

Razlike u percepciji duhovnosti i duhovnih potreba u medicinskih sestara, medicinskih tehničara i korisnika usluga zdravstvene njege u kući

Pejin, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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:243:278275>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-02**

Repository / Repozitorij:

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



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

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Ana Pejin

**RAZLIKE U PERCEPCIJI
DUHOVNOSTI I DUHOVNIH POTREBA
U MEDICINSKIH SESTARA,
MEDICINSKIH TEHNIČARA I
KORISNIKA USLUGA ZDRAVSTVENE
NJEGE U KUĆI**

Diplomski rad

Osijek, 2024.

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

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Ana Pejin

**RAZLIKE U PERCEPCIJI
DUHOVNOSTI I DUHOVNIH POTREBA
U MEDICINSKIH SESTARA,
MEDICINSKIH TEHNIČARA I
KORISNIKA USLUGA ZDRAVSTVENE
NJEGE U KUĆI**

Diplomski rad

Osijek, 2024.

Rad je ostvaren u: Ustanova za zdravstvenu njegu Jadranka Plužarić

Mentorica rada: dr. sc. Jadranka Plužarić, univ. mag. med. techn.

Neposredni voditelj: Željko Mudri, univ. mag. med. techn.

Rad ima 33 lista, 10 tablica, 1 sliku.

Lektor hrvatskoga jezika: Martina Jurčević, mag. educ. philol. croat.

Lektor engleskoga jezika: Anita Ivanković, profesor engleskog jezika i književnosti i njemačkog jezika i književnosti

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvala

Posebnu zahvalnost dugujem svojoj mentorici dr. sc. Jadranki Plužarić, mag. med. techn., na pomoći, savjetima i podršci tijekom pisanja ovoga rada. Hvala Vam što ste me usmjeravali u mom osobnom i profesionalnom rastu.

Također, zahvaljujem Željku Mudrom, mag. med. techn., na nesebičnoj pomoći, strpljenju i korisnim savjetima tijekom izrade ovoga rada.

Želim zahvaliti i svojoj obitelji koja mi je bila podrška tijekom cijelog školovanja. Hvala što ste uvijek imali razumijevanja za mene.

Hvala mom Ivanu na podršci tijekom cijelog studija.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Duhovnost	1
1.2. Religioznost	1
1.3. Duhovna skrb	2
1.4. Teorija duhovne skrbi	3
1.5. Medicinske sestre i njihova percepcija duhovnosti i duhovne skrbi	6
2. CILJ	8
3. ISPITANICI I METODE	9
3.1. Ustroj studije	9
3.2. Ispitanici	9
3.3. Metode	9
3.4. Statističke metode	10
4. REZULTATI	11
4.1. Opća obilježja ispitanika	11
4.2. Procjena duhovnosti (NSAQ upitnik)	13
4.3. Procjena osobne strukture duhovnosti (SAIL upitnik)	17
5. RASPRAVA	21
6. ZAKLJUČAK	27
7. SAŽETAK	28
8. SUMMARY	29
9. LITERATURA	30
10. ŽIVOTOPIS	33

1. UVOD

1.1. Duhovnost

Duhovnost u sestinstvu predstavlja nedjeljivi dio skrbi za bolesnike. Jedna od mnogih definicija duhovnosti navodi da je duhovnost holistička dimenzija i način razumijevanja funkcioniranja pojedinca (1). Duhovnost potječe od latinskog korijena *spiritus*, što znači dah, nadahnuće, karakter ili duša (2). U hebrejskoj, grčkoj i rimskoj kulturi, duh je bio nazivan "dahom života" (2). Pojam duha označava "unutarnju silu u osobi za koju se vjeruje kako daje tijelu život, energiju i moć". Također, definira se kao "unutarnja kvaliteta ili priroda osobe", često nazvana 'esencija', 'psiha' ili 'duša' (2). Holistički pristup opisuje pojedinca kao cjelovitu osobu sačinjenu od nerazdvojivih aspekata tijela, uma i duha (1).

U sestinstvu holizam naglašava usmjerenost na cjelovitost osobe, a osobito na njegov duh. Druga definicija opisuje duhovnost kao široki koncept koji obuhvaća vrijednosti, smisao i svrhu usmjerenu prema čovjekovim osobinama iskrenosti, ljubavi, brige, mudrosti, mašte i suosjećanja (3). Također, duhovnost označava i postojanje višeg autoriteta i vodstva, dinamičnu ravnotežu koja omogućava i ostvaruje ravnotežu između tijela i duha (3,4). Ona je subjektivne prirode, pruža osjećaj nade, snage, utjehe i podrške (5). Duhovnost može, ali i ne mora biti povezana s religijom (3). Valja naglasiti da su koncept duhovnosti i religioznosti različiti, potpuno odvojeni pojmovi, a osobito u kontekstu sestinstva i pružanja duhovne skrbi.

1.2. Religioznost

Religioznost se u literaturi opisuje kao koncept koji podrazumijeva organizirani sustav vjerovanja, praksu i simbole kreirane da bi olakšali blizinu transcendentnog (6). Religija se definira kao osjećaj naučenih ponašanja i društvenih izraza koji odražavaju kulturne vrijednosti (7). Pritom religioznost oblikuje način na koji osoba vjeruje i prakticira određenu religiju zasnivajući se na njezinim vjerovanjima i obredima (8). Isto tako, ona se odnosi na način na koji pojedinac vjeruje, slijedi i prakticira određenu religiju uključujući upotrebu svetih simbola, molitvi i rituala da bi postigao bliskost sa svetim ili transcendentnim (8). S druge strane, duhovnost se odnosi na svijest o postojanju nečega svetog ili transcendentnog, putem koncepata i specifičnih vrijednosti svake osobe, koje mogu, ali ne moraju, biti povezane s religijskim kontekstom (6, 8).

Iako se duhovnost usredotočuje na unutarnje iskustvo i osobni razvoj, religioznost je usmjerenija na formalno sudjelovanje u religijskim praksama i vjerovanjima unutar određene religijske zajednice. Molitva, meditacija ili sudjelovanje u crkvenim aktivnostima potiču samosvijest i pružaju bolje razumijevanje vlastitih vrijednosti i uvjerenja (2). Osoba s religioznim uvjerenjem povezana je s određenim vjerovanjem, Bogom, svetim spisima, vrijednostima i etikom. Pritom je razumijevanje religijskog vjerovanja povezano s određenim ritualima preduvjet pružanja cjelovite skrbi (7). U navedenom kontekstu, važno je učiniti distinkciju između navedenih pojmova, osobito kada se radi o pružanju duhovne podrške da bi se jasnije definirali i prilagodili individualnim potrebama pojedinca u njihovu duhovnom razvoju.

1.3. Duhovna skrb

Pružanje duhovne skrbi i razumijevanje potreba pacijenta proizlazi iz holističkog pristupa. Filozofija holističke skrbi u sestinstvu usmjerava pružanje skrbi pacijentima, a nastala je iz ideja humanizma i holizma. Ta skrb podrazumijeva razumijevanje i tretiranje pacijenata kao cjelovitih bića uzimajući u obzir njihove fizičke, psihološke, emocionalne i duhovne potrebe (4, 9). Duhovna skrb može se opisati kao jedinstveni aspekt zdravstvene njege koji nije zamjenjiv psihološkom, socijalnom ili religijskom skrbi. Ona odgovara na osnovna ljudska pitanja poput smisla života, boli, patnje i smrti (10). Pomoću duhovne skrbi mogu se prepoznati duhovne potrebe osobe podržavajući ju u pronalasku smisla, svrhe i nade (11). Uzimajući u obzir ulogu medicinske sestre, pružanje duhovne skrbi predstavlja općenito važan segment sestinstva. Temeljni cilj duhovne skrbi u sestinstvu jest odgovoriti na strahove, brige i patnje pacijenata s namjerom smanjenja anksioznosti, pružanja nade i osnaživanja pacijenata da bi postigli unutarnji mir (12).

Pružanje duhovne skrbi uključuje ne samo vjerovanje pacijentu, njihovim osjećajima i sposobnostima, već i stvaranje odnosa povjerenja pacijenta prema medicinskoj sestri kao stručnjaku i osobi (9). Uspostavom odnosa povjerenja poboljšava se komunikacija i omogućuje se medicinskim sestrama da pruže cjelovitu duhovnu podršku. Na taj način, ostvarujući odnos međusobnog povjerenja i otvorenosti, medicinske sestre doprinose kvaliteti interakcije i povezanosti pacijenata s članovima obitelji, okolišem, prirodom i višom silom (10). Osim spomenutih elemenata verbalne komunikacije, duhovna skrb označava i prisutnost uz pacijenta, slušanje i razgovor s punom pažnjom, otkrivanje onoga što je pacijentu važno,

prepoznavanje strahova i snaga, pokazivanje empatije te međusobno dijeljenje osobnih iskustava (12).

Razmatrajući djelokrug medicinskih sestara u duhovnoj skrbi, osnovni element pružanja sestriinske skrbi predstavljaju njihove kompetencije. Kompetencija u duhovnoj skrbi označava sposobnost medicinske sestre da procijeni i provede intervencije usmjerene na zadovoljavanje duhovnih potreba pacijenta (9). Cjelokupna kompetencija duhovne skrbi obuhvaća komunikaciju s pacijentom, obitelji i promatranje njihove okoline s ciljem uočavanja duhovnih potreba pacijenata i individualizaciju skrbi (5). Medicinska sestra / tehničar moraju spoznati razliku između duhovnosti i religije jer se ponekad duhovne potrebe zanemare kada je cjelokupna pažnja usmjerena na vjeru pacijenta (11).

Prednosti su pružanja duhovne skrbi za pacijente brojne. Pružanje duhovne skrbi i duhovno blagostanje pokazuje se kao čimbenik povezan s više pozitivnih ishoda uključujući veću toleranciju prema emocionalnim i fizičkim izazovima bolesti kod pacijenata, smanjenje razine boli, stresa i negativnih emocija te smanjeni rizik od depresije i suicida (4). Pacijenti općenito opisuju duhovnu skrb kao usmjerenu na aktivno slušanje, osjećaj prisutnosti i pomoći da bi im se omogućilo što lakše suočavanje s trenutnim izazovima (5). Kroz duhovnu skrb doživljavaju olakšanje, mogu se suočiti s izazovima, postaju motivirani, ostvaruju svoje ciljeve i brže se oporavljaju. Mnogi pacijenti, koji su primali duhovnu skrb, izrazili su osjećaje podrške, utjehe, mira i osjećaj zbrinutosti medicinskih sestara (12). Sveukupno, pružanje duhovne skrbi ima pozitivan utjecaj na tjelesno, mentalno i emocionalno zdravlje (1).

1.4. Teorija duhovne skrbi

Teorija duhovne skrbi autora Barneyja Glassera i Ansela Straussa ističe važnost duhovnosti tijekom pružanja zdravstvene njege (13). Ova teorija ima sedam kategorija pomoću kojih medicinska sestra pruža duhovnu skrb:

Znak, verbalni ili neverbalni poziv od pacijenta za sudjelovanje u duhovnoj skrbi:

- Medicinske sestre mogu stvoriti atmosferu koja povećava vjerojatnost da će pacijent uputiti ovaj poziv tako što će procijeniti potrebe pacijenta s duhovnom otvorenosću, ljubavlju, nadom i suosjećajnom brigom.

