. Oblikovane so bile vsebinske kode, ki smo jih sistematično razvrstili (Tabela 4).

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Podkategorije	Kode	Avtorji
Duhovna oskrba	Duhovna oskrba v zdravstveni negi	Del holistične obravnave – nejasno definiranje – osredotočanje na individualne potrebe pacienta – spoštovanje pacientovih prepričanj/potreb – najpogostejše izražena pri paliativnih in onkoloških pacientih – zmanjševanje stresa, izboljšanje zdravljenja, hitrejše okrevanje – komunikacija s pacientom – povezovanje z religijo Število kod = 8 kod	Babnik & Karnjuš, 2014; Bailey, et al., 2009; Bani Melhem, et al., 2016; Hwa Tien, et al., 2013; McSherry & Jameison, 2011; Moraes da Silva, et al., 2015; Noble & Jones, 2010; Oliveira, et al., 2012; Pavlič, 2017; Štrancar & Mihelič, 2019.
Dejavniki, ki vplivajo na prepoznavo duhovne oskrbe		Pomembnost zavedanja lastne duhovnosti – povezovanje dojemanja duhovne oskrbe s starostjo, spolom, izkušnjami, okoljem bivanja, oddelkom zaposlitve, izobrazbo – sodelovanje z duhovnikom Število kod = 3	Bone, et al., 2018; Bani Melhem, et al., 2016; Chew, et al., 2016; Gurdogan, et al., 2017; Karnjuš, et al., 2014; McBrien, 2010; Labrague, et al., 2016; Noble & Jones, 2010; Pavlič, 2017; Rodica, 2013; Štrancar & Mihelič Zajc, 2019; Van Leeuwen & Schep- Akkerman, 2015; Weathers, et al., 2016.
Negativni delavniki, ki vplivajo na doseganje duhovne oskrbe	Vpliv na MS	Nerazumevanje, nejasno definiranje duhovne oskrbe s strani medicinskih sester – pomanjkanje znanja, informacij – organizacijske kulture – nejasnost vlog – ranljivost medicinskih sester in pojav tesnobe – nizka samozavest medicinskih sester – strah pred vsiljevanjem lastnih prepričanj – pomanjkanje delovne sile in sredstev za medicinske sestre Število kod= 8	Chew, et al., 2016; Cetinkaya, et al., 2013; Ellis & Narayanasamy, 2009; Karnjuš, et al., 2014; McSherry & Jamieson, 2011; Montanič Starc, 2017; Noble & Jones, 2010; Oliveira, et al., 2012; Pavlič, 2017; Pike, 2011; Rushton, 2014; Štrancar & Mihelič Zajc, 2019; Tan, et al., 2018.
	Vpliv na pacienta	Zagotavljanje duhovne oskrbe neenakopravne z drugimi življenjskimi aktivnostmi – pomanjkanje časa-	Bailey, et al., 2009; Chew, et al., 2016; Karnjuš, et al., 2014; McBrien, 2010; Pavlič, 2017;

Kategorija	Podkategorije	Kode	Avtorji
		prevelik poudarek na tehničnem pristopu Število kod= 3	Rushton, 2014; Štrancar & Mihelič Zajc, 2019; Tan, et al., 2018; Toman, 2012.
Pristopi za izboljšanje doživetja duhovne oskrbe	Pristopi za medicinske sestre	Prepoznati pozitiven vidik duhovne oskrbe – ozaveščanje vloge medicinskih sester pri doseganju duhovne oskrbe – povečati komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom – aktivna uporaba znanja, orodij, spretnosti – pomembna vloga vodilne medicinske sestre Število kod= 5	Aksoy & Ipek Coban, 2017; Babnik & Karnjuš, 2014; Bailey, et al., 2009; Bone, et al., 2018; Chew, et al., 2016; Ellis & Narayanasamy, 2009; Labrague, et al., 2016; Montanič Starc, 2017; McBrien, 2010; McSherry & Jamieson, 2011; Rodica, 2013; Pavlič, 2017; Štrancar & Mihelič Zajc, 2019.
	Pristopi za organizacije	Vključitev multidisciplinarnega tima – odgovornost za doseganje duhovne oskrbe tudi na strani MZRS in ZZBNS – odgovornost za izobraževanje na strani fakultet in visokošolskih šol – vključitev duhovne oskrbe v dodiplomski in podiplomski študij – potreba po novih modelih, strategijah, raziskavah, seminarjih, programih za mentorje študentom – programi za lažje prepoznavanje in spremljanje duhovne oskrbe – integracija v izobraževalne procese – uporaba netradicionalnih strategij pri doseganju duhovne oskrbe Število kod = 8	Aksoy & Ipek Coban, 2017; Bani Melhem, et al., 2016; Bone, et al., 2018; Cetinkaya, et al., 2013; Ellis & Narayanasamy, 2009; Kostak & Celikkalp, 2016; Labrague, et al., 2016; McBrien, 2010; Montanič Starc, 2017; Moraes da Silva, et al., 2015; Noble & Jones, 2010; Oliveira, et al., 2012 Pike, 2011; Rodica, 2013; Rushton, 2014; Štrancar & Mihelič Zajc, 2019; Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2015; Tan, et al., 2018; Toman, 2012; Weathers, et al., 2016.

