

Duhovnost u sestrinskoj skrbi neurološkog bolesnika

Ašenbrener, Anja

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:002485>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-06-30**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Anja Ašenbrener

Duhovnost u sestrinskoj skrbi neurološkog bolesnika

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, pod vodstvom prof. dr. sc. Ane Borovečki i sumentorstvom doc.dr.sc. Suzane Vuletić, predan je na ocjenu u akademskoj godini 2020./2021.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Religiozni utjecaj na razvoj sestrinstva	2
3. Holistička dimenzija zdravlja i integralna zdravstvena njega	4
4. Utjecaj duhovnosti na bolest, patnju i zdravlje.....	6
5. Duhovnost kroz teorije sestrinstva	9
5.1. Florence Nightingale	9
5.2. Virginija Henderson	11
5.3. Faye Glenn Abdellah.....	12
5.4. Joyce Travelbee.....	13
5.5. Callista Roy	13
5.6. Margaret Jean Harman Watson	14
6. Duhovna dimenzija suvremenog sestrinstva	18
7. Kompetencije i prepreke u provedbi sestrijske duhovne skrbi bolesnika.....	21
8. Neurokirurško sestrinstvo.....	24
9. Život s neurološkim deficitom.....	27
10. Duhovne potrebe neurološkog bolesnika.....	29
10.1. Specifičnosti zdravstvene njega neuroloških bolesnika	33
10.2. Emocionalni odgovor i promjene ponašanja	35
11. Zaključak.....	38
12. Zahvala.....	41
13. Literatura.....	42
14. Životopis	51

Sažetak

“Duhovnost u sestrijskoj skrbi neurološkog bolesnika“

Anja Ašenbrener

Posljednjih devet godina svjedočimo ponovnom buđenju interesa koji propituje relevantnost spiritualnog zdravlja. Sestrinstvo od pamtivijeka počiva na osjećaju ljubavi prema bližnjima i na moralnoj ideji za “činjenjem dobrog“, ali je pojava Kršćanstva kroz empatiju, samilost i humanu naklonost bolesnima, značajno obilježila bit sestrinstva, shvaćenu kao integralnu skrb. Osim što sestrinstvo počiva na duhovnoj skrbi, široko je prepoznata kroz sestrijske teorije. Pregledom radova teoretičarki uviđamo da je duhovnost na samim počecima definiranja sestrijske prakse uvrštena u zadaće medicinskih sestara. Pojavom holističkog zdravstvenog pokreta, uz pojam holističke njege, sve je veći broj znanstvenika koji uviđaju značajan utjecaj duhovnosti i religioznosti na zdravlje. Religija i duhovnost su također prepoznate kao pozitivne strategije kod općeg zdravstvenog stanja ljudi s neurološkim bolestima. Potreba za subspecijalizacijom u poljima neurologije i neurokirurgije pokreće novu disciplinu sestrinstva, danas znanu kao neurološko sestrinstvo. Ono predstavlja jedinstveno područje sestrijske prakse, specijalizirano za skrb pacijenta s poremećajem neurološkog sustava. Takva skrb obuhvaća sve razine ljudskog postojanja, biološku, psihološku, socijalnu, ali i duhovnu dimenziju pacijenta koja može biti od vitalne važnosti. Neurološki deficit će najčešće rezultirati smanjenom sposobnošću za obavljanjem svakodnevnih aktivnosti; kognitivnom disfunkcijom; traženjem novog smisla života; nizom emocionalnih promjena i egzistencionalnih pitanja, a time i smanjenom kvalitetom života. Kako bi zdravstvena skrb za neurološkog bolesnika bila potpuna, medicinske sestre moraju biti sposobne intervenirati na svim razinama ljudskog bića, a to nije samo fizička, već i mentalna, društvena i duhovna razina.