Odluka o sudjelovanju ili nesudjelovanju u duhovnoj skrbi za pacijenta:

- Odluka o nesudjelovanju: čimbenici koji sprječavaju pružanje duhovne skrbi mogu biti vremensko ograničenje; “užurbanost”, ali i nedostatak podrške ostalih radnih kolega.
- Odluka o sudjelovanju: stvaranje odnosa uzajamne duhovne povezanosti između medicinske sestre i pacijenta.

Intervencije duhovne skrbi:

- Trenutak kada se duhovna skrb ostvaruje. Tijekom duhovnog susreta i medicinska sestra i pacijent omogućuju da se dogodi duhovna povezanost. Nakon što pacijent daje znak, medicinska sestra pruža pacijentu priliku da istraži smisao u trenutku krize ili životne promjene.
- Kategorija duhovne intervencije ima tri podkategorije koje opisuju vrste duhovnih intervencija: poticanje pacijentove samorefleksije, poticanje povezanosti između pacijenta i obitelji te poticanje pacijentove povezanosti s višom silom / Bogom.

Izražavanje neposrednog emocionalnog odgovora:

- Opisuje trenutnu emocionalnu reakciju medicinske sestre nakon duhovnog susreta što postaje katalizator za petu kategoriju. Medicinske sestre odmah reagiraju na duhovne susrete na jedan od dvaju načina: doživljavaju pozitivne emocije ili negativne emocije.
- Pozitivne emocije: nakon duhovnog susreta kada medicinska sestra percipira da je pacijent doživio pozitivan duhovni susret.
- Negativne emocije: uključuju uznemirujuće negativne osjećaje kao što su osjećaj neuspjeha i tuga.

Potruga za smislom u susretu:

- Traženje smisla nakon duhovnog susreta i emocionalne reakcije.
- Ovi podprocesi slični su duhovnim intervencijama koje medicinske sestre provode da bi potaknule duhovnu povezanost svojih pacijenata: samorefleksija, refleksija s podržavajućim osobama i vjerski obredi.

Formiranje duhovne memorije:

- Duhovne uspomene jesu dugoročne uspomene obogaćene značenjem koje proizlaze iz duhovnog susreta. Taj proces predstavlja ključni trenutak u teoriji koji određuje hoće li susret rezultirati uspomenom obogaćenom duhovnim rastom ili uspomenom obilježenu nevoljama.
- Doživljavanje početno negativne emocionalne reakcije koja je postala duhovna uspomena obilježena nevoljama.

- Doživljavanje početno pozitivne emocionalne reakcije koja je postala duhovna uspomena obogaćena duhovnim rastom.
- Doživljavanje početno negativne emocionalne reakcije koja je postala duhovna uspomena obogaćena duhovnim rastom.

Promicanje duhovnog blagostanja medicinskih sestara (13, 14):

- Osobna dimenzija u kojoj se izražava značenje i svrha života može podržati sposobnost pružanja duhovne skrbi drugima. Proces pružanja duhovne skrbi i pronalaženje smisla u duhovnim susretima može pomoći medicinskoj sestri u promicanju vlastitog duhovnog blagostanja. Medicinske sestre imaju različite razine duhovnog blagostanja koje se mogu mijenjati s radnim iskustvom i mogu podržati buduće duhovne susrete. Kategorija duhovnog blagostanja medicinske sestre ima dvije podkategorije: vjerski vjerojatni sustavi i sjećanje na značajna iskustva.

Teorija duhovne skrbi pripada teorijama srednjeg opsega, razvijena je retroduktivnim pristupom, odnosno kombinacijom induktivnog i deduktivnog zaključivanja, uz temelje u teoretskom znanju i praktičnom iskustvu. Na sadržaj teorije duhovne skrbi značajan utjecaj imale su Florence Nightingale i Katoličke institucije. Osnovna polazišna točka, fenomen navedene teorije naglašava da duhovno i religiozno blagostanje poboljšava cjelokupno zdravlje pacijenta i ubrzava oporavak.

Teorija se temelji na dva osnovna koncepta: duhovnom i religijskom. Duhovni koncept obuhvaća traženje smisla u životu, dok se religijski koncept izražava kroz vjeru i vjerske rituale. Propozicije teorije, odnosno poveznice između koncepata, ističu da su duhovnost i religioznost inherentni svakom ljudskom biću te da su ključni za postizanje blagostanja. Pretpostavke, odnosno osnovne hipoteze teorije naglašavaju da je duhovnost neodvojiv dio ljudske prirode te da je važna za postizanje dobrobiti. Istovremeno, pacijenti imaju pravo na duhovnu skrb, ali je mogu i odbiti. Pritom medicinska sestra ima odgovornost informirati pacijenta i omogućiti mu pristup duhovnoj njezi.

Teorija se oslanja na četiri metaparadigme pri čemu su one kao najširi konsenzus unutar sestriinske profesije definirane kao osoba/pacijent, okolina, zdravstvena njega i zdravlje. U kontekstu teorije duhovne skrbi, čovjek/pacijent je opisan kao biće s inherentnim duhovnim potrebama, dok je zdravlje kompleksna dobrobit koja uključuje fizičko stanje, mentalno zdravlje te socijalne i duhovne aspekte. Okolina u kontekstu teorije obuhvaća razumijevanje pacijentovih duhovnih potreba, što je ključno u procesu skrbi, a zdravstvena njega tumači se

kao pružanje skrbi koja uzima u obzir pacijentove fiziološke i duhovne potrebe (13, 14). Uključivanje duhovne skrbi u proces zdravstvene skrbi poboljšava kvalitetu pružene zdravstvene njege (14).

1.5. Medicinske sestre i njihova percepcija duhovnosti i duhovne skrbi

Shvaćajući opće značenje duhovnosti i uloge iste u svakodnevnom radu s pacijentima, kvaliteta pružanja zdravstvene njege može se značajno povećati. Duhovnost kao koncept koji se proteže u pružanju zdravstvene njege i dalje nije dovoljno istražen i objašnjen. Dosadašnje znanstvene spoznaje pokazale su da medicinske sestre imaju poteškoća u definiranju i opisivanju pojmova duhovnosti i duhovne skrbi, osjećaju se nedovoljno pripremljene za provođenje duhovne skrbi u praksi i zbunjene su oko svoje uloge u pružanju ove vrste skrbi (1,5).

Nejasna definicija duhovne skrbi i nerazumijevanje duhovne patnje koreliraju s manjom vjerojatnošću pružanja duhovne skrbi pacijentima (4). Uzrok tome može biti nedostatak razumijevanja pojmova duhovnost i duhovne skrbi, ali i nedovoljna edukacija o načinima pružanja duhovne skrbi u praksi (1,5). Isključiva usmjerenost na religijska uvjerenja i prakticiranje istoga isključuje sve ostale duhovne domene poput prisutnosti, terapijskog dodira i aktivnog slušanja (5).

Medicinske sestre / tehničari pozitivno percipiraju duhovnu skrb. Jedan od pozitivnih ishoda koncepta duhovnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara jest dobar osjećaj zbog obavljenog posla koji tada doživljavaju kao vrlo značajnim (5). Opisano je da su ishodi duhovne skrbi prikazani kao terapijski i emocionalno zadovoljavajući za obje strane, medicinske sestre i pacijente (12). Ujedno, pružanje duhovne skrbi u pozitivnoj je korelaciji sa zadovoljstvom poslom medicinskih sestara i tehničara kada pomažu pacijentima povezati se s duhovnim uvjerenjima i praksama koje mogu donijeti mir. Procjena duhovnih potreba i odgovor na iste pružile su medicinskim sestrama dragocjen uvid u vrijednost pružanja individualizirane skrbi (12). Isto tako, medicinske sestre istaknule su zadovoljstvo koje proizlazi iz brige za pacijentove fizičke, emocionalne, a osobito duhovne potrebe (12).

Percepcija duhovnosti medicinskih sestara dijeli se na kategorije i podkategorije koje pružaju sveobuhvatan okvir za analizu i razumijevanje različitih aspekata duhovnosti i duhovne skrbi u sestrinskoj praksi (1).

Prva kategorija obuhvaća:

1. Definicije duhovnosti: način na koji medicinske sestre definiraju i shvaćaju pojam duhovnosti uključujući njihove osobne i profesionalne perspektive.
2. Elementi duhovne skrbi: specifične aktivnosti i prakse koje medicinske sestre smatraju dijelom duhovne skrbi kao što su slušanje, empatija i pružanje utjehe.
3. Pristup usmjeren na pacijenta: shvaćanje duhovnosti iz perspektive potreba i uvjerenja pacijenata, s naglaskom na individualiziranu skrb.
4. Holistička skrb: uključivanje duhovne skrbi kao dijela holističkog pristupa skrbi koji obuhvaća fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne aspekte.
5. Prepreke u pružanju duhovne skrbi: izazovi s kojima se medicinske sestre suočavaju pri pružanju duhovne skrbi uključujući nedostatak vremena, obuke ili podrške institucija.

Drugu kategoriju čine čimbenici koji utječu na razumijevanje duhovnosti i duhovne skrbi u medicinskih sestara / tehničara:

1. Osobna uvjerenja i iskustva: utjecaj osobnih duhovnih uvjerenja i iskustava medicinskih sestara na njihovo razumijevanje i praksu duhovne skrbi.
2. Profesionalno obrazovanje i obuka: uloga obrazovanja, kontinuirane obuke i profesionalnog razvoja medicinskih sestara u oblikovanju njihova razumijevanja duhovnosti i duhovne skrbi.
3. Radno okruženje i kultura: utjecaj radnog okruženja uključujući politike, prakse i kulturu ustanove; na sposobnost medicinskih sestara da pružaju duhovnu skrb.
4. Međuprofesionalna suradnja: utjecaj timske suradnje i komunikacije s drugim zdravstvenim djelatnicima na pristup medicinskih sestara duhovnoj skrbi.
5. Demografske karakteristike i potrebe pacijenata: utjecaj raznolikosti pacijenata uključujući kulturne, vjerske i individualne razlike, na razumijevanje i pružanje duhovne skrbi kod medicinskih sestara.

2. CILJ

Cilj je ovoga istraživanja ispitati razlike u percepciji duhovnosti i duhovnih potreba kod medicinskih sestara / tehničara i korisnika usluga zdravstvene njege u kući.

Specifični ciljevi istraživanja bili su:

1. Ispitati razinu ugone prilikom postavljanja pitanja vezanih za duhovnost, religioznost i sustav uvjerenja, samoprocjenu duhovnosti i religioznosti i strukturu osobne duhovnosti kod medicinskih sestara / tehničara.
2. Ispitati razinu ugone pacijenata kada im medicinske sestre / tehničari postavljaju pitanja vezana uz duhovnost, religioznost i sustav uvjerenja, ispitati samoprocjenu duhovnosti i strukturu osobne duhovnosti.
3. Ispitati razlike u stupnju (ne)ugodnosti postavljanja pitanja o duhovnosti, religioznosti i sustavu uvjerenja, samoprocjene duhovnosti i strukture osobne duhovnosti između ispitivanih skupina.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje (15).

