



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

DUHOVNOST V ZDRAVSTVENI NEGI – PREGLED LITERATURE

SPIRITUALITY IN NURSING – A LITERATURE REVIEW

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Renata Perč

Jesenice, oktober, 2025

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici doc. dr. Katji Pesjak za vso strokovno pomoč, potrpežljivost in nasvete pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se recenzentki diplomskega dela Marjani Bernot, viš. pred., za recenzijo in strokovni pregled diplomskega dela.

Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem Nini Balažek mag. angl. in mag. prof. slov.

Posebej se zahvaljujem svoji družini, ki mi je študij omogočila in mi ves čas stala ob strani. Iskrena hvala tudi prijateljem za vse spodbudne besede, motivacijo in nepozabne trenutke. Na koncu se posebej zahvaljujem tudi fantu za vso pomoč, lepe besede, nasmeh in neizmerno razumevanje.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Poleg skrbi za telesno in čustveno dobrobit pacientov je ena od vlog zdravstvenih delavcev tudi skrb za duhovno oskrbo pacientov. Slednje je še posebej pomembno pri obravnavi pacientov z neozdravljivo boleznijo. Cilj zdravstvene obravnave je zagotoviti kakovost življenja pacientom, njihovim bližnjim in negovalcem. Eden od temeljev obravnave je tudi duhovna oskrba, ki ima veliko pozitivnih vplivov na telesno in psihično stanje pacientov.

Cilji: V raziskavi smo pregledali različne znanstvene in strokovne članke, ki obravnavajo pomen duhovnosti za zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi in obravnavali, kako zdravstveni delavci zaznavajo duhovno oskrbo pri pacientih.

Metoda: Uporabili smo metodo pregleda strokovne in znanstvene literature. Literaturo smo iskali v spletnih podatkovnih bazah, kot so CINAHL, Google učenjak in PubMed, kjer so predstavljeni recenzirani strokovni in znanstveni članki na izbrano temo. Iskali smo pod naslednjimi ključnimi besedami v angleškem jeziku, in sicer spiritual care, spirituality nursing, influence spirituality in healthcare, patients and spirituality. Izključitveni kriteriji, ki smo jih določili, so bili: članki, ki so bili objavljeni med letoma 2014 in 2024, so bili recenzirani, so imeli dostopno celotno besedilo.

Rezultati: V PRISMA diagram smo vključili začetnih 80.111 člankov, od katerih je bilo 79.811 izključenih na podlagi naslova, 287 po pregledu izvlečkov, končno pa je bilo v analizo vključenih 13 člankov. Rezultati analize kažejo, da je duhovna oskrba ključna za celotno obravnavo pacientov, vendar je pogosto premalo vključena v izobraževalne programe zdravstvenih delavcev. Med največjimi ovirami za zagotavljanje duhovne oskrbe so pomanjkanje časa in zasebnosti za pogovor s pacienti in njihovimi družinami, občutek nezadostne usposobljenosti zdravstvenih delavcev za začetek pogovora o duhovnih temah in pomanjkanje izobrazbe na tem področju. Prav tako raziskave kažejo, da duhovno oskrba pozitivno vpliva na depresivna, tesnobna in samomorilna stanja, povečuje upanje in druge emocionalne koristi. Pozitivno pa deluje tudi na telesno stanje pacientov.

Razprava: Na podlagi ugotovitev zaključujemo, da je nujno povečati ozaveščenost o pomenu duhovne oskrbe in okrepiti izobraževanje zdravstvenih delavcev na tem področju. Priporoča se razvoj smernic za izvajanje duhovne oskrbe in prilagoditev obstoječih modelov, kot sta C.O.M.F.O.R.T. in T.R.U.S.T., za slovenski zdravstveni sistem.

Ključne besede: paliativna oskrba, duhovna oskrba, zdravstveni delavci, izobraževanje in usposabljanje, dobrobit pacienta

SUMMARY

Theoretical background: In addition to caring for the physical and emotional well-being of patients, one of the roles of healthcare professionals is also to care for the spiritual needs of patients. The latter is especially important when treating patients with an incurable disease. The goal of medical treatment is to ensure the quality of life of patients, their loved ones, and caregivers. One of the foundations of treatment is also spiritual care, which has many positive effects on both the physical and psychological aspects in patients.

Method: A review of professional and scientific literature was conducted. We searched for literature in online databases such as PubMed, CINAHL and Google Scholar, for peer-reviewed professional and scientific articles on the selected topic. The following keywords were in English: “spiritual care”, “spirituality nursing”, “influence spirituality in healthcare”, “patients and spirituality”. Limiting search criteria, included peer-reviewed, full-text articles published between 2014 and 2024.

Results: The PRISMA diagram, included an initial 80,111 articles, of which 79,811 were excluded based on the title, 287 after abstract screening, and a total of 13 articles were included in the analysis. The results show that spiritual care is very important to overall patient care, but is generally under-included in healthcare worker training programs. The most common barriers to ensuring spiritual care are the lack of time and privacy for conversations between the patient and their family, the feeling of insufficient competence of healthcare staff to initiate conversations about spiritual issues, and the lack of adequate training on the subject. In addition, studies show that spiritual care has positive effects on depression, anxiety, and self-compassion, improves hope and provides other emotional benefits. It also has a positive effect on the physical state of patients.

Discussion: From these results, we can conclude that there is a need to raise awareness of spiritual care and increase training for healthcare workers in spiritual care. It would be advisable to develop guidelines for the implementation of spiritual care and to adapt existing models such as C.O.M.F.O.R.T. in T.R.U.S.T. to the Slovenian healthcare system.

Keywords: palliative care, spiritual care, healthcare professionals, training and education, patient well-being

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 RAZLIKOVANJE MED DUHOVNOSTJO IN RELIGIJO	4
1.2 DUHOVNOST V ZDRAVSTVENI NEGI	5
1.2.1 Kompetence medicinskih sester na področju duhovnosti	9
2 EMPIRIČNI DEL	12
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	12
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	12
2.3 PREDVIDENA RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	12
2.3.1 Metode pregleda literature	13
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	13
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	14
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	14
2.4 REZULTATI	16
2.4.1 Tabelarični prikaz rezultatov s ključnimi spoznanji	16
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	17
2.5 RAZPRAVA	21
2.5.1 Omejitve raziskave	26
2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo	26
3 ZAKLJUČEK	28
4 LITERATURA	30

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram	16
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	14
Tabela 2: Razvrstitev člankov glede na hierarhično lestvico.....	15
Tabela 3: Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	17
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	21

SEZNAM KRAJŠAV

C.O.M.F.O.R.T.	Model v zdravstveni negi, ki je sestavljen iz šestih delov (komunikacija, orientacija in možnosti, zavestna komunikacija, družinski oskrbovalci, priložnosti, povezovanje in ekipa).
T.R.U.S.T.	Model v zdravstveni negi, ki vključuje pet različnih tematik (tradicija, sprava, razumevanje, iskanje, učitelji).
FICA	Orodje za duhovno oceno, sestavljeno iz štirih področij: vera ali prepričanja, pomen, skupnost, upoštevanje v zdravstveni oskrbi.
HOPE	Orodje za duhovno oceno duhovnih potreb pacienta, sestavljeno iz štirih področij: <i>H</i> – viri upanja, smisla, tolažbe, moči, miru, ljubezni in povezanosti, <i>O</i> – organizirana religija, <i>P</i> – osebna duhovnost in prakse, <i>E</i> – vpliv na zdravstveno oskrbo in vprašanja ob koncu življenja.

1 UVOD

Na začetku 20. stoletja se je v medicini utrdil pogled, da mora biti zdravstvena oskrba utemeljena izključno na znanstvenih dokazih, pri čemer za religijo in duhovnost ni bilo prostora v klinični praksi. Ta sekularni pristop se je še okrepil z vplivom Flexnerjevega poročila, ki je preoblikovalo medicinsko izobraževanje in postavilo temelje sodobne biomedicine (Wood, 2022; Rattner, 2023).

V drugi polovici 20. stoletja pa so različna civilna gibanja znova spodbudila razprave o povezavi med zdravstveno oskrbo, vero in duhovnostjo. Poudarjali so pomen duhovnih praks in verskih prepričanj pri doživljanju bolečine, iskanju notranjega miru in soočanju z neozdravljivimi boleznimi. Ključno vlogo pri tem je imelo hospic gibanje, katerega ustanoviteljica Dame Cicely Saunders je uvedla pojem »celostne bolečine«, ki združuje telesne, psihološke, socialne in duhovne razsežnosti trpljenja (Wood, 2022; Rattner, 2023).

Od šestdesetih let prejšnjega stoletja naprej se je zanimanje raziskovalcev za povezave med duhovnostjo, religijo in zdravjem postopoma povečevalo, kar je privedlo do številnih empiričnih raziskav na tem področju. V devetdesetih letih so bolnišnice in izobraževalni programi začeli prepoznavati pomen duhovnosti v okviru celostne obravnave pacientov, zlasti v paliativni oskrbi. Posledično se je občutno povečalo število objavljenih raziskav o vlogi duhovnosti v zdravstveni negi in medicini, kar je še danes predmet obsežnih znanstvenih razprav (Murgia, et al., 2022).

Od sredine leta 2010 naprej opažamo znatno povečanje števila znanstvenih publikacij, ki se osredotočajo na vpliv duhovnosti na zdravstvene izide. To kaže na premik k bolj celostnemu pristopu v zdravstveni oskrbi, kjer se upoštevajo telesne, psihološke, socialne in duhovne dimenzije pacientovega doživljanja bolezni (Balboni, et al., 2014; Balboni, et al., 2022).

Pogosto so posamezniki, ki poiščejo pomoč v zdravstvenih ustanovah, obravnavani zgolj z vidika bolezni, ki jo je treba čim hitreje in čim ceneje odpraviti, namesto da bi bili

obravnavani kot celostno človeško bitje s kompleksnimi potrebami, kamor sodi tudi duhovnost. Takšen ozko usmerjen pristop lahko pri pacientih povzroči občutke preobremenjenosti zaradi številnih diagnostičnih postopkov in zdravlil, pri tem pa so prikrajšani za pristno pozornost in sočutje s strani zdravstvenega osebja (Quinn & Connolly, 2023).

Paliativna oskrba je imela ključno vlogo pri prepoznavanju pomena duhovnosti v zdravstveni negi, saj se ukvarja s pacienti, ki se soočajo s težkimi, resnimi in kroničnimi boleznimi. Že leta 2004 je bil v okviru ameriškega Nacionalnega projekta razvit model osmih domen celostne oskrbe, ki vključujejo obravnavo spiritualnih, religijskih in eksistencialnih vprašanj. Kljub temu pa številni zdravstveni delavci še vedno naletijo na težave pri vključevanju duhovne oskrbe v klinično prakso. Kot odziv na te izzive so bili oblikovani različni nacionalni in mednarodni programi ter smernice, ki zdravstvenim delavcem pomagajo pri učinkovitem prepoznavanju in obravnavi duhovnih potreb pacientov kot integralnega dela paliativne oskrbe (Quinn & Connolly, 2023).