Ključne riječi: sestrinstvo, holistički koncept zdravlja, duhovnost, neurološke bolesti

Summary

“Spirituality in nursing care of neurological patient“

Anja Ašenbrener

In the last nine years, we have witnessed a reawakening of interest that questions the relevance of spiritual health. From time immemorial, nursing has been based on a sense of love for neighbors and a moral idea of "doing good", but the appearance of Christianity through empathy, compassion and human appetency for the patients has significantly marked the essence of nursing, understood as integral care. Except that nursing depends on spiritual care, it is widely recognized through nursing theories. By reviewing the works of the theorists, we see that spirituality at the beginning of defining nursing practice was included in the tasks of nurses. With the advent of the holistic health movement, along with the term of holistic care, an increasing number of scientists are realizing the significant impact of spirituality and religiosity on health. Religion and spirituality have also been recognized as positive strategies in the general health of people with neurological diseases. The need for subspecialization in the fields of neurology and neurosurgery is activating a new discipline of nursing, today known as neurological nursing. It is a unique area of nursing practice, specialized care for patients with disorders of the nerve system. Such care encompasses all levels of human existence, the biological, psychological, social, but also the spiritual dimension of the patient that can be vital. Neurological deficits will most often result in reduced ability to perform daily activities; cognitive dysfunction; seeking a new meaning to life; a series of emotional changes and existential questions, and thus a reduced quality of life. To make health care for a neurological patient complete, nurses must be able to intervene at all levels of the human being and this is not only the physical but also the mental, social and spiritual levels.

Keywords: nursing, holistic concept of health, spirituality, neurological diseases

1. Uvod

Izvorna motivacija za pisanje ovog diplomskog rada proizlazi iz suvremenih tendencija koje bolesniku više pristupaju na njegovoj organsko-biološkoj razini, potiskujući emotivno-psihološke i duhovne potrebe, holističkih dimenzija zdravlja integrativnih dimenzija sestrinske njege.

Ovakav pristup, zamjećujemo razvojem empirijske, visoko sofisticirane i biotehnološke medicine, koja se uvelike razlikuje od samih početaka tradicionalnog razvoja.

Početak medicine kakvu danas poznajemo datira od vremena antičke grčke kada je liječnik i otac medicine Hipokrat (460.-380. pr. Kr.) odvojio medicinu od religije i praznovjerja. Prije njega, sve od doba paleolitika glavnu ulogu u medicini imale su magija i nadnaravne sile. Stoga se neki vid duševnog iscjeljenja očekivao od gurua, šamana i poglavica, koji su prikazivali svojevrstne žrtve za ozdravljenje bolesnika. Napretkom medicinskih saznanja i racionalističkog pristupa, razvijaju se znanstveno utemeljenije metode same medicine. Teorijsko-istraživačke i empirijske sastavnice postaju glavnim uvjetom za sagledavanje medicine u 16. st. kada se razvila konvencionalna medicina s temeljima na dokazima utvrđenim znanstvenim metodama. U ovom su razdoblju znanstvena dostignuća značajno utjecala na napredak medicinske struke, a s druge ju strane podosta udaljile od personalističkog pristupa, baziranog na empatijsko-humanističkim temeljima, budući da je konvencionalna medicina, više deduktivna i znanstvena, a manje okrenuta ka izvornim bolesnikovim emotivnim, psihološkim i duhovnim potrebama, koje su u nekim slučajevima i zastupljenije od samih tjelesno-organskih boli.

Kroz prizmu integralne sestrinske skrbi i holističkog sagledavanja svih dimenzija zdravlja i bolesti, duhovnost može biti važan resurs u duhovnom jačanju samog bolesnika.

Sukladno tome, razvijaju se brojni pristupi usmjereni na duhovne dimenzije bolesnika. Predlaže se da "sestrinska profesija proširi svoju svijest i kompetencije prema uvažavanju duhovne dimenzije bolesnika".¹

2. Religiozni utjecaj na razvoj sestrinstva

Skrb prema bolesnima, ozlijeđenima i bespomoćnima podupirala je ljudsku egzistenciju od prvih ljudskih zajednica pa sve do danas.

Pretpostavlja se da su se prvi ljudi naučili brinuti o zdravlju promatrajući životinje i prirodne fenomene koji su ih okruživali, a koje su interpretirali kao utjecaj nadnaravnih sila.² Time su vjerovanja u nadnaravne sile, božanstva i demoni dobivali na sve većoj važnosti u borbi protiv bolesti. Kako se spiritualna tradicija sve više razvijala, određeni pojedinci počinju prakticirati vjerovanja u svrhu ozdravljenja. Prozvani su vječevima, šamanima, "medicina med" te liječe one koje je zaposjeo "zao duh".

Kako je ljudska civilizacija napredovala, dolazi do osnutka vladavina, pravila, zakona te religija. Zdravstveni sustav, koji je bio baziran na utjecaju magije, time postaje baziran na vrijednostima religije koja je propagirala skrb za marginalizirane, bolesne i patnike.

