

# Percepcija duhovnosti u palijativnoj skrbi kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara Opće županijske bolnice Požega

---

Golić Škulj, Zrinka

Master's thesis / Diplomski rad

2022

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:666082>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-27**

*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek  
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO  
OSIJEK**

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Zrinka Golić Škulj**

**Percepcija duhovnosti u palijativnoj skrbi  
kod medicinskih sestara i medicinskih  
tehničara Opće županijske bolnice Požega**

**Diplomski rad**

**Slavonski Brod, 2022.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO  
OSIJEK**

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Zrinka Golić Škulj**

**Percepcija duhovnosti u palijativnoj skrbi  
kod medicinskih sestara i medicinskih  
tehničara Opće županijske bolnice Požega**

**Diplomski rad**

**Slavonski Brod, 2022.**

Rad je ostvaren u Općoj županijskoj bolnici Požega.

Mentorica rada: doc. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.

Komentor: Željko Mudri, mag. med. techn.

Rad ima 35 listova i 11 tablica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

## **Zahvala**

*Zahvaljujem se mentorici doc. dr. sc. Štefci Mikšić, mag. med. techn. i komentoru Željku Mudri, mag. med. techn. na velikodušnoj stručnoj pomoći, savjetima prilikom izrade ovog rada.*

*Zahvaljujem se suprugu i sinu te svojim roditeljima na strpljenju, ohrabrenju i podršci.*

*Hvala Općoj županijskoj bolnici Požega koja mi je omogućila provođenje ankete, te hvala kolegicama i kolegama koji su istu ispunili.*

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj .....	1
1.2. Pružanje palijativne skrbi.....	2
1.3. Organizacijski oblici palijativne skrbi .....	3
1.4. Duhovnost .....	3
1.5. Duhovna skrb .....	4
2. CILJ RADA .....	7
3. ISPITANICI I METODE.....	9
3.1. Ustroj studije .....	9
3.2. Ispitanici.....	9
3.3. Metode .....	9
4. REZULTATI.....	10
5. RASPRAVA .....	11
6. ZAKLJUČAK .....	24
7. SAŽETAK .....	24
8. SUMMARY .....	26
9. LITERATURA.....	26
10. ŽIVOTOPIS .....	30

## 1. UVOD

Palijativna medicina priznata je kao zasebna medicinska specijalizacija 1987. godine u Velikoj Britaniji. Ona proučava i primjenjuje medicinsku skrb bolesnicima s progresivnom uznapredovanom bolešću čije su prognoze ograničene. Srž skrbi je kvaliteta života, a ne njegova dužina. Holistička skrb za bolesnika i njegovu obitelj može se ostvariti isključivo timskom suradnjom specijalista, medicinske sestre, psihologa, socijalnog radnika, fizioterapeuta i duhovnika. Takva aktivna suradnja tima naziva se palijativna skrb (1).

Palijativna skrb cjelovita je skrb koja poboljšava kvalitetu života bolesnika i njegovih najbližih koji su suočeni sa bolešću koja donosi smrt. Prevencijom i ublažavajući patnju ranim prepoznavanjem, dobrom procjenom i suzbijanjem boli te ostalih psihofizičkih, socijalnih i duhovnih problema. Isto značenje palijativne skrbi ili hospicijske skrbi je skrb na kraju života, odnosno kraj života se shvaća kao duže razdoblje kada pacijent i obitelj shvaćaju da je bolest ta koja postavlja granice života ili u užem smislu kada je to skrb u posljednjih nekoliko sati života (2). Umiranje i smrt postoje jednako dugo koliko i ljudska vrsta. To je prirodna pojava o kojoj treba govoriti. Važne su bolesnikove želje i potrebe, a njegove pripadnosti naciji, vjeri i rasi treba uvažavati (3).

### 1.1. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj

Profesorica Anica Jušić bila je doživotna predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu koje je osnovala 1994. godine, začetnica je hospicijskog pokreta i organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj. Odlukom ministra Vijeća Europe od 2003. godine, sve članice su obvezne uvesti palijativnu skrb u sustav zdravstva te s navedenom odlukom započinje strategija razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj. U prosincu 2013. godine odlukom Vlade Republike Hrvatske potvrđen je Strateški plan razvoja palijativne skrbi Republike Hrvatske za razdoblje 2014. – 2016. godine. Od usvajanja strateškog plana 2014. – 2016. godine u Republici Hrvatskoj su osnovani mobilni palijativni timovi ugovoreni s HZZO-om, bolnički timovi za palijativnu skrb, besplatne posudionice pomagala, ambulante za bol, županijski timovi i županijski koordinacijski centri za palijativnu skrb i Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine pri medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (CEPAMET).

Vlada Republike Hrvatske 18. listopada 2017. godine usvojila je nastavak provedbe uspostave sustava palijativne skrbi, odnosno Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017. – 2020. godine. Pritom su županije izradile strategije razvoja palijativne skrbi, organizacije palijativne skrbi uz Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje te organizaciju supervizije za pružatelje palijativne skrbi i osiguravanje smještajnih kapaciteta pacijentima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi (5,6).

### **1.2. Pružanje palijativne skrbi**

Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) u bijeloj knjizi definira kompetencije koje bi trebali imati zdravstveni djelatnici pružatelji palijativne skrbi. Očekuje se da svi zdravstveni djelatnici budu kompetentni pružiti palijativnu skrb na najvećoj razini, stoga za istu moraju biti educirani. Multidisciplinarni pristup i rad usredotočen je na međudjelovanje, podjelu uloga i odgovornosti. U palijativnoj skrbi multidisciplinarni timove potrebno je promatrati kao grupe u koje se kroz različite djelatnosti svi međusobno nadopunjuju s ciljem skrbi za pacijenta koji ima potrebe za palijativnom skrbi (6). Noviji modeli palijativne skrbi znatno se razlikuju od starijih, tradicionalnih modela koji su palijativnu skrb uključivali na samrti.

Danas skrb za palijativnog bolesnika treba biti dostupna od saznanja dijagnoze. Takva skrb pruža se bolesnicima u svim stadijima bolesti bez obzira na životnu dob. Neki bolesnici trebaju skrb tijekom dužeg perioda sve do kraja života, dok je drugima potreban samo mali dio skrbi kada bolest uznapreduje ili pak pred samu smrt (7). Palijativna skrb obitelj i prijatelje rado uključuje u svoje područje rada. Obitelji i prijatelji najveći su pružatelji utjehe bolesniku kojemu bolest ograničava život.

Cilj je unaprijediti kvalitetu života oboljelog i njegove obitelji koja sudjeluje u brizi za oboljeloga. Za bolesnike kojima bolest ograničava život potrebno je omogućiti pristup liječnicima opće prakse, medicinskim sestrama/tehničarima koji su educirani za pružanje skrbi. Takve kompetencije koje se primjenjuju u zdravstvenoj skrbi povremeno se nazivaju i palijativnim pristupom. Palijativna skrb trebala bi biti dostupna bolesniku gdje god se on nalazio. Nužno je da svaki bolesnik koji je hospitaliziran može dobiti palijativnu skrb jer mnogi bolesnici trebaju takvu skrb (6).



### 1.3. Organizacijski oblici palijativne skrbi

Palijativna skrb može se zbivati u domu oboljeloga, u domu za starije i nemoćne, domu umirovljenika, bolnici i hospiciju. Svi profesionalci koji sudjeluju u pružanju takve skrbi trebali bi biti upoznati s osnovnim principima palijativne skrbi. Potrebno je imati mogućnost obvezne edukacije te usavršavanja vještina i znanja potrebnih za pružanje palijativne skrbi jer će na takav način pacijenti imati na stručan način uvid u skrb koja odgovara njihovim zahtjevima (8). Koordinator palijativne skrbi sudjeluje u pružanju palijativne skrbi te koordinira sve potrebne sudionike za razvoj i pružanje palijativne skrbi na području županije. Također, vodi bazu podataka o pacijentima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, te organizira posudionice pomagala (3). Kućnu palijativnu skrb čine posebno educirani mobilni palijativni timovi koji u suradnji s timovima primarne zdravstvene zaštite dolaze do bolesnika. Takav oblik skrbi najpoželjniji je oblik.