3.2. Ispitanici

Ispitanici su bili podijeljeni u dvije numerički komparabilne skupine. Prvu skupinu činile su medicinske sestre / tehničari na administrativnom području Osječko-baranjske županije, a koji izravno pružaju zdravstvenu njegu korisnicima u njihovoj kući. Drugu skupinu ispitanika činili su primatelji skrbi – korisnici usluga zdravstvene njege čiji se postupci provode u kući. Kriterij uključenja za medicinske sestre / tehničare bio je radni odnos u djelatnosti zdravstvene njege u kući ili u djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite i pristanak na sudjelovanje u istraživanju putem *online* obrasca. Kriterij isključenja bila su ostala radna mjesta. Kriterij uključenja za korisnike usluga zdravstvene njege u kući bili su propisana zdravstvena njega temeljem naloga liječnika obiteljske medicine, razumijevanje i govor hrvatskog jezika, pristanak na sudjelovanje u istraživanju uz potpisani informirani pristanak. Kriterij isključenja bili su korisnici s kojima nije bilo moguće uspostaviti kontakt i koji nisu pristali sudjelovati u istraživanju.

3.3. Metode

Instrument istraživanja bio je anketni upitnik. Metoda anketiranja za korisnike usluga zdravstvene njege u kući bila je tehnikom papir-olovka, dok je za medicinske sestre / tehničare korišten *online* upitnik.

Prvi dio upitnika jest standardizirani Upitnik duhovne procjene medicinskih sestara (NSAQ) izvornog naziva *Nurse spiritual assessment questionnaire* autorice Elizabeth Johnston Taylor (16, 17). Za korištenje je zatraženo odobrenje autorice. Upitnik duhovne procjene medicinskih sestara jest instrument razvijen za procjenu ugone medicinskih sestara prilikom postavljanja pitanja vezanih uz duhovnu procjenu pacijenata. Sadrži 21 stavku preuzetu iz sjevernoameričke i britanske zdravstvene literature koja zagovara duhovnu procjenu. Opcije odgovora kreću se od "izuzetno neugodno" do "prilično ugodno" uključujući i opciju "ne razumijem ovo pitanje" (16). Također, upitnik ispituje i koliko je pacijentima ugodno kada im medicinske sestre / tehničari postavljaju pitanja o duhovnosti (17, 18). Mogućnosti odgovora kretale su se od "ne pronalazim poveznicu s ovim pitanjem", "bilo bi mi u redu da mi se postavi ovo pitanje" uz opciju "ne razumijem ovo pitanje" (18). Ispitanici su svoje odgovore

procjenjivali na Likertovoj skali od 1 do 5. Unutarnja pouzdanost upitnika u skupini medicinskih sestara / tehničara, koeficijent Cronbach alpha iznosi 0,957, a u skupini korisnika skrbi 0,950 te možemo zaključiti da je upitnik izvrstan alat za procjenu duhovnosti na ovom uzorku ispitanika.

Drugi dio upitnika sadržavao je upitnik pod nazivom Stavovi duhovnosti i lista učešća (SAIL) izvornog naziva *Spiritual attitude and involvement list* (19). Stavovi duhovnosti i lista učešća (SAIL) autora Eltica de Jager Meezenbroeka, Berta Garssena i Machtelda van den Berga sadrži tri glavne dimenzije: povezanost sa samim sobom, povezanost s drugima i prirodom te povezanost s transcendentnim (19, 20). Na Likertovoj skali od 1 do 6 ispitanici su procjenjivali odgovore od tvrdnje “nikako” do “u vrlo visokom stupnju”. Za podskalu transcendencije i duhovne aktivnosti koristila se Likertova skala od 1 “nikada” do 6 “vrlo često” (19). Unutarnja pouzdanost, koeficijent Cronbach alpha u skupini medicinskih sestara / tehničara iznosi 0,935, a u skupini korisnika zdravstvene skrbi u kući 0,930 i može se zaključiti da je izvrstan alat za procjenu duhovnih stavova u obje skupine ispitanika.

Treći dio upitnika sadržavao je opće i sociodemografske podatke o ispitanicima: spol, godinu rođenja, bračno stanje, mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, vjersku pripadnost, prakticiranje vjere, samoprocjenu vlastite duhovnosti odnosno religioznosti.

3.4. Statističke metode

Kategorički podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike u kategoričkim varijablama testirane su Hi-kvadrat (χ^2) testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Kontinuirane varijable prikazane su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike u kontinuiranim varijablama testirane su Mann Whitneyevim U testom.

Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za analizu podataka korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 22.023 (*MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2024*).

4. REZULTATI

4.1. Opća obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na ukupno 224 ispitanika, od kojih je 122 (54,5 %) medicinskih sestara / tehničara i 102 (45,5 %) ispitanika primatelja skrbi – korisnika usluga zdravstvene njege čiji se postupci provode u kući. U skupini ispitanika medicinskih sestara / tehničara značajnije je više osoba ženskog spola njih 68 (66,7 %). Najveći broj medicinskih sestara / tehničara je oženjeno / udano, njih 82 (67,3 %) i najviše ih živi u gradu, odnosno njih 73 (59,8 %). Završen studij ima 64 (52,5 %) medicinskih sestara / tehničara. Kod primatelja skrbi više je osoba ženskog spola, njih 68 (66,7 %). Najveći broj ispitanika jesu udovci/udovice, njih 48 (47,1 %). Većina ispitanika živi na selu, odnosno njih 58 (56,9 %) dok završenu samo osnovnu školu ima 43 (42,2 %) ispitanika. (Tablica 1.).

Tablica 1. Opća obilježja ispitanika u odnosu na skupine

	Broj (%) ispitanika			P*
	Medicinske sestre/tehničari	Primatelji skrbi	Ukupno	
Spol				
Muškarci	7 (5,7)	34 (33,3)	41 (18,3)	< 0,001
Žene	115 (94,3)	68 (66,7)	183 (81,7)	
Bračno stanje				
Oženjen/udana	82 (67,3)	45 (44,1)	127 (56,7)	< 0,001
Neoženjen/neudana	33 (27)	6 (5,9)	39 (17,4)	
Rastavljen/rastavljena	7 (5,7)	3 (2,9)	10 (4,5)	
Udovac/udovica	0	48 (47,1)	48 (21,4)	
Mjesto stanovanja				
Grad	73 (59,8)	44 (43,1)	117 (52,2)	0,01
Selo	49 (40,2)	58 (56,9)	107 (47,8)	
Razina obrazovanja				
Završena osnovna škola	0	43 (42,2)	43 (19,2)	< 0,001
Završena srednja škola	58 (47,5)	42 (41,2)	100 (44,6)	
Završen studij	64 (52,5)	16 (15,7)	80 (35,7)	
Nisam išao u školu	0	1 (1)	1 (0,4)	

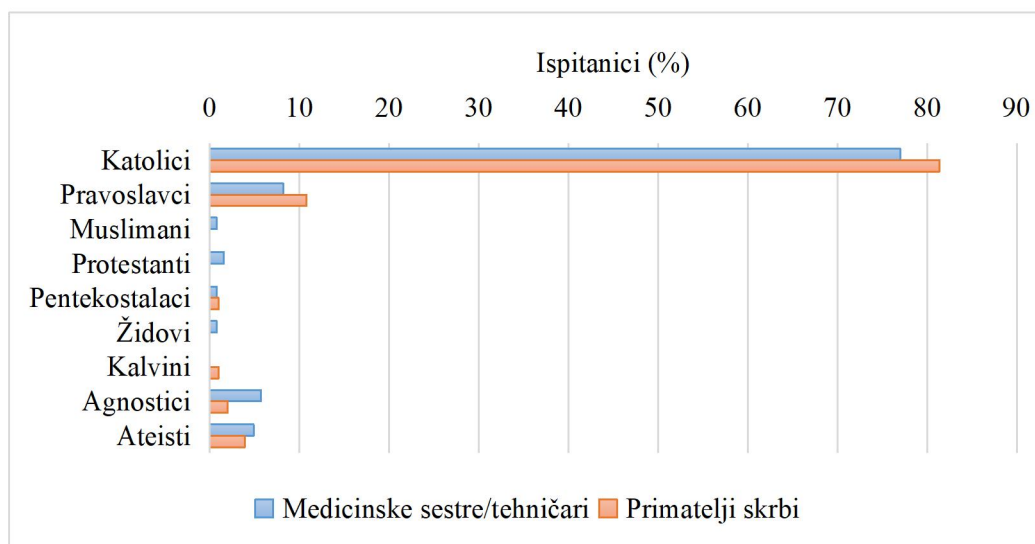
* χ^2 test

Medijan je dobi medicinskih sestara / tehničara 36 godina u rasponu od 22 do najviše 63 godine, a medijan je dobi primatelja skrbi 79 godina, u rasponu od najmanje 42 do 99 godina. Medicinske sestre / tehničari imaju duljinu radnog staža medijana 12 godina, u rasponu od jedne do najviše 39 godina (Tablica 2.).

Tablica 2. Dob i duljina radnog staža

	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Medicinske sestre/tehničari	Primatelji skrbi	
Dob (godine)	36 (29 – 45)	79 (73 – 86)	< 0,001
Duljina radnog staža (godine)	12 (6 – 21)	-	-

*Mann Whitney U test



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema vjerskoj pripadnosti

Najviše ispitanika, i u skupini medicinskih sestara / tehničara 94 (77 %) i u skupini primatelja skrbi, njih 83 (81,4 %) navodi da su katolici, dok su ostale vjerske skupine (pravoslavci, muslimani, protestanti, pentekostalci, židovi, kalvini) zastupljene manjim brojem ispitanika. U skupini je medicinskih sestara / tehničara 7 (5,7 %) agnostika i 6 (4,9 %) ateista, a kod korisnika skrbi agnostika je 2 (2 %), a ateista 4 (3,9 %) (Slika 1.).

Svoju vjeru prakticira 176 (78,6 %) ispitanika bez značajne razlike prema skupinama (Tablica 3.).

Tablica 3. Opća obilježja ispitanika u odnosu na skupine

	Broj (%) ispitanika			P*
	Medicinske sestre/tehničari	Primateљи skrbi	Ukupno	
Practiciraju svoju vjeru	91 (74,6)	85 (83,3)	176 (78,6)	0,11

* χ^2 test

Svoju duhovnost i svoju religioznost ispitanici su procijenili na skali od 1 (nisam duhovna / religiozna osoba) do 5 (izrazito sam duhovna / religiozna osoba). Nema značajne razlike u samoprocjeni duhovnosti i religioznosti u odnosu na promatrane skupine (Tablica 4.).

Tablica 4. Samoprocjena duhovnosti i religioznosti

	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Medicinske sestre/tehničari	Primateљи skrbi	
Ocjena duhovnosti	4 (3 – 4)	3 (3 – 4)	0,20
Ocjena religioznosti	3 (3 – 4)	3 (3 – 5)	0,67

*Mann Whitney U test

4.2. Procjena duhovnosti (NSAQ upitnik)

Izrazito neugodno bilo bi za 15 (12 %) medicinskih sestara / tehničara postaviti pitanje korisniku skrbi koliko doprinose ili koliko su uključeni u vjersku / duhovnu zajednicu, a za 35 (29 %) donekle bi neugodno bilo postaviti pitanje odlaze li u crkvu ili u neki drugi oblik vjerske / duhovne zajednice. Prilično bi ugodno za 61 (50 %) medicinsku sestru / tehničara bilo pitati korisnika skrbi tko ili što ih podržava kada su bolesni, a za 56 (46 %) medicinskih sestara / tehničara pitati kada je život bio težak što ih je guralo naprijed, postoji li netko ili nešto što im je pomoglo i koliko im je pomogla ta podrška (Tablica 5.).