2.5 RAZPRAVA

Zagotavljanje duhovne oskrbe spada med celostno obravnavo, s katero se medicinske sestre srečujejo vsakodnevno. Raziskava, ki je temeljila na pregledu literature v slovenskem in angleškem jeziku, je analizirala literaturo iz evropskega in azijskega področja. Namen pregleda literature je bil ugotoviti glavne značilnosti duhovne oskrbe in

kakšen odnos imajo medicinske sestre do le-te. Izvedli smo kvalitativno analizo rezultatov pregleda literature – za lažjo razumljivost z analizo pridobljenih člankov. S pregledom literature smo ugotovili, da je na slovenskem področju malo objavljenih člankov in prispevkov na to temo. Iz prebranih člankov pa smo oblikovali štiri glavne kategorije, ki smo jim določili tudi podkategorije. Glavne kategorije so:

- duhovna oskrba,
- dejavniki, ki vplivajo na prepoznavo duhovne oskrbe,
- negativni delavniki, ki vplivajo na doseganje duhovne oskrbe,
- pristopi za izboljšanje dožemanja duhovne oskrbe.

Koncept duhovne oskrbe izhaja iz besede duhovnost. Ime izvira iz latinskega imena »dih« in se navezuje na kdo ali kaj so ljudje v življenju. Kaj je duhovnost in kaj ni, je težje pojasniti. Po pregledu opredelitev duhovne oskrbe smo zaznali, da si vsak avtor drugače predstavlja duhovno oskrbo. Kot navajata Cilliers & Terblanche (2014) duhovnost nima splošno sprejete definicije. Piderman in sodelavci (2015) pa opredeljujejo duhovnost kot prizadevanje, da bi našli smisel in namen v življenju ter tudi, da bi našli notranji mir. Duhovnost je bila vedno povezana z religijo. S časom pa sta se začeli razlikovati. To lahko zaznamo v izrazu, da biti duhoven ne pomeni biti veren (Cilliers & Terblanche, 2014), temveč pomeni vključevanje prepričanj in vrednot posameznika, kot so empatija, milost, občutek odgovornosti do drugih, zaveza, upanje in razmišljanje o zdravju, boleznih in smrti. Pri tem pa Rogers & Wattis (2015) dodajata, da šele takrat, ko se človek počuti slabo, izrazi željo po razpravi o duhovnih vprašanjih.

V zdravstveni negi je ocena pacienta celostna. Medicinske sestre pri oskrbi ocenjujejo telesno, duševno, psihološko in duhovno plat posameznika (Cetinkaya, et al., 2013). Kot navaja Muckle (2013) je potrebno tako kot ostale potrebe tudi duhovne obravnavati individualno. Ocena in obravnavanje duhovnih potreb bi morala koristno in praktično pomagati pri zagotavljanju zdravja in boljšega počutja (Maphosa, 2017a).

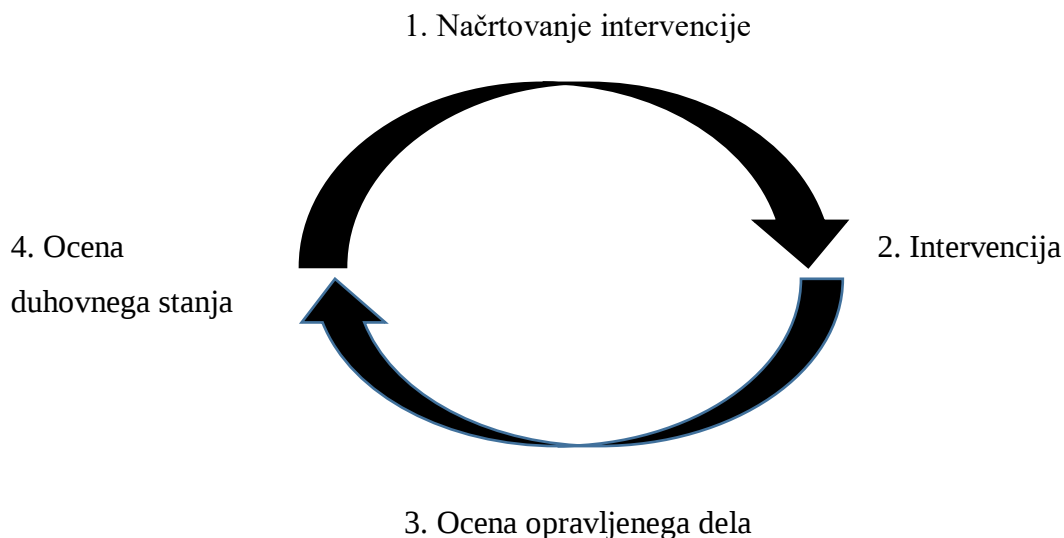
Pri prvem raziskovalnem vprašanju je bil namen ugotoviti razlago duhovne oskrbe. Dobljeni rezultati raziskovanja so pokazali, da si duhovno oskrbo vsak razlaga drugače. McSherry & Jameison (2011) opisujeta ta pojav z izrazom »dežnik«, saj zajema širok