Iako sestrinstvo kroz ideal pružanja pomoći vuče svoje korijenje od najranijih potreba čovječanstva³, organizirano sestrinstvo počinje od nastanka Kršćanstva koje je postalo vodećom silom u svakodnevnom životu. Kršćanstvo je kroz naviještanja Evandjelja propovijedalo o liječenju bolesnih kao o sastavnom misionarskom poslanju. Istinsko kršćansko učenje se bazira na nesebičnom davanju ljubavi i milosrđa bližnjima. Takvim učenjem, pružanje skrbi postaje duhovnim činom, a pružatelj skrbi, misionar Isusovog poslanja. Zdravstvena profesija je po uzoru na Isusa Krista, koji je liječio bolesne, prihvaćao društveno izolirane i marginalizirane pojedince, postala utjelovljenje bezuvjetne skrbi prema bolesnima, nemoćnima i odbačenima. Na temelju biblijskih spisa, duhovna skrb se odnosi na sedam djela milosrđa - nahraniti gladnoga, napojiti žednoga, odjenuti gologa, skloniti beskućnika, posjetiti bolesnoga, posjetiti zatvorenika, sahraniti pokojnika.

Nekoliko različitih skupina žena unutar crkve pružala je skrb bolesnima. Te su grupe uključivale udovice ili neudate žene, đakonise i matrone. Na skrb za bolesne se gledalo kao na duhovni poziv. Žene su prihvaćale skrbiti za potrebite iz religijskih razloga, što im je osiguralo uglednu funkciju u društvu, te su mnoge bile proglašavane sveticama. Žene koje su skrбиле o bolesnima i siromašnima imale su mogućnost živjeti u sklopu crkve, zavjetovale su se na čednost i nisu se mogle udati. Do trećeg stoljeća udovice u samostanima postale su poznate kao redovnice ili časne sestre.² Đakonise su prve organizirane grupe medicinskih sestara. To su pretežno bile obrazovane neudane žene ili udovice, visokog staleža, te su imale veće ovlasti. Uz skrb za bolesne, vodile su zdravstvenu skrb u ustanovama koje su preteča današnjih hospicija. Matrone su također žene višeg staleža, Rimljanke, koje su se preobratile

na kršćanstvo i sudjelovale u javnim službama na različite načine. Neke matrone su iz milosrđa radile dobra djela tako da su prenamijenile i uredile svoje kuće u samostane ili lječilišta.

Žene koje su, zahvaljujući svom položaju i staležu značajno pridonijele napredovanju zdravstvenog sustava unutar samostana, su kraljica Elizabeta Portugalska, kraljica Elizabeta Kastiljska i kraljica Matilda, Hildegarde, Euphemia, majka Terezija i njene sestre "Misionarke Ljubavi", carica Marija Terezija.⁴ One su vođene kršćanskim milosrđem, kroz skrb za bolesne i siromašne, za napuštenu i nezbrinutu djecu, pokrenule mnoga lječilišta, ubožnice i hospicije.

Prva dobrovoljna muška organizacija u skrbi za bolesne formirana je u drugoj polovici trećeg stoljeća pod nazivom Parabolani. Bratstvo je oformljeno tijekom velike kuge u Aleksandriji gdje su pomagali u skrbi, ali i pokapali pokojnike. Osim što su radili dobra djela milosrđa, služili su kao tjelohranitelji biskupa.⁵

Već od 4. st., u sklopu Crkvenih samostana, otvarana su lječilišta ili prihvatilišta za bolesne, ranjene i siromašne. Prve ustanove za skrb bolesnih su *nosocomi* (prihvatilišta za bolesne), *ptocotrofi* (utočišta za siromašne) te *orfanotrofi* i *brefotrofi* (kršćanski domovi za napuštenu i nezbrinutu djecu).⁶

Osnovano je i mnogo novih crkvenih redova koji su kroz svoju službu posebno orijentirani na pomoć bolesnima, kao što su Opatički redovi, Franjevački redovi, Družba sestara milosrdnica, sestre Dominikanke te mnogi drugi redovi.

Zahvaljujući monasima, biskupima i patrijarsima, kroz otvaranje samostana, a kasnije i škola, skrb za bolesne se institucionalizirala, ali utočište je ponuđeno i progonjenima, a neukima obrazovanje. Crkva kao institucija je odigrala veliku ulogu u razvoju sestrinske skrbi kroz očuvanje humanih vrijednosti, ali i zdravstvene prosvijećenosti.