Ako bolesnik nema osobu koja ga njeguje ili je ta osoba premorena, bolesnik se smješta u hospicij gdje ostaje do oporavka ili pak do smrti. Palijativni dnevni boravci služe kako bi se kronično bolesni i izolirani bolesnici resocijalizirali uz medicinsku kontrolu, a istodobno oslobodili njegovatelja dužnosti prema oboljelom toga dana. Ambulante ili savjetovališta za palijativnu skrb, napose ambulate za bol primaju pacijente koji mogu doći u ambulantu te usko surađuju sa specijalističkim bolnicama. Savjetovališta za psihološku pomoć ambulantne su jedinice koje surađuju sa svima dok je bolesnik živ, pritom pružajući psihosocijalnu podršku, ali i nakon njegove smrti pružaju podršku pri žalovanju u krugu obitelji (8).

### 1.4. Duhovnost

U povijesti filozofije tek se s Platonom prvi put pojavljuje ideja duhovne stvarnosti koja je suprotna materijalnoj. Duh je istovjetan s idealima svijeta sa svim temeljima bitka. Antropološki ono po čemu je čovjek zapravo čovjek proizlazi iz duhovnog reda (9). Prema Aristotelu duh stanuje u duši. Božanskog je porijekla jer je i Bog duh, stanuje u duši (10). Pojam duhovnosti dugo je bio poznat samo u vjerskim krugovima, ali se u posljednje vrijeme sve češće susreće u društvenom svijetu. Duhovnost je ujedno postala fenomen istraživanja u medicinskom području s prisutnim pragmatičnim pristupom težeći tome da postane prepoznatljiva. Implementacija duhovnosti u svakodnevni akt skrbi proizlazi iz potreba bolesnika kojemu se pruža palijativna skrb, a čije potrebe obuhvaćaju fizičke, emocionalne, socijalne, ali i duhovne potrebe (11).

Znanstvenici na duhovnost u palijativnoj skrbi gledaju kroz stav bolesnika, obitelji ili djelatnika tima koji imaju susret sa čovjekom koji ima neizlječivu bolest i prolazi kroz krizne životne situacije (12). Glavna uloga duhovnosti je pružanje svrhe ljudskog života. Svatko traži smisao i svrhu svoga života, a ako se suočimo sa smrću ta potraga postaje sve jača. Duhovnost nije u području znanja samo jedne osobe, već se pitanjima duhovnosti mogu baviti liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti i svećenici. Većina njih nije kompetentna u pružanju takve podrške dok duhovnici i svećenici to jesu. Zato je jako važno prihvatiti bolesnikovu duhovnost kako bi ga na vrijeme mogli uputiti osobi koja će mu pomoći u pronalasku smisla i ublažavanju duhovne patnje (1).

Duhovnost se prilično često poistovjećuje s religioznošću unatoč činjenici da koncept duhovnosti nadilazi definirajuće attribute koncepta religioznosti. Osnovna misao duhovnosti uistinu je vrijednost i cilj života te ljubav, život i smrt. Premda većina ljudi duhovnost izražava preko religije, duhovnost se očituje i kroz umjetnost, zajedništvo s prirodom ili znanstvenim radom (16).

### **1.5. Duhovna skrb**

Definicija palijativne skrbi prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji uključuje brigu o duhovnim potrebama pacijenata i obitelji u svim okruženjima. U Beču, 2009. godine, na kongresu Europske udruge za palijativnu skrb, nizozemski delegat predložio je radnu skupinu za duhovnu skrb u palijativnoj skrbi. Konferencija je održana u Nizozemskoj i cilj joj je bio uspostaviti osnovu na kojoj bi se mogla razviti buduća duhovna skrb u palijativnoj skrbi. Predložena definicija duhovnosti glasi: „Duhovnost je dinamična dimenzija ljudskoga života koja se odnosi na način na koji osobe doživljavaju, izražavaju i/ili traže značenje, svrhu i transcendenciju i način na koji se povezuju sa sobom, drugima, prirodom, značajnim i/ili svetim.“ (15). Pojam duhovne skrbi obuhvaća sve što daje svrhu i smisao bolesnikovu životu. Religija predstavlja nečije misli i osjećaje, način života, samim time može uključivati obrede ili rituale kao dio nečije duhovnosti. Ako je bolesnik vjernik i vjeru prakticira, nužno je osigurati sudjelovanje u vjeri i omogućiti pristup, prostor i vrijeme za molitvu. Duhovnost je značajan element u postizanju dostojanstvene smrti jer osnažuje bolesnika u suočavanju s bolesti i smrti (3,7). Većinom se zadovoljavaju religijske potrebe bolesnika jer su pristupačnije i lako prepoznatljive za razliku od duhovnih (14).

Nositi u sebi duhovnost glavni je preduvjet da bi mogli pomoći drugome. Ako mi nismo duhovni ne možemo duhovno pratiti nekoga drugoga. Duhovnom pratnjom i sami dolazimo do pitanja: Tko sam ja zapravo? Koja je svrha i smisao moga života? Što su životne vrijednosti? Onaj koji je na odlasku i onaj koji ga duhovno prati samo zajedno mogu činiti korak naprijed u humanosti. Važan je odnos s bolesnikom jer čovjek u bolesti ima potrebu biti prihvaćen i voljen, svaka njegova potreba molba je za blizinom i ljubavi. Uspostavom odnosa povjerenja bolesnik je sposoban prihvatiti stvarnost, smisao i vrijednost patnje.

Svaki bolesnik ima potrebu za duhovnom pratnjom, napose kada se nalazi na kraju života. Ponekad tu potrebu pokazuje jasno, ali većinom potihom, znakovima i gestama. Teška bolest može se shvatiti kao prijetnja fizičkom, psihičkom i duhovnom integritetu. Tada je potreba bolesnika da se na njega gleda kao na čovjeka, a ne kao na stvar. Ako takva potreba nije zadovoljena često se nezadovoljstvo izražava strahom, povlačenjem i agresivnošću (17). U završnoj fazi života s duhovnog gledišta čovjek pažnju usmjerava prema pitanjima povezanim sa smislom i svrhom svoga života. Smrt se ne može izbjeći, svatko umire na sebi svojstven način kao što i živi. Stoga je potrebno produbiti odnos zdravstvenih djelatnika prema pacijentima koji umiru. Takva komunikacija često predstavlja veliko emocionalno opterećenje pa ju zdravstveni djelatnici većinom izbjegavaju. Najčešći razlog izbjegavanja komunikacije je nedostatak edukacije.