razpon pomenov, asociacij in razlag, s katerimi posameznik opredeljuje in izraža razumevanje duhovne oskrbe. Bani Melhem in drugi (2016) pa jo navajajo kot predpogoj za zagotavljanje celostne oskrbe. Po ugotovitvah pregleda literature zajema tudi spoštovanje zasebnosti, individualnih potreb in vključevanje interdisciplinarnega tima.

V raziskavi o zdravstveni negi, ki temelji na duhovnosti, sta Nardi & Rooda (2011), glede na rezultate, izpostavila 5 dimenzij duhovne oskrbe:

- ceniti in podpirati druge: vsako človeško življenje je sveto,
- uporaba procesa zdravstvene nege, ki temelji na duhovni oskrbi,
- upoštevanje spiritualnega jaza (pozitivna/negativna energija, povezanost z Bogom),
- individualne duhovne intervencije – molitev za pacienta, molitev s pacientom, meditacija
- rezultati, ki temeljijo na duhovnosti – pacient, ki se ne more pozdraviti, se lahko ozdravi.

McBrien (2016) navaja, da zagotavljanje duhovne oskrbe s strani medicinskih sester prinaša pacientu duhovno rast, njej pa večje zadovoljstvo pri doseganju ciljev. Zato je po mnenju Young & Koopsen (2006 cited in Zakšek, 2010, p. 265) treba duhovno oskrbo obravnavati po procesni metodi dela, saj lahko s tem zagotovimo učinkovito in kakovostno duhovno oskrbo.



Slika 2: Ocena duhovnih potreb po procesni metodi dela

Vir: Koopsen & Young, 2009

Namen duhovne oskrbe je predvsem vodenje k duhovnemu blagostanju pacienta v najhujših trenutkih njegovega življenja, ko zaradi bolezni ali poškodbe izgubijo smisel, pomen in namen v življenju (Montanič Starc, 2017) in tudi pomoč pacientu k hitrejšemu okrevanju (Aksoy & Ipek Coban, 2017). Raziskava je pokazala, da avtorji (Montanič Starc, 2017; McSherry & Jamieson, 2011; Rushton, 2014) navajajo kot pomembno komponento predvsem dobro oceno in prepoznavo potreb pacienta z uporabo opazovanja in pogovora, poslušanja in zaznavanja konteksta. Največkrat pa medicinske sestre duhovne potrebe zaznajo, kadar jih pacient izrazi sam, kar pa od nje zahteva tudi dobre komunikacijske veščine in smisel za zaznavanje neverbalne komunikacije. Zato Noble & Jones (2010) navajata, da mora duhovno oskrbo voditi pacient, a pri tem ne sme dobiti občutka, da je sam.

Drugo raziskovalno vprašanje je raziskovalo kakšen odnos do duhovne oskrbe imajo medicinske sestre. V raziskavi McSherry & Jamieson (2011) se jih je 95,5 % že srečalo z duhovnimi potrebami pacientov, kar potrjuje naše ugotovitve, da se s to tematiko srečujejo pogosto. Vendar, kot navajajo Karnjuš in drugi (2014), jih le 58,7 % trdi, da pri svojem delu upoštevajo duhovne potrebe pacienta.

V grobem ločimo dva pristopa k opredeljevanju duhovnosti v zdravstveni negi, s katerim se srečujejo medicinske sestre. Prvi pristop, kot nujni sestavni element duhovnosti, vključuje religiozna prepričanja, drugi (eksistencialistični) pristop pa poudarja smisel, pomen in izpolnjenost v življenju neodvisno od religioznih prepričanj posameznikov (Babnik & Karnjuš, 2014).

