

Percepcija medicinskih sester o duhovnosti in duhovni oskrbi v zdravstveni negi

Rebeka Lekše*

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija
rebeka.lekse@fvz.upr.si

Sandra Martinuč

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija
sandra.martinuc@fvz.upr.si

Povzetek:

Raziskovalno vprašanje (RV): Kako medicinske sestre dojemajo duhovnost in svoje zmožnosti zagotavljanja duhovne oskrbe v zdravstveni negi? Ali obstajajo statistično pomembne razlike med demografskimi podatki medicinskih sester in njihovo percepcijo o duhovnosti in zagotavljanju duhovne oskrbe? Kako organizacije v zdravstveni negi lahko izboljšajo percepcijo in izvajanje duhovne oskrbe s strani medicinskih sester?

Namen: Namen raziskave je poudariti pomen duhovnosti in duhovne oskrbe pri zaposlenih v zdravstveni negi s ciljem preučiti percepcijo medicinskih sester o duhovnosti in zagotavljanju duhovne oskrbe v zdravstveni negi.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna neeksperimentalna metoda s tehniko anketiranja.

Rezultati: Anketirani menijo, da so duhovne potrebe pacientov pomembne za njihovo zdravje in dobro počutje. Vendar se medicinske sestre pri zadovoljevanju teh potreb srečujejo z različnimi ovirami. Formalna izobrazba medicinskih sester jih ne opremlja z veščinami za zagotavljanje duhovne oskrbe. To poudarja potrebo po večjem poudarku na duhovnosti in duhovni oskrbi v izobraževanju medicinskih sester, da bi odpravili ovire za kompetentno zdravstveno nego.

Organizacija: Prepoznavanje pomena duhovnosti pri oskrbi pacientov lahko zdravstvene organizacije spodbudi k oblikovanju politik in programov, ki omogočajo vključevanje duhovne oskrbe v klinično prakso. Vključevanje duhovne oskrbe v prakso zdravstvene nege vodi k boljšim izidom zdravljenja in izboljšani kakovosti zdravstvene nege ter povečuje zadovoljstvo in izpolnjenost medicinskih sester pri delu. Spodbuja tudi bolj celosten in na pacienta osredotočen pristop ter pozitiven ugled zdravstvenih organizacij.

Družba: Osredotočanje na duhovne potrebe pacientov lahko poudari družbeno odgovornost ter spodbuja zavedanje posameznikov in skupnosti, o njihovem vplivu na okolje. Priznavanje in spoštovanje duhovnih prepričanj posameznikov iz različnih kulturnih okolij spodbuja raznolikost in vključevanje ter prispeva k bolj sprejemljivi in razumevajoči družbi. Predlagamo izvedbo dodatnih izobraževanj na temo duhovnosti za zdravstvene delavce, kar bi imelo pozitiven vpliv na ustrežnejše vključevanje pacientov iz drugih kultur v zdravstveno oskrbo.

Originalnost: V slovenskem prostoru nismo našli veliko literature, ki bi opisovala duhovnost v zdravstveni negi.

Omejitve/nadaljnje raziskovanje: Pomanjkljivosti naše raziskave so povezane z nizko notranjo konsistentnostjo posameznih podkategorij ter majhnim vzorcem anketiranih. Potrebna bi bila nadaljnja psihometrična validacija lestvice na večjem vzorcu.

Ključne besede: Religioznost, holistični pristop, verska prepričanja, kulturna občutljivost, duhovne potrebe, kvantitativna raziskava.

1 Uvod

Duhovnost v organizaciji se lahko razume kot prepoznavanje in vključevanje duhovnih potreb posameznikov v organizaciji, kar vključuje tudi podporo in spoštovanje različnih verskih in duhovnih prepričanj (Foster & Foster, 2019, str. 64). V zdravstveni negi to pomeni zagotavljanje duhovne oskrbe pacientov, nudenje podpore medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu osebju pri obravnavi duhovnih potreb pacientov ter izobraževanje o konceptih duhovnosti in religije (Timmins et al., 2022, str. 2213).

Zaposleni, ki se zavedajo svojih notranjih vrednot, so bolj naklonjeni spoštovanju drugih ter krepitvi empatije in sočutja. To pa lahko izboljša kakovost komunikacije in sodelovanja med zaposlenimi ter prispeva k boljši produktivnosti in učinkovitosti dela (Mousa, 2020, str. 80). Duhovnost in duhovna oskrba lahko zaposlenim pomagata pri soočanju s stresom in izgorelostjo, ki sta pogosti težavi pri zdravstveni negi (De Diego-Cordero et al., 2022, str. 618). Poleg tega lahko zaposleni s pomočjo duhovnosti razvijejo bolj sočuten in celostni pristop k pacientu, kar lahko pomembno prispeva k boljši negi pacientov (Hawthorne & Gordon, 2020, str. 150).

Kljub temu, da je duhovnost in duhovna oskrba pacientov vse bolj prepoznana kot pomemben del celostnega pristopa k zdravljenju, se premalo pozornosti namenja temu, kako medicinske sestre dojemajo in razumejo duhovnost ter kako jo vključujejo v svojo prakso (Hawthorne & Gordon, 2020, str. 151). Medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe, zato je pomembno, da so dobro informirane o duhovni oskrbi in zmožne prispevati k razvijanju pozitivne percepcije o duhovnosti med pacienti (Harrad et al., 2019, str. 51). Zato je nujno, da organizacije v zdravstveni negi zagotovijo ustrezno usposabljanje in podporo medicinskim sestram pri zagotavljanju kakovostne duhovne oskrbe pacientov ter ustvarijo pozitivno in vključujočo organizacijsko kulturo, ki bo spodbujala razvijanje pozitivne percepcije o duhovnosti med zdravstvenimi delavci (Celano et al., 2022, str. 188).

2 Teoretična izhodišča

Duhovnost je abstrakten, subjektiven in kompleksen pojem, zaradi česar se definicija razlikuje med posamezniki, filozofijami in kulturami. Je dinamična razsežnost posameznika, skozi katero doživlja, izraža ali išče smisel in namen v življenju (de Brito Sena et al., 2021, str. 1). Duhovnost se loči od religije v tem, da je bolj usmerjena na individualno raven in podpira dosleden osebnostni razvoj (Miller, 2016, str. 837). Religija pa je bolj povezana z institucijami, skupinami in praksami, ki so del družbenega konstrukta in odvisne od neposrednega okolja (Gramc, 2023, str. 16). Vendar pa se duhovnost na splošno dojema enako kot religija in medicinske sestre jo pogosto povezujejo z verskim vidikom, čeprav sama duhovna prepričanja

niso nujno vezana na religijo (Murgia et al., 2020, str. 1336). Duhovna oskrba s strani zdravstvene nege je večkrat definirana kot skupek dejavnosti, ki jih medicinska sestra izvaja z namenom zadovoljevanja duhovnih potreb pacientov in njegove družine ter izboljšanja kakovosti življenja med boleznijo (Melhem, et al., 2016, str. 43).

Duhovnost v organizacijah igra pomembno vlogo pri spodbujanju zavzetosti zaposlenih in njihovem obvladovanju različnih kriznih situacij (Yin & Mahrous, 2022, str. 80). Številni avtorji so s svojimi raziskavami dokazali pozitivno povezavo med duhovnostjo in zavzetostjo zaposlenih (Turner, 2020, str. 58-59), še posebej pa med dvema ključnima vidikoma zavzetosti - energijo in predanostjo (Roof, 2015, str. 587). Ti vidiki zavzetosti so tesno povezani z duhovnostjo na delovnem mestu, saj duhovnost omogoča zaposlenim, da najdejo globlji smisel in namen v svojem delu ter se povežejo z višjim namenom (Eginli, 2017, str. 83). Devendhiran & Wesley (2017), sta ugotovila, da so zaposleni, ki so imeli močno izraženo duhovno dimenzijo na delovnem mestu, izkazovali višjo raven zavzetosti. Bili so bolj motivirani, polni energije in predani svojemu delu. Podobno je raziskava Chow et al. (2021) v zdravstvenem sektorju pokazala, da so zaposleni, ki so se identificirali s specifičnimi duhovnimi vrednotami in načeli, izkazovali večjo predanost svojim pacientom ter boljše obvladovanje stresnih situacij.