Pojava Kršćanstva i temeljnog kršćanskog učenja, kroz primjer empatije i samilosti, od početka vodi sestrinstvo prema humanoj naklonosti bolesnima, orijentirajući ga na potpuno zdravlje pojedinca, uzimajući u obzir njegovu fizičku, psihičku, socijalnu, emotivnu i duhovnu dobrobit time pokrenuvši integralnu skrb koja se zadržala do danas.

3. Holistička dimenzija zdravlja i integralna zdravstvena njega

Svjetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization WHO*) je 1948. godine objavila definiciju zdravlja kao “stanja potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti“. Mnogi autori smatraju kako trenutačna definicija zdravlja, nakon 72 godine, nije prikladna za suočavanje s izazovima koje donosi novi zdravstveni sustav. Preporuke za proširenjem definicije uglavnom se odnose na uključivanje ljudske ravnoteže u prirodi, prilagodbe, prihvaćanje duhovnosti^{7, 8} samoupravljanja, socio-ekonomskih čimbenika te epistemološke perspektive.⁹ Unatoč mnogim pokušajima zamjene, nijedna alternativna definicija nije postigla široku razinu konsenzusa.

WHO je na 37. zasjedanju Svjetske zdravstvene skupštine (*World Health Assembly WHA*), održanom 1984. godine donio važne preinake u konceptu zdravlja. Da duhovna dimenzija dominira nad tim konceptom, potvrđeno je prihvaćanjem rezolucije 37.13 – “Duhovna dimenzija u Globalnoj strategiji za zdravlje svih članica WHO-a do 2000. godine“.¹⁰ WHO na duhovnu dimenziju gleda kao na “pojavu koja po prirodi nije materijalna, ali pripada carstvu ideja, vjerovanja, vrijednosti i etike koja su se pojavila u ljudskim umovima i savjesti, posebno oplemenjujuće ideje. [...] Duhovna dimenzija igra veliku ulogu u motiviranju postignuća ljudi u svim aspektima života“.¹¹ Time je otvorila vrata holističkoj, integralnoj skrbi najprimjenjivoj u sestrinskoj oblasti.

WHO je 1998. godine potvrdio važnost holističke skrbi i duhovnosti: “Donedavno je zdravstvena profesija u velikoj mjeri slijedila medicinski model koji nastoji liječiti pacijente usredotočujući se na farmakologiju i operativne zahvate, gdje su manje važna uvjerenja i vjera pacijenta. Taj redukcionizam ili mehanistički prikaz pacijenata kao tek materijalnog tijela više nije zadovoljavajuć. Pacijenti i liječnici počeli su shvaćati vrijednost elemenata kao što su vjera, nada i suosjećanje u procesu ozdravljenja. Vrijednost takvih 'duhovnih' elemenata u zdravlju i kvaliteti života dovela je do istraživanja na ovom polju u pokušaju da se krene prema cjelovitijem pogledu na zdravlje koji uključuje nematerijalnu dimenziju, naglašavajući neizostavnu povezanost uma i tijela“.¹²

Prepoznajući načelo holizma, od 1970-ih godina smatramo da je ljudsko biće cjelina tijela, uma i duha te da te dimenzije ovise jedna o drugoj i jedino zajedno predstavljaju kompletnu osobu.¹³ Promjena u jednoj od dimenzija donosi promjene u ostalima i rezultira narušenom kvalitetom cjeline, odnosno kompletne osobe.¹³ Na temelju toga, suvremena integrativna medicina, kroz holističku skrb proširuje razmatranje bolesti jer simptomi bolesti mogu predstavljati dublje narušavanje biopsihosocijalne ravnoteže pojedinca. Holistička

medicina ne predstavlja noviji vid liječenja, već predstavlja novu filozofiju pristupa zdravlju.¹³

Holistička skrb je specijalna praksa koja prepoznaje međusobnu povezanost tijela, uma i duha, ali i emocija, okoliša te društvenih i kulturnih aspekata života, bilo zdravog ili bolesnog čovjeka.¹⁴ Američka udruga holističkih medicinskih sestara (*American Holistic Nurses Association AHNA*) definira holističku skrb kao “svu praksu sestrinstva koja ima za cilj iscjeljivanje cijele osobe”.¹⁵

Pored moderne konvencionalne medicine, holistička medicinska sestra, kako bi proširila svoje znanje te postigla optimalno zdravlje za pojedinca, u svoje intervencije može integrirati metode liječenja i tretmana koje pruža komplementarna i alternativna medicina, a koje također predstavljaju vid holističkog liječenja.