Raziskava je pokazala, da za vključevanje duhovne oskrbe v vsakodnevno delo medicinskih sester, zahteva prvo opredeliti, kakšna so njihova stališča do duhovnosti in duhovne oskrbe. Noble & Jones (2010) navajata, da se medicinske sestre, ki se same opredeljujejo kot duhovne, lažje spopadajo s prepoznavanjem in razumevanjem duhovnih potreb pacienta. Dejstvo ne preseneča, glede na to, da je bila duhovnost v zgodovini zelo povezana z religijo.

Na dožemanje duhovne oskrbe s strani medicinskih sester vpliva več dejavnikov. Kot to navajata Van Leeuwen & Schep-Akkerman (2015) imajo velik vpliv starost medicinskih sester, življenjski slog in področje zaposlitve. Opazili smo tudi, da v študijah, izvedenih v Turčiji, daje velik vpliv pri dožemanju duhovne oskrbe tudi spol (Bani Melhem, 2016; Gurdogan, et al., 2017). Na boljšo prepoznavo duhovnih potreb vpliva tudi izobrazba. Karnjuš in drugi (2014) so v sklopu raziskave prišli do ugotovitev, da medicinske sestre z visoko izobrazbo dajejo večji pomen duhovni oskrbi kot medicinske sestre s srednjo strokovno izobrazbo. Po raziskavi Noble & Jones (2010) ter Štrancar & Mihelič Zajec (2019) naj bi na zaznavanje, prepoznavanje in upoštevanje duhovne oskrbe vplivalo tudi, če so medicinske sestre vključene v oskrbo onkoloških pacientov in v paliativno oskrbo, saj ti pacienti sami večkrat izrazijo željo po duhovni oskrbi.

Skozi proces duhovne oskrbe se medicinske sestre dostikrat srečujejo z ovirami. V raziskavah (Ellis & Narayanasamy, 2009; Bailey et al., 2009; Pike, 2011) je bilo navedeno, da je pogosta ovira za doseganje duhovne oskrbe predvsem nerazumevanje le-te. Rushton (2014) navaja, da predstavlja velik problem že nedefiniranje duhovne oskrbe in nadaljnja obravnava. Zaradi tega prihaja pogosto do negotovosti v pojmovanju duhovnosti in duhovne oskrbe. Kot navajajo Montanič Starc (2017) in Tan, et al. (2018)

je duhovnost redko znanstveno obravnavana in zaradi tega okrog nje še vedno poteka ogromno razprav. Različni avtorji raziskav navajajo, da se medicinske sestre pogosto srečujejo s pomanjkanjem časa pri obravnavi (Bailey, et al., 2009; Toman, 2012; Karnjuš, et al., 2014; Rushton, 2014; Pavlič, 2017) in pomanjkanjem informacij. V raziskavi Tan in sodelavcev (2018) je 62 % anketiranih izjavilo, da skozi šolanje niso pridobili dovolj informacij, čeprav se zavedajo pomembnosti duhovne oskrbe za pacienta. Tudi Aksoy & Ipek Coban (2018) navajata, da je več kot polovica študentov v njuni raziskavi mnenja, da o duhovni oskrbi v času študija niso prejeli dovolj znanja. Zaradi pomanjkanja znanja pa so lahko pogosto ignorirane duhovne potrebe pacienta. Raziskava Toman (2012) je pokazala tudi delovno okolje kot enega izmed vplivov na slabše doseganje duhovne oskrbe in s tem pomanjkanje organizacijske kulture. Veliko težavo predstavlja nejasnost vlog v procesu duhovne oskrbe. Večina medicinskih sester (Bone, et al., 2018) je bilo mnenja, da so zato odgovorni vsi, vendar priznavajo, da se same največkrat čutijo odgovorne za to. Študija Noble & Jones (2010) je pokazala tudi, da se ob nezmožnosti obravnave duhovnih potreb medicinske sestre srečujejo z občutkom krivde in jim povzroča dodatni stres. Po pregledu literature, ki ga je izvedla Pavlič (2017), se lahko pojavlja tudi strah medicinskih sester pred vsiljevanjem lastnih prepričanj. Chew in drugi (2016) so v raziskavi med medicinskimi sestrami v Singapurju še vedno opazili povezovanje duhovne oskrbe z religijo, kar bi lahko privedlo do nepravilnega prepoznavanja duhovnih potreb pacienta. Ostali dejavniki, ki vplivajo na zagotavljanje duhovne oskrbe pacienta, je prepogosto dajanje prevelikega poudarka na tehnično znanje. Kot navaja McBrien (2010) je kultura delovanja medicinskih sester postala manj osebna in s tem je zmanjšalo enakopravnost duhovnosti in duhovne oskrbe z drugimi življenjskimi aktivnostmi. To lahko zaznamo v praksi in izobraževanju (Štrancar & Mihelič Zajec, 2019).