Važno je da pacijent zna da razumijemo njegove potrebe te da osjeti suosjećanje i fizički kontakt poput dodira ili pak držanja za ruku kako bi bio spokojan (6). Slušanje bolesnika je najveća vještina, iako se ne ostvaruje uvijek sukladno potrebama bolesnika i dovoljno često jer iscrpljuje slušatelja. Slušajući čujemo patnju i pitanja na koja je najbolji odgovor samo slušanje (16). Unutrašnji svijet nazivamo duhom, srcem ili dušom, dok vanjski nazivamo tijelom, a zajedno su svijet ljudske osobe. U pozivu sestrinstva trebamo težiti otkrivanju čovjekove nutrine. Pravi odnos medicinske sestre i bolesnika ostvaruje se kada smo otvoreni za susret s onim duhovnim i pripravi prihvatiti ono što druga osoba nosi u svojoj nutrini. Sestrinstvo je duša duhovnog postojanja i djelovanja u kliničkim uvjetima. Ono je bez duše samo tehničko znanje i vještine potrebne za njegu bolesnika. S dušom vraća sestrinstvo pravom smislu njege bolesnika, onome što sestrinstvo i zapravo jest, poziv. Smisao sestrinstva je u zdravstvenoj njezi bolesnika, a bolesnik svoj smisao pronalazi u sestrinskoj praksi koja postoji radi njega. Smisao je urođen i nadiskustven te je to sestrinstvo u ogledalu duha. To nije samo empatija nego i nesebično darivanje i služenje potrebitima.

Duhovnost sestrištva osnovana je na kršćanskom iskustvu transcendencije, iskustvu živog Boga u životu vjernika. Zdravstvena njega bolesnika najuzvišenije je iskazivanje ljubavi u kršćanstvu. To nije samo vještina, već sveta služba nesebičnog darivanja samoga sebe onima koji su u potrebi. Posjedovanje kompetencija za obavljanje sestrištne prakse ne znači da je to dobra praksa. Ispravnu sestrištnu praksu jamči motivacija, veliko zadovoljstvo obavljanjem zdravstvene njege bolesnika i unutrašnje zadovoljstvo pozivom (18).

## 2. HIPOTEZA

Hipoteze diplomskog rada su:

- Medicinske sestre i medicinski tehničari Opće županijske bolnice Požega imaju visoku razinu duhovnosti i kompetencije duhovne skrbi te pozitivne stavove prema smrti i umiranju
- Postoje statistički značajne razlike u percepciji duhovnosti, duhovne skrbi, kompetencija u pružanju duhovne skrbi i stavova medicinskih sestara i tehničara prema smrti i umiranju s obzirom na spol, dob, stupanj obrazovanja, radno iskustvo u sestrinstvu, vjerskoj pripadnosti i prakticiranju vjere
- Postoji povezanost straha od smrti i izbjegavanja smrti s procjenom i provedbom duhovne skrbi medicinskih sestara i tehničara

### 3. CILJ RADA

Cilj istraživanja je ispitati stavove o smrti i samopercepciju razine kompetencija o pružanju duhovne skrbi u palijativnoj skrbi kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara Opće županijske bolnice Požega.

Specifični ciljevi su:

1. Ispitati u kojim domenama duhovne skrbe medicinske sestre i medicinski tehničari imaju najveću razinu kompetencija
2. Ispitati razlike u percepciji duhovnosti, duhovne skrbi, kompetencija u pružanju duhovne skrbi i stavova medicinskih sestara i tehničara prema smrti i umiranju s obzirom na spol, dob, stupanj obrazovanja, radno iskustvo u sestrinstvu, vjerskoj pripadnosti i prakticiranju vjere
3. Ispitati postoji li povezanost straha od smrti i izbjegavanja smrti s procjenom i provedbom duhovne skrbi medicinskih sestara i tehničara

### 4. ISPITANICI I METODE

#### 4.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno po principu presječne studije, u Općoj županijskoj bolnici Požega, prikupljanjem podataka tijekom rujna 2022. godine (18).

#### 4.2. Ispitanici

U istraživanje su uključene medicinske sestre i medicinski tehničari koji su djelatnici Opće županijske bolnice Požega s aktivnim radnim statusom, njih 63. Za istraživanje je dobivena suglasnost Etičkog povjerenstva Opće županijske bolnice Požega. Kriterij uključenja u studiju je aktivni radni status na radnom mjestu medicinske sestre, odnosno medicinskog tehničara u Općoj županijskoj bolnici Požega, a koji su uključeni u zdravstvenu njegu bolesnika. Kriterij isključenja iz studije je aktivan radni status na radnom mjestu medicinske sestre, odnosno medicinskog tehničara, a koji nisu uključeni u provođenje zdravstvene njege niti su integrirani u proces zdravstvene njege (Ravnateljstvo, Odjel sterilizacije, Jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite, Poliklinika i Dnevna bolnica).

#### 4.3. Metode

Instrument ispitivanja bio je anketni upitnik. Prvi dio upitnika pitanja su o općim obilježjima ispitanika: spol, dob, stupanj obrazovanja, radno iskustvo, vjersko opredjeljenje i prakticiranje vjere. U drugom dijelu su standardizirani instrumenti: skala kompetencija duhovne skrbi, izvornog naziva *Spiritual care competence scale* (SCCS), konstituirao ju je Rene van Leeuwen (20). Drugi upitnik Stavovi prema smrti i umiranju, izvornog naziva *Death Attitude Profile-Revised* konstruirao Paul.T.P.Wrong (21).

Skala kompetencija duhovne skrbi namijenjena je ispitivanju percepcije medicinskih sestara i medicinskih tehničara o njihovim kompetencijama u pružanju duhovne skrbi, sastavljena je od 27 tvrdnji koje su podijeljene na šest podljestvica:

- a) procjena i provedba duhovne skrbi (šest tvrdnji)
- b) profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi (šest tvrdnji)
- c) osobna potpora i savjetovanje pacijenta (šest tvrdnji)
- d) upućivanje na profesionalce (tri tvrdnje)
- e) odnos prema duhovnosti pacijenta (četiri tvrdnje)
- f) komunikacija (dvije tvrdnje) (21).

Samoprocjena se vrednuje temeljem petostupanjske Likertove skale za svaku tvrdnju počevši od 1 (nikako se ne slažem) do 5 (potpuno se slažem).

Upitnik o stavu prema smrti i umiranju ispituje stavove prema smrti i umiranju i sastavljen je od 32 tvrdnje koje su podijeljene na 5 podljestvica:

- a) strah od smrti (sedam tvrdnji) – negativne misli i osjećaji vezani uz smrt
- b) izbjegavanje smrti (pet tvrdnji) – poricanje smrti i izbjegavanje razmišljanja i razgovora o smrti
- c) neutralno prihvaćanje (pet tvrdnji) – prihvaćanje smrti kao prirodnog životnog procesa
- d) pristup prihvaćanja smrti (deset tvrdnji) – vjerovanje u sretan zagrobni život
- e) prihvaćanje bijega (pet tvrdnji) – doživljaj smrti kao privlačnog bijega od boli i patnje, smrt kao alternativa sadašnjoj patnji

Vrednovanje je jednim odgovorom na sedamstupanjskoj skali za svaku tvrdnju počevši od 1 (posve se ne slažem) do 7 (posve se slažem).

### 4.4 Statističke metode

Za potrebe izrade empirijskog dijela ovog rada koristi se anketni upitnik kao instrument istraživanja te je proveden među 63 medicinske sestre/medicinskih tehničara. U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima se prezentira struktura odgovora na anketna pitanja i to upotrebom apsolutnih i relativnih frekvencija.

Upotrebom metoda deskriptivne statistike prezentira se medijan kao srednja vrijednost, dok se kao pokazatelj odstupanja oko srednje vrijednosti koristi interkvartilni raspon. U slučaju normalne razdiobe se koristi aritmetička sredina kao srednja vrijednost te standardna devijacija kao pokazatelj odstupanja oko srednjih vrijednosti. Razlika u zastupljenosti ispitanika prema sociodemografskim obilježjima se ispituje  $\chi^2$  testom. Hipoteze se ispituju upotrebom T-testa, ANOVA testa, te Pearsonovog koeficijenta korelacije. Analiza je rađena u statističkom softveru STATISTICA 12.