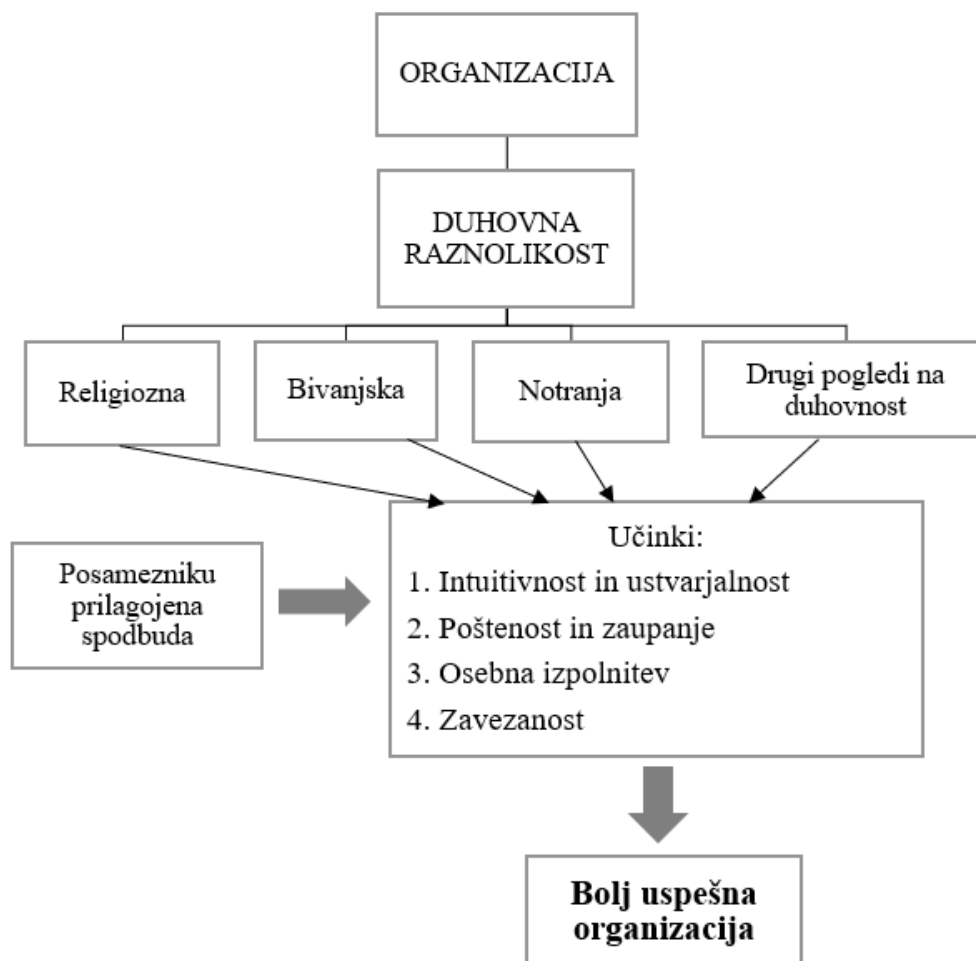
Medicinske sestre so zavezane k obravnavanju posameznika glede na njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe, zato se od njih pričakuje poznavanje in izvajanje duhovne oskrbe (Harrad et al., 2019, str. 45). Raziskave kažejo, da ima duhovnost izjemno pomembno vlogo pri zdravljenju in okrevanju pacientov. Njeno vključevanje v oskrbo pacientov lahko pripomore k izboljšanju njihovega psihofizičnega stanja in kakovosti življenja (Božek et al., 2020, str. 395-396; Sinha & Kumar, 2014, str. 3). Duhovna oskrba, ki vključuje spoštovanje pacientovih duhovnih potreb, lahko prispeva k zmanjšanju stresa, tesnobe in depresije ter k povečanju občutka miru, tolažbe in notranje moči pri pacientih (Mansurifard et al., 2019, str. 2). Poleg tega je bilo ugotovljeno, da je vključevanje duhovnosti povezano z boljšim obvladovanjem bolečine, večjo stopnjo zadovoljstva s življenjem, večjo motivacijo za okrevanje in boljšim splošnim psihološkim blagostanjem pacientov (Shi et al., 2023, str. 10). Duhovnost in duhovna oskrba imata pomemben vpliv tudi na podporo in razumevanje družin med soočanjem z boleznijo ter drugimi stresnimi življenjskimi dogodki (Saad et al., 2012, str. 128).

Pomen duhovnosti in duhovne oskrbe med medicinskimi sestrami je v veliki meri kulturno pogojen ter odvisen od več dejavnikov, vključno z etničnim poreklom, versko pripadnostjo, stopnjo izobrazbe in kliničnimi izkušnjami posamezne medicinske sestre (Kaddourah et al., 2018, str. 154; Zakaria Kiaei et al., 2015, str. 590). Raziskave kažejo, da medicinske sestre v hospicu in paliativni oskrbi izkazujejo boljše razumevanje duhovnosti in večjo kompetentnost pri zagotavljanju duhovne oskrbe v primerjavi z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki (Kang et al., 2021, str. 572; Miller et al., 2023, str. 57). Prav tako so medicinske sestre, zaposlene na področju babištva, pediatrije ali psihiatrije, pokazale boljše razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe v primerjavi z drugimi medicinskimi sestrami (Kostak & Celikkalp, 2016, str. 982; Nascimento et al., 2016, 7-8; Shamsi et al., 2022, str. 7).

Kljub temu, da medicinske sestre priznavajo, da je duhovna oskrba ključnega pomena pri njihovem delu, se njihovo razumevanje in dojetanje duhovnosti ter duhovne oskrbe lahko razlikuje, kar lahko vpliva na njihovo sposobnost zagotavljanja dosledne kakovosti oskrbe (Melhem, et al., 2016, str. 47). Percepcija medicinskih sester o duhovnosti in zagotavljanju duhovne oskrbe vpliva na njihovo zmožnost nudenja le-te (Linda et al., 2021, str. 4). Melhem et al. (2016) izpostavljajo, da medicinske sestre pogosto postavljajo duhovno oskrbo v center zdravstvene nege, vendar njihovo stališče in razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe nihajo, kar lahko pomembno vpliva na konsistentnost nudenja kakovostne zdravstvene obravnave. Medicinske sestre, ki imajo več znanja o pomenu duhovnosti in duhovne oskrbe so bolj kompetentne za nudenje duhovne oskrbe (Harrad et al., 2019, str. 52).

Komisija za akreditacijo na področju zdravstvenih organizacij priporoča, da se pri vsakem pacientu, ki je sprejet v zdravstveno institucijo, oceni njegove duhovne potrebe, verovanja in prepričanja (Hodge, 2006, str. 318). Vendar pa organizacijska kultura včasih ne podpira tega pristopa, kar pomeni, da se o duhovni oskrbi v timih, kjer delujejo, ne razpravlja dovolj. Pogosto se soočajo s pomanjkanjem časa za prepoznavanje duhovne oskrbe, medtem ko se delo vse bolj osredotoča na izpolnjevanje dokumentacije in tehnično usmerjene intervencije (Ferrell, 2017). Poleg tega se lahko pojavijo tudi težave zaradi pomanjkanja usposobljenih zaposlenih, ki lahko zagotavljajo duhovno oskrbo, ali zaradi družbenih in kulturnih ovir, kot so kulturne razlike, strah pred diskriminacijo ali pomanjkanje zaupanja (Harrad et al., 2019, str. 45).

Za zagotavljanje kakovostne duhovne oskrbe je nujno, da zaposleni dobijo podporo organizacije. Da bi to dosegli, bi bilo treba spremeniti organizacijsko kulturo, ki bi spodbujala zaposlene k izražanju lastnih prepričanj o duhovnosti ter jim omogočala več časa za prepoznavanje in obravnavo duhovnih potreb pacientov (Baldacchino, 2017, str. 6). »Model duhovne svobode« (Slika 1) je individualno usmerjen model implementacije duhovnosti, v katerem organizacija spodbuja zaposlene, da izrazijo svoje osebne poglede na duhovnost (Krishnakumar & Neck, 2002, str. 161). Organizacija ne vzpostavi konkretno določenega videnja duhovnosti, temveč dopušča in spodbuja zaposlene k svobodnemu izražanju duhovnih prepričanj, verovanj, videnj, ki so blizu njim samim (Houghton et al., 2016). Organizacija si prizadeva združiti to raznolikost izražanja duhovnosti in različne duhovne potrebe, ne glede na različna duhovna prepričanja, ter graditi na kreativnosti, poštenosti in zaupanju, osebnem zadovoljstvu in zavezanosti (Houghton et al., 2016; Tomažin Dakič, 2016, str. 14).