McSherry & Jamieson (2011) sta v letu 2010 opravila raziskavo na temo dojemanja duhovnosti in duhovne oskrbe s strani medicinskih sester v Angliji. Ugotovila sta, da menijo, da je duhovnost temeljni vidik zdravstvene nege, vendar kljub vsem poudarkom jih večina meni, da potrebujejo več usmerjanja in podpore vodstvenih organov za nudenje bolj kakovostne duhovne oskrbe pacientom. Noble & Jones (2010) navajata, da je pri obravnavi pacientovih duhovnih potreb treba vključiti interdisciplinarni tim. Študija Bone

in sodelavcev (2018) je pokazala, da medicinske sestre v interdisciplinarni tim uvrščajo tudi duhovnike in z njimi povezane osebe, zato so medicinske sestre v različnih študijah izrazile željo po raziskavah, ki bi izboljšale vodenje prakse in izobraževanje o zagotavljanju duhovne oskrbe (McBrien, 2010). Na podlagi teh raziskav bi lažje razvili smernice in orodja, ki bi nam pomagala pri prepoznavanju in zagotavljanju duhovne oskrbe (Toman, 2012). Takšno delovanje pa se lahko spodbuja s programi za lažje prepoznavanje duhovnih potreb, ki so lahko v obliki delavnic, seminarjev.

Velik vpliv na izobraževanje imajo zaposleni v zdravstveni instituciji. Zato sta Babnik & Karnjuš (2014) mnenja, da je treba razširiti polje osveščanja in raziskovanja na celotno populacijo zaposlenih v zdravstveni negi tudi v Sloveniji. Duhovno oskrbo je treba čimprej uvrstiti kot enakopravno ostalim življenjskim aktivnostim. McSherry & Jamieson (2011) navajata, da je treba odgovornost za boljše dožemanje duhovne oskrbe predati tudi na vladne in izobraževalne ustanove, ki so odgovorne za izobraževanje medicinskih sester. To po mnenju Montanič Starc (2017) zajema tudi Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije kakor tudi Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije. Veliko študij (Noble & Jones, 2010; Oliveira, et al., 2012; Toman, 2012; Cetinkaya, et al., 2013; Rodica, 2013; Kostak & Celikkalp, 2016; Weathers, 2016; Bone, et al., 2018; Tan, et al., 2018) meni, da so za pridobivanje navodil v zvezi z duhovno oskrbo pacientov odgovorne fakultete/visoke šole. Različni avtorji (Toman, 2012; Cetinkaya, et al., 2013; Kostak & Celikkalp, 2016) navajajo, da je treba spremeniti pogled na izobraževanje medicinskih sester o duhovni oskrbi, in sicer kot dodatni predmet dodiplomskih in podiplomskih izobraževalnih programov. Smiselne so tudi manj pogoste metode in strategije za doseganje duhovne oskrbe. Kot navajajo Labrague in drugi (2016) se lahko v času študija uporabljajo tudi netradicionalne tehnike učenja. To lahko predstavlja simulacijske dejavnosti, igranje vlog in igre. Avtorji navajajo, da je smiselna tudi uporaba dnevnika za refleksijo, v katerega bi si študenti zapisovali samooceno vključevanja duhovne oskrbe v kliničnem okolju.

Weathers in sodelavci (2016) pa navajajo, da bi bilo za to smiselno zasnovati tudi programe za zaposlene, ki bi omogočali lažje prepoznavanje duhovnih potreb pacientov. Bone in drugi (2018) predlagajo ustanovitev oddelka, kjer bi se študenti zdravstvenih ved

in medicinske sestre, ki so komaj začele z delom, srečevali s pacienti in izobraževali o duhovni oskrbi.

2.5.1 Omejitve raziskave

Menimo, da smo ob uporabi ključnih besed pridobili preobsežno število zadetkov, zato je bilo treba omejiti iskalna merila. Opazili smo tudi, da je manjše število zadetkov v slovenskem jeziku, kar daje manjši in manj kakovosten vpogled v stanje na slovenskem področju. Med samim iskanjem literature smo zaznali tudi premajhno število znanstvenih in strokovnih člankov v polnem besedilu, saj jih je veliko število plačljivih.

2.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Menimo, da je obravnavana tema diplomskega dela aktualna, ker se vse bolj srečujemo z migracijami prebivalstva in z njihovimi življenjskimi potrebami. V samo definiranje zdravja je vključeno dobro fizično, psihično, duševno in duhovno zdravje. V zagotavljanje duhovnega zdravja pa spada duhovna oskrba. Tema je v zdravstvu dobro prepoznana, vendar dostikrat narobe ali napačno razumljena.