Tablica 5. Raspodjela medicinskih sestara / tehničara prema tome koliko bi im bilo ugodno ili neugodno postaviti pitanje pacijentu o duhovnosti, religioznosti i sustavu uvjerenja

Odgovori označavaju koliko bi im bilo ugodno ili neugodno postaviti pitanje pacijentu o duhovnosti, religioznosti i sustavu uvjerenja	Broj (%) medicinskih sestara/tehničara				
	Izrazito neugodno	Donekle neugodno	Donekle ugodno	Prilično ugodno	Ne razumije m pitanje
1. Koliko Vam je važna duhovnost ili religija?	4 (3)	23 (19)	49 (40)	46 (38)	0
2. Na što se oslanjate kada ste bolesni?	1 (1)	23 (19)	43 (35)	55 (45)	0
3. Osjećate li mir/spokoj?	3 (2)	25 (20)	45 (37)	49 (40)	0
4. Jesu li Vam vjera, religija i/ili duhovnost važni tijekom ove bolesti?	3 (2)	28 (23)	50 (41)	39 (32)	2 (2)
5. Pomažu li Vam duhovnost, vjera ili religija u podnošenju vlastite bolesti?	5 (4)	20 (16)	49 (40)	48 (39)	0
6. Zanima me jesu li Vam duhovnost ili religija važni?	9 (7)	24 (20)	48 (39)	41 (34)	0
7. Postoje li neka duhovna uvjerenja i postupci koje smatrate posebno korisnima u rješavanju problema?	6 (5)	28 (23)	53 (43)	35 (29)	0
8. Postoje li duhovne potrebe ili brige s kojima Vam ja / mi možemo pomoći?	5 (4)	17 (14)	54 (44)	46 (38)	0
9. Kako biste se opisali - u najširem smislu riječi - kao osobu koja posjeduje određena uvjerenja, duhovnu ili religioznu osobu?	10 (8)	30 (25)	45 (37)	35 (29)	2 (2)
10. Koje mjesto duhovnost zauzima u Vašem životu?	5 (4)	26 (21)	51 (42)	40 (33)	0
11. Tko / što Vas podržava kada ste bolesni?	2 (2)	9 (7)	50 (41)	61 (50)	0
12. Što ja/ mi možemo učiniti kako bi podržali Vašu vjeru ili religijske obveze	4 (3)	21 (17)	48 (39)	48 (39)	1 (1)
13. Imate li nekoga s kim možete razgovarati o religijskim pitanjima?	2 (2)	17 (14)	55 (45)	48 (39)	0
14. Biste li s voljeli s nekim razmotriti, istražiti religijske teme?	5 (4)	17 (14)	59 (48)	40 (33)	1 (1)
15. Ima li Vaš zdravstveni tim značajnu ulogu u svezi Vaše duhovnosti?	7 (6)	26 (21)	58 (48)	31 (25)	0
16. Zanima me odlazite li u crkvu ili u neki drugi oblik vjerske/duhovne zajednice?	9 (7)	35 (29)	47 (39)	31 (25)	0
17. Koliko doprinosite ili ste uključeni u vjersku / duhovnu zajednicu?	15 (12)	32 (26)	45 (37)	30 (25)	0
18. Duhovnost često utječe na to kako se osobe nose sa bolešću. Kako je i ako je uopće, Vaša duhovnost utjecala na to kako se Vi nosite sa svojom bolešću?	3 (2)	27 (22)	57 (47)	35 (29)	0
19. Kada je život bio težak što Vas je guralo naprijed? Postoji li netko ili nešto tko Vam je pomogao? Koliko Vam je pomogla ta podrška?	1 (1)	12 (10)	53 (43)	56 (46)	0
20. S vašeg stajališta je li duhovnost ili filozofija o životu (ovo može uključivati religiju ili Boga) nešto o čemu razmišljate? Ako je, možete li opisati na koji način? Je li se ovo promijenilo otkad ste se razboljeli?	6 (5)	28 (23)	62 (51)	26 (21)	0
21. Ako biste htjeli nastaviti prakticirati ili razmatrati / istraživati Vašu duhovnost ili religioznost što bi Vam u tome pomoglo?	4 (3)	24 (20)	56 (46)	38 (31)	0

Sveukupno 22 (22 %) korisnika skrbi navode da ne bi htjeli biti upitani što se može učiniti kako bi podržali njihovu vjeru ili religijske obveze ili bi li voljeli s nekim razmotriti, istražiti religijske teme. Njih 19 (19 %) korisnika skrbi također su odgovorili da ne bi željeli da ih se pita odlaze li u crkvu ili u neki drugi oblik vjerske / duhovne zajednice ili doprinose li te jesu li uključeni u vjersku / duhovnu zajednicu. Njih 41 (40 %) korisnika skrbi navodi da bi voljeli

da im se postavi pitanje osjećaju li mir ili spokoj, ili pomažu li im duhovnost, vjera ili religija u podnošenju vlastite bolesti, dok ih 42 (41 %) korisnika skrbi navodi da bi voljeli da ih se pita jesu li im duhovnost ili religija važni (Tablica 6.).

Tablica 6. Raspodjela korisnika skrbi prema tome koliko bi im bilo ugodno ili neugodno da im medicinske sestre / tehničari postavljaju pitanje o duhovnosti, religioznosti i sustavu uvjerenja

Odgovori označavaju koliko bi im bilo ugodno ili neugodno da im med. sestre/tehničari postavljaju pitanje o duhovnosti, religioznosti i sustavu uvjerenja	Broj (%) ispitanika				
	Ne povezujem se s ovim pitanjem	Ne bi želio da me se pita ovo pitanje	Bilo bi mi u redu da mi se postavi ovo pitanje	Volio bih da mi se postavi ovo pitanje	Ne razumijem ovo pitanje
1. Koliko Vam je važna duhovnost ili religija?	6 (6)	7 (7)	49 (48)	38 (37)	2 (2)
2. Na što se oslanjate kada ste bolesni?	2 (2)	10 (10)	46 (45)	43 (42)	1 (1)
3. Osjećate li mir/spokoj?	3 (3)	11 (11)	46 (45)	41 (40)	1 (1)
4. Jesu li Vam vjera, religija i/ili duhovnost važni tijekom ove bolesti?	6 (6)	8 (8)	49 (48)	39 (38)	0
5. Pomažu li Vam duhovnost, vjera ili religija u podnošenju vlastite bolesti?	4 (4)	4 (4)	53 (52)	41 (40)	0
6. Zanima me jesu li Vam duhovnost ili religija važni?	5 (5)	11 (11)	44 (43)	42 (41)	0
7. Postoje li neka duhovna uvjerenja i postupci koje smatrate posebno korisnima u rješavanju problema?	3 (3)	12 (12)	52 (51)	29 (28)	6 (6)
8. Postoje li duhovne potrebe ili brige s kojima Vam ja / mi možemo pomoći?	6 (6)	11 (11)	50 (49)	32 (31)	3 (3)
9. Kako biste se opisali - u najširem smislu riječi - kao osobu koja posjeduje određena uvjerenja, duhovnu ili religioznu osobu?	4 (4)	14 (14)	43 (42)	34 (33)	7 (7)
10. Koje mjesto duhovnost zauzima u Vašem životu?	5 (5)	8 (8)	50 (49)	38 (37)	1 (1)
11. Tko / što Vas podržava kada ste bolesni?	1 (1)	10 (10)	48 (47)	43 (42)	0
12. Što ja/ mi možemo učiniti kako bi podržali Vašu vjeru ili religijske obveze	10 (10)	22 (22)	41 (40)	25 (25)	4 (4)
13. Imate li nekoga s kim možete razgovarati o religijskim pitanjima?	8 (8)	11 (11)	46 (45)	36 (35)	1 (1)
14. Biste li s voljeli s nekim razmotriti, istražiti religijske teme?	9 (9)	22 (22)	48 (47)	20 (20)	3 (3)
15. Ima li Vaš zdravstveni tim značajnu ulogu u svezi Vaše duhovnosti?	8 (8)	21 (21)	50 (49)	19 (19)	4 (4)
16. Zanima me odlazite li u crkvu ili u neki drugi oblik vjerske/duhovne zajednice?	7 (7)	19 (19)	51 (50)	23 (23)	2 (2)
17. Koliko doprinosite ili ste uključeni u vjersku / duhovnu zajednicu?	9 (9)	19 (19)	42 (41)	31 (30)	1 (1)
18. Duhovnost često utječe na to kako se osobe nose sa bolešću. Kako je i ako je uopće, Vaša duhovnost utjecala na to kako se Vi nosite sa svojom bolešću?	7 (7)	10 (10)	49 (48)	31 (30)	5 (5)
19. Kada je život bio težak što Vas je guralo naprijed? Postoji li netko ili nešto tko Vam je pomogao? Koliko Vam je pomogla ta podrška?	4 (4)	12 (12)	46 (45)	36 (35)	4 (4)
20. S vašeg stajališta je li duhovnost ili filozofija o životu (ovo može uključivati religiju ili Boga) nešto o čemu razmišljate? Ako je, možete li opisati na koji način? Je li se ovo promijenilo otkad ste se razboljeli?	7 (7)	12 (12)	47 (46)	29 (28)	7 (7)
21. Ako biste htjeli nastaviti prakticirati ili razmatrati / istraživati Vašu duhovnost ili religioznost što bi Vam u tome pomoglo?	6 (6)	14 (14)	47 (46)	28 (27)	7 (7)

Medicinskim sestrama / tehničarima neugodnije je postaviti pitanje primateljima skrbi postoje li neka duhovna uvjerenja i postupci koje smatraju posebno korisnima u rješavanju problema (Mann Whitney U test, $P = 0,03$). Nadalje, neugodnije im je postaviti pitanje kako bi se opisali u najširem smislu riječi (Mann Whitney U test, $P = 0,01$) te pitati pacijente kako razmišljaju o duhovnosti, na koji način i je li se promijenilo što otkad su bolesni (Mann Whitney U test, $P = 0,01$). Primatelji skrbi značajnije više ne žele da ih se pita, u odnosu na to koliko je medicinskim sestrama / tehničarima neugodno pitati, što mogu učiniti kako bi podržali njihovu vjeru ili religijske obveze (Mann Whitney U test, $P = 0,04$) i bi li htjeli s nekim razmotriti, istražiti religijske teme (Mann Whitney U test, $P = 0,01$) (Tablica 7.).