Slika 1. »Model duhovne oskrbe«

Za medicinske sestre je ključnega pomena, da imajo dober razumevajo koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe, če želijo zagotoviti kakovostno duhovno oskrbo (Harrad et al., 2019, str. 52). Izobraževanje na področju duhovne oskrbe je torej izrednega pomena za kompetentno izvajanje celostne zdravstvene nege in vzdrževanja aktivne vloge pri ohranjanju duhovnosti in zadovoljevanja duhovnih potreb pacientov (Schreiber et al., 2022, str. 673). Zmožnost izvajanja kompetentne in celostne zdravstvene nege je vezana na znanje o duhovni oskrbi in se ob obsežnejšemu znanju poveča in okrepi (Kavosi et al., 2018, str. 6574).

Duhovnost in duhovna oskrba v zdravstveni negi sta tako v tujini kot pri nas še vedno slabše raziskani. Namen raziskave je bil opisati pomen duhovnosti in zagotavljanja duhovne oskrbe pri zaposlenih v zdravstveni negi, s ciljem raziskati percepcijo medicinskih sester o duhovnosti in zagotavljanju duhovne oskrbe v zdravstveni negi. Na podlagi slednjega smo si zastavili raziskovalna vprašanja:

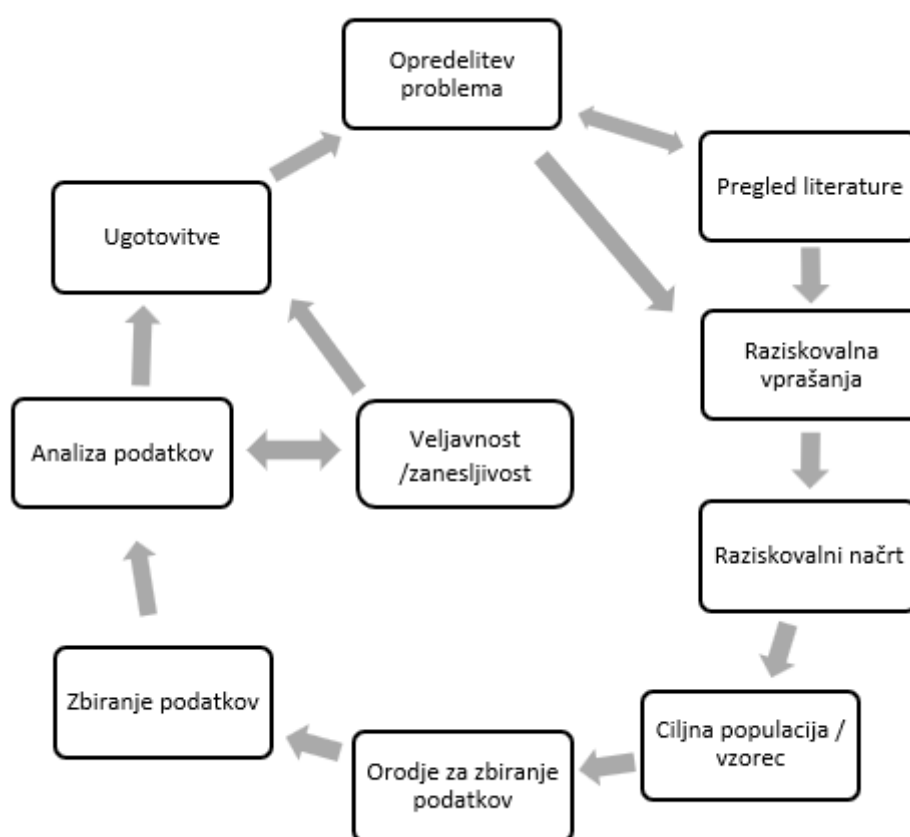
RV1: Kako medicinske sestre dojemajo duhovnost in svoje zmožnosti zagotavljanja duhovne oskrbe v zdravstveni negi?

RV2: Ali obstajajo statistično pomembne razlike med demografskimi podatki medicinskih sester in njihovo percepcijo o duhovnosti in zagotavljanju duhovne oskrbe?

RV3: Kako organizacije v zdravstveni negi lahko izboljšajo percepcijo in izvajanje duhovne oskrbe s strani medicinskih sester?

3 Metoda

Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna neeksperimentalna metoda s tehniko anketiranja. V skladu s teoretičnimi izhodišči in zastavljenimi cilji smo oblikovali model raziskave, ki je prikazan na sliki 2.



Slika 2. Model raziskave

Za anketiranje smo uporabili vprašalnik »Percepcija duhovne oskrbe s strani zdravstvenega osebja«, ki ga je pripravila Delovna skupina za duhovno oskrbo in je bil povzet po *Perceptions of Spiritual Care Questionnaire* (Ruder, 2013). Vprašalnik je sestavljen iz 3 sklopov vprašanj zaprtega tipa. Prvi del vprašalnika zajema 23 trditev, ki se nanašajo na mnenje medicinskih sester o duhovnosti in duhovni oskrbi, na katere so anketiranci odgovarjali na podlagi metrične 5-stopenjske Likertove lestvice strinjanja (1 – močno se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – negotov, 4 – se strinjam, 5 – močno se strinjam). Drugi sklop vprašalnika se nanaša na vprašanja o tem, kako medicinske sestre običajno prepoznajo duhovne potrebe pacienta ter ali njihova

ustanova zagotavlja prostor za izvajanje duhovnih obredov. Tretji del vprašalnika zajema splošna vprašanja anketirancev; spol, starost, dokončana izobrazba, delovne izkušnje na področju zdravstvene nege, vprašanje o veri / religiji, prakticiranje duhovnosti, veroizpoved ter regija ustanove.

V vprašalniku je bil uporabljen priložnostni vzorec, ki so ga sestavljali zaposleni v zdravstveni negi v različnih zdravstvenih organizacijah po Sloveniji. Posredovanih je bilo 115 vprašalnikov, od tega jih je bilo 100 veljavnih (87 % realizacija vzorca). Sodelovalo je 65 žensk in 35 moških. Od anketirancev, ki so se opredelili za verne, 44 % prakticira svojo veroizpoved, ostalih 56 % pa ne. Povprečna starost anketirancev je znašala 34,26 let, povprečje delovnih izkušenj je znašalo 12,04 let. Ostali demografski podatki anketirancev so navedeni v Tabeli 1.

Tabela 1. Demografski podatki anketirancev

Demografski podatki	Število [n]	Odstotek [%]
Starostne skupine		
18-20 let	6	6
21-30 let	40	40
31–40 let	25	25
41–50 let	18	18
51 let in več	11	11
Dosežena izobrazba		
Srednja šola	40	40
Višja / visoka šola	57	57
Magisterij in več (tudi univerzitetna izobrazba)	3	3
Delovne izkušnje		
1-5 let	42	42
6-10 let	17	17
11-20 let	19	19
21-30 let	14	14
31 let in več	8	8
Ali ste verni / religiozni?		
Da	64	64
Ne	38	38
Veroizpoved		
Katoliška	55	55
Islam	3	3
Pravoslavna	11	11
Ateizem	31	31
Regija ustanove		
Podravska	1	1
Koroška	2	2
Savinjska	3	3
Posavska	2	2
Osrednjeslovenska	22	22
Gorenjska	4	4
Primorsko-notranjska	40	40
Goriška	13	13
Obalno-kraška	13	13

Anketiranje je potekalo s pomočjo spletnega orodja EnKlikAnketa. Izpolnjevanje je potekalo preko spletnih omrežij in po principu snežne kepe, katere namen je bil spodbuditi sodelujoče, da povabijo k izpolnjevanju ankete druge zaposlene v zdravstvu. Zbiranje podatkov je potekalo 2 meseca (novembra in decembra 2022). Anketirancem je bilo zagotovljeno anonimno in prostovoljno sodelovanje. Vsi sodelujoči so bili seznanjeni z namenom in potekom anketiranja.