Velik prispevek k nadaljnjemu delu bi predstavljalo dobro definiranje duhovne oskrbe. Tudi vloga medicinskih sester in drugih vključenih v interdisciplinarnem timu v odnosu do duhovne oskrbe bi bilo smiselno bolj natančno definirati. Potrebna je tudi večja integracija izobraževanja v visokošolske zavode/fakultete ter v izobraževanja zaposlenih. Menimo, da je s tem namenom treba nadaljnje raziskovati temo diplomskega dela, saj se medicinske sestre z obravnavano situacijo srečujejo vsakodnevno.

3 ZAKLJUČEK

Diplomsko delo, ki je temeljilo na pregledu literature, nam je podalo odgovore na raziskovalna vprašanja in cilje diplomskega dela. Predstavili smo opredelitev duhovne oskrbe in kakšen odnos imajo medicinske sestre do nje. Zanimalo nas je tudi, kako medicinske sestre prepoznajo vidike in potrebe duhovne oskrbe pri oskrbi pacientov.

Po pregledu definicij duhovne oskrbe smo ugotovili, da si jo lahko vsak razlaga drugače. Vsem definicijam pa je skupno mnenje, da je to področje v razvoju. Področje, kjer ni natančne definicije in smernic, ki bi jih lahko upoštevali pri opredeljevanju in zagotavljanju v kliničnih praksi. Predstavlja iskanje smisla in namena ter kot vzporednica med posameznikom, ki izrazi željo, in institucijo, v kateri je ta oseba. S takšnimi potrebami se medicinske sestre največkrat srečujejo pri pacientih v paliativni in onkološki zdravstveni negi.

Pogled pacientov je povezan z različnimi potrebami glede na zdravstveno stanje. Duhovne potrebe se pri prepoznavanju kažejo kot potrebe po iskanju upanja, dostojanstva in moči. Predstavljajo pa lahko tudi potrebo po povezavi z religijo in duhovnikom. S strani medicinskih sester pa je prepogosto zaznana le kot izražanje verskih prepričanj, čeprav se zavedajo njene pomembnosti.

Če želijo medicinske sestre izvajati kakovostno duhovno oskrbo, morajo dobro razumeti koncept duhovnosti in duhovne oskrbe. Pregled literature je pokazal, da jo medicinske sestre vključujejo v temeljne vidike zdravstvene nege, vendar jo v kliničnem okolju prepogosto slabo zaznajo zaradi pomanjkanja časa. Manjka jim podpora organizacijske kulture. Pogosto navajajo, da se v timu, kjer delujejo, konkretno ne pogovarjajo o duhovni oskrbi. Zaznavajo tudi premalo časa za prepoznavo duhovne oskrbe. Delo pa postaja vse manj osebno, povezano z izpolnjevanjem dokumentacij in večjim doseganjem intervencij s tehničnega vidika.

Medicinskim sestram za nudenje ustrezne duhovne oskrbe primanjkuje znanja in informacij. Raziskave so pokazale, da vpliva tudi izobraženost medicinskih sester, saj je

upoštevanje in zaznavanje večje pri medicinskih sestrah, ki so opravile visokošolski program, kar si lahko razlagamo, da so preko študija prejele več informacij o duhovni oskrbi.

Za doseganje duhovno-kompetentne zdravstvene nege je treba izpeljati več raziskav na tem področju, ki bi jih lahko med seboj primerjali. Treba bi bilo razviti več smernic in priporočil, ki bi bila v usmeritev in pomoč medicinskim sestram pri nudenju ustrezne in kakovostne duhovne oskrbe.

Če želimo doseči učinkovito zdravstveno obravnavo, morajo zaposleni opravljati svoje delo strokovno in odgovorno. Z dobrimi programi visokošolskih šol/fakultet in strokovnih usposabljanj na delovnem mestu lahko to dosežemo. S tem bodo medicinske sestre bolje prepoznale vse potrebe pacientov in njihovih bližnjih.

4 LITERATURA

Aksoy, M. & Ipek Coban, G., 2017. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), pp. 1136-1147.

Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Duhovne potrebe in duhovna oskrba pacienta: ugotovitev dveh uvodnih študij. *Informatica Medica Slovenica*, 19(1–2), pp. 12-18.

Bailey, M.E., Moran, S. & Graham, M.M., 2009. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1), pp. 42-48.

Bani Melhem, A.G., Zeilani, S.Z., Abed, O., Aljwad, Z.A.I., Shawagfeh, Z.O. & Al-Rahim, R.A., 2016. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), pp. 42-49.

Bennett, V. & Thompson, M.L., 2015. Teaching spirituality to student nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(2), pp. 26-33.