Zaradi vedno bolj heterogene verske sestave sodobnih družb je duhovna raznolikost zelo razširjena, zato medicinske sestre pogosto skrbijo za paciente različnih verskih prepričanj. Po podatkih iz literature ljudje, ne glede na to, ali so verni ali ne, izražajo potrebo po duhovni podpori in poročajo o njenih pozitivnih učinkih v okviru zdravstvene oskrbe. Pozornost do duhovne dimenzije oskrbe narašča tudi v izrazito sekularnih okoljih. Zanimanje medicinskih sester za vključevanje duhovne podpore v prakso pa po vsem svetu vse bolj raste (Murgia, et al., 2022).

Številne raziskave so pokazale, da medicinske sestre dosledno prepoznavajo pomen duhovne podpore in cenijo temeljna načela celostnega pristopa ne glede na versko ali kulturno ozadje pacientov (Melhem, et al., 2016; Louise Cooper, et al., 2021). Sodobna profesionalna zdravstvena nega se je oblikovala v okolju, ki je temeljilo na krščanskih vrednotah, pri čemer so bila njena načela pogosto navdahnjena z verskimi prepričanji. Kljub temu pa etični kodeksi strokovnih organizacij in uradna stališča Mednarodnega sveta medicinskih sester poudarjajo, da mora celostna zdravstvena nega odgovoriti na duhovne potrebe vseh pacientov, ne glede na njihovo veroizpoved (Murgia, et al., 2022).

Duhovna dimenzija je v teoriji in raziskovanju zdravstvene nege prisotna že več kot tri desetletja. V tem okviru literatura kaže, da so medicinske sestre proučevale različne vidike duhovnosti. Stephenson in Hebeshy (2018) poudarjata, da bi bilo treba duhovno oskrbo vključiti v načrte zdravstvene nege, obenem pa opozarjata, da medicinske sestre potrebujejo aktualno znanje in usposabljanje na področju različnih oblik duhovnosti.

V sodobni literaturi je mogoče duhovnost zaslediti v okviru treh osnovnih pristopov, in sicer religioznega, sekularnega in celostnega (Ramezani, et al., 2016). Pogosto se pojmuje zelo široko – kot individualna izkušnja ali prepričanje, ki ni nujno povezano z vero oziroma organizirano religijo (Thauvoye, et al., 2020; Murgia, et al., 2020). Na globalni ravni stremijo k temu, da bi bila duhovna podpora sestavni del vloge medicinskih sester (McSherry, et al., 2020). Kljub temu pa v kliničnem okolju pogosto ni jasno, kako naj medicinske sestre duhovno dimenzijo pacientove oskrbe praktično vključijo – zlasti v okoljih, kjer prevladujeta sekularna miselnost in verska raznolikost (Janzen, et al., 2019; Reimer-Kirkham, 2019; Liefbroer, et al., 2019).

Čeprav se pomen duhovne oskrbe pogosto poudarja predvsem v paliativni in onkološki zdravstveni negi, je njena prisotnost na drugih kliničnih področjih še vedno omejena ali zapostavljena. V praksi medicinske sestre pogosto ne naslavljajo duhovnih potreb pacientov, kar je lahko posledica časovne stiske ali občutka, da za to nimajo ustreznega znanja in kompetenc. V določenih kulturnih okoljih so za duhovno podporo v bolnišnicah najpogostejše zadolženi duhovniki, kaplani, pastirji in drugi izurjeni svetovalci s področja duhovnosti. Kljub temu pomembno vlogo pri zagotavljanju tovrstne podpore pogosto prevzemajo tudi drugi zdravstveni delavci, kot so medicinske sestre, psihologi, zdravniki in strokovnjaki za rehabilitacijo, četudi njihova vloga na tem področju ni vedno formalno prepoznana ali sistematično vključena v klinično obravnavo (Murgia, et al., 2022).

Definicije duhovnosti se med avtorji razlikujejo, ključnega pomena je torej prepoznati njeno pomembnost za celostno oskrbo pacientov (Babnik & Karnjuš, 2014). V zdravstvu se pogosto srečujemo s pojmi, povezanimi z duhovnostjo, saj je duhovna dobrobit pomemben dejavnik celostnega zdravja posameznika. Razumevanje teh pojmov nam pomaga bolje razumeti in podpreti pacienta v njihovem zdravstvenem procesu.

Duhovnost lahko ima ključno vlogo pri spoprijemanju s težavami, iskanju smisla in ohranjanju pozitivne naravnosti, kar vpliva na celo telo in duha (Babnik & Karnjuš, 2014), pogosto doprinese k boljšemu telesnemu in duševnemu zdravju in pomaga pri spopadanju z boleznijo, zato je pomembno, da posamezniku omogočimo zadovoljevanje njegovih duhovnih potreb (Gosenca, et al., 2016).

Duhovnost je neločljiv del človeka, ki prispeva k zavesti, življenjskemu smislu in etiki. Vsak posameznik jo razume in izraža na svoj način, vendar ni človeka brez duhovnosti (Porić, 2014). Prepoznavanje in spoštovanje raznolikosti med pacienti je temelj učinkovite duhovne oskrbe (Kraljić, 2016). Medicinske sestre morajo prepoznati pomembnost duhovnosti in jo vključiti v celostno zdravstveno nego, s čimer prispevajo k boljši oskrbi in splošnemu dobremu počutju pacientov (Kraljić, 2016).

1.1 RAZLIKOVANJE MED DUHOVNOSTJO IN RELIGIJO

Religija in duhovnost sta kompleksna pojma, ki ju ni mogoče enoznačno opredeliti, saj lahko izvirata iz različnih dejavnikov in imata različne pomene za posameznike (Kraljić, 2016). Kljub temu pa lahko izpostavimo nekatere temeljne razlike med njima. Religija je običajno povezana z organiziranim sistemom verovanja (določene doktrine, institucije in hierarhija), zunanjo manifestacijo vere (obiski cerkva, molitve in obredi) ter pogosto postavlja okvir in določa objekte, kraje, knjige ali časovne dogodke kot svete (Cervelin & Kruse, 2014). Po drugi stani pa imamo duhovnost, ki je lahko bolj osebna in individualna izkušnja, izraža se skozi notranje procese (meditacija) in je odprta za različne interpretacije. Te razlike niso vedno popolnoma ločene in obstajajo lahko prekrivanja med religijo in duhovnostjo, saj se posameznikova izkušnja verovanja in duhovnosti razlikuje glede na kontekst, kulturo, osebne izkušnje in druge dejavnike (Kraljić, 2016). Treba je poudariti, da globina religioznosti ali duhovnosti pomembno vpliva na posameznikovo sposobnost soočanja s stresom, saj zagotavlja socialne, psihološke in duhovne vire, ki krepijo odpornost in samozavest (Pate, 2016).

Duhovnost in religija imata ključno vlogo pri spoprijemanju z boleznijo, saj dobro duhovno počutje preprečuje brezup, depresijo, potrtnost in željo po čimprejšnji smrti. Prav

tako pa nudita okvir, znotraj katerega lahko pacienti najdejo odgovore in tolažbo (Štrancar, 2014). Gosenca s sodelavci (2016) poudari pomembnost duhovnosti v vseh fazah zdravstvene oskrbe, ne le ob težkih boleznih ali ob bližajoči se smrti.

1.2 DUHOVNOST V ZDRAVSTVENI NEGI

Kulturna in identitetna dinamika se po svetu nenehno razvija, kar vpliva na področje zdravstvene nege. Zdravstveni delavci morajo prepoznati in upoštevati raznolikost kulturnih ozadij in identitet – vključno z jezikom, veroizpovedjo in duhovnostjo. Te razlike se lahko izražajo na različnih ravneh, in sicer na zdravstvenih sistemih in institucijah, izobraževanjih zdravstvenega kadra, modelih klinične obravnave in komunikacije s pacienti. Razvijanje in krepitev kulturnih kompetenc omogoča izvajanje storitev, ki so bolj spoštljive in odzivne na potrebe raznolikih pacientov, kar pomembno prispeva k zmanjšanju neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev ter k pravičnejši in bolj celostni obravnavi pacientov (Isaac, et al., 2016).

V sodobnem zdravstvenem varstvu postaja duhovna dimenzija pacientovega življenja vedno bolj prepoznana kot pomemben dejavnik pri oblikovanju celostne, kulturno občutljive obravnave. Prav tako se v kodeksu etike v zdravstveni oskrbi v Sloveniji navaja, da »pacientu skladno z njegovimi potrebami nudimo duhovno oskrbo v okviru zmožnosti in kompetenc«. V kodeksu je tudi napisano, da »pri obravnavi upoštevamo njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštujemo njegovo voljo, kulturno ozadje, vrednote in prepričanja« (Uradni list Republike Slovenije, 2024).

V primarnem zdravstvu, torej na prvi stopnji zdravstvene oskrbe, so duhovne potrebe pacientov pogosto spregledane, vendar pa vse več raziskav po letu 2018 poudarja, da vključitev duhovne oskrbe pomembno vpliva na pacientovo vedenje, sodelovanje z zdravstvenim sistemom in splošno počutje. V okviru pilotne intervencije, kjer je bil v primarni ambulanti uveden program duhovne oskrbe, so pacienti in duhovniki poročali, da se je povečalo zaupanje do izvajalcev, povečala se je motivacija za zdrav življenjski slog in izboljšalo se je spoprijemanje s kroničnimi boleznimi (Sadras, et al., 2024).

Pregled modelov integrirane duhovne oskrbe v primarni oskrbi – na primer širitev McCordovega pristopa – kaže, da vključevanje duhovne anamneze, odnosa celostne osebe in timskega pristopa izboljšuje pacientovo doživljanje oskrbe (Cooper, 2022).

Vključevanje duhovnosti v primarno zdravstveno nego ne pomeni zgolj prepoznavanja osebnih prepričanj pacientov, temveč tudi razvoj kulturno ustreznih intervencij, ki spodbujajo zdrav življenjski slog in preventivo. Zdravstveni delavci lahko skozi odprt in empatičen dialog s pacienti raziskujejo, kako njihova duhovna prepričanja—bodisi spodbudna bodisi zaviralna—vplivajo na sprejemanje zdravljenja.

Fatalistična prepričanja, ki pravijo, da je zdravje vnaprej določeno in izven človekove kontrole (npr. »usoda«, »Bog«), so povezana s pasivnim pristopom k preprečevanju bolezni. Hkrati raziskave iz Izraela 2023 kažejo, da fatalizem ni enoznačen, saj pri nekaterih posameznikih prispeva k pasivnosti, pri drugih pa deluje kot močan element strategije spoprijemanja, kar vpliva na preventivne in diagnostične prakse (Rosenfeld, et al., 2023). Širša analiza podatkov iz 34 držav razkriva, da je vpliv fatalističnih prepričanj na zadovoljstvo z življenjem odvisen od stopnje religioznosti posameznika in kulture. V bolj religioznih okoljih fatalizem ne zmanjšuje življenjskega zadovoljstva, kar kaže, da je njegov učinek vezan na kontekst in kulturne norme (Joshnloo, 2022).