Podatke smo analizirali s pomočjo programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), verzija 23.0. Pri analizi podatkov smo uporabili metode deskriptivne statistike (frekvenca, minimum, maksimum, srednja vrednost, povprečje in standardni odklon) in statistične teste (Mann-Whitneyev U-test, Kruskal Wallisov H-test, linearno regresijo in Spearmanov korelacijski koeficient). Pri vprašanjih odprtega tipa, na katere so anketiranci odgovarjali prosto, smo vsebinsko podobne odgovore kvantificirali in združili ter jih rangirali glede na pogostost odgovora. Upoštevali smo stopnjo statistične značilnosti pri vrednosti $p < 0,05$. Pri prvem sklopu anketnega vprašalnika, prevedenega v slovenski jezik, je vrednost Cronbach alfa znašala 0,857, kar kaže na visoko zanesljivost.

Identificiranih je bilo 6 podkategorij prvega sklopa vprašalnika; in sicer: a) osebna prepričanja medicinskih sester o religiji / duhovnosti (vprašanja 1, 2, 3, 6, 7, 8, 11, 16 in 17); b) poznavanje konceptov duhovnosti / religije (vprašanja 4, 5, 12 in 13); c) udobje pri razpravi o duhovnih/verskih vprašanjih s pacientom (vprašanje 10); d) implementacija duhovnih / verskih intervencij v prakso zdravstvene nege (9, 14, 15, 18 in 19); e) podpora duhovnih/verskih intervencij v praksi zdravstvene nege (vprašanje 20); f) duhovnost v izobraževalnem programu zdravstvene nege (vprašanja 21, 22 in 23).

Pri prvem sklopu anketnega vprašalnika, prevedenega v slovenski jezik, je vrednost Cronbach alfa znašala 0,857, kar kaže na visoko zanesljivost. Tabela 2 prikazuje vrednosti koeficienta Cronbach alfa za posamezne podkategorije (razen udobja pri razpravi o duhovnih / verskih vprašanjih s pacientom / svojci in podpore duhovnih / verskih intervencij v praksi zdravstvene nege, ki jih sestavlja 1 trditev). Nizka notranja konsistentnost posameznih podkategorij je pričakovana, saj le-te temeljijo na majhnem vzorcu trditev (Schrepp, 2020).

Tabela 2. Zanesljivost merjenja posameznih podkategorij vprašalnika

Podkategorije	Število trditev [n]	Cronbach α [n]
Osebna prepričanja medicinskih sester o religiji / duhovnosti	9	0,829
Poznavanje konceptov duhovnosti / religije	4	0,646
Implementacija duhovnih / verskih intervencij v prakso zdravstvene nege	5	0,592
Duhovnost v izobraževalnem programu zdravstvene nege	3	0,592

4 Rezultati

V prvem sklopu vprašalnika (Tabela 3) so anketirani odgovarjali na trditve o percepciji duhovnosti in zmožnosti zagotavljanja duhovne oskrbe. V prvi kategoriji »Osebna prepričanja

zdravstvenih delavcev o religiji in duhovnosti« je večina anketiranih (71 %) odgovorilo, da verjamejo v višjo silo (boga, višjo energijo, višje bitje), vendar se jih 74 % ne strinja ali pa so negotovi glede trditve, da njihova verska prepričanja podpirajo delo v zdravstveni negi. Med ponujenimi trditvami je glede na stopnjo strinjanja najvišjo oceno dobila trditev »Menim, da so duhovne potrebe pacientov pomembne« ($\bar{x} = 4,23$). Nekaj več kot polovica anketiranih (55 %) se strinja, da si pacienti in / ali svojci želijo duhovne obravnave s strani medicinskih sester, vendar jih je večina (77 %) odgovorilo, da se ne strinjajo ali so negotovi glede trditve, da so medicinske sestre pripravljene na pogovor s pacienti, ki vključuje duhovna in / ali verska vprašanja. Le nekaj (10 %) anketiranih meni, da je med zdravstveno oskrbo zadovoljena večina duhovnih potreb pacientov.

V drugi kategoriji »Poznavanje konceptov duhovnosti in religije« je glede na stopnjo strinjanja najvišjo oceno dobila trditev »Duhovnost in / ali vera imata lahko pozitiven vpliv na zdravje in dobro počutje pacienta.« ($\bar{x} = 4,10$). Nekaj manj kot polovica (45 %) zdravstvenih delavcev je navedlo, da razumejo definicijo duhovnosti, medtem ko je 85 % anketiranih odgovorilo, da razumejo definicijo religije. Večina (87 %) se strinja, da je pomembno, da se medicinska sestra odziva na duhovne in / ali verske potrebe pacienta.

V tretji kategoriji »Udobje pri razpravi o duhovnih / verskih vprašanjih s pacientom / svojci« je več kot polovica (56 %) anketiranih odgovorilo, da niso sproščeni, če se odkrito pogovarjajo s pacienti ali njihovimi družinskimi člani glede verskih ali duhovnih vprašanj.

V četrti kategoriji »Izvajanje duhovnih / verskih intervencij« je 73 % anketiranih odgovorilo da ne izvajajo redne duhovne ocene stanja pri svojih pacientih in skoraj polovica (44 %) jih navaja, da pri svojem delu redno ne izvajajo negovalnih intervencij, s katerimi podpirajo pacientove duhovne in / ali verske potrebe (zagotoviti prostor za obredno prakso, biti z ljubljenimi, druge aktivnosti). Prav tako je 44 % anketiranih navedlo, da raje vidijo, da župnik ali drugi izvajalci duhovnih in / ali verskih storitev izvedejo oceno in obravnavo duhovnih in / ali verskih potreb pacientov. Večina (79 %) zdravstvenih delavcev je seznanjenih z negovalnimi diagnozami, ki obravnavajo duhovno dobro počutje, duhovno stisko ali nevarnost za nastanek duhovne stiske, vendar le 66 % anketiranih poroča o uporabi negovalnih diagnoz pri načrtovanju zdravstveno-negovalnih aktivnosti.

V kategoriji »Podpora duhovnih / verskih intervencij v praksi« večina (82 %) anketiranih poroča, da ne razpravljajo redno o duhovnih vprašanjih pacientov z ostalimi člani zdravstvenega tima. V zadnji kategoriji »Duhovnost v programu izobraževanja zdravstvene nege« se 70 % zdravstvenih delavcev ne strinja ali so negotovi, da jih je formalno izobraževanje na področju zdravstvene nege ustrezno pripravilo na zadovoljevanje duhovnih in verskih potreb pacientov. Večina (82 %) se jih ne strinja, da je formalno izobraževanje v zdravstveni negi poudarjalo duhovno oskrbo, prav tako jih polovica meni, da jih formalno izobraževanje v zdravstveni negi ni usposobilo o načinih, kako vključiti duhovno oskrbo v načrtovanje in izvajanje zdravstveno-negovalne oskrbe.