## 5. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 63 ispitanika, od toga je 56 ispitanica (88,89 %). Prema obrazovnoj strukturi najveći broj ispitanika ima završenu srednju stručnu spremu, njih 43 (68,25 %), većina ispitanika se izjasnila da su katolici, njih 60 (95,24 %). Srednja životna dob ispitanika je 39 godina (IQR=28,00-54,00), dok je srednja razina radnog iskustva 16 godina (IQR=7,00-33,00) (Tablica 1.).

**Tablica 1.** Opća obilježja ispitanika

		N	%	$\chi^2$	P
Spol	Muški	7	11,11	38,11	<0,001
	Ženski	56	88,89		
Obrazovanje	SSS	43	68,25	36,10	<0,001
	VŠS	6	9,52		
	VSS	14	22,22		
Vjersko opredjeljenje	katolička vjera	60	95,24	108,67	<0,001
	pravoslavna vjera	2	3,17		
	ateizam	1	1,59		
Practiciranje vjere	da	50	79,37	21,73	<0,001
	ne	13	20,63		

\* $\chi^2$  test.

Najveća razina slaganja s izjavom o samoprocjeni kompetencija duhovne skrbi utvrđena je u podljestvici komunikacije gdje je srednja razina slaganja 4,48 (IQR=4,00-5,00), dok je najmanja značajna razlika slaganja utvrđena kod konstrukta profesionalizacije i napretka kvalitete duhovne skrbi kod koje je utvrđena srednja razina slaganja 3,26 (IQR=2,83-3,83) (Tablica 2.).

**Tablica 2.** Vrijednosti samoprocjene pružanja duhovne skrbi po domenama

	N	Prosjek	SD	Min	Maks	V (%)
Odnos prema duhovnosti pacijenata	63	4,47	0,73	1,00	5,00	16,3
Komunikacija	63	<b>4,48</b>	0,72	1,00	5,00	16,0
Procjena i provedba duhovne skrbi	63	3,75	0,74	1,60	5,00	19,6
Upućivanje na profesionalce	63	3,68	0,75	1,67	5,00	20,3
Osobna potpora i savjetovanje	63	3,70	0,66	1,67	5,00	17,9
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	63	<b>3,26</b>	0,82	1,00	5,00	25,2

Najveća prosječna vrijednost je utvrđena kod konstrukta neutralnog prihvaćanja smrti gdje je srednja razina slaganja 5,34; IQR=3,70-5,30), dok je najmanja prosječna vrijednost utvrđena kod konstrukta prihvaćanja bijega kod kojeg je utvrđena srednja vrijednost 3,89 (IQR=3,20-4,80) (Tablica 3.).

**Tablica 3.** Stavovi prema smrti

	<b>N</b>	<b>Prosjek</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>V (%)</b>
Strah od smrti	63	3,93	1,19	1,57	7,00	30,2
Izbjegavanje smrti	63	4,33	1,36	1,00	7,00	31,3
Neutralno prihvaćanje	63	<b>5,34</b>	0,97	1,40	7,00	18,2
Pristup prihvaćanja smrti	63	4,95	1,20	1,30	6,90	24,3
Prihvaćanje bijega	63	<b>3,89</b>	1,33	1,00	6,80	34,1

Analiza hipoteze koja glasi: „Medicinske sestre i tehničari Opće županijske bolnice Požega imaju visoku razinu percepcije duhovnosti i duhovne skrbi te pozitivne stavove prema smrti i umiranju“ ispitana je uporabom vrijednosti podljestvica na promatrana dva upitnika. Ispitano je razlikuje li se razina samoprocjene statistički značajno u odnosu na indiferentnu razinu stava.

Prosječna vrijednost u podljestvici odnosa prema duhovnosti pacijenata je za 1,47 bodova veća u odnosu na graničnu vrijednost 3, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=16,04$ ;  $P<0,00$ ). Komunikacija je među promatranim ispitanicima imala vrijednost za 1,48 bodova veću u odnosu na graničnu vrijednost 3, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=16,398$ ;  $P<0,001$ ). Procjena i provedba duhovne skrbi je za 0,75 bodova veća u odnosu na graničnu vrijednost 3, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=8,10$ ;  $P<0,001$ ) (Tablica 4.).

Upućivanje na profesionalce je za 0,68 bodova veće u odnosu na graničnu vrijednost 3, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=7,19$ ;  $P<0,001$ ). Osobna potreba i savjetovanje su za 0,70 bodova veće u odnosu na graničnu vrijednost 3, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=8,36$ ;  $P<0,001$ ), dok je profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi za 0,26 bodova veći u odnosu na graničnu vrijednost, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=2,53$ ;  $P=0,014$ ) (Tablica 4.).

**Tablica 4.** Razlike samoprocjene u percepciji kompetencija pružanja duhovne skrbi u odnosu na indiferentan stav

	<b>Prosjek</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>Cut off vrijednost</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>P</b>
Odnos prema duhovnosti pacijenata	4,47	0,73	63	3,00	16,04	62	<b>&lt;0,001</b>
Komunikacija	4,48	0,72	63	3,00	16,38	62	<b>&lt;0,001</b>
Procjena i provedba duhovne skrbi	3,75	0,74	63	3,00	8,10	62	<b>&lt;0,001</b>
Upućivanje na profesionalce	3,68	0,75	63	3,00	7,19	62	<b>&lt;0,001</b>
Osobna potpora i savjetovanje	3,70	0,66	63	3,00	8,36	62	<b>&lt;0,001</b>
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	3,26	0,82	63	3,00	2,53	62	<b>0,014</b>

\*t-test

Među konstruktima kojima se ispituje strah od smrti i umiranja je utvrđena visoka razina straha kod konstrukta neutralnog prihvaćanja ( $t=10,96$ ;  $P<0,001$ ), te kod konstrukta pristupa prihvaćanja smrti ( $t=6,27$ ;  $P<0,001$ ), dok je kod ostalih čestica utvrđen stav koji se ne razlikuje od indiferentnog stava ( $P>0,050$ ) (Tablica 5.).

**Tablica 5.** Razlike stavova prema smrti u odnosu na indiferentan stav

	<b>Prosjek</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>Cut off vrijednost</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>P</b>
Strah od smrti	3,93	1,19	63	4,00	0,44	62	0,663
Izbjegavanje smrti	4,33	1,36	63	4,00	1,96	62	0,055
Neutralno prihvaćanje	5,34	0,97	63	4,00	10,96	62	<b>&lt;0,001</b>
Pristup prihvaćanja smrti	4,95	1,20	63	4,00	6,27	62	<b>&lt;0,001</b>
Prihvaćanje bijega	3,89	1,33	63	4,00	0,65	62	0,518

\*t-test

Analiza hipoteze „Postoje statistički značajne razlike u percepciji duhovnosti, duhovne skrbi, kompetencija u pružanju duhovne skrbi i stavova medicinskih sestara i tehničara prema smrti i umiranju s obzirom na spol, dob, stupanj obrazovanja, radno iskustvo u sestrinstvu, vjerskoj pripadnosti, prakticiranju vjere, samoprocjeni osposobljenosti za procjenu duhovne skrbi ispitana je uporabom dvaju promatranih upitnika te su izražene stavovi i vrijednosti u samopercepciji kompetencija uspoređene u odnosu na sociodemografska obilježja.

Srednja vrijednost odgovora varijable odnosa prema duhovnosti pacijenata je za 1,17 bodova veća među ispitanim ženama u odnosu na ispitane muškarce ( $t=4,64$ ;  $P<0,001$ ), osobna potpora i savjetovanje je za 0,73 boda veća među ispitanim ženama u odnosu na muškarce ( $t=2,92$ ;  $P=0,005$ ) te profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi je za 0,96 boda manja među ispitanim ženama u odnosu na muškarce ( $t=3,13$ ;  $P=0,003$ ). Ispitivanjem razlike u ostalim podljestvicama nije utvrđena prisutnost razlike s obzirom na spol ( $P>0,050$ ) (Tablica 6.).