Proučevanje povezave med prepričanjem, da Bog nadzoruje zdravje (angl. *God Locus of Health Control* (GLHC)), in zdravstvenimi vedenji kaže, da je GLHC v osnovni analizi povezan z nekaterimi vedenji, kot sta manjša poraba alkohola in večja telesna dejavnost, vendar te povezave izginejo, ko upoštevamo druge dejavnike (npr. starost, izobrazba, pomen vere). Pomembnost religije se je izkazala za bolj zanesljiv napovedovalec zdravih vedenj kot GLHC. Posamezniki z visokim GLHC so bili bolj zaskrbljeni glede tveganja za bolezni, a to ni nujno vodilo k bolj zdravemu življenju. Zdi se, da vera lahko pozitivno vpliva na zdravje, vendar predvsem preko širših religioznih pomenov in notranjega občutka nadzora nad zdravjem, ne pa zgolj zaradi prepričanja, da je zdravje v božjih rokah (Karvinen & Carr, 2014).

V zadnjem desetletju je duhovna oskrba postala pomemben del celostne, na pacienta usmerjene obravnave, zlasti v nemško govorečih državah, kjer se krepi zanimanje za vključevanje spiritualnosti v klinično prakso. Izobraževalni programi, ki so bili sprva vezani na paliativno oskrbo, se zdaj širijo tudi na druga področja, kot so onkologija, intenzivna medicina, psihiatrija in pediatrija. To zahteva jasne cilje, kompetence in ustrezne didaktične in evalvacijske metode. Definicija paliativne oskrbe Svetovne zdravstvene organizacije, ki vključuje biopsihosocialno-duhovni model, krepi pomen duhovne oskrbe tudi zunaj paliativnega konteksta. Ponuja priložnost duhovnim oskrbnikom, da okrepijo svojo vlogo v multidisciplinarnih timih in prispevajo h kakovosti oskrbe ter organizacijski kulturi. Vključevanje spiritualnosti je večdisciplinarno in vključuje tudi zdravstveno nego, psihologijo in socialno delo. Čeprav pacienti cenijo pozornost do duhovnih potreb, ostaja izvajanje te oskrbe redko, in sicer mnogokrat zaradi pomanjkanja usposabljanja (Paal, et al., 2014; Geer, et al., 2018).

Lastna verska ali duhovna prepričanja zdravstvenega osebja lahko dodatno vplivajo na njihovo udobje pri odpiranju teh tem – še posebej v primerih, ko se ta prepričanja razlikujejo od pacientovih prepričanj ali pa zdravstveni delavec ni sam duhovno naravnan. Obstaja tudi bojazen, da bi razprave o duhovnosti lahko ogrozile odnos zaupanja med pacientom in izvajalcem zdravstvene nege (Balboni, et al., 2014).

Kljub tem izzivom številni dokazi kažejo, da si pacienti želijo pogovorov o duhovnih vprašanjih, predvsem v povezavi z doživljanjem bolezni, eksistencialnimi stiskami ali težkimi odločitvami glede zdravljenja, zato celostna oskrba, ki vključuje tudi duhovno dimenzijo, ne bi smela biti prezrta (Steinhorn, et al., 2017).

Ena izmed konkretnih možnosti za vključevanje duhovnega vidika v prakso je uporaba t. i. duhovne anamneze. Opravljanje takšnega pogovora omogoča pacientu, da začuti, da zdravstveni delavec upošteva njegovo celotno izkušnjo bolezni. V določenih primerih ima lahko že anamneza terapevtski učinek. Raziskovalci zato priporočajo, da se duhovna anamneza opravi ob začetku obravnave z novim pacientom, s ciljem razumevanja njegovega verskega ozadja, duhovnih virov moči in morebitnih prepričanj, ki bi lahko vplivala na zdravljenje (Mächler, et al., 2022).

Na voljo je več preverjenih orodij za izvajanje duhovne anamneze, med njimi FICA (angl. *Faith, Importance, Community, Address*) (Williams, et al., 2016) in HOPE (angl. *H – Sources of Hope, O – Organized religion, P – Personal spirituality and practices, and E – Effects on medical care and end-of-life decisions*) (Whitehead, et al., 2022), ki sta bila razvita za uporabo v osnovnem zdravstvu. Ta orodja omogočajo strukturiran pristop k pogovoru o duhovnosti, ne da bi obremenila rutinsko klinično prakso.

Ker zdravstveni delavci običajno niso strokovnjaki za duhovno svetovanje, številni avtorji predlagajo, da paciente z izraženimi duhovnimi potrebami napotijo k ustreznimi oblikam pastoralne ali duhovne oskrbe. V bolnišničnem okolju to vlogo najpogosteje prevzemajo kaplani, ki pacientom ne nudijo le duhovne podpore, temveč tudi sodelujejo pri programih za ozaveščanje o pomenu skrbi za zdravje znotraj določenih verskih skupnosti. V ambulantnih ali primarnih zdravstvenih okoljih, kjer prisotnost kaplanov ni stalna, bi bilo smiselno poiskati druge načine povezovanja in celostnega pristopa k oskrbi (Taylor & Li, 2020; Teoli, et al., 2023). Kaplani lahko nudijo strokovno podporo, povezujejo duhovna načela z zdravjem in razvijajo programe, prilagojene specifičnim verskim ali kulturnim skupnostim. Njihova vloga je še posebej pomembna v obravnavi bolečine in trpljenja, saj lahko s pomočjo potrjenih duhovnih ocenjevalnih orodij, kot so FICA, FACT, SPIRIT, SNAP ali Mor-VAST, zajamejo dimenzije, ki jih številčne lestvice ne morejo opisati. Zdravstveni timi, zlasti medicinske sestre, lahko pomembno prispevajo k obravnavi duhovnega trpljenja, če kaplane aktivno vključijo že v zgodnjih fazah obravnave bolezni. To zahteva interdisciplinarno sodelovanje in razumevanje kompetenc kaplanov ter njihove vloge v procesu celostne oskrbe. Znanje o njihovi izobrazbi in certifikaciji lahko okrepi zaupanje in učinkovitost takšnega sodelovanja. V ambulantnih okoljih, kjer kaplani pogosto niso na voljo, pa je smiselno razvijati alternativne modele integrirane in sodelovalne oskrbe, ki vključujejo duhovno razsežnost zdravljenja (Evans, et al., 2024).

Zdravstveni delavci pogosto navajajo ovire za vključevanje duhovnih tem v klinično obravnavo, kot so pomanjkanje časa, nejasnost, kateri pacienti bi si želeli takšnih pogovorov, strah pred neprimernim poseganjem v osebna prepričanja ali občutek, da to področje presega njihove strokovne pristojnosti. Zaskrbljenost je upravičena, zlasti v

primerih, ko se duhovna praksa (npr. molitev s pacienti) izvaja brez soglasja, kar lahko pomeni prestop profesionalnih meja (Lutz, et al., 2018).

Kljub vsemu pa naraščajoče število raziskav poudarja, da je odprta, spoštljiva in pacientu prilagojena obravnava duhovnih vprašanj lahko pomemben vir opore in motivacije za aktivno sodelovanje v zdravljenju. Pozitivna sporočila, ki temeljijo na duhovnih načelih – kot je ideja, da je telo »tempelj«, vredno skrbi – lahko podprejo pacientovo odločitev za spremembo življenjskega sloga, sodelovanje v preventivnih programih ali upoštevanje terapije. Poleg tega zdravstveni delavci, ki prepoznajo in razumejo duhovne strategije spoprijemanja, kot je notranji občutek nadzora ali smisla, lahko svoje paciente učinkoviteje podprejo pri soočanju z boleznijo (Holt, et al., 2014; Lutz, et al., 2018).

Vključevanje duhovnosti v klinično prakso za zdravstvene delavce predstavlja zahtevno nalogo. Posledično se zdravstveni delavci pogosto počutijo neustrezno usposobljeni za tovrstne pogovore. Poleg tega lahko zaradi lastnega duhovnega ozadja doživljajo nelagodje, zlasti če imajo drugačna prepričanja kot pacienti ali pa duhovnosti sploh ne pripisujejo pomena. Prisotna je tudi bojazen, da bi takšni pogovori lahko ogrozili zaupanje med pacientom in zdravstvenim delavcem. Zdravstveni delavci pogosto navajajo tudi druge ovire, kot so pomanjkanje časa, težave pri prepoznavanju pacientov, ki želijo govoriti o duhovnosti, strah, da bi jih nehote užalili, in prepričanje, da duhovna vprašanja niso v njihovi pristojnosti. Ta zadržanost je upravičena, saj nekatere prakse, kot je molitev s pacienti, lahko pomenijo prestop profesionalnih meja. Kljub tem pomislekom raziskave kažejo, da si številni pacienti želijo pogovorov o duhovnih vprašanjih, še posebej v kontekstu bolezni, spoprijemanja s težkimi diagnozami in sprejemanja odločitev (Lutz, et al., 2018; Khezri, et al., 2022).

1.2.1 Kompetence medicinskih sester na področju duhovnosti

Kompetentnost medicinskih sester v duhovni oskrbi lahko bistveno prispeva k učinkovitemu ocenjevanju in izvajanju duhovne oskrbe ter izboljšanju splošne kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov. S tem ko medicinske sestre razvijajo svoje sposobnosti na tem področju, lahko zagotavljajo celovito in holistično obravnavo, ki upošteva vse vidike

pacientovega zdravja. Gre za sposobnost medicinskih sester, da, ocenijo duhovne potrebe pacientov, kar vključuje razumevanje in prepoznavanje duhovnih potreb posameznikov ter občutljivost za njihove osebne, kulturne in verske vrednote ter prepričanja. Zagotoviti morajo ustrezne intervencije (Chen, et al., 2020).

Negovalne diagnoze so osnova za oblikovanje učinkovitih načrtov oskrbe. Na podlagi temeljite negovalne ocene se lahko medicinske sestre, odločijo za ustrezne intervencije, kar omogoča celostno in individualizirano obravnavo pacienta (Mihelič Zajec, et al., 2020). To lahko vključuje pogovore, podporo v duhovnih praksah ali povezovanje pacientov z ustreznimi verskimi in duhovnimi voditelji ter sodelovanje v multidisciplinarnem timu. Učinkovita duhovna oskrba zahteva sodelovanje z drugimi strokovnjaki, kot so zdravniki, psihologi in socialni delavci, da bi zagotovili celostno obravnavo pacienta (Chen, et al., 2020).