Tabela 3. Deskriptivna statistika prvega sklopa vprašalnika

Trditve	Mini mum [min]	Maksi mum [maks]	Povp rečje [$\bar{x}$]	Stand ardni odklo n [s]
1. Verjamem v višjo silo (boga, višjo energijo, višje bitje).	1	5	3,59	1,016
2. Moja verska prepričanja podpirajo moje delo v zdravstveni negi.	1	5	2,73	1,043
3. V svoji veri in/ali duhovnih prepričanjih najdem tolažbo.	1	5	2,59	1,207
4. Menim, da so duhovne potrebe pacientov pomembne.	2	5	4,23	0,679
5. Sebe dojemam kot duhovno osebo.	1	5	2,80	0,910
6. Sebe dojemam kot verno osebo.	1	5	2,94	0,952
7. Pacienti in/ali svojci si želijo duhovne obravnave s strani medicinskih sester.	1	5	3,34	1,017
8. Medicinske sestre so pripravljene na pogovor s pacienti, ki vključuje duhovna in/ali verska vprašanja.	2	5	2,71	0,868
9. Med zdravstveno oskrbo je večina duhovnih potreb pacientov zadovoljena.	1	5	2,14	0,910
10. Razumem definicijo duhovnosti.	2	5	3,36	0,811
11. Razumem definicijo religije.	1	5	3,83	0,637
12. Duhovnost in/ali vera imata lahko pozitiven vpliv na zdravje in dobro počutje pacienta.	2	5	4,10	0,644
13. Pomembno je, da se medicinska sestra odziva na duhovne in/ali verske potrebe pacienta.	1	5	3,99	0,745
14. Sproščen sem, če se odkrito pogovarjam s pacienti ali njihovimi družinskimi člani glede verskih ali duhovnih vprašanj.	1	5	2,72	0,996
15. Redno izvajam duhovno oceno stanja pri svojih pacientih.	1	5	2,37	0,787
16. Pri svojem delu redno izvajam negovalne intervencije s katerimi podpiram pacientove duhovne in / ali verske potrebe (zagotoviti prostor za obredno prakso, biti z ljubljenimi, druge aktivnosti).	1	5	3,03	1,068
17. Raje vidim, da župnik ali drugi izvajalci duhovnih in / ali verskih storitev izvedejo oceno in obravnavo duhovnih in/ali verskih potreb pacientov.	1	5	3,07	1,094
18. Seznanjen sem z negovalnimi diagnozami, ki obravnavajo duhovno dobro počutje, duhovno stisko ali nevarnost za nastanek duhovne stiske.	1	5	3,71	0,769
19. Ko načrtujem zdravstveno-negovalne aktivnosti za pacienta, uporabljam negovalne diagnoze, ki obravnavajo duhovno blagostanje, duhovno stisko ali nevarnost za nastanek duhovne stiske.	1	5	3,49	0,859
20. Z ostalimi člani zdravstvenega tima redno razpravljam o duhovnih vprašanjih pacientov.	1	4	2,20	0,725
21. Menim, da me je formalno izobraževanje na področju zdravstvene nege ustrezno pripravilo za zadovoljevanje duhovnih in verskih potreb pacientov.	1	4	2,81	0,961
22. Moje formalno izobraževanje v zdravstveni negi je poudarjalo duhovno oskrbo.	1	4	2,17	0,726
23. Moje formalno izobraževanje v zdravstveni negi me je usposobilo o načinih, kako vključiti duhovno oskrbo v načrtovanje in izvajanje zdravstveno-negovalne oskrbe.	1	4	2,79	0,998

Zdravstveni delavci običajno prepoznajo duhovne potrebe pri pacientu, tako, da to pove pacient sam ($n = 89$), temu sledi poslušanje in opazovanje ($n = 64$) ter pogovor s sorodniki / prijatelji ($n = 26$). Drugi odgovori anketirancev so prikazani v tabeli 4. Nekaj več kot polovica anketiranih ($n = 58$) je odgovorilo, da v njihovi ustanovi ni zagotovljenega prostora za izvajanje duhovnih obredov.

Tabela 4. Deskriptivna statistika drugega sklopa vprašalnika

Vprašanje	Odgovor	%
Kako običajno prepoznate duhovne potrebe pri pacientu?	Pacient pove sam	46
	Pogovor s sorodniki/prijatelji	13
	Negovalni načrt	3
	Pogovor s sodelavci (druge medicinske sestre)	4
	Duhovnik	2
	S poslušanjem in opazovanjem	33
	Drugo	0
Je v vaši ustanovi zagotovljen prostor za izvajanje duhovnih obredov?	Da	58
	Ne	42

Analiza je pokazala statistično pomembne razlike za spol, izobrazbo, prakticiranje duhovnosti in veroizpoved. Rezultat Mann Whitneyevega U testa kaže na statistično značilno razliko v ocenjevanju lestvice glede na spol ($U = 820,0$, $p = 0,022$). Ženske so na trditve v lestvici o duhovnosti odgovarjale boljše ($\bar{x} = 3,15$, $s = 0,477$) kot moški ($\bar{x} = 2,93$, $s = 0,353$). Med anketiranci, ki so na vprašanje »Ali prakticirate duhovnost?« odgovorili »Da« ($n = 29$, $\bar{x} = 3,50$, $s = 0,405$) in tistimi, ki so odgovorili »Ne« ($n = 71$; $\bar{x} = 2,90$; $s = 0,334$) obstaja statistično pomembna razlika v ocenjevanju trditev lestvice ($U = 256,0$; $p < 0,05$). Tisti anketiranci z višjo / visoko ($n = 57$; $\bar{x} = 3,11$; $s = 0,437$) ali srednjo izobrazbo ($n = 40$; $\bar{x} = 3,07$; $s = 0,454$) so lestvico strinjanja ocenjevali boljše v primerjavi z anketiranci, ki imajo dokončan magisterij ali več ($n = 3$; $\bar{x} = 2,49$; $s = 0,223$). Lestvico s trditvami so boljše ocenjevali islamisti ($n = 3$; $\bar{x} = 3,67$; $s = 0,262$) in pravoslavci ($n = 11$; $\bar{x} = 3,33$; $s = 0,316$) v primerjavi s katoliki ($n = 55$; $\bar{x} = 3,16$; $s = 0,426$) in ateisti ($n = 31$; $\bar{x} = 2,77$; $s = 0,359$).

5 Razprava

Namen raziskave, v kateri je sodelovalo 100 medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, je bil opisati pomen duhovnosti in zagotavljanja duhovne oskrbe pri zaposlenih v zdravstveni negi.

V prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo »Kako medicinske sestre dojemajo duhovnost in svoje zmožnosti zagotavljanja duhovne oskrbe v zdravstveni negi?«. Ugotovili smo, da večina medicinskih sester verjame v višjo silo, vendar jih večina ne podpira dela v zdravstveni negi na podlagi svojih verskih prepričanj. V raziskavi, ki so jo izvedli v Arabiji leta 2018 (Kaddourah et al., 2018, str. 156-157) so ugotovili, da so medicinske sestre, ki so verjele

v višjo silo ali boga, menile, da so bolj občutljive na duhovne potrebe in bolj spretno pri zadovoljevanju duhovnih potreb pacientov. Ugotovljeno, bi lahko znotraj obravnave pacientov kazalo na primanjkljaj poudarka na lastnem duhovnem samozavedanju medicinskih sester in na pomembnosti vloge medicinskih sester v duhovni oskrbi pacientov. Do podobnih spoznanj so prišli Chew et al. (2016), ki opisujejo primanjkljaj poudarka na vlogi medicinskih sester v duhovni oskrbi in pomembnosti le-te pri obravnavi pacientov.

Medicinske sestre, vključene v našo raziskavo so z visoko stopnjo strinjanja potrdile, da so duhovne potrebe pacientov pomembne. Prav tako velika večina meni, da ima lahko duhovnost in vera pozitiven vpliv na zdravje in dobro počutje pacienta. Da medicinske sestre pripisujejo duhovni oskrbi veliko pomembnost, ugotavljajo tudi drugi avtorji (Kaddourah, et al., 2018; Harrad et al., 2019). Večina anketiranih se strinja s trditvijo, da njihove duhovne potrebe naslovi tudi zdravstvena nega. To kaže, da medicinske sestre prepoznavajo potrebe ter želje pacientov in svojcev po duhovni oskrbi, vendar le nekaj anketiranih meni, da je med zdravstveno oskrbo zadovoljena večina duhovnih potreb pacientov. Raziskava, opravljena v Kanadi (Fitch & Bartlett, 2019) kaže, da so pacientove potrebe po duhovni oskrbi prepoznane, vendar so v velikem deležu nezadovoljene. Razjasnitev zgoraj opisanega fenomena ponuja podatek, da večina medicinskih sester v naši raziskavi meni, da niso pripravljene na pogovor s pacienti, ki bi vključeval duhovna in verska vprašanja. Razlogi za nepripravljenost medicinskih sester so lahko organizacijskega izvora (pomanjkanje časa) (Zakaria Kiaei et al., 2015, str. 588) in tudi pomanjkljiva usposobljenost ter znanje medicinskih sester glede nujenja duhovne oskrbe (Momeni et al., 2022, str. 578). Pomanjkanje časa je opisano kot ena izmed najpogostejših ovir pri nujenju duhovne oskrbe, saj se medicinske sestre znotraj zdravstvenih sistemov v svetovnem merilu spopadajo z večanjem delovnih zahtev in pričakovanj ob hkrati omejeni količini resursov (Burkhart et al., 2019, str. 5). Od njih se pričakuje, da dosežejo več v enakem ali pa celo zmanjšanem časovnem obsegu (Chew et al., 2016, str. 2525).