**Tablica 6.** Ispitivanje razlika s obzirom na spol

	Ženski			Muški			t	df	p
	N	Prosjeak	SD	N	Prosjeak	SD			
Odnos prema duhovnosti pacijenata	56	4,60	0,41	7	3,43	1,59	4,64	61	<b>&lt;0,001</b>
Komunikacija	56	4,51	0,56	7	4,21	1,52	1,03	61	0,308
Procjena i provedba duhovne skrbi	56	3,76	0,68	7	3,67	1,15	0,31	61	0,760
Upućivanje na profesionalce	56	3,70	0,77	7	3,52	0,54	0,57	61	0,569
Osobna potpora i savjetovanje	56	3,78	0,60	7	3,05	0,83	2,92	61	<b>0,005</b>
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	56	3,37	0,77	7	2,40	0,76	3,13	61	<b>0,003</b>
Strah od smrti	56	3,89	1,01	7	4,33	2,22	-0,93	61	0,354
Izbjegavanje smrti	56	4,29	1,36	7	4,66	1,37	-0,66	61	0,510
Neutralno prihvaćanje	56	5,40	0,82	7	4,91	1,83	1,24	61	0,219
Pristup prihvaćanja smrti	56	4,99	1,16	7	4,66	1,57	0,68	61	0,499
Prihvaćanje bijega	56	3,94	1,36	7	3,49	1,03	0,85	61	0,396

\*t-test

Povezanost između starosne dobi i profesionalizacije i napretka kvalitete duhovne skrbi je pozitivna i statistički značajna ( $r=0,35$ ;  $P=0,005$ ). Porastom radnog iskustva dolazi do porasta profesionalizacije i napretka kvalitete duhovne skrbi ( $r=0,36$ ;  $P=0,004$ ), dok ostali promatrani konstrukti nisu povezani sa životnom dobi i radnim iskustvom ( $P>0,050$ ) (Tablica 7.).

**Tablica 7.** Ispitivanje razlika s obzirom na radno iskustvo

		Životna dob (godine)	Radno iskustvo
Odnos prema duhovnosti pacijenata	r	0,15	0,18
	P	0,234	0,147
Komunikacija	r	-0,04	-0,05
	P	0,736	0,707
Procjena i provedba duhovne skrbi	r	0,10	0,11
	P	0,424	0,375
Upućivanje na profesionalce	r	0,01	0,02
	P	0,967	0,864
Osobna potpora i savjetovanje	r	0,11	0,15
	P	0,409	0,234
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	r	0,35	0,36
	P	<b>0,005</b>	<b>0,004</b>
Strah od smrti	r	0,13	0,07
	P	0,318	0,564
Izbjegavanje smrti	r	0,17	0,13
	P	0,175	0,328
Neutralno prihvaćanje	r	0,05	0,04
	P	0,725	0,785
Pristup prihvaćanja smrti	r	0,21	0,23
	P	0,094	0,068
Prihvaćanje bijega	r	0,11	0,12
	P	0,384	0,358

\*Pearson koeficijent korelacije

Srednja vrijednost podljestvice komunikacije odnosno veća samoprocjena kompetencija komunikacije je veća među ispitanicima porastom razine obrazovanja, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $F=3,16$ ;  $P=0,049$ ). Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi bilježe porast rastom razine obrazovanja, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $F=3,70$ ;  $P=0,031$ ), dok je strah od smrti najveći među ispitanicima sa višom stručnom spremom, dok je najniži među ispitanicima sa visokom stručnom spremom. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $F=4,18$ ;  $P=0,020$ ). Razlike u ostalim konstruktima s obzirom na stupanj obrazovanja nisu utvrđene ( $P>0,050$ ) (Tablica 8.).

**Tablica 8.** Ispitivanje razlika s obzirom na obrazovanje

	Obrazovanje	SSS	VŠS	VSS	ANOVA	
	N	43	6	14		
Odnos prema duhovnosti pacijenata	Prosjek	4,40	4,46	4,71	F	1,01
	SD	0,83	0,43	0,39	p	0,369
Komunikacija	Prosjek	4,36	4,67	4,75	F	1,85
	SD	0,79	0,52	0,43	p	0,166
Procjena i provedba duhovne skrbi	Prosjek	3,64	3,58	4,17	F	3,16
	SD	0,78	0,38	0,57	p	<b>0,049</b>
Upućivanje na profesionalce	Prosjek	3,56	3,89	3,95	F	1,78
	SD	0,69	0,50	0,95	p	0,178
Osobna potpora i savjetovanje	Prosjek	3,59	3,67	4,04	F	2,55
	SD	0,66	0,71	0,58	p	0,086
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	Prosjek	3,10	3,22	3,76	F	3,70
	SD	0,85	0,33	0,71	p	<b>0,031</b>
Strah od smrti	Prosjek	3,88	5,14	3,57	F	4,18
	SD	1,08	1,67	1,04	p	<b>0,020</b>
Izbjegavanje smrti	Prosjek	4,28	5,30	4,08	F	1,84
	SD	1,38	0,96	1,33	p	0,167
Neutralno prihvaćanje	Prosjek	5,30	5,53	5,39	F	0,16
	SD	0,98	0,43	1,14	p	0,851
Pristup prihvaćanja smrti	Prosjek	5,00	5,32	4,63	F	0,82
	SD	1,21	0,63	1,35	p	0,443
Prihvaćanje bijega	Prosjek	3,95	4,03	3,64	F	0,33
	SD	1,32	0,56	1,62	p	0,723

\*ANOVA

Srednja vrijednost odnosa prema duhovnosti pacijenata je za 3,07 bodova veća među vjernicima u odnosu na ateiste, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike. Razina komunikacije je za 2,52 boda veća među ispitanim vjernicima u odnosu na ateiste, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=3,18$ ;  $P=0,002$ ) (Tablica 9.).

Osobna potpora i savjetovanje je za 1,75 bodova veća među ispitanim vjernicima u odnosu na ateiste, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=4,13$ ;  $P<0,001$ ). Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi su za 1,82 boda veća kod vjernika u odnosu na ateiste, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=3,32$ ;  $P=0,002$ ), dok razlika u ostalim konstruktima s obzirom na prisutnost vjere nije utvrđena ( $P>0,050$ ) (Tablica 9.).

**Tablica 9.** Ispitivanje razlika s obzirom na vjeru i ateizam

Vjera	Vjernik			Ateist			t	df	p
	N	Prosjeak	SD	N	Prosjeak	SD			
	Odnos prema duhovnosti pacijenata	61	4,57	0,49	2	1,50			
Komunikacija	61	4,52	0,57	2	3,00	2,83	3,18	61	<b>0,002</b>
Procjena i provedba duhovne skrbi	61	3,77	0,68	2	3,30	2,40	0,88	61	0,382
Upućivanje na profesionalce	61	3,70	0,74	2	2,83	0,24	1,64	61	0,105
Osobna potpora i savjetovanje	61	3,75	0,59	2	2,00	0,47	4,13	61	<b>&lt;0,001</b>
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	61	3,32	0,76	2	1,50	0,71	3,32	61	<b>0,002</b>
Strah od smrti	61	3,91	1,19	2	4,79	0,71	- 1,03	61	0,307
Izbjegavanje smrti	61	4,32	1,37	2	4,80	0,85	- 0,49	61	0,626
Neutralno prihvaćanje	61	5,35	0,95	2	5,00	1,98	0,50	61	0,616
Pristup prihvaćanja smrti	61	4,93	1,22	2	5,40	0,28	- 0,54	61	0,594
Prihvaćanje bijega	61	3,89	1,35	2	3,90	0,14	- 0,01	61	0,993

\*t-test

Srednja vrijednost neutralnog prihvaćanja smrti je za 0,62 boda veća među ispitanicima koji prakticiraju vjeru u odnosu na ispitanike koji ne prakticiraju vjeru, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=2,12$ ;  $P=0,038$ ), dok je prihvaćanje bijega za 0,81 bod veće među ispitanicima koji prakticiraju vjeru u odnosu na ispitanike koji ne prakticiraju vjeru, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $t=2,01$ ;  $P=0,049$ ). Ispitivanjem razlike u ostalim konstruktima SCCS i DAP-R upitnika s obzirom na prakticiranje vjere nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ( $P>0,050$ ) (Tablica 10.).