Samozavedanje in samozavest sta ključna elementa za izboljšanje duhovne oskrbe v zdravstvenem varstvu. Usposabljanje medicinskih sester na področju lastne duhovnosti ne povečuje zgolj njihove kompetence na tem področju, temveč prispeva tudi k boljši celostni oskrbi pacientov (Pinto & Pinto, 2020). Z razvojem kompetentnosti za duhovno oskrbo ter stalnim izobraževanjem in usposabljanjem imajo lahko medicinske sestre ključno vlogo pri izboljšanju splošne kakovosti zdravstvene oskrbe. To ne prispeva le k boljšim zdravstvenim izidom, temveč tudi k večjemu zadovoljstvu pacientov in njihovih družin, kar je bistvenega pomena za uspešno zdravstveno oskrbo (Chen, et al., 2020). Ustrezna psihološka oskrba je bistvenega pomena za ustvarjanje občutka varnosti in zaupanja pri pacientih. Zdravstveni delavci, ki nudijo tovrstno oskrbo, pacientom omogočajo, da se počutijo podprte in varne, kar pozitivno vpliva na njihovo zdravje in splošno dobro počutje. Celostni pristop, ki vključuje komunikacijo, empatijo, izobraževanje in podporne storitve, je ključ do uspešne psihološke oskrbe (Bagnasco, et al., 2020). Ko medicinska sestra prepozna, da nima dovolj kompetenc za obravnavo duhovnih potreb pacienta, je pomembno, da o teh težavah pravočasno poroča in se posvetuje z ustreznimi strokovnjaki (Mihelič Zajec, et al., 2020). V zdravstvenem okolju je razumevanje in spoštovanje raznolikosti ključnega pomena za učinkovito delovanje in

kakovost oskrbe. Kulturna kompetenca se ne nanaša le na delo s pacienti, temveč tudi na odnos do sodelavcev in kolegov (Gosenca, et al., 2016).

Poznavanje koncepta duhovnosti na področju zdravstvene nege je pomemben del kakovostne obravnave pacientov, zato smo se odločili, da v našem diplomskem delu raziščemo omenjeno področje in predstavimo vsebino, ki bo koristila vsem zainteresiranim bralcem.

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo temelji na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature v slovenskem in tujem jeziku. Zastavili smo si cilje, ki smo jih hoteli doseči in na podlagi tega oblikovali raziskovalna vprašanja.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil na podlagi znanstvene in strokovne literature na področju duhovnosti v zdravstveni negi raziskati razumevanje pomena duhovnosti za zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi in zaznavo duhovne oskrbe pacientov s strani zdravstvenih delavcev.

Cilj diplomskega dela je:

- razumevanje pomena duhovnosti za zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi;
- ugotavljanje zaznave duhovne oskrbe pri pacientih s strani zdravstvenih delavcev.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Po pregledu tuje in domače literature, ki se nanaša na duhovnost v zdravstveni negi, smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen pomen ima duhovnost za zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi?

Raziskovalno vprašanje 2: Kako zdravstveni delavci zaznavajo duhovno oskrbo pacienta?

2.3 PREDVIDENA RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo je temeljilo pregledu tuje in slovenske strokovne ter znanstvene literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje vsebinsko ustrezne literature smo uporabili raziskovalni dizajn pregleda znanstvene in strokovne literature v angleškem in slovenskem jeziku na podlagi obravnavane teme. Literaturo smo iskali v spletnih podatkovnih bazah, kot so CINAHL, Google učenjak in PubMed, kjer so predstavljeni recenzirani strokovni in znanstveni članki na izbrano temo. Iskali smo pod naslednjimi ključnimi besedami v angleškem jeziku, in sicer spiritual care, spirituality nursing, influence spirituality in healthcare, patients and spirituality. Zaradi obsežnih pridobljenih podatkov smo se pri iskanju literature opredelili na obdobje med letoma 2014 in 2024, na dostopnost recenziranih člankov v celotnem besedilu in na brezplačno razpoložljivost celotne vsebine članka v angleškem jeziku. V pregled smo vključili literaturo, ki je v naslovu in izvillečku ustrezala vsebini diplomskega dela in postavljenim ciljem. V strokovnih podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in brskalniku Google učenjak smo raziskave iskali s pomočjo Boolovih operaterjev, kot sta »AND« in »OR«.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Pridobljeno tujo literaturo smo uporabili kot pregled literature, ki temelji na zanesljivosti virov in analize ugotovitev raziskav, vključenih v pregled literature. Ob upoštevanju vseh vključitvenih in izključitvenih kriterijev za uvrstitev članka v nadaljnjo analizo smo izbrali vsebinsko ustrezne, aktualne in recenzirane članke, ki so dostopni v celotnem besedilu. Iz vseh podatkovnih baz smo dobili skupno 80.111 zadetkov, med katerimi smo izbrali 40 člankov, ki so vsebinsko ustrezali in so vključevali vprašanja, ki smo jih zastavili v diplomskem delu. Izključili smo članke, ki so se ponavljali. Nato smo izmed teh izbrali 13 člankov, ki so vključevali randomizirane kontrolne raziskave in metaanalize, razne sistematične pregledne članke in še nekaj drugih, kot so kvalitativne raziskave, da bi zajeli čim večji spekter različnih znanstvenih člankov, a še vedno skrbeli za čim boljšo kakovost. V tabeli 1 so prikazani rezultati člankov iz podatkovnih baz, ključne besede in število zadetkov. Članke smo razporedili po PRISMA diagramu.

Pridobljene rezultate iskanja literature smo shematsko prikazali v PRISMA diagramu (slika 1) (Moher, et al., 2015).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	Spiritual care	8.951	1
	spirituality nursing	8.247	1
	influence of spirituality in healthcare	678	1
	Patients and spirituality	13.039	2
	Spiritual care AND spirituality nursing	3.371	2
Google učenjak	Patients and spirituality	38.400	3
CINAHL	Patients and spirituality	7.262	2
	spiritual care AND spirituality nursing	163	1
Skupaj	/	80.111	13

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo vsebinske analize izbrane literature, ki je vključevala oblikovanje kod in kategorij. Sorodne vsebine smo združili v posamezne kategorije in opisali specifično problematiko. Za vsebinsko analizo smo najprej identificirali temo. Sledil je temeljni pregled literature, nato pa vrednotenje ustreznosti člankov. Izločili smo tisto literaturo, ki ni povezana z obravnavno temo ali ni ustrezala postavljenim kriterijem. Pri tem smo si pomagali s hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu, povzeto po avtorjih (Polit & Beck, 2021). Po klasifikaciji člankov, izbranih za končno analizo, je sledilo proučevanje in identifikacija ključnih vsebin.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za oceno kakovosti pregleda literature smo uporabili hierarhijo dokazov (Polit & Beck, 2021), ki se deli na osem nivojev, in sicer na nivo 1 sodi sistematični pregled oziroma

metaanaliza randomiziranih kliničnih raziskav (Jim, et al., 2015); nivo 2 dokazi posameznih randomiziranih kliničnih raziskav (Khezri, et al., 2022; Oshvandi, et al., 2024), nivo 3 so dokazi nerandomiziranih kliničnih raziskav (kvazi eksperiment) (Bulut, et al., 2023), nivo 4 so sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav (Lucchetti, et al., 2021; Wang, et al., 2024), nivo 5 so neeksperimentalne/opazovalne raziskave (Ernecoff, et al., 2015), nivo 6 so sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav (Harrad, et al., 2019; Badanta, et al., 2022), nivo 7 so kvalitativne/opisne raziskave in (Wittenberg, et al., 2016; Wittenberg, et al., 2017; Albusoul, et al., 2022) nivo 8 so mnenja strokovnjakov in poročila posameznih primerov (Nissen, et al., 2021). Hierarhija dokazov se v raziskovanju uporablja kot kriterij, na podlagi katerega se razvrščajo znanstvena dela glede na uporabo raziskovalnih metod za pridobitev dokazov (Polit & Beck, 2021).

Skupno smo zbrali 13 člankov, od tega so največ trije kvalitativnih, izbrali pa smo tudi eno metaanalizo in dve randomizirani kontrolni raziskavi. Poleg tega smo izbrali tudi eno nerandomizirano kontrolno raziskavo, dva sistematična pregleda opazovalnih raziskav, eno opazovalno raziskavo, dve metasintezi kvalitativnih raziskav in en neraziskovalni vir. V diplomsko delo pa nismo vključili nerandomiziranih kliničnih raziskav, neeksperimentalnih/opazovalnih raziskav ter neraziskovalnih virov (tabela 2).

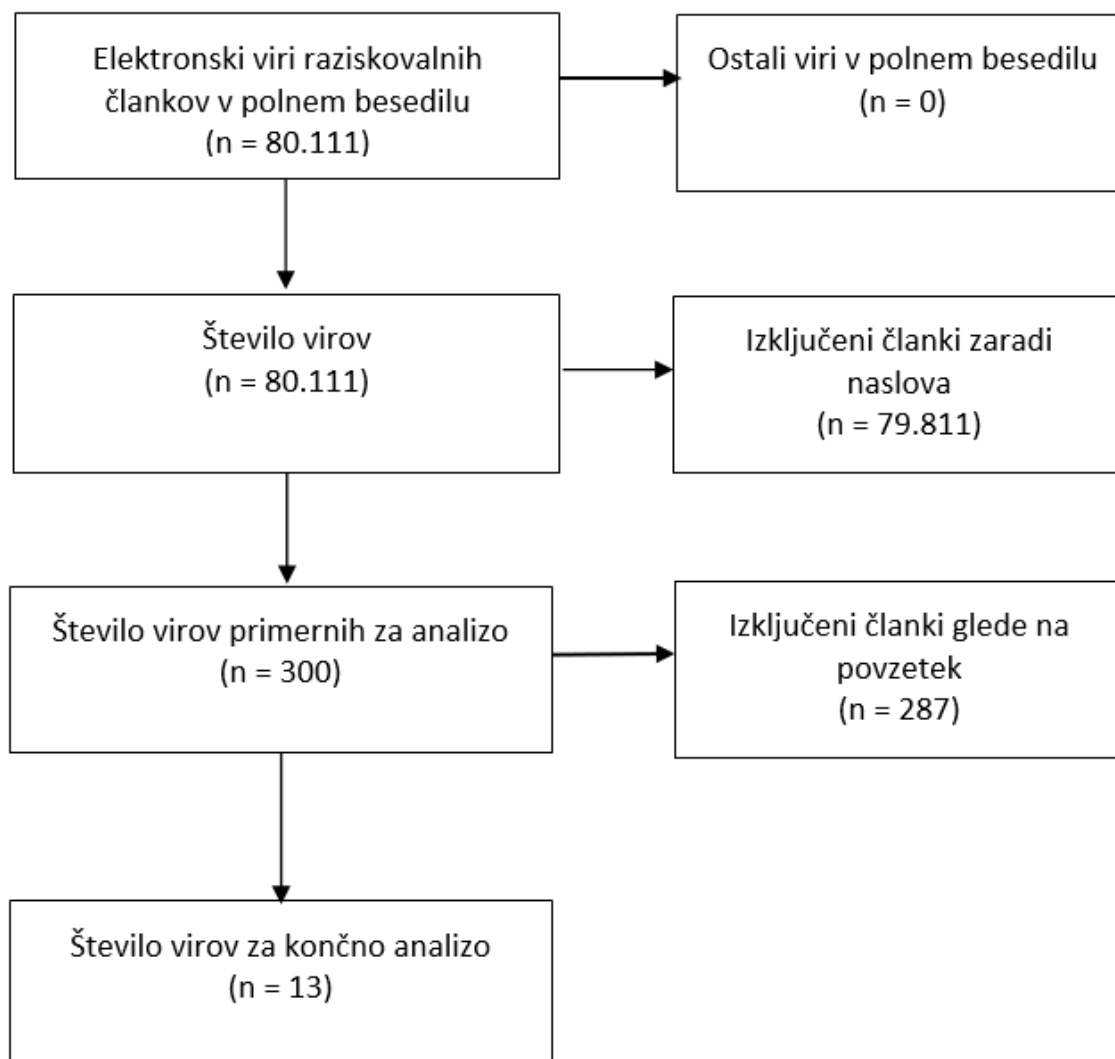
Tabela 2: Razvrstitev člankov glede na hierarhično lestvico

Raven	Število vključenih virov	Avtorji
Nivo 1 – sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	1	Jim, et al., 2015.
Nivo 2 – posamezne randomizirane klinične raziskave	2	Khezri, et al., 2022; Oshvandi, et al., 2024.
Nivo 3 – nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti)	1	Bulut, et al., 2023.
Nivo 4 – sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	2	Lucchetti, et al., 2021; Wang, et al., 2024.
Nivo 5 – neeksperimentalne/opazovalne raziskave	1	Ernecoff, et al., 2015.
Nivo 6 – sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	2	Badanta, et al., 2022; Harrad, et al., 2019.
Nivo 7 – kvalitativne/opisne raziskave	3	Albusoul, et al., 2022; Wittenberg, et al., 2017; Wittenberg, et al., 2016.
Nivo 8 – neraziskovalni viri (mnenja ...)	1	Nissen, et al., 2021.