Tablica 7. Razlike u (ne)ugodnosti postavljanja pitanja o duhovnosti, religioznosti i sustavu uvjerenja kod medicinskih sestara / tehničara i korisnika skrbi

	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Medicinske sestre/tehničari	Primatelji skrbi	
1. Koliko Vam je važna duhovnost ili religija?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,34
2. Na što se oslanjate kada ste bolesni?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,68
3. Osjećate li mir/spokoj?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,38
4. Jesu li Vam vjera, religija i/ili duhovnost važni tijekom ove bolesti?	3 (2 - 4)	3 (3 - 4)	0,19
5. Pomažu li Vam duhovnost, vjera ili religija u podnošenju vlastite bolesti?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,27
6. Zanima me jesu li Vam duhovnost ili religija važni?	3 (2 - 4)	3 (3 - 4)	0,08
7. Postoje li neka duhovna uvjerenja i postupci koje smatrate posebno korisnima u rješavanju problema?	2 (2 - 4)	3 (3 - 4)	0,03
8. Postoje li duhovne potrebe ili brige s kojima Vam ja / mi možemo pomoći?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,87
9. Kako biste se opisali - u najširem smislu riječi - kao osobu koja posjeduje određena uvjerenja, duhovnu ili religioznu osobu?	2 (2 - 4)	3 (3 - 4)	0,01
10. Koje mjesto duhovnost zauzima u Vašem životu?	3 (2 - 4)	3 (3 - 4)	0,09
11. Tko / što Vas podržava kada ste bolesni?	3,5 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,26
12. Što ja/ mi možemo učiniti kako bi podržali Vašu vjeru ili religijske obveze	3 (3 - 4)	2 (2 - 4)	0,04
13. Imate li nekoga s kim možete razgovarati o religijskim pitanjima?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,49
14. Biste li s voljeli s nekim razmotriti, istražiti religijske teme?	3 (3 - 4)	2 (2 - 3)	0,02
15. Ima li Vaš zdravstveni tim značajnu ulogu u svezi Vaše duhovnosti?	3 (2 - 4)	3 (2 - 3)	0,72
16. Zanima me odlazite li u crkvu ili u neki drugi oblik vjerske/duhovne zajednice?	3 (2 - 4)	3 (2 - 3,3)	0,32
17. Koliko doprinosite ili ste uključeni u vjersku / duhovnu zajednicu?	3 (2 - 3,3)	3 (2 - 4)	0,09
18. Duhovnost često utječe na to kako se osobe nose sa bolešću. Kako je i ako je uopće, Vaša duhovnost utjecala na to kako se Vi nosite sa svojom bolešću?	3 (2,8 - 4)	3 (3 - 4)	0,14
19. Kada je život bio težak što Vas je guralo naprijed? Postoji li netko ili nešto tko Vam je pomogao? Koliko Vam je pomogla ta podrška?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,31
20. Duhovnost je vrlo osobna. S vašeg stajališta je li duhovnost ili filozofija o životu (ovo može uključivati religiju ili Boga) nešto o čemu razmišljate? Ako je, možete li opisati na koji način? Je li se ovo promijenilo otkad ste se razboljeli?	2 (2 - 3)	3 (3 - 4)	0,01
21. Ako biste htjeli nastaviti prakticirati ili razmatrati / istraživati Vašu duhovnost ili religioznost što bi Vam u tome pomoglo?	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0,40

*Mann Whitney U test

4.3. Procjena osobne strukture duhovnosti (SAIL upitnik)

U skupini medicinskih sestara / tehničara 41 (34 %) je odgovorilo da postoji Bog ili veća sila u njihovu životu koja mi je putokaz, a za 40 (33 %) medicinskih sestara / tehničara u vrlo se visokom stupnju odnosi tvrdnja da žele značiti nešto drugima. Molitvu, meditaciju ili neki drugi način pronalaska mira ne prakticira 10 (8 %) ispitanika, 18 (15 %) nikad nije imalo iskustva u kojima im se činilo kako su se izdigli iznad samog sebe, a 60 (49 %) medicinskih sestara / tehničara nikada ne pohađa duhovne vježbe, radionice koje su usmjerene na duhovnost ili religiju. Ponešto ih je 34 (28 %) imalo iskustva u kojima su primijetili povezanost s višom silom (Tablica 8.).

Tablica 8. Procjena strukture osobne duhovnosti medicinskih sestara / tehničara

Medicinske sestre/tehničari	Broj (%) ispitanika					
	Nikako	Jedva uopće	Ponešto	Umjereno	U visokom stupnju	U vrlo visokom stupnju
D2 1. Svijetu pristupam s povjerenjem.	7 (6)	8 (7)	38 (31)	33 (27)	25 (20)	11 (9)
D4 2. Važno mi je što mogu činiti stvari za druge osobe.	0	1 (1)	17 (14)	26 (21)	42 (34)	36 (30)
D2 3. U teškim vremenima održavam svoj unutarnji mir.	2 (2)	12 (10)	26 (21)	39 (32)	26 (21)	17 (14)
D1 4. Znam koje je moje mjesto u životu.	2 (2)	7 (6)	20 (16)	35 (29)	36 (30)	22 (18)
D5 5. Pokreće me ljepota prirode.	2 (2)	8 (7)	21 (17)	37 (30)	27 (22)	27 (22)
D3 6. Prihvaćam kako nemam punu kontrolu nad tijekom mog života.	2 (2)	17 (14)	22 (18)	38 (31)	28 (23)	15 (12)
D4 7. Osjetljiv sam na patnju drugih osoba.	3 (2)	4 (3)	17 (14)	27 (22)	36 (30)	35 (29)
D3 8. Prihvaćam kako nemam mogućnost utjecati na sve.	0	8 (7)	19 (16)	33 (27)	34 (28)	28 (23)
D2 9. Što god se dogodilo mogu se s time nositi.	2 (2)	13 (11)	24 (20)	42 (34)	32 (26)	9 (7)
D7 10. Postoji bog ili veća sila u mom životu koja mi je putokaz.	5 (4)	10 (8)	15 (12)	22 (18)	29 (24)	41 (34)
D3 11. Svjestan sam kako svaki život ima svoju tragediju.	2 (2)	4 (3)	17 (14)	27 (22)	35 (29)	37 (30)
D1 12. Stvari koje radim doživljavam kao smislene.	1 (1)	5 (4)	14 (11)	38 (31)	42 (34)	22 (18)
D2 13. Pokušavam prihvatiti život onakav kakav je.	0	3 (2)	15 (12)	37 (30)	43 (35)	24 (20)
D5 14. Kada sam u prirodi imam osjećaj povezanosti.	3 (2)	2 (2)	24 (20)	38 (31)	36 (30)	19 (16)
D3 15. Prihvaćam kako će mi život neizbježno u nekom trenutku donijeti bol.	2 (2)	9 (7)	21 (17)	33 (27)	41 (34)	16 (13)
D4 16. Nastojim značajno pridonijeti društvu.	2 (2)	4 (3)	14 (11)	40 (33)	39 (32)	23 (19)
D1 17. Moj život ima svrhu i značenje.	3 (2)	1 (1)	14 (11)	27 (22)	39 (32)	38 (31)
D4 18. Želim značiti nešto drugima.	2 (2)	1 (1)	13 (11)	21 (17)	45 (37)	40 (33)

Nastavak tablice 8.	Broj (%) ispitanika					
	Nikad	Rijetko	Ponekad	Redovito	Često	Vrlo često
D6 19. Imao sam iskustva tijekom kojih mi je priroda stvarnosti postala očita.	1 (1)	7 (6)	21 (17)	38 (31)	35 (29)	20 (16)
D6 20. Imao sam iskustva u kojima sam primijetio povezanost s višom silom.	5 (4)	15 (12)	34 (28)	21 (17)	23 (19)	24 (20)
D6 21. Imao sam iskustva u kojima su se sve stvari činile dijelom velike cjeline.	2 (2)	7 (6)	26 (21)	37 (30)	29 (24)	21 (17)
D7 22. S drugima pričam o duhovnim temama (teme kao smisao života, smrt, religija).	6 (5)	15 (12)	19 (16)	42 (34)	27 (22)	13 (11)
D6 23. Imao sam iskustva u kojima se sve činilo savršeno.	2 (2)	13 (11)	19 (16)	32 (26)	31 (25)	25 (20)
D7 24. Meditiram ili molim ili na drugi način pronalazim unutarnji mir .	10 (8)	14 (11)	27 (22)	29 (24)	18 (15)	24 (20)
D6 25. Imao sam iskustva je u kojima mi se činilo kako sam se izdigao iznad samog sebe .	18 (15)	19 (16)	26 (21)	29 (24)	23 (19)	7 (6)
D7 26. Pohađam duhovne vježbe, radionice koje su usmjerene na duhovnost ili religiju.	60 (49)	14 (11)	10 (8)	21 (17)	10 (8)	7 (6)

D1 – smislenost života; D2 – vjerovanje; D3 – prihvaćanje; D4 – briga za druge; D5 – povezanost s prirodom; D6 – transcendentna iskustva; D7 - posvećenost duhovnom razvoju

Ukupno je 32 (31 %) korisnika zdravstvenih usluga odgovorilo da se u vrlo visokom stupnju odnosu na njih da žele značiti nešto drugima, a njih 33 (32 %) korisnika navodi da se u visokom stupnju odnosu na njih da stvari koje rade doživljavaju kao smislene ili da pokušavaju prihvatiti život onakav kakav je. Nikad njih 12 (12 %) korisnika nije imalo iskustva u kojima se sve činilo savršeno, ili nikad nije meditiralo, ili molilo, ili na drugi način pronalazilo unutarnji mir; 28 (27 %) korisnika nikad nije imalo iskustva u kojima im se činilo kako su se izdigli iznad samog sebe, a 55 (54 %) korisnika usluga nikada ne pohađa duhovne vježbe, radionice koje su usmjerene na duhovnost ili religiju. Njih 40 (39 %) korisnika njege u kući ponekad je imalo iskustva u kojima su primijetili povezanost s višom silom ili su imali iskustva u kojima su se sve stvari činile dijelom velike cjeline (Tablica 9.).

Tablica 9. Procjena strukture osobne duhovnosti korisnika usluge zdravstvene njege u kući