WHO definira pojam komplementarne i alternativne medicine kao sve ono što nije konvencionalna medicina, što jasno definira kroz dokument koji predstavlja sažetak pravnog statusa nekoliko glavnih praksi komplementarne i alternativne medicine,¹⁶ a to su: akupunktura, kiropraktika, bioenergoterapija, fitoterapija, homeopatija, Qui Gong, naturopatija, yoga, masaža te meditacija kao iscjeljivanje kroz intenzivno vjerovanje u duhovnu snagu.¹⁷

Od 2000. godine u Hrvatskoj je osnovana krovna organizacija nekonvencionalne medicine pod nazivom Udruženje za prirodnu, energetska i duhovnu medicinu u okviru koje postoji pravilnik po kojem je licencirano više od tisuću profesionalnih iscjelitelja terapeuta s certifikatom doktora prirodne medicine, doktora energetske medicine i doktora duhovne medicine.¹⁸

AHNA smatra da biti holistička medicinska sestra nije isključivo posao, već stav i filozofija, odnosno način življenja. Biti holistička medicinska sestra znači biti usredotočen na sve aspekte života, uz mentalne i fizičke, ne zaboravlja i duhovne elemente življenja. Medicinska sestra kroz integralnu zdravstvenu skrb, priznajući duhovnost kao podjednako važan aspekt života, doprinosi cjelokupnom blagostanju pacijenata. Upravo duhovna dimenzija predstavlja najdublji aspekt bića te ima vitalnu ulogu u održavanju zdravlja.¹⁹

Pojavom holističkog zdravstvenog pokreta, uz pojam holističke njege, sve je veći broj znanstvenika koji uviđaju značajan utjecaj duhovnosti i religioznosti na zdravlje,²⁰ a shodno tome i sve veći broj znanstvenih istraživanja koja isto dokazuju.

4. Utjecaj duhovnosti na bolest, patnju i zdravlje

Kada govorimo o duhovnosti, treba uzeti u obzir da većina literature razlikuje duhovnost od religioznosti. Duhovnost je usko povezana uz pronalaženje smisla i svrhe u životu pojedinca. Opisuje se prema subjektivnom doživljaju, predstavlja transcendenciju izvan fizičkog tijela ili povezanosti sa sobom, drugima, prirodom, književnošću, umjetnosti ili nečim višim.²¹ S druge strane, religioznost je zajednička za određenu religijsku zajednicu, povezana je s obredima i ritualima te vjerskom tradicijom. Neki istraživači ne razlikuju religioznost i duhovnost; zagovaraju njihovu simbiozu te smatraju da se Svrha upravo pronalazi kroz obrede i rituale.²² S druge strane, nedostatak jasne definicije duhovnosti može spriječiti medicinske sestre u pružanju odgovarajuće duhovne skrbi.²³ U ovom radu fokus će biti na utjecaju duhovnosti.

Duhovnost je višedimenzionalna, što ćemo lakše razumjeti ako je promatramo kroz nekoliko važnih aspekata:

1. Egzistencijalni izazovi (pitanja koja se tiču identiteta; slobode; odgovornosti; nade; očaja, ljubavi i radosti, značenje patnje i smrti; krivnje; oprosta).
2. Razmatranja i stavovi koji se temelje na vrijednostima (poput odnosa prema sebi; obitelji; prijateljima; prirodi; poslu; stvarima; umjetnosti i kulturi; etičnosti).
3. Religijska razmatranja i srž postojanja (vjera, uvjerenja i prakse, odnos s Bogom)²⁴.