2.4 REZULTATI

2.4.1 Tabelarni prikaz rezultatov s ključnimi spoznanji

Slika 1 prikazuje PRISMA diagram. Od 80.111 elektronskih virov smo zaradi naslova izključili 79.811 virov. Izmed drugih 300 virov smo izključili 287 člankov glede na povzetek. Ostalo nam je 13 člankov, ki smo jih izbrali za končno analizo in pisanje razprave.



Slika 1: PRISMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 so predstavljene glavne ugotovitve raziskav, ki smo jih vključili v končno analizo. Navedli smo avtorje in leto objave, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja avtorjev.

Tabela 3: Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Avtorji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Albusoul, et al.	2022	Kvalitativna raziskava	Raziskava je bila izvedena v Jordaniji, vključevala je 459 pacientov.	Rezultati so pokazali negativno korelacijo med duhovno dobrobitjo in izkušnjo simptomov, kar pomeni, da so pacienti z višjo ravno duhovne dobrobiti poročali o manjšem številu simptomov in nižji intenzivnosti oziroma neprijetnosti simptomov. Duhovna dobrobit se je izkazala kot pomemben zaščitni dejavnik, ki lahko ublaži subjektivno izkušnjo bolezni. Ugotovitve podpirajo vključevanje duhovne oskrbe kot ključnega dela celostne paliativne ali onkološke oskrbe, saj lahko pomembno izboljša kakovost življenja.
Badanta, et al.	2022	Pregledna raziskava	Številne raziskave z različni vzorci po celem svetu.	Duhovnost in religiozna prepričanja zdravstvenih delavcev vplivajo na njihovo dojemanje oskrbe in njihove odnose s pacienti. Medicinske sestre, ki so bolj duhovno naravnane, izražajo večje sočutje in imajo bolj pozitivne odnose z umirajočimi pacienti. Pacienti in njihovi svojci pogosto pričakujejo, da bo zdravstveno osebje prepoznalo in spoštovalo njihove duhovne potrebe. Prisotnost duhovne oskrbe je povezana z večjo čustveno podporo, zmanjšano tesnobo in večjo življenjsko kakovostjo. Najpogostejše ovire vključujejo pomanjkanje časa, ustreznega znanja in izobraževanja ter strah pred neprijetnostjo ali konfliktom glede verskih razlik.

Avtorji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Bulut, et al.	2023	Nerandomizirana klinična raziskava	Raziskava je bila izvedena v Turčiji, vsebovala je 64 pacientov.	Zdravstveni delavci v enotah intenzivne nege bi morali razmisliti o vključevanju duhovne oskrbe kot o delu celostne obravnave pacientov, saj to lahko zmanjša osamljenost, poveča upanje in izboljša splošno duševno stanje, kar ima ključen pomen za okrevanje.
Ernecoff, et. al	2015	Kvalitativna raziskava	Raziskava je bila izvedena v ZDA, vključevala je 651 nadomestnih odločevalcev in 441 zdravstvenih delavcev. Raziskava je bila izvedena v 13 različnih enotah intenzivne nege v ZDA.	Rezultati kažejo, da 77,6 % svojcev, ki odločajo namesto pacienta, smatra religijo ali duhovnost kot zelo pomemben del v svojem življenju. Med zdravstvenimi delavci in svojci, ki odločajo namesto pacienta, je v enotah intenzivne nege potekalo le 16,1 % razprav ali srečanj. Večino razprav so dejansko začeli svojci, ki se lahko odločajo namesto pacienta. Zdravstveni delavci večinoma preusmerijo ali minimizirajo pogovor o duhovnih temah. Pogovor preusmerijo na medicinska vprašanja, ponudijo vključitev bolnišničnih duhovnih oskrbnikov, izražajo sočutje ali v zelo redkih primerih razložijo svoja lastna duhovna/verska prepričanja.
Harrard, et al.	2019	Pregledna raziskava	Številne raziskave z različni vzorci po celem svetu.	Obstaja pomanjkanje standardizacije pri ocenjevanju duhovne oskrbe pri analizi in primerjavi rezultatov različnih raziskav. Medicinske sestre in študenti zdravstvene nege pogosto prepoznajo pomen duhovne oskrbe, vendar jih pri tem ovira pomanjkanje izobraževanja in usposabljanja. Religioznost posameznih medicinskih sester ali njihovih izobraževalnih ustanov se zdi manj pomembna kot specifično usposabljanje za izvajanje duhovne oskrbe.
Jim, et al.	2015	Sistematični pregled in metaanalize	32.000 odraslih oseb z rakavimi obolenji; literatura iz različnih držav.	Večja stopnja religioznosti/duhovnosti je povezana z boljšim samoocenjenim telesnim zdravjem pacientov. Ti rezultati poudarjajo pomembnost upoštevanja verskih in duhovnih potreb pacientov z rakom.

Avtorji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Khezri, et al.	2022	Randomizirana kontrolna klinična raziskava	Raziskava je bila izvedena v Iranu, vsebovala je 72 pacientov.	Nega, ki temelji na duhovno podpornem modelu, poveča upanje pri pacientih z rakom dojk. Glede na težave in izzive, s katerimi se soočajo pacienti z rakom, vpliv frustracije na kakovost življenja in okrevanje, negovalci zanje priporočajo uporabo duhovno podpornega modela.
Lucchetti, et al.	2021	Pregledna raziskava	Številne raziskave z različni vzorci po celem svetu.	Raziskave na področju duhovnosti/religije so vse bolj pogoste, saj sta duhovnost in vernost povezani s telesnim in duševnim zdravjem. Višja stopnja religioznosti/duhovnosti je povezana z nižjimi ravnmi depresije, samomorilnosti in zlorabe substanc. Obetavni rezultati se kažejo tudi pri drugih diagnozah, kot so posttravmatska motnja, tesnoba in psihoza. Kljub tem ugotovitvam pa mehanizmi, ki pojasnjujejo te povezave, zahtevajo nadaljnje raziskave. V klinični praksi naj bi strokovnjaki za duševno zdravje pacientom zastavljali vprašanja o duhovnosti/religioznosti, ki so za njih pomembni, da bi lahko zagotovili celostno in na pacienta osredotočeno oskrbo.
Nissen, et al.	2021	Pregledna raziskava	Številne raziskave z različni vzorci po celem svetu.	Duhovna oskrba ima vpliv na vsa področja zdravstvene oskrbe od geriatrije do pediatrije. Vsak primer duhovne oskrbe je edinstven in individualen, Avtorji navajajo, da je ključno razviti način duhovne oskrbe, ki ne bo temeljil zgolj na empatiji ali izkušnjah. Predlagajo, da se paciente obravnava glede na njihov ontološki temelj, kar bi omogočilo boljše razumevanje njihovih specifičnih duhovnih potreb. To je posebej pomembno v kulturološko raznolikem svetu. Načrt duhovne oskrbe bi moral upoštevati sekularne, duhovne in verske potrebe ter vključevati ustrezno usposobljene osebe.

Avtorji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Oshvandi, et. al	2024	Randomizirana kontrolna raziskava	Raziskava je bila izvedena na 108 pacientih v Iranu.	Raziskava je potrdila, da lahko program duhovne oskrbe poveča upanje pri pacientih po možganski kapi. Raziskava poudarja, da duhovnost in religija, kot je molitev, prispevata k rehabilitaciji po možganski kapi. Duhovna oskrba izboljšuje kakovost življenja, spodbuja motivacijo za samopomoč in pomaga pri soočanju z izzivi, zato je priporočena kot sestavni del oskrbe pacientov po možganski kapi.
Wang, et al.	2024	Sistematični pregled in metaanalize opazovalnih raziskav	35 raziskav v 11 državah.	Dojemanja in kompetence medicinskih sester o duhovnosti in duhovni oskrbi so bila zmerna. Oboje je treba izboljšati, predvsem pri medicinskih sestrah, ki nimajo verske pripadnosti in imajo nižjo izobrazbo.
Wittenberg, et al.	2017	Kvalitativna raziskava	Raziskava je bila izvedena v ZDA, vključevala je 57 medicinskih sester.	Medicinske sestre priznavajo pomen duhovnosti, a kažejo ovire v komunikaciji, kot so pomanjkanje časa za poglobljen pogovor, neusposobljenost za vodenje duhovnih pogovorov, negotovost o tem, kako začeti pogovor ali kako odgovoriti na pacientova vprašanja, skrb, da bi bila tematika neprimerna. Avtorji predlagajo razvoj strukturirane podpore in vključevanje duhovnih vsebin v izobraževanje zdravstvenih delavcev.
Wittenberg, et al.	2016	Kvalitativna raziskava	Raziskava je bila izvedena v ZDA, vključevala je 124 zdravstvenih in socialnih delavcev.	Zdravstvenim delavcem je komunikacija s pacientom pri koncu življenja o odpuščanju in duhovnih temah velik izziv. Socialnim delavcem je bil izziv veliko manjši v primerjavi z zdravstvenimi delavci. Najtežji pogovori so vključevali komunikacijo s svojci po smrti pacienta in omogočanje odpuščanja med pacienti in njihovimi družinami. Da bi podprli bolj kakovostno oskrbo pred koncem življenja, je za zdravstvene delavce potrebna izobrazba o duhovni komunikaciji.