Korisnici skrbi	Broj (%) ispitanika					
	Nikako	Jedva uopće	Ponešto	Umjereno	U visokom stupnju	U vrlo visokom stupnju
D2 1. Svijetu pristupam s povjerenjem.	0	13 (13)	25 (25)	43 (42)	17 (17)	4 (4)
D4 2. Važno mi je što mogu činiti stvari za druge osobe.	0	3 (3)	16 (16)	29 (28)	28 (27)	26 (25)
D2 3. U teškim vremenima održavam svoj unutarnji mir.	1 (1)	11 (11)	22 (22)	32 (31)	27 (26)	9 (9)
D1 4. Znam koje je moje mjesto u životu.	1 (1)	9 (9)	23 (23)	18 (18)	38 (37)	13 (13)
D5 5. Pokreće me ljepota prirode.	0	15 (15)	21 (21)	25 (25)	25 (25)	16 (16)
D3 6. Prihvaćam kako nemam punu kontrolu nad tijekom mog života.	2 (2)	8 (8)	23 (23)	36 (35)	19 (19)	14 (14)
D4 7. Osjetljiv sam na patnju drugih osoba.	0	6 (6)	20 (20)	19 (19)	29 (28)	28 (27)
D3 8. Prihvaćam kako nemam mogućnost utjecati na sve.	1 (1)	12 (12)	16 (16)	26 (25)	34 (33)	13 (13)
D2 9. Što god se dogodilo mogu se s time nositi.	2 (2)	14 (14)	25 (25)	40 (39)	13 (13)	8 (8)
D7 10. Postoji bog ili veća sila u mom životu koja mi je putokaz.	6 (6)	7 (7)	17 (17)	21 (21)	22 (22)	29 (28)
D3 11. Svjestan sam kako svaki život ima svoju tragediju.	0	6 (6)	13 (13)	26 (25)	39 (38)	18 (18)
D1 12. Stvari koje radim doživljavam kao smislene.	1 (1)	4 (4)	23 (23)	28 (27)	33 (32)	13 (13)
D2 13. Pokušavam prihvatiti život onakav kakav je.	0	6 (6)	18 (18)	29 (28)	33 (32)	16 (16)
D5 14. Kada sam u prirodi imam osjećaj povezanosti.	2 (2)	11 (11)	32 (31)	20 (20)	20 (20)	17 (17)
D3 15. Prihvaćam kako će mi život neizbježno u nekom trenutku donijeti bol.	0	7 (7)	17 (17)	43 (42)	22 (22)	13 (13)
D4 16. Nastojim značajno pridonijeti društvu.	0	9 (9)	32 (31)	30 (29)	25 (25)	6 (6)
D1 17. Moj život ima svrhu i značenje.	0	3 (3)	18 (18)	31 (30)	35 (34)	15 (15)
D4 18. Želim značiti nešto drugima.	0	7 (7)	10 (10)	13 (13)	40 (39)	32 (31)
D6 19. Imao sam iskustva tijekom kojih mi je priroda stvarnosti postala očita.	10 (10)	18 (18)	45 (44)	14 (14)	13 (13)	2 (2)
D6 20. Imao sam iskustva u kojima sam primijetio povezanost s višom silom.	11 (11)	23 (23)	40 (39)	14 (14)	12 (12)	2 (2)
D6 21. Imao sam iskustva u kojima su se sve stvari činile dijelom velike cjeline.	11 (11)	26 (25)	40 (39)	14 (14)	10 (10)	1 (1)
D7 22. S drugima pričam o duhovnim temama (teme kao smisao života, smrt, religija).	8 (8)	29 (28)	30 (29)	17 (17)	13 (13)	5 (5)
D6 23. Imao sam iskustva u kojima se sve činilo savršeno.	12 (12)	36 (35)	29 (28)	12 (12)	11 (11)	2 (2)
D7 24. Meditiram ili molim ili na drugi način pronalazim unutarnji mir .	12 (12)	18 (18)	27 (26)	14 (14)	14 (14)	17 (17)
D6 25. Imao sam iskustva je u kojima mi se činilo kako sam se izdigao iznad samog sebe .	28 (27)	37 (36)	21 (21)	8 (8)	6 (6)	2 (2)
D7 26. Pohađam duhovne vježbe, radionice koje su usmjerene na duhovnost ili religiju.	55 (54)	23 (23)	10 (10)	7 (7)	2 (2)	5 (5)

D1 – smislenost života; D2 – vjerovanje; D3 – prihvaćanje; D4 – briga za druge; D5 – povezanost s prirodom; D6 – transcendentna iskustva; D7 - posvećenost duhovnom razvoju

S obzirom na ocjene strukture osobne duhovnosti, značajno su izraženije domene smislenosti života (Mann Whitney U test, $P = 0,04$), transcendentna iskustva (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) te posvećenost duhovnom razvoju (Mann Whitney U test, $P = 0,006$) kod medicinskih sestara / tehničara u odnosu na primatelje skrbi, dok u ostalim domenama nema značajnih razlika u ocjeni strukture osobne duhovnosti (Tablica 10.).

Tablica 10. Ocjena strukture osobne duhovnosti s obzirom na skupine ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Medicinske sestre/tehničari	Primatelji skrbi	
Smislenost života	4,7 (4 - 5,3)	4,3 (3,7 - 5)	0,04
Vjerovanje	4,3 (3,5 - 4,8)	4,0 (3,5 - 4,5)	0,15
Prihvatanje	4,5 (3,5 - 5)	4,3 (3,5 - 4,8)	0,40
Briga za druge	4,8 (4 - 5,3)	4,5 (3,9 - 5,3)	0,07
Povezanost s prirodom	4,5 (3,5 - 5)	4,0 (3 - 5)	0,06
Transcendentna iskustva	4,0 (3,2 - 4,8)	2,8 (2,2 - 3,3)	<0,001
Posvećenost duhovnom razvoju	3,6 (2,9 - 4,5)	3,3 (2,5 - 4)	0,006

*Mann Whitney U test

5. RASPRAVA

Ovim istraživanjem ispitane su razlike u percepciji duhovnosti i duhovnih potreba medicinskih sestara i medicinskih tehničara u odnosu na korisnike usluga zdravstvene njege u kući što predstavlja i primarni cilj istraživanja. Važnost ovoga istraživanja temelji se u dobivenim rezultatima koji daju uvid o stupnju ugone prilikom razgovora o duhovnosti između ispitivanih skupina.

Od ukupno 224 ispitanika, 122 (54,5 %) ispitanika jesu medicinske sestre / tehničari, dok je korisnika usluga zdravstvene njege u kući bilo 102 (45,5 %). Prema spolnoj strukturi u skupini medicinskih sestara / tehničara značajno je više osoba ženskog spola, njih 115 (94,3 %), kao i u skupini ispitanika korisnika usluga zdravstvene njege u kući njih 68 (66,7 %). Ovi podatci govore u prilog spolne strukture stanovništva u kojem je veći broj osoba ženskog spola (21). Isto tako, broj žena u skupini medicinskih sestara / tehničara odraz je feminizacije sestrinstva (22). Prema bračnom stanju najviše korisnika usluga zdravstvene njege u kući jesu udovice odnosno udovci njih 48 (21,4 %) i većina korisnika žive na selu njih 58 (56,9 %). Prosječna je dob primatelja skrbi 79 godina. Prosječna je dob medicinskih sestara / tehničara 36 godina što predstavlja relativno mlađu skupinu ispitanika. Više od polovice ispitanika u skupini medicinskih sestara i tehničara ima završen studij, njih 64 (52,8 %). Ovaj podatak potkrjepljuje i činjenica tendencije izravnog upisa na studije i povećanje broja visokoobrazovanih medicinskih sestara / tehničara (23). Isto tako, i povećan broj studija u Republici Hrvatskoj utječe na sve veći broj visokoobrazovanog kadra (23).

Također, istraživanje provedeno u Sydneyju pokazalo je da radno mjesto značajno utječe na percepciju duhovnosti i duhovne skrbi što treba uzeti u obzir prilikom tumačenja rezultata (1). Najveći broj ispitanika njih 94 (77 %) u skupini medicinskih sestara / tehničara i 83 (81,4 %) u skupini primatelja skrbi navelo je kako su katolici. U prilog ovome podatku govori i kako je većinsko stanovništvo Republike Hrvatske upravo katoličke vjeroispovijesti (21).

Nije utvrđena statistički značajna razlika u samoprocjeni duhovnosti i religioznosti u medicinskih sestara / tehničara i primatelja skrbi, no podatci pokazuju da medicinske sestre / tehničari pridaju veću pažnju duhovnosti nego primatelji skrbi. Sličan rezultat istraživanja dobiven je u Norveškoj u kojem su medicinske sestre također pokazale veći stupanj duhovnosti (18). U istraživanju provedenom u Turskoj rezultati su pokazali da medicinske

sestre / tehničari imaju visoki stupanj svjesnosti o važnosti duhovnosti i duhovne skrbi (24). Isto istraživanje pokazalo je da na svjesnost o važnosti duhovnosti utječe i stupanj edukacije i obrazovanje medicinskih sestara / tehničara o duhovnosti i duhovnoj skrbi (24). Većina ispitanika u skupini medicinskih sestara / tehničara ima završen studij, njih 52,5 %. Moguće je tumačenje kako upravo razina obrazovanja utječe na percepciju duhovnosti i njezinu važnost, ali i na samoprocjenu duhovnosti. Također, uočeno je da su samo sa završenom osnovnom školom ili bez škole značajno više ispitanici primatelji skrbi. Treba naglasiti da je svjesnost o važnosti duhovnosti upravo kod medicinskih sestara / tehničara izrazito važna jer pomoću nje može se potaknuti prvi korak u pružanju duhovne skrbi, a to je poziv na pružanje iste (13, 14).

Većina ispitanika, njih 176 (78,6 %) navelo je da prakticira svoju vjeru. Kada je riječ o medicinskim sestrama i tehničarima, istraživanje koje je provedeno u Ujedinjenom kraljevstvu pokazalo je da medicinske sestre duhovnost povezuju s vjerom u Boga, odnosno s religioznošću (25). Duhovnost u svakodnevnom radu u tome se istraživanju za neke ispitanike interpretirala kroz osobno iskustvo i vrijednosti povezane s Bogom ili drugim oblikom vjerovanja (25). Kako je već spomenuto, duhovnost se oslanja na postojanje nečeg svetog ili uzvišenog kroz vlastite vrijednosti koje mogu, ali ne moraju biti povezane s religijskim uvjerenjima (6, 8). Istraživanje provedeno u Norveškoj pokazalo je da su samoprocjena duhovnosti i religioznosti te prakticiranje vjere važni čimbenici koji utječu na spremnost pružanja duhovne skrbi (18), a istraživanje provedeno u Turskoj pokazalo je da medicinske sestre / tehničari imaju visoki stupanj percepcije duhovne skrbi, odnosno prepoznaju važnost, ali nisu dovoljno spremni za pružanje iste (24). Može se zaključiti kako ispitivana skupina medicinskih sestara / tehničara ima veću tendenciju prema pružanju duhovne skrbi upravo zbog prakticiranja svoje vjere.

Podatak kako većina ispitanika prakticira svoju vjeru i kako većina medicinskih sestara ima visoki stupanj svjesnosti o važnosti duhovne skrbi pokazuje da je u ovome slučaju prakticiranje religijskih uvjerenja usko povezano sa svjesnosti o duhovnosti i duhovnoj skrbi. S druge strane, također je većina ispitanika korisnika usluga zdravstvene njege u kući pokazala kako su praktični vjernici, točnije njih 85 (83,3 %). Prosječna dob primatelja usluga je 79 što govori da je to skupina osoba starije životne dobi. Također su većina ispitanika udovci odnosno udovice njih 21,4 %. Istraživanje provedeno u Belgiji među korisnicima doma za starije pokazalo je visoki stupanj duhovnosti kod osoba starije životne dobi (26), dok

je istraživanje u Indiji pokazalo povećan stupanj socijalne izolacije u osoba starije životne dobi koji su samci (27). Prosječna dob ovih ispitanika iz Belgije bila je 86 godina, a većina njih bila je katoličke vjeroispovijesti i praktični vjernici i većina su bili udovci odnosno udovice (26). Taj podatak govori u prilog povećanom stupnju duhovnosti kod osoba starije životne dobi i povezanosti prakticiranja vjere sa stupnjem duhovnosti. Istraživanje iz Indije navelo je dobrobiti duhovnosti, a neke od njih jesu: mentalno zdravlje, održavanje kognitivnih funkcija, održavanje fizičkog zdravlja, razvijanje socijalne interakcije što značajno utječe na smanjenje osjećaja usamljenosti (27). Može se zaključiti da je potrebno poticati razgovor o duhovnosti s osobama starije životne dobi jer stvara osjećaj socijalizacije, održavanje kognitivnih funkcija i osjećaj uključenosti u zajednicu. Osobe starije životne dobi nakon razgovora o duhovnosti osjećaju se zadovoljnije i pokazuju interes za razgovor o toj temi što je potvrdilo istraživanje provedeno u Nizozemskoj (28).