**Tablica 10.** Ispitivanje razlika s obzirom na prakticiranje vjere

Practiciranje vjere	Da			Ne			t	df	p
	N	Prosjeak	SD	N	Prosjeak	SD			
Odnos prema duhovnosti pacijenata	50	4,52	0,62	13	4,31	1,08	0,91	61	0,365
Komunikacija	50	4,56	0,54	13	4,15	1,14	1,86	61	0,068
Procjena i provedba duhovne skrbi	50	3,73	0,70	13	3,83	0,89	-0,41	61	0,682
Upućivanje na profesionalce	50	3,69	0,75	13	3,64	0,79	0,19	61	0,846
Osobna potpora i savjetovanje	50	3,70	0,68	13	3,71	0,61	-0,06	61	0,955
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	50	3,23	0,85	13	3,40	0,71	-0,67	61	0,507
Strah od smrti	50	4,08	1,25	13	3,38	0,72	1,92	61	0,060
Izbjegavanje smrti	50	4,39	1,35	13	4,13	1,41	0,61	61	0,547
Neutralno prihvaćanje	50	5,47	0,75	13	4,85	1,51	2,12	61	<b>0,038</b>
Pristup prihvaćanja smrti	50	5,10	0,95	13	4,38	1,83	1,97	61	0,053
Prihvaćanje bijega	50	4,06	1,24	13	3,25	1,52	2,01	61	<b>0,049</b>

\*t-test

Hipotezom tri nastojalo se ispitati postoji li povezanost straha od smrti i izbjegavanja smrti s procjenom i provedbom duhovne skrbi medicinskih sestara i tehničara Povezanost je ispitana korelacijom. Ispitivanjem nisu utvrđene prisutnosti statistički značajnih povezanost između straha od smrti i izbjegavanja smrti sa rezultatima SCCS upitnika ( $P > 0,050$ ), te se hipoteza odbacuje u cijelosti (Tablica 11.).



**Tablica 11.** Povezanost straha od smrti i izbjegavanja smrti sa samoprocjenom kompetencija pružanja duhovne skrbi

		Strah od smrti	Izbjegavanje smrti
Odnos prema duhovnosti pacijenata	r	-0,16	-0,15
	p	0,216	0,245
Komunikacija	r	-0,10	-0,02
	p	0,417	0,892
Procjena i provedba duhovne skrbi	r	-0,15	-0,03
	p	0,226	0,799
Upućivanje na profesionalce	r	-0,02	0,05
	p	0,853	0,719
Osobna potpora i savjetovanje	r	-0,20	-0,01
	p	0,109	0,932
Profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi	r	0,05	0,12
	P	0,713	0,343

\*Pearson koeficijent korelacije

## 6. RASPRAVA

Duhovnost je širok pojam koji nema svoju pravu definiciju. Stoga je teško definirati duhovnu skrb u sestrinstvu. Potreba za takvom skrbi javlja se najčešće kod teško oboljelih pacijenata, odnosno onih koji imaju potrebu za palijativnom skrbi. Ovim istraživanjem ispitani su stavovi prema smrti i umiranja i samopercepcija kompetencija o pružanju duhovne skrbi u palijativnoj skrbi kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara Opće županijske bolnice Požega. U istraživanju su sudjelovala 63 djelatnika Opće županijske bolnice Požega koji sudjeluju u provođenju zdravstvene njege bolesnika.

Većinu ispitanika u ispitivanom uzorku čine medicinske sestre što je sukladno ustaljenom trendu prema kojemu je sestrinstvo profesija u kojoj dominiraju žene. Muškarci su u ravnopravnoj manjini, iako ih u sestrinstvu ima sve više i očekivan je porast broja medicinskih tehničara (22). Prosječna životna dob ispitanika je 39 godina što predstavlja nižu prosječnu dob u odnosu na prosječnu dob sestričkog kadra u Europskoj uniji koja je unutar raspona od 40 i 45 godina (23). Nasuprot tomu, rezultati studije provedene u Općoj bolnici Dubrovnik upućuju na prosječnu dob od 33 godine što je sukladno nižem prosjeku dobi medicinskih sestara. Prosjek radnog staža iznosi 16 godina, a većina ispitanika ima najvišu završenu razinu obrazovanja srednjoškolsko obrazovanje. Srednjoškolsko obrazovanje kao najviša završena razina obrazovanja sukladno je s istraživanjem provedenom na uzorku medicinskih sestara koji također potvrđuju da je dominantan udio medicinskih sestara sa završenim srednjoškolskim obrazovanjem koje rade na odjelu i u provođenju zdravstvene njege, a što je ujedno bio kriterij uključenja u ovome istraživanju (24).

Skoro svi ispitanici su svoju vjeru izjasnili kao kršćanstvo, što je sukladno s udjelom katolika u Republici Hrvatskoj temeljem popisa provedenog u 2021. godini kada je udio iznosio 78.97 % odnosno 3,057,735 stanovnika Republike Hrvatske se izjasnilo kao katolici (25). Sukladno navedenom, opravdano je niži udio vjernika pravoslavne vjeroispovijesti te ispitanika koji se izjašnjavaju kao ateisti (26). Najreligiozniji dijelovi su istočna Hrvatska i Dalmacija pri čemu se bolnica u kojoj je provedeno istraživanje također nalazi u području istočnog dijela Republike Hrvatske (27).

Ispitanici imaju visoku razinu samoprocjene kompetencija duhovne skrbi, a što je sukladno sa studijama provedenim u Nizozemskoj i Poljskoj. Najveće rezultate procjene imaju u podljestvici komunikacije s pacijentom, dok najniže procjenjuju mogućnost napredovanja i profesionalizaciju u kvaliteti duhovne skrbi.

Sukladnost s niskim rezultatima procjene profesionalizacije duhovne skrbi i mogućnosti napredovanja je vidljiva u studijama provedenoj u Nizozemskoj gdje medicinske sestre imaju jednake rezultate, dok medicinske sestre u Poljskoj najnižim vrijednostima ocjenjuju podljestvicu profesionalizacije i poboljšanja duhovne skrbi (28,29).

Sukladno navedenom pretpostavlja se da se komunikacijske vještine bolje razvijaju tijekom edukacije u odnosu na dimenzije organizacije i upravljanja duhovnom skrbi u zdravstvenim ustanovama, a što predstavlja implikacije za daljnje istraživanje. Usporedno s time, u posljednje vrijeme sve veća pažnja je usmjerena na obrazovne programe usmjerene prema duhovnosti kako bi usklađivanjem zadataka i odnosa duhovna skrb postala standard (26).