V procesu kodiranja smo identificirali 27 kod, ki smo jih glede na vsebinsko povezanost združili v dve vsebinski kategoriji (tabela 4):

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Razumevanje pomena duhovnosti za zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi.	duhovna dobrobit – kakovost življenja – zmanjšanje simptomov – večje sočutje – čustvena podpora – upanje – zmanjšana tesnoba – nižje ravni depresije – samopomoč – izboljšano duševno stanje – komunikacija o duhovnosti – kompetence za duhovno oskrbo – individualne duhovne potrebe – pomanjkanje usposabljanja – vključitev duhovne oskrbe v izobraževanje N = 15	Albusoul, et al., 2022; Badanta, et al., 2022; Bulut, et al., 2023; Ernecoff, et al., 2015; Jim, et al., 2015; Khezri, et al., 2022; Lucchetti, et al., 2021; Nissen, et al., 2021; Oshvandi, et al., 2024; Wittenberg, et al., 2016; Wittenberg, et al., 2017.
Kategorija 2: Zaznava duhovne oskrbe pri pacientih s strani zdravstvenih delavcev.	dojemanje duhovne oskrbe – ovire (pomanjkanje časa, strah, neznanje) – religiozna prepričanja zdravstvenih delavcev – odnosi z umirajočimi pacienti – pričakovanja pacientov in svojcev – pomanjkanje standardizacije – komunikacijske ovire – nizke kompetence – potreba po dodatnem usposabljanju – kulturna raznolikost – sekularni in verski vidiki – potreba po strukturirani podpori N = 12	Badanta, et al., 2022; Ernecoff, et al., 2015; Harrard, et al., 2019; Lucchetti, et al., 2021; Nissen, et al., 2021; Wang, et al., 2024; Wittenberg, et al., 2016; Wittenberg, et al., 2017.

2.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo s sistematskim pregledom literature proučili obe raziskovalni vprašanji, ki smo si jih zastavili na začetku, in sicer »Kakšen pomen ima duhovnost za zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi?« in »Kako zdravstveni delavci zaznavajo duhovno oskrbo pacienta?«

Za potrebe analize smo prebrali različne metaanalize in sistematske preglede, ki smo jih dodatno podprli z novjšimi randomiziranimi kontrolnimi raziskavami. Tem smo dodali tudi nerandomizirane kontrolne raziskave, kvalitativne raziskave in sistematske preglede kvalitativnih raziskav. Posamezni znanstveni članki so zajemali naslednje države, in sicer ZDA (3), Jordanija (1), Turčija (1) in Iran (2) ter druge pregledne raziskave, ki so

vsebovale podatke iz različnih držav po svetu. Na prvo vprašanje, vpliv duhovnosti na zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi, smo odgovorili s pomočjo znanstvenih člankov (Ernecoff, et al., 2015; Wittenberg, et al., 2016; Wittenberg, et al., 2017; Harrad, et al., 2019; Lucchetti, et al., 2021; Badanta, et al., 2022; Wang, et al., 2024), ki kažejo na to, da zdravstveni delavci prepoznavajo pomen duhovnosti v obravnavi pacienta, vendar pogosto niso dovolj usposobljeni za njeno izvajanje. Glavne ovire vključujejo pomanjkanje časa, zasebnosti in izobraževanja o duhovni oskrbi. Ustrezno usposabljanje lahko izboljša komunikacijo in omogoči boljšo podporo pacientom, zlasti ob koncu življenja. Usposobljenost za duhovno nego bi lahko pripomoglo k zmanjšanju duševne stiske in k bolj celoviti oskrbi pacientov (Wittenberg, et al., 2017; Wang, et al., 2024;), kar potrjujejo tudi druge raziskave (Rogers & Wattis, 2015).

Drugo vprašanje, kako zdravstveni delavci zaznavajo duhovno oskrbo pacienta, smo pokrili s pomočjo znanstvenih člankov (Jim, et al., 2015; Harrad, et al., 2019; Lucchetti, et al., 2021; Nissen, et al., 2021; Albusoul, et al., 2022; Badanta, et al., 2022; Khezri, et al., 2022; Bulut, et al., 2023; Oshvandi, et al., 2024), ki so pokazali, da duhovna oskrba pacientov z rakom pomembno prispeva k boljšemu fizičnemu zdravju, večjemu občutku upanja in zmanjšanju simptomov in duševne stiske. Programi in modeli, ki vključujejo tudi duhovno obravnavo, dokazano izboljšujejo duhovno blagostanje, zadovoljstvo z življenjem in zmanjšujejo osamljenost (Khezri, et al., 2022; Bulut, et al., 2023). Višja raven duhovne podpore je povezana z manjšim številom simptomov in nižjo intenzivnostjo oziroma neprijetnostjo teh simptomov, kar potrjuje raziskava, izvedena na 193 medicinskih sestrarh (Albusoul, et al., 2022).

Duhovna oskrba se smatra kot eden od stebrov paliativne oskrbe, a je v zdravstvenih ustanovah še vedno premalo zastopana. Tematike o duhovnosti se neprestano vključujejo v učni program medicinskih šol po celem svetu, od 40 % šol v Braziliji in 59 % v Veliki Britaniji, do 90 % v ZDA (Lucchetti, et al., 2021). Številni zdravstveni delavci pa nikoli ne prejmejo uradnega usposabljanja o duhovni oskrbi, komunikaciji s pacienti in njihovimi družinami. Številne raziskave kažejo na to, da zdravstveni delavci redko zagotavljajo duhovne oskrbe pacientom zaradi pomanjkljive izobrazbe in usposabljanja (Wittenberg, et al., 2017). V eni izmed raziskav, izvedeni na 193 medicinskih sestrarh kaže

na to, da zgolj 23 % medicinskih sester pogosto razpravlja o duhovnih vprašanjih s pacienti (Wittenberg, et al., 2016). Poleg tega rezultati kažejo, da samo 16 % pogovorov poteka med zdravstvenimi delavci in svojci, ki se odločajo namesto pacienta (Ernecoff, et al., 2015). Rezultati te raziskave potrjujejo do sedaj že znane ovire pri zagotavljanju duhovne oskrbe (Rogers & Wattis, 2015; Milton, et al., 2018). Med največjimi ovirami za zagotavljanje duhovne oskrbe so pomanjkanje časa in zasebnosti za pogovor s pacienti in njihovimi družinami, občutek nezadostne usposobljenosti zdravstvenih delavcev za začetek pogovora o duhovnih temah ter pomanjkanje izobrazbe na tem področju (Wittenberg, et al., 2016; Wittenberg, et al., 2017). V ta del je vključena tudi nejasna in neopredeljena definicija duhovnosti, kar vodi v določeno mero zmede (Kraljić, 2016; Wittenberg, et al., 2017; Harrad, et al., 2019). Različne kulturne in religijske razlike vplivajo na zmožnost zagotavljanja duhovne oskrbe prav tako pa tudi zmeda o vlogi medicinskih sester v duhovni oskrbi (Harrad, et al., 2019). Evropske populacije, kot sta Švedska in Danska, so običajno bolj sekularne in duhovno oskrbo manj vključujejo v zdravstveno oskrbo, medtem ko so Azijske in srednje vzhodne države k temu bolj nagnjene (Badanta, et al., 2022). Na splošno je zelo malo znanega o tem, kako zdravstveni delavci komunicirajo o duhovnosti. V intenzivnih enotah zdravstveni delavci duhovne teme večinoma preusmerijo na medicinske pomisleke, nudijo sočutje, duhovne izjave pacientov zaključijo s kratkimi zaprtimi stavki ali enostavno samo vprašajo pacienta in njegovo družino, če si želijo obisk kaplana (Ernecoff, et al., 2015). Zdravstveni delavci se redko spustijo v globino, da bi raziskali duhovne pomisleke pacientov in njihovih družin. Duhovna oskrba je v splošnem skopa na različnih oddelkih v zdravstvenih ustanovah, podobno je tudi pri pacientih z napredovalim rakom. Zagotavljanje zdravstvene oskrbe se razlikuje tudi med zaposlenimi v zdravstvenih ustanovah. Po eni strani zdravniki svojo duhovno skrb kažejo zgolj v obliki spodbujanja, povprašujejo o duhovni zgodovini, povprašujejo kako njihova duhovnost vpliva na medicinske odločitve, ter zgolj potrjujejo osebna verovanja pacientov in njihovih družin. Medicinske sestre po drugi strani pa duhovno oskrbo najbolj kažejo na način ponujanja molitve, poleg že vseh drugih navedenih oskrb (Wittenberg, et al., 2017). V eni izmed raziskav so medicinskim sestram, ki delajo v onkoloških oddelkih, ponudili C.O.M.F.O.R.T., dvodnevni izobraževalni program. Program je zajemal komunikacijske strategije (vključno z duhovnimi) in inštitucijske procese, ki zagotavljajo osredotočeno

komunikacijo na pacienta skozi njegov celoten proces bolezni. Medicinske sestre so v raziskavi potrdile, da so bili večinoma pacienti tisti, ki so prvi začeli pogovor o duhovnosti in ne njihovi družinski člani. Ta vrsta duhovnih pogovorov je bila najbolj pogosta, ko so bili pacienti tik pred smrtjo ali pa ko so doživeli duhovno stisko. Izkušnje medicinskih sester so pokazale pozitiven vpliv, ki ga ima duhovni pogovor s pacientom na kakovost oskrbe pacienta in njegove koristi za družino. Duhovna komunikacija je bila opisana kot pomembna vloga medicinske sestre pri koncu pacientovega življenja. Pomembno vlogo je imela tudi neverbalna komunikacija, kot so poslušanje in pogovor o pacientovih čustvih. Približno tretjina medicinskih sester je navedla, da so v času duhovne oskrbe tudi same delile svoja duhovna ali verska ozadja, pri čemer so poročale, da so ta deljena doživetja okrepila tudi njihovo lastno vero (Wittenberg, et al., 2017). Raziskava Wanga in sodelavcev (2024) nakazuje, da imajo medicinske sestre z versko pripadnostjo večje kompetence za duhovno zdravstveno oskrbo kot sestre brez verske pripadnosti. Medicinske sestre z versko pripadnostjo so bolj občutljive in se zavedajo različnih religijskih praks, pravil in tabujev, ter to tudi bolj spoštujejo. Posledično obstaja manjša verjetnost, da bi naredile nekaj, kar bi pacienta lahko užalilo, npr. ponujanje določene hrane, neprimerne besedne zveze.

Bistveno bi bilo torej, da se v program pridobitve naziva medicinskih sester bolj vključi učenje in izobraževanje o zaznavi duhovnosti. Posledično, da se teoretična in praktična znanja pridobljena v času izobrazbe uporabijo v zdravstvenih ustanovah in s tem prispevajo k boljšemu telesnemu in psihološkemu stanju pacientov.

Poleg tega smo raziskali tudi področje vpliva duhovne oskrbe s strani zdravstvenih delavcev na zdravstveno obravnavo. V primeru pacientov z rakom rezultati kažejo, da je aktivna duhovna obravnava zanje zelo pomembna, saj je bila povezana z boljšim telesnim zdravjem pacientov in njihovimi simptomi. Razlik ni bilo videti pri drugih različnih socialno demografskih ali kliničnih spremenljivkah. Zaradi malega števila raziskav, ki bi primerjale uporabo duhovne oskrbe med akutnim stanjem, vrnitvijo bolezni ali preživetjem, je težko zaključiti ta vidik povezave. Definitivno pa povezava kaže, da občutek oziroma prepričanje zapustitve s strani Boga in/ali drugih verskih skupnosti negativno vpliva na depresivna stanja in zmanjšano upoštevanje predpisane terapije s

strani pacientov z rakom (Jim, et al., 2015; Harrad, et al., 2019). Zanimivo je, da so v 19. in 20. stoletju vpliv duhovnosti na polju psihiatrije videli kot negativno in ga pripisovali večjim pojavom histerije in nevroze. Do danes pa se je to mnenje popolnoma spremenilo (Lucchetti, et al., 2021). Poleg aktivne duhovne oskrbe pa kognitivna duhovna oskrba prav tako kaže povezavo z boljšim telesnim zdravjem pacientov, medtem ko na simptome pacienta ne vpliva (Jim, et al., 2015; Harrad, et al., 2019; Nissen, et al., 2021).