Pomen duhovnosti in duhovne oskrbe med medicinskimi sestrami je vezan na kulturo, nanjo pa vpliva več faktorjev (etnični izvor, verska pripadnost, nivo izobrazbe in klinične izkušnje) (Kaddourah et al., 2018, str. 157; Harrad et al., 2019, str. 45). V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo »Ali obstajajo statistično pomembne razlike med demografskimi podatki medicinskih sester in njihovo percepcijo o duhovnosti in zagotavljanju duhovne oskrbe?«. Prepoznati je mogoče razlike med demografskimi podatki medicinskih sester na njihovo percepcijo o duhovnosti in zagotavljanju duhovne oskrbe v spolu, izobrazbi, prakticiranju duhovnosti in veroizpovedi. Demografske značilnosti (starost, zakonski stan, nivo izobrazbe, delovne izkušnje) medicinskih sester lahko vplivajo na individualno percepcijo duhovnosti in duhovne oskrbe (Kaddourah et al., 2018, str. 157), pri čemer pa ima spol velik vpliv na dožemanje duhovnosti (Melhem et al., 2016, str. 45). Ugotovili smo, da anketiranci menijo, da jih formalno izobraževanje na področju zdravstvene nege ne pripravi na zadovoljenje duhovnih in verskih potreb pacientov in da jih ni usposobilo o načinih, kako vključiti duhovno oskrbo v načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege. Avtorji (Hu et al., 2019, str. 6) navajajo, da prav nezadostno znanje in pomankanje kompetenc vezanih na nudenje

duhovne oskrbe vodi v ne zadovoljevanje duhovnih potreb pacientov in pomanjkljivo obravnavo. Iz naše raziskave je razvidno, da se medicinske sestre zaradi pomanjkanja znanja, pogosto odmikajo od zagotavljanja duhovne oskrbe in le-to prepuščajo drugim izvajalcem. Pomanjkanje znanja in nezadostna vključenost vsebin duhovne oskrbe v program izobraževanja je ena izmed glavnih ovir, ki onemogoča nudenje ustrezne duhovne oskrbe pacientom v zdravstveni oskrbi (Momeni et al., 2016, str. 578). Kljub vse večjim potrebam po formalni integraciji vsebin duhovne oskrbe znotraj učnih načrtov zdravstvene nege je razvidno, da je dejansko stanje daleč od takšnega, ki bi si ga medicinske sestre želele (Wu et al., 2016, str. 40). Velika večina anketirancev je navajalo, da formalno izobraževanje v zdravstveni negi ni poudarjalo duhovne oskrbe in da jih prav tako ni usposobilo o načinih, kako vključiti le-to v načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege. Zgoraj opisano odraža tudi podatek, da več kot polovica anketiranih v naši raziskavi ne izvaja redne duhovne ocene pri svojih pacientih in da skoraj polovica le-teh pri svojem delu ne izvaja negovalnih intervencij, s katerimi podpirajo pacientove duhovne potrebe. Podobne rezultate je pokazala raziskava, ki sta jo izvedla Kostak & Celikkalp (2016) med zaposlenimi medicinskimi sestrami in babicami. Kljub večajočem se poudarku na pomembnosti zagotavljanja duhovne oskrbe, se pri medicinskih sestrah še vedno pojavljajo občutki nepripravljenosti in neusposobljenosti za zagotavljanje duhovne oskrbe pri pacientih (Timmins et al., 2022, str. 2215-2216). V naši raziskavi poudarjajo, da je skupna naravnost ustanov in zdravstvenih timov taka, da se znotraj pogovorov ne razpravlja o duhovnih vprašanjih in oskrbi pacientov. Zato so duhovne potrebe pacientov pogosto spregledane in se ne obravnavajo, kar privede do slabše kakovosti oskrbe pacientov (Fitch & Bartlett, 2019; Harrad et al., 2019, str. 45).

Medicinske sestre v naši raziskavi opisujejo pripravljenost in željo po nudenju duhovne oskrbe in prav tako prepoznavajo njeno pomembnost. Nenaklonjenost do duhovne oskrbe v smislu ne vključenosti v proces zdravstvene nege in pomanjkanje časa je zgolj peščica izmed ovir, s katerimi se soočajo medicinske sestre pri nudenju kompetentne duhovne oskrbe (Burkhart et al., 2019, str. 4-6). Ena izmed prominentnih ovir katero so izpostavile medicinske sestre je pomanjkanje znanja in veščin. Za reševanje le-te bi bila potrebna uvedba ustreznih vsebin duhovne oskrbe v učni kurikulum zdravstvene nege. Tudi rezultati ostalih raziskav (Burkhart et al., 2019, str. 7; Momeni et al., 2022; Kostak & Celikkalp, 2016) opisujejo problematiko pomanjkanja znanja medicinskih sester in ne vključenosti vsebin duhovne oskrbe v učni program zdravstvene nege.

Na vprašanje »Kako organizacije v zdravstveni negi lahko izboljšajo percepcijo in izvajanje duhovne oskrbe s strani medicinskih sester?«, so ugotovitve pokazale, da bi morale organizacije izvajati izobraževalne programe za medicinske sestre, da bi pridobile več znanja in veščin v zvezi z duhovno oskrbo. Dodatno bi morale organizacije vključiti duhovno oskrbo v načrt zdravljenja ter sodelovati s verskimi skupnostmi, da bi zagotovile ustrezno duhovno oskrbo pacientom. Pomembno je tudi, da so pacienti in njihove družine vključeni pri odločitvah o duhovni oskrbi, saj ima vsak pacient svoje edinstvene duhovne potrebe. Protokol usposabljanja za duhovno oskrbo za medicinske sestre, ki temelji na konceptu vzajemne rasti s pacienti,

izboljšuje duhovno počutje medicinskih sester in njihovo usposobljenost za duhovno oskrbo (Hu et al., 2019, str. 6). Avtorji (Bolarinwa et al., 2023, str. 5-6) poudarjajo, da je v učni načrt zdravstvene nege potrebno vključiti vsebine duhovnosti in prav tako duhovnega zdravja medicinskih sester samih.

6 Zaključek

Rezultati raziskave kažejo, da so duhovne potrebe pacientov pomembne in da imajo le-te pozitiven vpliv na zdravje in dobro počutje pacienta. Medicinske sestre prepoznavajo potrebe pacientov in svojcev po duhovni oskrbi, a le-te zaradi mnogih ovir s katerimi se srečujejo pogosto ostanejo nezadovoljene. Anketirani menijo, da jih formalno izobraževanje na področju zdravstvene nege ne pripravi na zadovoljevanje duhovnih in verskih potreb pacientov. Slednje nakazuje na to, da pomanjkanje znanja in nezadostna vključenost vsebin duhovnosti in duhovne oskrbe v program izobraževanja zdravstvene nege predstavlja eno izmed glavnih ovir, ki onemogoča kompetentno nudenje duhovne oskrbe. Za reševanje omenjene problematike bi bila potrebna uvedba ustreznih vsebin, ki obravnavajo duhovnost in zagotavljanje duhovne oskrbe v učni kurikulum zdravstvene nege.