Rezultati su pokazali kako obje skupine ispitanika pokazuju nelagodu, odnosno ne bi voljeli da ih se pita odlaze li u crkvu ili neku drugu vjersku zajednicu i koliko su uključeni u vjersku / duhovnu zajednicu. U tim pitanjima korištene su riječi “vjerska zajednica”, “crkva”, “duhovna zajednica”, a slični rezultati dobiveni su u istraživanjima u kojima su ispitanici pokazali najveći stupanj nelagode upravo kod pitanja koja sadržavaju riječi poput “duhovnost”, “religioznost” (29, 18). Taj podatak može se objasniti kulturalnim i društvenim okolnostima ispitivane skupine te se može zaključiti da sociokulturne okolnosti ispitivane skupine imaju značajan utjecaj na stupanj ugodnosti prilikom postavljanja pojedinih pitanja. Slične rezultate pokazalo je isto istraživanje u Norveškoj u kojem su pacijenti pokazali stupanj nelagode prilikom odgovaranja na pojedina pitanja jer su temu duhovnosti smatrali vrlo osobnom i privatnom (18). Također, 22 (22 %) ispitanika primatelja skrbi navelo je kako ne bi voljeli da ih se pita o načinima podržavanja njihove vjere ili bi li voljeli s nekim istražiti religijske teme. Već spomenuto istraživanje u Norveškoj pokazalo je da pacijenti koji nisu željeli biti upitani o duhovnosti, medicinske sestre / tehničare doživljavaju kao profesionalce koji su zaduženi za obavljanje poslova zdravstvene njege, dok su obitelj ili svećenika ili drugog vjersku vođu smatrali zaduženim za razgovor o duhovnosti (18). Drugo, slično istraživanje pokazalo je da medicinske sestre / tehničari često osjećaju olakšanje nakon što pozovu svećenika u svrhu razgovora s pacijentom o duhovnosti izbjegavajući tako izravan razgovor s pacijentom o ovoj temi (30). U jednom istraživanju na pitanje “Od koga biste najradije htjeli biti pitani o duhovnosti?” 75 (48 %) ispitanika navelo je svećenika, dok je 47 (30 %) ispitanika odabralo medicinsku sestru (18). Razlog tome može biti nedovoljna

educiranost o temi duhovnosti i pružanju duhovne skrbi, dok neka istraživanja navode da su mogući razlozi nedovoljan broj medicinskih sestara, preveliko radno opterećenje i umor (28, 30, 31). Također, jedan od razloga može biti i nedovoljna osobna spremnost na pružanje duhovne skrbi. Promatrajući ovaj podatak iz konteksta teorije duhovne skrbi, može se zaključiti da medicinske sestre često odabiru odluku o nesudjelovanju u duhovnoj skrbi upravo zbog vremenskog ograničenja i užurbanosti, ali i zbog manjka podrške ostalih radnih kolega (13, 14). Za medicinske sestre, o stupnju ugone prilikom postavljanja pitanja o duhovnosti, utječe razina pripremljenosti za isto, važnost koju medicinske sestre pridaju duhovnosti i njihova duhovnost, dok je kod pacijenata važna njihova subjektivna procjena duhovnosti i religioznosti koja utječe na stupanj ugone prilikom duhovne procjene (18).

Rezultati su pokazali da je medicinskim sestrama / tehničarima i primateljima skrbi neugodnije razgovarati o pitanjima koja uključuju duhovna uvjerenja, religijske obveze, religijske teme. S druge strane, većina ispitanika u obje skupine pokazala je afirmativne odgovore u pitanjima koja se odnose na mir i spokoj, podršku tijekom bolesti, oslonac tijekom bolesti i teške periode u životu. Takav rezultat može se promatrati u kontekstu radnog mjesta ispitivane skupine medicinskih sestara / tehničara i osobnih karakteristika pojedinca. S obzirom na to da je radno mjesto vezano za kuću bolesnika, a time i njegov privatni prostor, time možemo objasniti neugodnost prilikom postavljanja pitanja o duhovnosti i religioznosti. Drugo je istraživanje pokazalo kako su pacijenti naveli da su asertivnost, otvorenost i stvaranje odnosa povjerenja između medicinske sestre i pacijenta važni prije potencijalnog razgovora o duhovnosti (28). Može se zaključiti da je medicinskim sestrama i tehničarima u kontekstu radnog mjesta lakše razgovarati o temama koje se odnose na mir, podršku u bolesti zbog prisutnosti obitelji pacijenta te zbog lakšeg stvaranja osjećaja povjerenja s bolesnikom i njegovom okolinom. Istraživanje koje je provedeno na osobama starije životne dobi pokazalo je da duhovna skrb ima značajnu ulogu u smanjenju stresa i poboljšanju mentalnog zdravlja što znatno može olakšati rad i komunikaciju s pacijentom (10). Osim toga, istraživanje provedeno u Koreji pokazalo je da su od šest dimenzija kompetencije za duhovnu skrb (SCC), najviši prosječni rezultati zabilježeni u 'stavu prema duhovnosti pacijenta' i 'komunikaciji' (32). Taj podatak ukazuje na važnost uspostavljanja dobre komunikacije s pacijentom. Važnost uspostavljanja dobre komunikacije može se vidjeti u istraživanju provedenom u Australiji čiji su rezultati pokazali da su se pacijenti nakon razgovora o duhovnosti osjećali kao "dio obitelji", imali su osjećaj povezanosti i mogli su razgovarati o njima važnim stvarima (33). Isto tako, istraživanje provedeno u SAD-u pokazalo je da su medicinske sestre /

tehničari svoje kompetencije u duhovnosti najviše procijenili u područjima komunikacije i iskazivanja podrške (9). Kroz uspostavljanje dobre komunikacije s pacijentom i njegovom obitelji medicinska sestra / tehničar može stvoriti atmosferu odnosno uputiti poziv na sudjelovanje u duhovnoj skrbi što je početni i ključni korak koji opisuje teorija duhovne skrbi (13, 14).

Nadalje, rezultati SAIL upitnika pokazali su da su kod medicinskih sestara / tehničara izraženije domene smislenosti života, transcendentnih iskustava i posvećenost duhovnom razvoju. Navedeni podatak može se objasniti dobnom skupinom ispitanika čija je prosječna dob iznosila 36 godina. Istraživanje provedeno u Australiji pokazalo je da su medicinske sestre / tehničari mlađe životne dobi i s manje kliničkog iskustva pokazali pozitivniju percepciju duhovne skrbi nego medicinske sestre / tehničari s više kliničkog iskustva i starije životne dobi (1). Osim toga, većina je ispitanika ženskog spola pri čemu je dosad uočeno da osobe ženskog spola češće koriste religijske pozitivne strategije koje su značajno povezane s percepcijom duhovnosti (34) te istraživanje provedeno u Jordanu ističe da medicinske sestre imaju veću percepciju duhovnosti i duhovne skrbi nego medicinski tehničari (35). Osim toga, istraživanje provedeno u Maleziji pokazalo je da osobe ženskog spola imaju superiornost u izražavanju osjećaja i emocija prema pacijentima u odnosu na osobe muškog spola (36). Također, dob, spol, radno iskustvo i osobna duhovnost definirani su kao prediktorima percepcije duhovnosti medicinskih sestara i medicinskih tehničara (34). No, nije moguće donijeti jednoznačne zaključke s obzirom na to da istraživanja upućuju i na niske rezultate u domeni transcendentnih iskustava, dok su najveći rezultati bili u domeni povezanosti s drugima i prirodom (37). Treba istaknuti da su na pitanja "Prihvaćam kako će mi život neizbježno u nekom trenutku donijeti bol" i "Svjestan sam kako svaki život ima svoju tragediju" 41 (34 %) i 37 (30 %) ispitanika odgovorili afirmativno. Istraživanje provedeno u Ujedinjenom Kraljevstvu pokazalo je da su pronalaženje smisla i svrhe u dobrim i lošim događajima u životu važan aspekt duhovnosti (25). Prema tomu, može se zaključiti da je ispitivana skupina medicinskih sestara / tehničara svjesna važnosti pronalaženja smisla u životnim tragedijama i nedaćama, što posljedično značajno utječe na razvoj duhovnosti kao važnog prediktora pružanja duhovne skrbi.

Obje skupine ispitanika negativno su odgovorile na pitanje o pohađanju duhovnih vježbi ili radionica koje su usmjerene na duhovnost ili religiju. Tako je 60 (49 %) medicinskih sestara / tehničara odgovorilo da nikad ne pohađa spomenute radionice, a kod korisnika njege taj je broj iznosio 55 (54 %). Navedeni podatak govori u prilog potrebe za dodatnom edukacijom,

osobito medicinskih sestara / tehničara o temi duhovnosti, što ističu i mnoga druga istraživanja (1, 9, 5, 25). Istraživanje u SAD-u istaknulo je da nedostatak duhovnog obrazovanja može predstavljati prepreku za holističku skrb jer su medicinske sestre prvenstveno educirane da uzimaju u obzir samo fizički aspekt potreba pacijenta (6). Osim toga, metaparadgima zdravstvene njege koju teorija duhovne skrbi opisuje kao pružanje skrbi koja podrazumijeva fiziološke, ali i duhovne potrebe pacijenta naglašava važnost provođenja dodatne edukacije (13, 14). U ispitivanoj skupini korisnika usluga zdravstvene njege u kući mogu se primijetiti visoki rezultati u domeni vjerovanja, i to kod pitanja koja se odnose na unutarnji mir, prihvaćanje života i novonastalih životnih situacija. S obzirom na to da su korisnici usluga zdravstvene njege u kući starije životne dobi, navedeni podatak potvrđuje povećanu razinu duhovnosti upravo u toj životnoj dobi (13). Produblјivanje duhovnosti u kasnijim godinama života povezano je sa svjesnošću o kraju života (26). Neka istraživanja naglašavaju da je u radu s osobama starije životne dobi važno poticati i očuvati mentalno zdravlje i razgovor o važnim temama za njih kao što je smisao života, a upravo to se može ostvariti kroz pružanje duhovne skrbi (36, 29). U odgovoru na tvrdnju "S drugima pričam o duhovnim temama (smisao života, smrt, religija)" 42 (34 %) ispitanika korisnika usluga zdravstvene njege u kući odgovorilo kako je afirmiraju i redovito razgovaraju o ovim temama.

Ograničenje navedenoga istraživanja jest radno mjesto ispitivane skupine medicinskih sestara / tehničara koje je primarna razina zdravstvene zaštite i ispitivana skupina pacijenti korisnici usluga zdravstvene njege u kući. Obje skupine ispitanika pokazale su sličnu razinu ugone odnosno neugode u pitanjima koja se odnose na procjenu duhovnosti. Može se zaključiti da obje skupine imaju visok stupanj svjesnosti i potrebu za duhovnošću. Za medicinske sestre / tehničare potrebna je dodatna edukacija iz ovog područja koja će omogućiti učinkovitije pružanje duhovne skrbi i manju razinu neugode prilikom razgovora o temama duhovnosti. Potrebno je provesti i dodatna istraživanja na drugim razinama zdravstvene zaštite koja će omogućiti uvid u percepciju duhovnosti medicinskih sestara / tehničara i primatelja skrbi.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se proizvesti sljedeći zaključci:

1. Medicinskim sestarama / tehničarima neugodno bi bilo postaviti pitanje o doprinosu i uključenosti u vjersku / duhovnu zajednicu i o odlascima u crkvu ili drugi oblik vjerske zajednice. Za polovicu medicinskih sestara / tehničara ugodno bi bilo pitati korisnike o podršci tijekom bolesti, poticaju i podršci tijekom teških životnih trenutaka. Medicinske sestre / tehničari svoju su duhovnost ocijenili ocjenom 4 koja predstavlja duhovne osobe, dok je ta ocjena kod korisnika 3 što označava neodređen stupanj duhovnosti. U strukturi osobne duhovnosti izražene su domene smislenost života i briga za druge.