Nadalje je pri zdravljenju zelo pomembno upanje oziroma prepričanje, da se bo v prihodnosti zgodilo nekaj dobrega, kar izboljša toleranco na trenutne probleme. Dvigovanje duhovnega ozaveščanja je bilo dokazano povezano s povečanjem upanja pri pacientih. Pacienti z rakom se naslanjajo na duhovnost in duhovna prepričanja, da se lahko lažje borijo s tesnobo v času zdravljenja, zato je za zdravstvene delavce pomembno, da paciente oskrbujejo tudi na duhovni ravni, saj s tem izboljšajo fizikalne in emotivne simptome, ki so pri pacientih še kako prisotni. Danes imajo medicinske sestre na voljo različne modele in teorije za nego in zdravljenje pacientov. Kljub pomembnosti duhovnosti in njegove vloge pri raznih boleznih, kot je rak, pa zaenkrat obstaja malo raziskav, ki temeljijo na domačih in relevantnih modelih. Khezri s sodelavci (Khezri, et al., 2022) so v Iranu razvili duhovni model rehabilitacije za paciente z rakom, ki vključuje sistematično duhovno oskrbo in družinsko podporo. Kvazi eksperimentalna raziskava na pacientkah z rakom dojk je pokazala, da ta model statistično značilno povečuje upanje pacientk. Raziskava je pokazala, da vključitev duhovne oskrbe izboljša psihološko stanje pacientk. Rezultati so v skladu z metaanalizo, kjer je že dokazano, da duhovna oskrba lahko zagotovi upanje, odpuščanje, ljubezen in druge emocionalne koristi (Jim, et al., 2015). Podobno so Bulut in kolegi (2023) v randomizirani klinični raziskavi v intenzivni negi uporabili model T.R.U.S.T, ki temelji na duhovni oskrbi. Ta model je izboljšal duhovno blagostanje, upanje in zadovoljstvo z življenjem pacientov ter zmanjšal občutek osamljenosti. Obstajajo tudi druge raziskave, ki so prišle do podobnih ugotovitev pri različnih skupinah pacientov, kot so pacienti z multiplo sklerozo, diabetesom, kolorektalnim rakom in možgansko kapjo (Bulut, et al., 2023; Oshvandi, et al., 2024). Tudi v Jordaniji je Albusoul s sodelavci (Albusoul, et al., 2022) pokazal, da je višja duhovna dobrobit pri pacientih z rakom povezana z manjšim številom simptomov, nižjo intenzivnostjo in manjšo neprijetnostjo teh simptomov. Rezultati so skladni z

ugotovitvami drugih raziskav, ki povezujejo višjo duhovno dobrobit z boljšim obvladovanjem simptomov in višjo kakovostjo življenja (Harrad, et al., 2019; Jim, et al., 2015). Ti rezultati poudarjajo pomembnost celostne duhovne oskrbe za telesno in psihično počutje pacientov in kažejo, da so strukturirani modeli duhovne oskrbe učinkoviti pri izboljšanju zdravja pacientov (Jim, et al., 2015; Badanta, et al., 2022).

2.5.1 Omejitve raziskave

Raziskave so pokazale določene nove vpoglede na duhovno oskrbo pacientov in tudi njihovih družin. Glavna omejitev pričujočega diplomskega dela je bilo izbrano število znanstvenih člankov. Pomembno bi bilo vključiti več randomiziranih kontrolnih raziskav, ki bi zajemale več zdravstvenih delavcev in/ali pacientov, saj bi tako lahko dobili boljši vpogled v situacijo. Bilo bi zelo dobro imeti tudi raziskave na slovenskem področju in te primerjati z drugimi po svetu. Nekatere raziskave, kot je bila raziskava Wittenberga in drugih (Wittenberg, et. al, 2017), je vsebovala samo izkušene medicinske sestre, ki so se prostovoljno udeležile izobraževalnega programa C.O.M.F.O.R.T. Odziv tako verjetno ne bi bil enak, če bi zajeli celotno populacijo medicinskih sester. Različen način pridobivanja podatkov otežuje primerjavo med raziskavami. Kvalitativne raziskave so bolj kot druge podvržene pristranskosti, kot so iskrenost anketirancev, subjektivnost itd.

2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

V prihodnje bi bilo smiselno raziskati, ali se lahko medicinske sestre proaktivno odzovejo na duhovno stisko pacientov in njihovih družin tudi, ko same nimajo močnih osebnih prepričanj.

Rezultati kažejo na pomembnost vključevanja vsebin o duhovnosti v izobraževanje medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Ugotovitve lahko služijo kot podlaga za razvoj dodatnih izobraževalnih programov in smernic za izvajanje duhovne oskrbe v praksi. Modeli, kot sta COMFORT in T.R.U.S.T., bi se lahko prilagodili in implementirali tudi v slovenski zdravstveni prostor. Priporočljivo bi bilo izvesti raziskave v slovenskem prostoru, ki bi proučile odnos zdravstvenih delavcev do duhovnosti in identificirale

morebitne ovire pri njeni implementaciji. Nadaljnje raziskave bi morale uporabiti standardizirane in validirane načine zajemanja podatkov.

Zanimivo bi bilo prav tako pridobiti vpogled v razlike med izkušenimi in neizkušenimi zdravstvenimi delavci glede njihovega doživetja in izvajanja duhovne oskrbe ter primerjati njihove poglede. Takšne primerjave bi lahko prispevale k razumevanju potreb po usposabljanju glede na različne faze v času življenjskega dela zdravstvenih delavcev.

3 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo s sistematskim pregledom literature raziskali vpliv duhovnosti na zdravstveno obravnavo v zdravstveni negi in zaznavanje duhovne oskrbe pri zdravstvenih delavcih. Ugotovitve kažejo, da duhovnost pomembno vpliva na celostno obravnavo pacientov, saj pripomore k izboljšanju telesnega zdravja, zmanjšanju simptomov, povečanemu občutku upanja in zmanjšanju duševne stiske. Kljub temu se duhovna oskrba v zdravstveni praksi pogosto zanemarja, predvsem zaradi pomanjkanja časa, zasebnosti in usposobljenosti zdravstvenih delavcev za izvajanje te vrste oskrbe.

Raziskave so pokazale, da medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci pogosto prepoznavajo pomen duhovnosti pri pacientih, vendar se pri njenem zagotavljanju soočajo z različnimi izzivi. Ena izmed glavnih ovir je pomanjkljivo izobraževanje in usposabljanje, kar vodi v občutek nekompetentnosti pri obravnavi duhovnih tem. Dodatno oviro predstavlja pomanjkanje jasnih smernic za vključevanje duhovne oskrbe v vsakodnevno klinično prakso. Zdravstveni delavci pogosto izbirajo nevtralne odzive, ali duhovno problematiko preusmerijo na kaplane ali druge strokovnjake.

Duhovna oskrba je še posebej pomembna pri paliativni oskrbi, kjer je poudarek na celostni obravnavi pacienta. Raziskave so pokazale, da pacienti ob koncu življenja pogosto potrebujejo dodatno podporo pri soočanju z duhovnimi vprašanji in stiskami. Ustrezna usposobljenost zdravstvenih delavcev lahko izboljša kakovost oskrbe, zmanjšuje duševno stisko in spodbuja boljše soočanje z boleznijo. Poudariti je treba, da pacienti pogosto sami sprožijo pogovore o duhovnosti, kar kaže na potrebo po večji odzivnosti zdravstvenih delavcev.

V raziskavi smo ugotovili, da imajo zdravstveni delavci z lastno versko pripadnostjo večjo motivacijo in kompetence za izvajanje duhovne oskrbe. To lahko pomeni, da osebne duhovne izkušnje prispevajo k večji občutljivosti in empatiji pri delu s pacienti. Poleg tega pa je treba zagotoviti, da zdravstveni delavci ohranjajo profesionalen in nevsiljiv pristop, saj ima vsak pacient drugačen odnos do duhovnosti, kar je treba spoštovati.

Na podlagi ugotovitev je jasno, da je v izobraževalne programe medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev treba vključiti več vsebin o duhovni oskrbi. Teoretična znanja bi bilo smiselno dopolniti s praktičnimi delavnicami, ki bi simulirale konkretne situacije iz klinične prakse.

V prihodnosti bi bilo koristno izvesti raziskave, ki bi primerjale različne modele duhovne oskrbe in ocenile njihove učinke na telesno in psihološko stanje pacientov. Potrebni je predvsem več raziskav, ki bi vključevale raznolike populacije in specifična klinična okolja, da bi lahko oblikovali smernice za celostno duhovno oskrbo.

4 LITERATURA

Albusoul, R.M., Hasanien, A.A., Abdalrahim, M.S., Zeilani, R.S. & Al-Maharma, D.Y., 2022. The effect of spiritual well-being on symptom experience in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(8), pp. 6767-6774. 10.1007/s00520-022-07104-4.

Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Spiritual needs and patients' spiritual care: findings from two preliminary surveys. *Informatica medica slovenica*, 19(1-2), pp. 12-18.

Badanta, B., Rivilla-García, E., Lucchetti, G. & de Diego-Cordero, R., 2022. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nursing in Critical Care*, 27(3), pp. 348-366. 10.1111/nicc.12645.

Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Galanti, C., Varone, G., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M. & Sasso, L., 2020. Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), pp. 347-369. 10.1111/jocn.15089.

Balboni, M.J., Puchalski, C.M. & Peteet, J.R., 2014. The relationship between medicine, spirituality and religion: three models for integration. *Journal of Religion and Health*, 53(5), pp. 1586-1598. 10.1007/s10943-014-9901-8.

Balboni, T.A., VanderWeele, T.J., Doan-Soares, S.D., Long, K.N.G., Ferrell, B.R., Fitchett, G., Koenig, H.G., Bain, P.A., Puchalski, C., Steinhauser, K.E., Sulmasy, D.P. & Koh, H.K., 2022. Spirituality in Serious Illness and Health. *Journal of the American Medical Association*, 328(2), pp. 184-197. 10.1001/jama.2022.11086.

Bulut, T.Y., Çekiç, Y. & Altay, B., 2023. The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*, 77, p. 103438. 10.1016/j.iccn.2023.103438.

Cervelin, A.F. & Kruse, M.H.L., 2014. Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. *Escola Anna Nery Revista De Enfermagem*, 18(1), pp. 136-142. 10.5935/1414-8145.20140020.

Chen, M.A.O., Chen, Y.A.O., Lin, L.A.O. & Chuang, L.A.O., 2020. Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in the long-term care facilities. *Journal of Nursing Management*, (6), pp. 1365-2834. 10.1111/jonm.13080.

Cooper, Z., 2022. Spirituality in Primary Care Settings: Addressing the Whole Person through Christian Mindfulness. *Religions*, 13(4), p. 346. 10.3390/rel13040346.