Raziskava je lahko vodilo za zdravstvene ustanove, da sistematično vključujejo duhovno oskrbo v svoje prakse, s čimer se lahko izboljša kakovost oskrbe in celovita obravnava pacientov. Organizacija lahko prispeva k boljši kakovosti zdravstvene nege in izboljšanju zdravljenja pacientov s tem, ko prepozna pomen duhovnosti pri oskrbi pacientov ter oblikuje politike in programe, ki omogočajo vključevanje duhovne oskrbe v klinično prakso. To ima lahko tudi pozitivne učinke na zadovoljstvo medicinskih sester pri delu, kar pripomore k bolj celostnemu pristopu k pacientu in izboljša ugled zdravstvenih organizacij. Poudarek na duhovnih potrebah pacientov spodbudi zavedanje o družbeni odgovornosti in vplivu posameznikov in skupnosti na okolje. Spoštovanje različnih duhovnih prepričanj pa spodbudi raznolikost in prispeva k bolj sprejemljivi in razumevajoči družbi. Predlagamo izvedbo dodatnih izobraževanj na temo duhovnosti za zdravstvene delavce, kar bi imelo pozitiven vpliv na ustrežnejše vključevanje pacientov iz drugih kultur v zdravstveno oskrbo.

Vključevanje duhovnosti v organizacije predstavlja ključno priložnost za izboljšanje delovnega okolja, zadovoljstva zaposlenih, medosebnih odnosov, etičnega ravnanja in uspešnosti organizacije. Organizacije, ki se zavedajo pomena duhovnosti na delovnem mestu, ustvarjajo prostor za rast in izpopolnjevanje zaposlenih ter vzpostavljajo povezanost z višjim namenom dela. S tem se krepijo vrednote, ki presegajo zgolj poslovne cilje, in oblikuje se bolj človeško, uspešno in trajnostno delovno okolje.

Kot omejitev raziskave je potrebno izpostaviti majhen vzorec ter heterogenost anketirancev glede na preiskovane neodvisne spremenljivke (demografski in drugi podatki anketirancev). Smiselno bi bilo izvesti raziskavo o trenutnih kompetencah medicinskih sester pri zagotavljanju duhovne oskrbe. S tem bi pridobili vpogled v njihovo znanje, veščine in stališča, na podlagi rezultatov pa bi lahko oblikovali smernice za izboljšanje kakovosti duhovne oskrbe, ki jo nudijo pacientom. Prav tako bi bilo potrebno izvesti kvalitativno raziskavo na področju duhovnosti,

saj bi lahko pridobili globlje vpoglede v dožemanje, izkušnje in pomene, ki jih ljudje pripisujejo duhovnosti. Pomanjkljivosti naše raziskave so tudi povezane z že omenjeno nizko notranjo konsistentnostjo posameznih podkategorij ter majhnim vzorcem anketiranih. Potrebna bi bila nadaljnja psihometrična validacija lestvice na večjem vzorcu.

Reference

1. Baldacchino, D. (2017). Spirituality in the Healthcare Workplace. *Religions*, 8(12), 260. doi: 10.3390/rel8120260
2. Bolarinwa, F. I., Esan, D. T., & Bolarinwa, O. A. (2023). Assessment of Spiritual Care Practices Among Nurses Caring for Cancer Patients in a Tertiary Hospital in Nigeria. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-8. doi: 10.1177/23779608221150600.
3. Božek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020). The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-13. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01997
4. Burkhart, L., Bretschneider, A., Gerc, S., & Desmond, M. E. (2019). Spiritual Care in Nursing Practice in Veteran Health Care. *Global Qualitative Nursing Research*, 6, 1-9. doi:10.1177/2333393619843110
5. Celano, T., Harris, S., Sawyer, A. T., & Hamilton, T. (2022). Promoting Spiritual Well-Being Among Nurses. *Nurse Leader*, 20(2), 188–192. doi: 10.1016/j.mnl.2021.08.002
6. Chew, B. W., Tiew, L. H., & Creedy, D. K. (2016). Acute care nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: An exploratory study in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17–18), 2520–2527. doi: 10.1111/jocn.13290
7. Chow, S. K., Francis, B., Ng, Y. H., Naim, N., Beh, H. C., Ariffin, M. A. A., Yusuf, M. H. M., Lee, J. W., & Sulaiman, A. H. (2021). Religious Coping, Depression and Anxiety among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Malaysian Perspective. *Healthcare*, 9(1), 1-15. doi: 10.3390/healthcare9010079
8. de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2021.756080
9. De Diego-Cordero, R., Iglesias-Romo, M., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escano, J. (2022). Burnout and spirituality among nurses: A scoping review. *EXPLORE*, 18(5), 612–620. doi: 10.1016/j.explore.2021.08.001
10. Devendhiran, S., & Wesley, J. R. (2017). Spirituality at work: Enhancing levels of employee engagement. *Development and Learning in Organizations: An International Journal*, 31(5), 9–13. doi: 10.1108/DLO-08-2016-0070
11. Eginli, A. T. (2017). Spirituality in the Workplace: What Does It Mean? A Literature Review. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 4(23), 82-97. doi: 10.14738/assrj.423.3928
12. Ferrell, B. R. (2017). Spiritual Care in Hospice and Palliative Care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(4), 215–220. doi: 10.14475/kjhpc.2017.20.4.215
13. Fitch, M. I., & Bartlett, R. (2019). Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 111–121. doi: 10.4103/apjon.apjon_62_18

14. Foster, S., & Foster, A. (2019). The impact of workplace spirituality on work-based learners: Individual and organisational level perspectives. *Journal of Work-Applied Management*, 11(1), 63–75. doi: 10.1108/JWAM-06-2019-0015
15. Gramc, B. (2022). *Povezava med duhovnosotjo na delovnem mestu in zavzetostjo zaposlenih* [Magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta
16. Harrad, R., Cosention, C., Keasley, R., & Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: An overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, 90(4), 44–55. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8300
17. Hawthorne, D. M., & Gordon, S. C. (2020). The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 147–155. doi: 10.1177/0898010119889704
18. Hodge, D. R. (2006). A Template for Spiritual Assessment: A Review of the JCAHO Requirements and Guidelines for Implementation. *Social Work*, 51, 317–326. doi: 10.1093/sw/51.4.317
19. Houghton, J., Neck, C., & Krishnakumar, S. (2016). The what, why, and how of spirituality in the workplace revisited: A 14-year update and extension. *Journal of Management Spirituality & Religion*, 13(3), 177–205. doi: 10.1080/14766086.2016.1185292
20. Hu, Y., Jiao, M., & Li, F. (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC Palliative Care*, 18(1), 104. doi: 10.1186/s12904-019-0489-3
21. Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., & Al-Tannir, M. (2018). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Oman Medical Journal*, 33(2), 154–158. doi: 10.5001/omj.2018.28
22. Kang, K.-A., Chun, J., Kim, H. Y., & Kim, H.-Y. (2021). Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7–8), 961–974. doi: 10.1111/jocn.15638
23. Kavosi, A., Taghiabadi, M., Mohammadi, G., Yazdi, K., Shirdelzadeh, S., Nasiri, H., Roohi, G., Shariati, A., Rahmani, H., Mollaei, E., & Aryaeefar, M. (2018). Nursing managers attitude toward spirituality and spiritual care in Khorasan Razavi Province hospitals in 2016. *Electronic Physician*, 10(3), 6571–6576. doi: 10.19082/6571
24. Kostak, M. A., & Celikkalp, U. (2016). Nurses and Midwives Opinions about Spirituality and Spiritual Care. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 975–984. Pridobljeno na http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/26_1-kostak_original_9_3.pdf
25. Krishnakumar, S., & Neck, C. P. (2002). The “what”, “why” and “how” of spirituality in the workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 17(3), 153–164. doi: 10.1108/02683940210423060
26. Linda, N. S., Phetlhu, D. R., & Klopper, H. C. (2021). Clinical supervisors' understanding of spirituality and spiritual care in nursing: A South African perspective (part 2). *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14, 1–9. doi: 10.1016/j.ijans.2020.100254
27. Mansurifard, F., Ghaljaei, F., & Navidian, A. (2019). The Effect of Spiritual Care on the Spiritual Health of Adolescents with Cancer: A Pre-Experimental Study. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 8(4), 1–6. doi: 10.5812/msnj.100567
28. Melhem, G. A. B., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. I., Shawagfeh, M. Q., & Al-Rahim, M. A. (2016). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), 42–49. doi: 10.4103/0973-1075.173949