Medicinske sestre i medicinski tehničari Opće županijske bolnice Požega neutralno prihvaćaju smrt pri čemu navedeni stav označava prihvaćanje smrti kao prirodnog dijela života i percipiranja navedenog kao neizbježnog dijela života. Visoke razine neutralnog prihvaćanja smrti izražavaju i studenti sestrištva u studiji provedenoj u Izraelu. Neutralno prihvaćanje smrti i prihvaćanje smrti kao pristupa pozitivna je domena stavova prema smrti. Pritom navedeno pozitivno korelira s nižom razinom smrtne anksioznosti (30). Smrt i umiranje prihvaćaju neutralno što se može objasniti visokim udjelom religioznih ispitanika i vjerom u zagrobni život na čemu počiva denominacija katoličke vjere. Isto je moguće vidjeti u istraživanju provedenom u Klinici za psihijatriju Vrapče gdje ispitanici koji se smatraju religioznijima lako prihvaćaju smrt (27). No, nužno je naglasiti da zbog malog uzorka nije moguće generalizirati rezultate uslijed neravnomjerne distribucije ispitanika koji su vjernici i malog broja ateista u ispitivanom uzorku. Slijedom iznesenog, u potpunosti se prihvaća hipoteza kojom se pretpostavilo da medicinske sestre i tehničari Opće županijske bolnice Požega imaju visoku razinu percepcije duhovnosti i duhovne skrbi te pozitivne stavove prema smrti i umiranju.

Veća razina pozitivnog odnosa prema duhovnosti pacijenta, osobna potpora i savjetovanje statistički značajno su veći kod medicinski sestara dok je profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi veći kod medicinskih tehničara. Navedeno se pretpostavljeno povezuje s poimanje vlastite religioznosti i većom generalnom religioznošću kod žena što potvrđuju i istraživanja (27). Također, veći rezultat u podljestvici osobna potpora može se objasniti i podatkom da žene u ljestvici univerzalnih ljudskih vrijednosti veću važnost pridaju vlastitom odricanju, dok muškarci veću važnost pridaju osobnom probitku koji je sukladan profesionalizaciji i napretku kvalitete duhovne skrbi (31).

Porastom radnog iskustva dolazi do porasta profesionalizacije i napretka kvalitete duhovne skrbi što upućuje na važnost broja interakcija i ostvarenja interpersonalnih odnosa s pacijentima. Ostvarivanje odnosa stvara se kumulacija osobnih iskustava koji generiraju bazu za usavršavanje vlastitih tehnika uvažavanja duhovnosti i pružanja duhovne skrbi. Također, usporedno navedenim, nužno je dodati da su pacijenti u studiji provedenoj u Nizozemskoj naveli da starije sestre obraćaju više pozornost na njihove duhovne potrebe što potvrđuje pretpostavku o doprinosu radnog staža profesionalizaciji duhovne skrbi (31).

Kod ispitanika je veća razina vlastite procjene komunikacije prisutna s povećanjem razine obrazovanja. Obrazovanje kao strukturirani proces pruža akumulaciju stručnih i znanstvenih znanja slijedom čega se može uputiti na važnost kontinuirane edukacije koja predstavlja preduvjet povećanja kvalitete duhovne skrbi. Važnost edukacije potvrđuje europska nacionalna studija u kojoj su ispitivani elementi edukacije u duhovnoj skrbi. Prema navedenoj studiji, polaznici programa edukacije naveli su da su najvažniji elementi edukacije reflektivno slušanje i komunikacijske vještine, potom individualna svjesnost i ophođenje s vlastitim identitetom i pružanje duhovne potpore u kriznim situacijama (15).

U domeni edukacije, vidljivo je da ispitanici s visokom stručnom spremom imaju najnižu razinu straha od smrti što potvrđuje važnost kontinuirane edukacije i smanjuje smrtnu anksioznost. Nasuprot tomu, najvišu razinu straha od smrti izražavaju ispitanici sa višom stručnom spremom što je moguće povezati s dobnim karakteristikama i količinom radnom iskustva navedene skupine, no uslijed veličine uzorka navedeno pretpostavlja limitiranost studije i nije moguće iznijeti generalne zaključke.

U domeni vjere, koja predstavlja jedan aspekt duhovnosti, praktični vjernici imaju višu razinu vlastite procjene odnosa prema duhovnosti pacijenta, komunikaciji, osobnoj potpori i savjetovanju i profesionalizaciji i napretku kvalitete duhovne skrbi. Pretpostavlja se da je navedeno sukladno osobnim preferencijama pri čemu ispitanici koji su vjernici lakše upućuju duhovnu skrb u okruženju u kojemu su pacijenti dominantno vjernici. Obzirom na nedostatnost provedenih istraživanja, nije moguće komparirati rezultate čime se upućuje na potrebu provedbe istraživanja koje istražuje međuodnos ateizma i duhovnosti. Obzirom da se duhovnost moguće definirati kao povezanost s „nečime višim“, moguće je pretpostaviti da slijedom navedenoga nisu rađene studije s ateisti jer prema vlastitom izjašnjavaju u vjerskim preferencijama ne priznaju postojanje Boga.

Uvažavajući definiciju prema kojoj je duhovnost dinamična dimenzija ljudskog života koja je usmjerena na osobne načine doživljavanja, izražavanja i traženja smisla i svrhe i transcendencije, ipak se postulira potreba za navedenim (33).

Unatoč pretpostavljenom nalazu da su strah od smrti i izbjegavanje smrti povezani s procjenom i provedbom duhovne skrbi medicinskih sestara i medicinskih tehničara, uslijed veličine uzorka i neravnomjerne distribucije, navedena hipoteza je u cijelosti opovrgnuta te nije utvrđena statistički značajna povezanost. No, provedena istraživanja upućuju na povezanost negativnih stavova prema smrti s niskim razinama opažanja potreba duhovnosti i duhovne skrbi u palijativnoj skrbi (34).

## 7. ZAKLJUČAK

Nakon provedenog istraživanja moguće je zaključiti da medicinske sestre i medicinski tehničari Opće županijske bolnice Požega imaju visoku razinu samoprocjene kompetencija u pružanju duhovne skrbi i neutralan stav prema smrti, pri čemu:

- Ispitanici s najvišom vrijednosti procjenjuju komunikaciju s pacijentima, a najnižom dok najniže procjenjuju mogućnost profesionalizacije i napredovanja u kvaliteti duhovne skrbi.
- Veća razina samoprocjene pozitivnog odnosa prema duhovnosti pacijenta, osobna potpora i savjetovanje značajno su veći kod ispitanica dok je profesionalizacija i napredak kvalitete duhovne skrbi procijenjen većim vrijednostima kod ispitanika
- Porastom radnog iskustva povećava se vrijednost samoprocjene kompetencije profesionalizacije i napretka kvalitete duhovne skrbi
- Veća razina vlastite procjene komunikacije prisutna je s povećanjem razine obrazovanja
- Ispitanici s visokom stručnom spremom imaju najnižu razinu straha od smrti
- Ispitanici koji su praktični vjernici imaju višu razinu vlastite procjene odnosa prema duhovnosti pacijenta, komunikaciji, osobnoj potpori i savjetovanju i profesionalizaciji i napretku kvalitete duhovne skrbi
- Nije utvrđena povezanost straha od smrti i izbjegavanja smrti s procjenom kompetencija i provedbom duhovne skrbi

## 8. SAŽETAK

**Cilj istraživanja:** cilj je istraživanja ispitati stavove o smrti i samopercepciju kompetencija o pružanju duhovne skrbi u palijativnoj skrbi

**Nacrt studije:** presječno istraživanje

**Ispitanici i metode:** medicinske sestre i medicinski tehničari koji su djelatnici Opće županijske bolnice Požega, uključeni u zdravstvenu njegu bolesnika.