Ernecoff, N.C., Curlin, F.A., Buddadhumaruk, P. & White, D.B., 2015. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Internal Medicine*, 175(10), pp. 1662-1669. 10.1001/jamainternmed.2015.4124.

Evans, C.B., Larimore, L.R. & Grasmick, V.E., 2024. Hospital Chaplains, Spirituality, and Pain Management: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 25(1), pp. 75-79. 10.1016/j.pmn.2023.11.004.

Geer, J.V., Visser, A., Zock, H., Leget, C., Prins, J. & Vissers, K., 2018. Improving Spiritual Care in Hospitals in the Netherlands: What Do Health Care Chaplains Involved in an Action-Research Study Report? *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24(4), pp. 151-173. 10.1080/08854726.2017.1393039.

Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, U., 2016. Vera in duhovnost v zdravstveni obravnavi. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 130-142.

Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R. & Sulla, F., 2019. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed*, 90(4-s), pp. 44-55. 10.23750/abm.v90i4-S.8300.

Holt, C.L., Roth, D.L., Clark, E.M. & Debnam, K., 2014. Positive self-perceptions as a mediator of religious involvement and health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(1), pp. 102-112. 10.1007/s10865-012-9472-7.

Isaac, K.S., Hay, J.L. & Lubetkin, E.I., 2016. Incorporating Spirituality in Primary Care. *Journal of Religion and Health*, 55(3), pp. 1065-1077. 10.1007/s10943-016-0190-2.

Janzen, K.C., Reimer-Kirkham, S. & Astle, B., 2019. Nurses' Perspectives on Spiritual Caregiving: Tending to the Sacred. *Journal of Christian Nursing*, 36(4), pp. 251-257. 10.1097/cnj.0000000000000575.

Jim, H.S., Pustejovsky, J.E., Park, C.L., Danhauer, S.C., Sherman, A.C., Fitchett, G., Merluzzi, T.V., Munoz, A.R., George, L., Snyder, M.A. & Salsman, J.M., 2015. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), pp. 3760-3768. 10.1002/cncr.29353.

Joshanloo, M., 2022. The relationship between fatalistic beliefs and well-being depends on personal and national religiosity: A study in 34 countries. *Heliyon*, 8(6), pp. 2405-8440. 10.1016/j.heliyon.2022.e09814.

Karvinen, K.H. & Carr, L.J., 2014. Does the perception that God controls health outcomes matter for health behaviors? *Journal of Health Psychology*, 19(4), pp. 521-530. 10.1177/1359105312474914.

Khezri, E., Bagheri-Saveh, M.I., Kalhor, M.M., Rahn timer, M., Roshani, D. & Salehi, K., 2022. Nursing care based on the Support-Based Spiritual Care Model increases hope

among women with breast cancer in Iran. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), pp. 423-429. 10.1007/s00520-021-06413-4.

Kraljić, S., 2016. *Religijska, duhovna in kulturna raznolikost v zdravstveni oskrbi*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.

Liefbroer, A.I., Ganzevoort, R.R. & Olsman, E., 2019. Addressing the spiritual domain in a plural society: What is the best mode of integrating spiritual care into healthcare? *Mental Health, Religion & Culture*, 22(3), pp. 244-260. 10.1080/13674676.2019.1590806.

Louise Cooper, K., Luck, L., Chang, E. & Dixon, K., 2021. What is the practice of spiritual care? A critical discourse analysis of registered nurses' understanding of spirituality. *Nursing Inquiry*, 28(2), p. e12385. 10.1111/nin.12385.

Lucchetti, G., Koenig, H.G. & Lucchetti, A.L.G., 2021. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*, 9(26), pp. 7620-7631. 10.12998/wjcc.v9.i26.7620.

Lutz, K., Rowniak, S.R. & Sandhu, P., 2018. A Contemporary Paradigm: Integrating Spirituality in Advance Care Planning. *Journal of Religion and Health*, 57(2), pp. 662-671. 10.1007/s10943-017-0541-7.

Mächler, R.A.-O., Sturm, N.A.-O., Frick, E., Schalhorn, F., Stolz, R.A.-O., Valentini, J.A.-O., Krisam, J.A.-O. & Straßner, C., 2022. Evaluation of a Spiritual History with Elderly Multi-Morbid Patients in General Practice-A Mixed-Methods Study within the Project HoPES3. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), pp. 1660-4601. 10.3390/ijerph19010538.

McSherry, W., Ross, L., Attard, J., van Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey, A. & Network, E., 2020. Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care:

Some developments in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), pp. 55-71. 10.1080/20440243.2020.1726053.

Melhem, G.A., Zeilani, R.S., Zaqqout, O.A., Aljwad, A.I., Shawagfeh, M.Q. & Al-Rahim, M.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. 10.4103/0973-1075.173949.

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 babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 7-22.

Milton, M.E., Isaacson, M.J., Varilek, B.M., Stadick, J.L. & O'Connell-Persaud, S., 2018. A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), pp. 173-181. 10.1111/jocn.13867.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P. & Stewart, L.A., 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), p. 1. 10.1186/2046-4053-4-1.

Murgia, C., Notarnicola, I., Caruso, R., De Maria, M., Rocco, G. & Stievano, A., 2022. Spirituality and Religious Diversity in Nursing: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*, 10(9), 10.3390/healthcare10091661.

Murgia, C., Notarnicola, I., Rocco, G. & Stievano, A., 2020. Spirituality in nursing: A concept analysis. *Nurs Ethics*, 27(5), pp. 1327-1343. 10.1177/0969733020909534.

Nissen, R.D., Viftrup, D.T. & Hvidt, N.C., 2021. The Process of Spiritual Care. *Frontiers in Psychology*, 12, p. 674453. 10.3389/fpsyg.2021.674453.

Oshvandi, K., Torabi, M., Khazaei, M., Khazaei, S. & Yousofvand, V., 2024. Impact of Hope on Stroke Patients Receiving a Spiritual Care Program in Iran: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Religion and Health*, 63(1), pp. 356-369. 10.1007/s10943-022-01696-1.

Paal, P., Roser, T. & Frick, E., 2014. Developments in spiritual care education in German-speaking countries. *BMC Medical Education*, 14, p. 112. 10.1186/1472-6920-14-112.

Pate, T., 2016. Sistemska in duhovna perspektiva zdravja in bolezni. *Bogoslovni vestnik*, 76(2), pp. 433-439.

Pinto, C.T. & Pinto, S., 2020. From spiritual intelligence to spiritual care: A transformative approach to holistic practice. *Nurse Education in Practice*, 47, p. 102823. 10.1016/j.nepr.2020.102823.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Porić, E., 2014. *Duhovnost je njen način življenja: duhovnost žensk na Slovenskem*. [pdf] Društvo za primerjalno religiologijo. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-C7DR8JK1/72d06d33-0f2f-4ffa-ba14-6fb2f861a2c9/PDF> [Accessed 15 March 2025].

Quinn, B. & Connolly, M., 2023. Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care*, 22(1), p. 1. 10.1186/s12904-022-01116-x.

Ramezani, M., Ahmadi, F. & Mohammadi, E., 2016. Spirituality in contemporary paradigms: An integrative review. *Evidence Based Care*, 6(2), pp. 7-18. 10.22038/ebcj.2016.7195.

Rattner, M., 2023. 'Total pain': reverence and reconsideration. *Frontiers in Sociology*, 8, p. 1286208. 10.3389/fsoc.2023.1286208.

Reimer-Kirkham, S., 2019. Complicating nursing's views on religion and politics in healthcare. *Nursing Philosophy*, 20(4), p. e12282. 10.1111/nup.12282.

Rogers, M. & Wattis, J., 2015. Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(39), pp. 51-57. 10.7748/ns.29.39.51.e9726.

Rosenfeld, M., Goldblatt, H., Greenblatt-Kimron, L. & Cohen, M., 2023. "There is a God or There is No God—It is in the Hands of God:" Fatalistic Beliefs Among Israeli People About Cancer and Their Impact on Behavioral Outcomes. *Journal of Religion and Health*, 62(3), pp. 2033-2049. 10.1007/s10943-023-01751-5.

Sadras, V., Carrese, J.A., Fitz, A., Gatti, M.L.E. & Teague, P., 2024. Exploring Patients' and Chaplains' Perspectives About a Spiritual Care Program in the Primary Care Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 39(8), pp. 1400-1406. 10.1007/s11606-024-08669-y.

Steinhorn, D.M., Din, J. & Johnson, A., 2017. Healing, spirituality and integrative medicine. *Annals of Palliative Medicine*, pp. 2224-5839. 10.21037/apm.2017.05.01.

Stephenson, P. & Hebeshy, M., 2018. The delivery of end-of-life spiritual care to Muslim patients by non-Muslim providers. *MedSurg Nursing*, 27(5), pp. 281-285.

Štrancar, K. 2014. Razumevanje duhovnosti v kontekstu paliativne oskrbe in njen pomen. In: T. Štemberger Kolnik, ed. *Zbornik prispevkov Zdravstvena nega v javnem zdravju, druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo. Izola, 31. januar 2014*. Koper: Univerza na Primorskem, pp. 193-198.

Taylor, E.A.-O. & Li, A.H., 2020. Healthcare Chaplains' Perspectives on Nurse-Chaplain Collaboration: An Online Survey. *Journal of Religion and Health*, pp. 1573-6571. 10.1007/s10943-019-00974-9.

Teoli, D., Schoo, C. & Kalish, V.B., 2023. *Palliative Care*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537113/> [Accessed 5 May 2025].

Thauvoye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A. & Dezutter, J., 2020. Spirituality among nursing home residents: a phenomenology of the experience of spirituality in late life. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 32(1), pp. 88-103. 10.1080/15528030.2019.1631939.

Uradni list Republike Slovenije. 2024. *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije* [online]. Available at: <https://pisrs.si/pregledNpb?idPredpisa=ANJP93&idPredpisaChng=ANJP93> [Accessed 25 July 2025].

Wang, W., Yang, J., Bai, D., Lu, X., Gong, X., Cai, M., Hou, C. & Gao, J., 2024. Nurses' perceptions and competencies about spirituality and spiritual care: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 132, p. 106006. 10.1016/j.nedt.2023.106006.

Whitehead, I.A.-O., Jagger, C. & Hanratty, B., 2022. Discussing spiritual health in primary care and the HOPE tool-A mixed methods survey of GP views. *PLOS One*, 17(11), pp. 1932-6203. 10.1371/journal.pone.0276281.

Williams, M.G., Voss A Fau - Vahle, B., Vahle B Fau - Capp, S. & Capp, S., 2016. Clinical Nursing Education: Using the FICA Spiritual History Tool to Assess Patients' Spirituality. *Nurse Educator*, 41(4), pp. 1538-9855. 10.1097/NNE.0000000000000269.

Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J. & Buller, H., 2016. Provider Difficulties With Spiritual and Forgiveness Communication at the End of Life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(9), pp. 843-848. 10.1177/1049909115591811.

Wittenberg, E., Ragan, S.L. & Ferrell, B., 2017. Exploring Nurse Communication About Spirituality. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(6), pp. 566-571. 10.1177/1049909116641630.

Wood, J., 2022. Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical Humanities*, 48(4), pp. 411-420. 10.1136/medhum-2020-012107.