29. Miller, C. (2016). "Spiritual But Not Religious": Rethinking the Legal Definition of Religion. *Virginia Law Review*, 102(3), 833–894. Pridobljeno na https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2780109
30. Miller, M., Addicott, K., & Rosa, W. E. (2023). Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 123(2), 54-59. doi: 10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5
31. Momeni, G., Hashemi, M. S., & Hemati, Z. (2022). Barriers to Providing Spiritual Care from a Nurses' Perspective: A Content Analysis Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 575–580. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_422_21
32. Mousa, A. (2020). The Impact of Workplace Spirituality on Employee Performance: Evidence from Abu Dhabi University. *International Business Research*, 13(5), 79-94. doi: 10.5539/ibr.v13n5p79
33. Murgia, C., Notarnicola, I., Rocco, G., & Stievano, A. (2020). Spirituality in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(5), 1327–1343. doi: 10.1177/0969733020909534
34. Nascimento, L. C., Alvarenga, W. A., Caldeira, S., Mica, T. M., Oliveira, F. C. S., Pan, R., Santos, T. F. M., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2016). Spiritual Care: The Nurses' Experiences in the Pediatric Intensive Care Unit. *Religions*, 7(3), 1-11. doi: 10.3390/rel7030027
35. Roof, R. A. (2015). The Association of Individual Spirituality on Employee Engagement: The Spirit at Work. *Journal of Business Ethics*, 130(3), 585–599. doi: 10.1007/s10551-014-2246-0
36. Ruder, S. (2013). Spirituality in nursing: Nurses' perceptions about providing spiritual care. *Home Healthcare Nurse*, 31(7), 356–367. doi: 10.1097/NHH.0b013e3182976135
37. Saad, M., Medeiros, R. de, Saad, M., & Medeiros, R. de. (2012). *Spiritual-Religious Coping – Health Services Empowering Patients' Resources*. In *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare*. London: IntechOpen.
38. Schreiber, C., Verrall, C., & Whitehead, D. (2022). Spiritual care in Australian general practice nursing: An interpretive descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 24(3), 670–678. doi: 10.1111/nhs.12961
39. Schrepp, M. (2020). On the Usage of Cronbach's Alpha to Measure Reliability of UX Scales. *Journal of Usability Studies*, 15(4), 247–258. Pridobljeno na https://uxpajournal.org/wp-content/uploads/sites/7/pdf/JUS_Schrepp_Aug2020.pdf
40. Shamsi, M., Khoshnood, Z., & Farokhzadian, J. (2022). Improving psychiatric nurses' competencies in spiritual care and integration of clients' religion/spirituality into mental healthcare: Outcomes of an online spiritual care training program. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-12. doi: 10.1186/s12888-022-04280-9-
41. Shi, X., Wang, F., Xue, L., Gan, Z., Wang, Y., Wang, Q., & Luan, X. (2023). Current status and influencing factors of spiritual needs of patients with advanced cancer: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 1-12. doi: 10.1186/s12912-023-01306-9
42. Sinha, A. K., & Kumar, S. (2014). Integrating spirituality into patient care: An essential element of modern healthcare system. *Indian Heart Journal*, 66(3), 395–396. doi: 10.1016/j.ihj.2014.03.023
43. Timmins, F., Connolly, M., Palmisano, S., Burgos, D., Juárez, L. M., Gusman, A., Soriano, V., Jewdokimow, M., Sadłóń, W., Serrano, A. L., Caballero, D. C., Campagna, S., & García-Peñuela, J. M. V. (2022). Providing Spiritual Care to In-Hospital Patients During COVID-19: A Preliminary European Fact-Finding Study. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 2212–2232. doi: 10.1007/s10943-022-01553-1

44. Tomažin Dakič, T. (2016). *Pomen duhovnega kapitala pri reševanju problemov v organizaciji: akcijsko raziskovanje* [Magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
45. Turner, P. (2020). Why Is Employee Engagement Important? In P. Turner (Ed.), *Employee Engagement in Contemporary Organizations: Maintaining High Productivity and Sustained Competitiveness* (pp. 57–84). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-030-36387-1_3
46. Wu, L.-F., Tseng, H.-C., & Liao, Y.-C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*, 38, 36–41. doi: 10.1016/j.nedt.2016.01.001
47. Yin, E., & Mahrous, A. (2022). Covid-19 global pandemic, workplace spirituality and the rise of spirituality-driven organisations in the post-digital era. *Journal of Humanities and Applied Social Sciences*, 4(2), 79–93. doi: 10.1108/JHASS-11-2021-0177
48. Zakaria Kiaei, M., Salehi, A., Moosazadeh Nasrabadi, A., Whitehead, D., Azmal, M., Kalhor, R., & Shah Bahrami, E. (2015). Spirituality and spiritual care in Iran: Nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*, 62(4), 584–592. doi: 10.1111/inr.12222
49. Zakaria Kiaei, M., Salehi, A., Moosazadeh Nasrabadi, A., Whitehead, D., Azmal, M., Kalhor, R., & Shah Bahrami, E. (2015). Spirituality and spiritual care in Iran: Nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*, 62(4), 584–592. doi: 10.1111/inr.12222

Rebeka Lekše je diplomirala in magistrirala iz zdravstvene nege na Univerzi na Primorskem, Fakulteti za vede o zdravju v Izoli. Trenutno je zaposlena kot asistentka. Izvaja laboratorijske in klinične vaje pri predmetih Osnove zdravstvene nege in Zdravstvena nega žensk. Pred vstopom v akademski svet, je pridobivala delovne izkušnje na primarni (zdravstveni dom) in sekundarni (operacijski blok v kirurškem centru) ravni zdravstvenega varstva. Med raziskovalnimi interesi so predvsem področja iz javnega zdravstva (varstvo pri delu). Sodeluje pri domačih in evropskih projektih.

Sandra Martinuč je diplomirala in magistrirala iz zdravstvene nege na Univerzi na Primorskem, Fakulteti za vede o zdravju v Izoli. Zaposlena je kot predavateljica na Fakulteti za vede o zdravju in poučuje pri predmetih Osnove zdravstvene nege, Obvladovanje bolnišničnih okužb in Zdravjem povezan življenjski slog. Zaposlena je bila 13 let v kliničnem okolju na področju pediatrije in otroške kirurgije. Njena raziskovalna področja so zdravstvena nega, zdrav življenjski slog, promocija zdravja in bolnišnične okužbe.

Abstract:

Nurses' Perception About Spirituality and Providing Spiritual Care in Nursing

Research Question (RQ): How do nurses perceive spirituality and their ability to provide spiritual care in nursing? Are there statistically significant differences between nurses' demographic characteristics and their perceptions of spirituality and spiritual care? How can nursing organisations improve nurses' perceptions and delivery of spiritual care?

Purpose: The purpose of this study is to highlight the importance of spirituality and spiritual care in nursing staff with the aim of examining nurses' perceptions of spirituality and the provision of spiritual care in nursing.

Method: A quantitative descriptive non-experimental method using a survey technique was used.

Results: Respondents consider patients' spiritual needs important to their health and well-being. However, nurses face several obstacles in meeting these needs. Formal training of nurses does not provide them with the skills to provide spiritual care. This underscores the need for greater emphasis on spirituality and spiritual care in nursing education to remove barriers to competent care.

Organization: Recognising the importance of spirituality in patient care can encourage health care organisations to develop policies and programmes that integrate spiritual care into clinical practise. Integrating spiritual care into nursing practise leads to better patient outcomes and higher quality of nursing care and increases nurses' job satisfaction and fulfilment. It also promotes a more holistic and patient-centred approach and a positive reputation for healthcare organisations.

Society: Focusing on the spiritual needs of patients can emphasise social responsibility and promote individual and community awareness of their impact on the environment. Recognising and respecting the spiritual beliefs of people from different cultural backgrounds promotes diversity and inclusion and contributes to an accepting and understanding society. We suggest providing additional training on spirituality for health professionals, which would have a positive impact on more appropriate integration of patients from other cultures into health care.

Originality: We did not find much research on spirituality in nursing in the Slovenian literature.

Limitations/Future Research: The weaknesses of our survey are related to the low internal consistency of the subcategories and the small sample size. Further psychometric validation of the scale on a larger sample would be needed.

Keywords: Religiosity, holistic approach, religious beliefs, cultural sensitivity, spiritual needs.

Copyright (c) Rebeka LEKŠE, Sandra MARTINUČ



Creative Commons License

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License