Bone, N., Swinton, M., Hoad, N., Toledo, F. & Cook, D., 2018. Critical Care Nurses' Experiences with Spiritual Care: The Spirit Care. *American Journal of Critical Care*, 27(3), pp. 212-219.

Burkhart, L., Schmidt, L. & Hogan, N., 2011. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), pp. 2463-2472.

Cetinkaya, B., Azak, A. & Sebahat Altundag, D., 2013. Nurses perception of spirituality and spiritual care. *Australian journal of advanced nursing*, 31(1), pp. 5-10.

Chew, W.K.B., Tiew, L.H. & Creedy, D.K., 2016. Acute care nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: an exploratory study in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17–18), pp. 2520-2527.

Cillers, F. & Terblanche, L., 2014. The role of spirituality in coping with the demands of the hospital culture amongst fourth-year nursing students. *International Review of Psychiatry*, 26(3), pp. 279-288.

Dedeli, O. & Karadeniz, G., 2009. An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Agri : Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayin Organidir = The Journal of the Turkish Society of Algology*, 21(2), pp. 45-53.

Ellis, H.K. & Narayanasamy, A., 2009. An investigation into the role of spirituality in nursing. *British Journal of Nursing*, 18(14), pp. 886-890.

Farley, A., 2012. *How to Assess Your Spiritual Needs*. [online] Available at: http://ehow.com/how_8516586_assess-spiritual-needs.html [Accessed 7 July 2019].

Gurdogan, P.E., Kurtb, D., Aksoya, B., Kınıcıa, E. & Şenb, A., 2017. Nurses' perceptions of spiritual care and attitudes toward the principles of dying with dignity: A sample from Turkey. *Death Studies*, 41(3), pp. 180-187.

Hajdinjak, A., Meglič, R., Šušteršič, O. & Zaletel, M., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S., 2017. *Negovalne diagnoze NANDA-International: definicije in klasifikacija 2015–2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Hwa Tien, L., Kwee, J.H., Creedy, D.K. & Chan Fai, M., 2013. Hospice nurses perspectives of spirituality. *Journal of Clinical Nursing*, 22, pp. 2923-2933.

Jackson, D., Doyle, C., Capon, H. & Pringle, E., 2016. Spirituality, spiritual need, and spiritual care in aged care: What the literature says. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 28(4), pp. 33-45.

Karnjuš, I., Ratoša, G. & Babnik, K., 2014. Upoštevanje verskih in duhovnih potreb pacientov v bolnišničnem okolju- pilotna študija. In: T. Štemberger Kolnik & D. Ravnik, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju – 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov z recenzijo. Izola, 31. januar 2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 199-208.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014, Uradni list Republike Slovenije, št. 52/2014.

Koopsen, C. & Young, C., 2009. Spirituality and the healing process. In: E. Ekle, ed. *Integrative health: A Holistic Approach for Health Professionals*. Sudbury: Jones and Bartlett publishers, pp. 41-60.

Kostak, M. & Celikkalp, U., 2016. Nurses and Midwives Opinions about Spirituality and Spiritual Care. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), pp. 975-984.

Labrague, L.J., McEnroe-Petitte, D.M., Achaso, R.H., Cachero, G.S. & Mohammad, M.R.A., 2016. Filipino Nurses' Spirituality and Provision of Spiritual Nursing Care. *Clinical Nursing Research*, 25(6), pp. 607-625.

Maphosa, S., 2017a. The role of Spirituality in Nursing Part 2. *Nursing Update*, 42(2), pp. 40-41.

Maphosa, S., 2017b. The role of spirituality in work of nurses. *Nursing Update*, 41(2), pp. 32-33.

Martins, H., Romeiro, J. & Caldeira, S., 2017. Spirituality in Nursing: An Overview of Research Methods, *Religions*, 8(10), pp. 226-238.

McBrien, B., 2010. Emergency nurses' provision of spiritual care: a literature review. *British Journal of Nursing*, 19(12), pp. 768-773.

McSherry, W., Draper, P. & Kendrick, D., 2002. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), pp. 723-734.

McSherry, W. & Jamieson, S., 2011. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11–12), pp. 1757-1767.

Mihelič Zajec, A., Karnjuš, I., Babnik, K., Klun, B. & Štrancar, K., 2020. Splošna priporočila za duhovno oskrbo v zdravstveni negi. In: M. Ažman, ed. *Splošna priporočila za duhovno oskrbo v zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babetne nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 9-15.

Montanič Starc, T., 2017. *Znanje, prepričanja in stališča zaposlenih v zdravstveni negi do duhovnosti in duhovne oskrbe pacientov: magistrska naloga*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Montanič Starc, T., Karnjuš, I. & Babnik, K., 2019. Stališča do duhovnosti in duhovne oskrbe med zaposlenimi v zdravstveni negi v bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), pp. 31-48.