**Rezultati:** ispitanici imaju visoku razinu samoprocjene kompetencija duhovne skrbi i neutralan stav prema smrti. Najvišim vrijednostima procjenjuju komunikaciju s pacijentom, a najnižom mogućnost napredovanja i profesionalizacije u kvaliteti duhovne skrbi. Utvrđene su razlike u samoprocjeni kompetencija s obzirom na spol, radno iskustvo, status obrazovanja, vjeru i status praktičnog vjernika. Samoprocjena kompetencija komunikacije povećava se s obrazovnim statusom, a povećanjem radnog iskustva samoprocjena profesionalizacije i napretka kvalitete duhovne skrbi.

**Zaključak:** ispitanici u Općoj županijskoj bolnici Požega imaju pozitivne stavove prema smrti, imaju visoku razinu samoprocjene kompetencija duhovne skrbi, edukacija je povezana s poboljšanjem samoprocjene kompetencije komunikacije zbog čega je važno provoditi kontinuirane edukacije iz duhovne skrbi. S obzirom na povezanost radnog staža i profesionalizacije, važno je uputiti na svakodnevno prakticiranje pružanja duhovne skrbi u kliničkom okruženju kako kod medicinskih sestara i tehničara, tako i kod studenata sestrinstva s ciljem stjecanja iskustva i osobnog unaprjeđenja kvalitete duhovne skrbi.

**Ključne riječi:** duhovna skrb; duhovnost; palijativna skrb

## 9. SUMMARY

### **Perception of Spirituality in Palliative Care of Nurses in the General County Hospital Požega**

**Objectives:** The main objective of the research is to examine attitudes about death and self-perception of competences on the provision of spiritual care in palliative care

**Study Design:** Cross-sectional survey

**Participants and Methods:** Nurses who are employees of the General County Hospital Požega and involved in the nursing care of patients.

**Results:** Participants have a high level of self-assessment of spiritual care competencies and a neutral attitude towards death. The highest values they assess is communication with the patient, and the lowest assessment is in the domain possibility of advancement and professionalization in the quality of spiritual care. Differences in self-assessment of competences were found with regard to gender, work experience, education status, religion and the status of a practical believer. Self-assessment of communication competencies increases with educational status and self-assessment of professionalization and progression of the quality of spiritual care is increasing with increase of work experience.

**Conclusion:** Participants at the General County Hospital Požega have positive attitudes towards death, have a high level of self-assessment of spiritual care competences and education is associated with the improvement of self-assessment of communication competence. Due to these results, it is important to conduct continuous education in spiritual care. Given the link between seniority and professionalization, it is important to refer to the daily practice of providing spiritual in a clinical environment in nurses and in nursing students with the aim of gaining experience and personal improvement of the quality of spiritual care

**Keywords:** spiritual care; spirituality; palliative care



## 10. LITERATURA

1. Jušić A. Palijativna medicina-Palijativna skrb. *Medicus*. 2001; :247-52.
2. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti. Zagreb: Roketa; 2012.
3. Lončar Z, Katić M, Jureša V, i sur. Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
4. Vučevac V, Franinović-Marković J, Krzanrić Ž, Braš M, Đorđević V. Uspostava sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. *Medix*. 2016;119/120:78-81
5. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi RH 2017-2020. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/nacionalni-program-razvoja-palijativne-skrbi-u-republici-hrvatskoj-2017-2020/3094>. Datum pristupa: 19.08.2022.
6. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb - brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
7. Braš M, Đorđević V, Marinić R, Kandić-Splavski B, Filipčić I, Devčić S. Psihijatrijsko/psihološki aspekti u palijativnoj medicini. *Medix*. 2016;119/120:141-49.
8. Brkljačić M. Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj. *Služba Božja: liturgijsko-pastoralna revija*. 2013;3-4:367-76.
9. Devčić I. Podrijetlo i značenje pojma „Duh“ u Europskoj filozofskoj i religioznoj misli. *Riječki teološki časopis*. 1999;13:3-22.
10. Bajsić V. Pojam duha u filozofiji. *Bogoslovska smotra*. 1989;1-2:8-19
11. Bandeali S, des Ordons R.A, Sinnarajah A. Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. *Palliative and Supportive Care*. 2019;1-6.
12. Bešlić V. Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi. *Nova prisutnost*. 2017;89-100.
13. Šamija M, Nemet D, i sur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
14. Saunders C, Sykes N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. 3.izd. Zagreb: Školska knjiga; 1996.
15. Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Face. *European journal of palliative care*. 2011;18:86-9.

16. Novak V, Cikač T, Ovčina A, Neuberg M. Potrebe bolesnika u palijativnoj skrbi iz perspektive članova obitelji. *Sestrinski glasnik*. 2021; 26:19-23.
17. Babić M. Uloga duhovnosti i duhovnika u palijativnoj skrbi. *Služba Božja*. 2013;5/3: 435-40.
18. Matulić T. *Oculis Spiritualibus – Sestrinstvo u ogledalu duha*. Duhovnost sestrinstva iznad procjepa profesije i prakse. *Bogoslovska smotra*. 2012;82:305-37.
19. Marušić M, Petrovečki M, Petrak J, Marušić A. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 6.izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2019.
20. Van Leeuwen R, Tiesinga Lj, Middel Lj, Jochemsen H. An instrument to measure nursing competencies in spiritual care: validity and reliability of Spiritual Care Competence Scale (SCCS). *J.Clin Nurs*. 2009;18:2857-69.
21. Wong P. T. P, Reker G. T, Gesser G. Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. 1994;121-148.
22. Licul R. Sestrinstvo ženska profesija?. *JAHHR*. 2014;5:183-92.
23. Rimac B. O sestrinstvu, zanimanju, profesiji, znanstveno utemeljenoj disciplini i budućnosti. *Zbornik sveučilišta Libertas*. 2019;4:135-54.
24. Ekić S, Primorac A, Vučić B. Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*. 2016;2:39-46.
25. Državni zavod za statistiku. Dostupno na: <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>. Datum pristupa: 19.08.2022.
26. Nikodem K, Zrinščak S. Između distancirane crkvenosti i intenzivne osobne religioznosti: religijske promjene u hrvatskom društvu od 1999. do 2018. godine. *Društvena istraživanja*. *Časopis za opća društvena pitanja*. 2019;28:371-90.
27. Brezinović P, Marinović Bobinac A, Jerolimov Marinović D. Kratka ljestvica religioznosti: validacija na uzorku adolescenata. *Društvena istraživanja: časopis za opće društvena pitanja*. 2005;1:135-53.
28. Machul M, van Leeuwen R, Ozga D, Jurek K, Boczkowska S, Dobrowolska B. The level of spiritual care competence of Polish nurses and the psychometric properties of the spiritual care competence scale (SCCS). *BMC Nursing*. 2022;106.
29. Van Leeuwen R, Schep-Akkerman A. Nurses perceptions of spirituality and spiritual care in different health care settings in the Netherlands. *Religions*. 2015; 6:1346-57.
30. Jansen J, Schulz-Quach C, Eisenbeck N, F. Carreno D, Schmitz A, Fountain R. i sur. German version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) – translation and

- validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death. *BMC psychol.* 2019.
31. Dević I, Franc R, Mateša Dević R. Stabilnost i promjene osobnih i (post) materijalističkih vrijednosti hrvatskih građana. *Društvena istraživanja: Časopis za opća društvena pitanja.* 2020;29:263-85.
  32. Van Leeuwen R, Tiesinga J.L, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses professional responsibility. *Journal of clinical Nursing.* 2006;15:875-84.
  33. H. E. Gijsberts M-J, I. Liefbroer A, Otten R, Olsman E. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *MedSci.* 2019;7:25.
  34. Kudubes A.A, Karakaş Akıl Z, Bektas M, Bektas I. Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. *J Relig Health.* 2021;60:153-61.