2. Korisnici usluga zdravstvene njege u kući ne bi voljeli biti pitani o načinu podrške vjere i religijskih obveza i o odlascima u crkvu ili drugi oblik vjerske zajednice. Voljeli bi da im se postavi pitanje osjećaju li mir ili spokoj i pomažu li im duhovnost, vjera ili religija u podnošenju bolesti i koliko im je duhovnost važna. Svoju duhovnost i religioznost ocijenili su ocjenom 3. U strukturi osobne duhovnosti izražene su domene briga za druge, smislenost života i prihvaćanje. Značajno su izraženije domene smislenosti života, transcendentna iskustva, posvećenost duhovnom razvoju kod medicinskih sestara / tehničara u odnosu na primatelje skrbi.

3. Obje skupine ispitanika osjećaju neugodu, odnosno ne bi voljeli biti pitani o temama koje se odnose na podršku vjere i religijskih obveza, odlaske u crkvu, doprinos vjerskoj / duhovnoj zajednici. Nije pronađena statistički značajna razlika u samoprocjeni duhovnosti i religioznosti između ispitivanih skupina.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: ispitati razlike u percepciji duhovnosti i duhovnih potreba kod medicinskih sestara / tehničara i korisnika usluga zdravstvene njege u kući.

Nacrt studije: presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: medicinske sestre / tehničari koji pružaju zdravstvenu njegu u kući korisnika i korisnici zdravstvene njege u kući.

Rezultati: za 41 % medicinskih sestara / tehničara neugodno bi bilo postavljati pitanja o uključenosti u vjersku zajednicu i odlascima u crkvu. Polovici medicinskih sestara / tehničara ugodno je postavljati pitanja o podršci tijekom bolesti. Njih 41 % korisnika ne bi voljeli biti pitani o načinu podrške vjere i odlascima u crkvu, dok bi njih 40 % voljeli biti pitani osjećaju li mir i pomaže li im duhovnost tijekom bolesti. Medicinske sestre / tehničari duhovnost procjenjuju većom ocjenom nego primatelji skrbi. Kod medicinskih sestara / tehničara u strukturi osobne duhovnosti izraženije su domene smislenosti života, transcendentna iskustva i posvećenost duhovnom razvoju u odnosu na korisnike.

Zaključak: medicinskim sestrama / tehničarima bilo bio neugodno postavljati pitanja koja se odnose na prakticiranje vjere i religijske obveze te korisnici također ne bi voljeli biti pitani o spomenutom. Medicinske sestre / tehničari pokazuju otvorenost u pitanjima o podršci tijekom bolesti te duhovnosti kao o važnom aspektu života. Izraženost domena smislenost života, transcendentna iskustva i posevećenost duhovnom razvoju te veći stupanj samoprocjene duhovnosti kod medicinskih sestara / tehničara upućuje na svjesnost o važnosti duhovnosti. Potrebno je provoditi dodatnu edukaciju medicinskih sestara / tehničara o navedenim temama za cilj isticanja važnosti duhovne skrbi i povećanja njezine učinkovitosti u svakodnevnom radu.

Ključne riječi: duhovnost; duhovna skrb; religioznost; teorija duhovne skrbi

8. SUMMARY

Differences in the Perception of Spirituality and Spiritual Needs between nurses and users of Home Health Care Services

Objectives: The objective of this study was to examine the differences in the perception of spirituality and spiritual needs between nurses and users of home health care services.

Study design: A cross-sectional study

Participants and methods: The study included home health care nurses and users of home health care services.

Results: 41% of nurses would feel uncomfortable to ask questions about involvement in a religious community and church attendance. 50% of nurses felt comfortable to ask questions about support during disease. 41% of users would not like to be asked about their methods of practicing faith and church attendance, while 40% of them would like to be asked if they feel peace and whether spirituality helps them during illness. Spirituality was assessed higher by nurses than by users. The structure of personal spirituality in nurses showed more pronounced domains of the meaning of life, transcendental experiences, and dedication to spiritual development in comparison to users.

Conclusion: Nurses would feel uncomfortable asking questions related to practicing faith and religious obligations. Similarly, users would also not like to be asked about these topics. Nurses show openness to ask questions about support during disease and spirituality, recognizing them as important aspects of life. The prominence of domains such as the meaning of life, transcendent experiences, and dedication to spiritual development, as well as the higher score of spirituality self-assessment among nurses, indicate their awareness of the importance of spirituality. Additional education of nurses on these topics is necessary in order to emphasize the importance of spiritual care and enhance its effectiveness in daily practice.

Key words: spirituality, spiritual care, religiosity, theory of spiritual care

9. LITERATURA

1. Cooper LK, Chang E, Luck L, Dixon K. How nurses understand spirituality and spiritual care. *JHN*. 2019;20:1-7.
2. Lalani N. Meanings and interpretations of spirituality in nursing and health. *Religions*. 2020; 11:1-14.
3. O'Brien ME. *Spirituality in nursing: standing on holy ground*. 7. izd. Massachusetts. Jones and Bartlett learning; 2021.
4. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of measures used to assess care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed*. 2019;4:44-55.
5. Galutira GD, Valenzuela J, Basatan CJ, Castro- Palaganas E. Spirituality and spiritual care in nursing: A literature review. *Philipp J Nurs*. 2020;10:22-31.
6. Schwalm DF, Brugalli Zandavalli R, Filho Dias de Castro E, Lucchetti G. Is there a relationship between spirituality/ religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Health Psychol*. 2021;27:1-15.
7. Paul Victor CG, Treschuk JV. Critical literature review on the definition of the concept of faith, religion, and spirituality. *J Holist Nurs*. 2019;10:1-7.
8. Obregon SL, Dias Lopes LF, Kaczam F, Pereira de Veiga C, Vieira de Silva W. Religiosity, spirituality and work: A systematic literature review and research directions. *J Bus Ethics*. 2021;179:181-23.
9. Green A, Kim-Godwin YS, Jones CW. Perceptions of spiritual care education, competence, and barriers in providing spiritual care among registered nurses. *JHN*. 2019;10:1-11.
10. Heidari M, Borujeni Ghodusi M, Aby Kabirian S, Rezaei P. The effects of spiritual care on perceived stress and mental health among the elderly living in nursing home. *J religion health*. 2019;58:1328-1339.
11. Prlić N, Podgorelec F. *Percepcija duhovnosti, duhovne skrbi i kompetencije u pružanju duhovne skrbi studenata sestinstva*. 1.izd. Zagreb: Karmelska izdanja; 2023.
12. Hawthorne DM, Gordon SC. The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *J Holist Nurs*. 2019; 10:1-9.

13. Burkhart L, Hogan N. An experimental theory of spiritual care in nursing practice. *Qual Health Res.* 2008;18:928-936.
14. Marković M, Perković T, Prlić N, Pajnkihar M. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Knowledge Brings Health and Development in the 21st. Majda Pajnkihar.* Maribor: 120 izvodov; e-publikacija. 2014;64-68.
15. Marušić M, Petrovečki M, Petrak J, Marušić A. *Uvod u znanstveni rad u medicini.* 6.izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2019
16. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta biomed.* 2019;90:44-55.
17. Taylor Johnston E. New Zealand hospice nurses self- rated comfort in conducting spiritual assessment. *Int J Palliat Nurs.* 2013;19:178-185.
18. Giske T, Cone P. Comparing nurses and patients comfort level with spiritual assessment. *Religions.* 2020;11:1-10.
19. Meezenbroek De Jager E, Garssen B, Van den Beeg M, Tuytel G, Van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli W. Measuring spirituality as a universal human experience: development of the spiritual attitude and involvement list (SAIL). *J Psychosoc Oncol.* 2012;30:141-167.
20. Deluga A, Dobrowolska B, Jurek Krzysztof, Slusarska B, Nowicki G, Palese A. Nurses spiritual attitudes and involvement- Validation of the Polish version of the spiritual attitude and involvement list. *Plos One.*2020;15:1-16.
21. Republika Hrvatska. Državni zavod za statistiku. Dostupno na adresi: <https://dzs.gov.hr/>. Datum pristupa: 28.06.2024.
22. Licul R. Sestrinstvo- ženska profesija? *JAHR.*2014;5:9:183-192.
23. Alban Abou D. Diplomski studiji sestrinstva u Hrvatskoj- ima li ih dovoljno ili previše? *SG/NJ.*2024;29:3-7.
24. Karaman A, Midilli Sagkal T. The relationship between nurses perceptions and competency about spiritual care and influencing factors. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;1–8.
25. McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs.*2013;22:3170-3182.
26. Thauvoye W, Vanhooren S, Vandenhoeck A, Dezutter J. Spirituality among nursing home residents: a phenomenology of the experience of spirituality in late life. *J Relig Spiritual Aging.*2019.;14:1-16.

27. Kumar A, Sangwan S. Importance of spirituality in the life of elderly. *IJHW*.2020;11:173-175.
28. Ebenau A, Groot M, Visser A, Van Laarhoven HWM, Van Leeuwen R, Garssen B. Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed- method study on patients perspectives and experiences. *Scand J Caring*.2019;1:1-11.
29. Taylor Johnston E, Brander P. Hospice patient and family carer perspectives on nurse spiritual assessment. *JHPN*. 2013;6:347-354.
30. Badanta B, Rivilla- Garcia E, Lucchetti G, de Diego- Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nurs Crit Care*.2021;1:1-19.
31. Meneguín S, Pollo Fernandes C, Rodrigo Benichel C, Kazitani Cunha L, Amante Miot H. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients relatives. *Intensive Crit Care Nurs*.2020;1-4.
32. Kang KA, Chun J, Yong Kim H. Hospice palliative care nurses perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed methods study. *J Clin Nurs*.2021;30:961-974.
33. Gardner F, Tan H, Rumbold B. What spirituality means for patients and families in health care. *J Relig Health*.2018:1-9.
34. Deluga A, Dobrowolska B, Jurek K, Nowicki G, Slusarska B. Selected determinants of spirituality among nurses. *Sciendo*.2021;20:22-29.
35. Melhem, G. A. B., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. I., Shawagfeh, M. Q., & Al-Rahim, M. A. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: A comparison study among all health care sectors in Jordan. *IJCP*. 2016;22:42-49.
36. Abusafia Ali H, Mamat Z, Rasudin Syahmina N, Bakar M, Ismail R. Spiritual Care competence among Malaysian staff nurses. *NMJJN*.2021;11:1-9.
37. van Leeuwen R and Schep-Akkerman A. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care in different health care settings in the Netherlands. *Religions*. 2015; 6: 1346–1357.