Moraes da Silva, O.E., Andrade Abdala, G., Almeida Silva, I. & Dias Meira, M. D., 2015. Spiritual Care in Nursing Practice: Nurses' Perception. *Journal of Nursing*, 9(8), pp. 8817-8823.

Muckle, R.T., 2013. Spiritual care needs. *Nursing Standard*, 27(29), p. 59.

Nardi, D. & Rooda, L., 2011. Spiritually-based nursing practice by nursing students: an exploratory study. *Journal of Professional Nursing*, 27(4), pp. 255-263.

Noble, A. & Jones, C., 2010. Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(11), pp. 565-569.

Novak, M., 2009. Duhovna skrb za pacienta v paliativni oskrbi. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo: zbornik predavanj. Ljubljana, 23. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp.74–81.

Oliveira, A.M.M., Limeira Lopes M.M., Braz Evangelista, C., Lima Gouveia, E.M, Geraldo da Costa, S.F. & Marques Pereira de Melo Alves, A., 2012. The Spiritual Dimension of Care in Nursing Practice: Student's Opinion. *Journal of Nursing*, 6(9), pp. 2037-2044.

Pavlič, J., 2017. *Vpliv na izvajanje duhovno kompetentne zdravstvene nege: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Piderman, K.M, Kung, S., Jenkins, S.M., Eurl, T.T., Yoder, J.T., Kwete, G.M. & Lapid, I.M., 2015. Respecting the Spritual Side of Advenced Cancer Care: a sistematic review. *Current Oncology Reports*, 17(6), pp. 2-9.

Pike, J., 2011. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006–10. *British Journal of Nursing*, 20(12), pp. 744-749.

Polit, D.F. & Beck, T.C., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Porić, E., 2014. Duhovnost je njen način življenja. *Duhovnost žensk na Slovenskem*, 19, pp. 159-166.

Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A., 2014. Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, 61, pp. 211-219.

Richardson, P., 2014. Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), pp.150-159.

Rogers, M. & Wattis, J., 2015. Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(39), pp. 51-57.

Rodica, A., 2013. *Stališče zaposlenih v zdravstveni negi do verskih duhovnih potreb pacientov: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Rushton, L., 2014. What are the barriers to spiritual care in a hospital setting?. *British Journal of Nursing*, 23(7), pp. 370-374.

Shukla, D. & Shukla, K., 2016. Spiritual health- definition and applications in clinical care. *Indian Academy of Clinical Medicine*, 17(1), pp. 6-7.

Slovenska akademija za znanost in umetnost in Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, 2014. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Šolar, B. & Mihelič Zajec, A., 2007. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), pp. 137-146.

Štrancar, K., 2009. Spoprijemanje z neozdravljivo boleznijo. *Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja*, pp. 71-79.

Štrancar, K., 2014. Duhovna razsežnost paliativne oskrbe v dialogu s Heideggerjevo in Levinasovo eksistencialno mislijo. *Bogoslovni vestnik*, 74(1), pp. 129-139.

Štrancar, K. & Mihelič Zajc, A., 2019. Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), pp. 232-242.

Tan, M., Ozdelikara, A. & Polat, H., 2018. An Exploratory Study of Spirituality and Spiritual Care among Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), pp. 1311-1318.

Taylor, C., 2012. Rethinking Hopelessness and the Role of Spiritual Care When Cure Is No Longer an Option. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(4), pp. 626-630.

Toman, B., 2012. *Razumevanje in pomen duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Ustava Republike Slovenije (URS), 1991. Uradni list Republike Slovenije št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99 in 75/16 – UZ70a.

Van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Middel, B., Post, D. & Jochemsen, H., 2009. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 18(20), pp. 285-286.

Van Leeuwen, R. & Schep-Akkerman, A., 2015. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands. *Religions*, 6(4), pp. 1346-1357.

Visser, A., Garssen, B. & Vingerhoets, A., 2010. Spirituality and well-being in cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, 19, pp. 565-572.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Wynne, L., 2013. Spiritual care at the end of life. *Nursing standard*, 28(2), pp. 41-42.

Weathers, E., McCarthy, G. & Coffey, A., 2016. Concept Analysis of Spirituality: An Evolution Approach. *Nursing Forum*, 51(2), pp. 76-96.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15/08 in 55/17.

Zakon o verski svobodi (ZVS), 2007. Uradni list Republike Slovenije, št. 14/07, 46/10 – odl. US, 40/12 – ZUJF in 100/13.

Zakšek, T., 2010. Spiritualnost v zdravstveni negi in babištvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(4), pp. 263-267.

Žerdin, E., 2016. Duhovno potovanje ob umirajočem, *Vzgoja*, 71, pp. 11-13.