Tijekom posljednjeg desetljeća mnoga znanstvena i stručna istraživanja pokazuju pozitivnu povezanost razine duhovnosti s poboljšanjem simptoma različitih psihičkih (depresija, tjeskoba, ovisnosti, shizofrenija, prevencija samoubojstva) i organskih poremećaja (dijabetes, reumatoidni artritis, multipla skleroza, kardiovaskularne i maligne bolesti).²⁵

Zadovoljenje duhovne potrebe, odnosno postignuto duhovno blagostanje, poboljšava kvalitetu života, a s druge strane, potiče pojedinca da kroz borbu s bolesti, unatoč bespomoćnosti i anksioznosti, pronađe svoj smisao.²⁶ Pojedinac kroz smanjenje stresa postiže poboljšanje cjelokupnog imuniteta, a kroz povremenu molitvu ili meditaciju je vjerojatnije da će postići bolje psihološko stanje i bolje vještine suočavanja sa životnim preprekama.²⁷

Vjerska uključenost, kroz utjecaj na bolje suočavanje sa stresom, utječe na manju prevalenciju depresije, samoubojstava, anksioznosti i zlouporabe ilegalnih supstanci.²⁸

Duhovna praksa i uvjerenja su od neizmjerne važnosti kod pacijenata s bolešću koja će promijeniti njihovo svakodnevno funkcioniranje. Potvrđeno je pozitivno djelovanje duhovnosti na suočavanje s bolestima poput karcinoma, multiple skleroze, kardijalnih bolesti i oštećenja kralježnice.²⁷

Fiziološko blagostanje nastaje kao odgovor na pozitivne emocije doživljene tijekom postizanja duhovnog mira. Ponavljajući rituali molitve ili meditacije mogu pridonijeti smanjenju krvnog tlaka i poboljšanoj psihoneuroendokrinoj funkciji.²⁹ Vjerska uvjerenja i aktivnosti, kroz vrijednosti, stavove i organizirane aktivnosti, utječu na društveno kognitivni model zdravstvenog ponašanja kao što su apstinencija od alkohola i cigareta.³⁰

Potvrđeno je da odrasle osobe koje sudjeluju u privatnim vjerskim aktivnostima (molitva, meditacija ili čitanje Biblije) imaju veću mogućnost nad preživljavanjem u odnosu na one koji to ne čine.³¹ Ove situacije se odnose isključivo na osobe koje su molile, meditirale ili proučavale Bibliju prije nego su nastupile poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Kroz duhovnost pojedinac crpi utjehu i spoznaju o prisustvu višeg Bića. Ona predstavlja važan resurs u suočavanju s neizlječivim bolestima i terminalnim stadijima gdje duhovno blagostanje pojedincu pruža određenu zaštitu od očaja.

Unatoč tome što znanost i medicina šire granice liječenja, postoje nedovoljno istražena stanja za koja nema potpunog izlječenja i terminalna stanja uznapredovalih bolesti u kojima je izlječenje nemoguće. U situacijama u kojima dijagnostičko-terapijski postupci kurativne medicine, kao ni znanstveno-tehnološko promišljanje nisu dovoljni, nastupa palijativna medicina s naglaskom na duhovnim potrebama bolesnika i njegovih bližnjih,³² te na održavanje dostojanstva pacijenta.

Palijativna skrb, uključujući menadžment boli i drugih simptoma, kroz holistički pristup je orijentirana na fizičku, psihosocijalnu i duhovnu skrb,³³ odnosno održava pacijentovo samopoštovanje i osjećaj pripadnosti, pruža mu pažnju i suosjećanje,³² kroz komunikaciju i zadovoljene duhovne potrebe održava najbolju kvalitetu života pacijenta.

Nacionalni Konsenzus projekta za kvalitetnu palijativnu skrb (*National Consensus Project for Quality Palliative Care*) i Nacionalni Forum za kvalitetu (*National Quality Forum*) su 2009. godine na međunarodnoj konferenciji održanoj u svrhu utvrđivanja duhovne skrbi, kao esencijalnog dijela kvalitetne palijativne skrbi,³⁴ izglasali definiciju duhovnosti:

„Duhovnost je dinamičan i intrinzičan aspekt čovječanstva kroz koji ljudi traže krajnje značenje, svrhu i transcendenciju i doživljavaju odnos prema sebi, obitelji, drugima, zajednici, društvu, prirodi i značajnom ili svetom. Duhovnost se izražava kroz vjerovanja, vrijednosti, tradicije i prakse.“

Potvrđuju kako je pružanje duhovne skrbi dio biopsihosocijalno-duhovnog pristupa zdravstvenoj skrbi. Model u kojem je skrb usmjerena na pacijenta i na njegovo iskustvo bolesti, uz spoznaju da je skrb više od fizičkog zadovoljavanja potreba.

Na spomenutoj konferenciji su donesene smjernice postupka dobivanja podataka za određivanje Duhovne trijaže i Duhovne povijesti kojim se postiže individualno planiranje duhovne skrbi. Smatraju da pregled duhovnosti pomaže prepoznati koji pacijenti mogu imati koristi od dubinske duhovne procjene te ima li potrebe za uključivanjem kapelana u skrb. Duhovnom trijažom kliničar saznaje doživljava li pacijent u tom trenutku ozbiljnu duhovnu krizu, a duhovnom poviješću se postiže bolje razumijevanje duhovnih potreba, očekivanja i resursa koji pojedincu služe kao izvor snage.

Ciljevi duhovne skrbi bili bi:³⁵ povezivanje bolesnika u svrhu međusobne interakcije o duhovnim uvjerenjima i ciljevima; upoznavanje pacijenta kroz njegova vjerovanja i vrijednosti; interveniranje prilikom duhovnih nevolja kao što su besmislenost i beznade, koristeći pacijentove izvore duhovne snage kao što su svrha i nada; pružati empatijski i suosjećajni pristup; potaknuti i voditi pacijenta kako bi pronašao intrinzičnu snagu za izlječenjem i prihvaćanjem; identificirati duhovna i vjerska uvjerenja koja su od pomoći prilikom donošenja odluka o zdravstvenoj skrbi i liječenju; identificirati pacijente kojima je potrebna skrb kapelana ili drugog pružatelja duhovne skrbi.

Umirućim osobama i njihovim obiteljima Crkva može pružiti potporu u nadvladavanju boli te produbiti utjehu i vjeru prema jačanju njihovih duhovnih ciljeva, kroz sakramente pomirenja i bolesničkog pomazanja. Crkva kao zajednica pruža duhovnu asistenciju kao pripremu za smrt, kroz duhovne razgovore sa svećenikom ili kapelanom, prisustvovanja duhovnim obredima, omogućavanje utjehe putem duhovnog štiva ili pružanje sakramenta svete pričesti.³²

Pri tom i medicinska sestra procjenjuje duhovne potrebe pacijenta i pomaže mu ih ostvariti, ako pacijent ne može izaći iz bolesničke postelje te organizira dolazak pastoralnih djelatnika.

Danas raspolažemo mnogim smjernicama i pravilnicima za pružanje duhovne skrbi, gdje je uloga duhovnosti u skrbi za pacijenta, kao i uloga medicinskih sestara kroz pružanje duhovne skrbi, opće prihvaćena. Pregledom radova teoretičarki uviđamo da je duhovnost na samim počecima definiranja sestrinske prakse uvrštena u zadaće medicinskih sestara.

5. Duhovnost kroz teorije sestrinstva

Svaka disciplina ili polje zanimanja uključuje teoretsko znanje, stoga sestrinstvo kao akademska disciplina također ovisi o postojanju teorija. Prijelaz iz sestričkog zvanja u profesiju počinje s razvojem specijaliziranog znanja na kojem će se temeljiti sestrićka praksa. Osim što sestrinstvo počiva na duhovnoj skrbi, ona je također široko prepoznata kroz sestrićke teorije, a neke od njih su spomenute u nastavku.

5.1. Florence Nightingale

Čežnja za profesionalnim utemeljenjem počinje s Florence Nightingale (1820.-1910. godine), koju danas smatramo začetnicom modernog sestrinstva, a datum njezina rođenja, odnosno 12. svibanj obilježava se kao Međunarodni dan sestrinstva. Godine 1860. u bolnici Sv. Toma u Londonu prva je u povijesti pokrenula stručnu naobrazbu medicinskih sestara i time postavila temelje modernog sestrinstva i profesije za žene.

Smatrala je da su medicinske sestre žene s visokim karakternim, moralnim i etičkim vrlinama, a da su znanje i vještine medicinskih sestara glavne odrednice za poboljšanje zdravlja.³⁶ Zahtijevala je od obrazovanih medicinskih sestara idealne vrline majke, domaćice i njegovateljice, odnosno da budu odgovorne; uredne; hrabre; prisebne; požrtvovne; marljive i majčinski nježne žene koje su pokorne liječniku. Takve vrline je zahtijevala od svojih 30 medicinskih sestara s kojima je skrblila za engleske ranjenike u vrijeme Krimskog rata (1854.-1856. god), gdje su velikom požrtvovnošću i disciplinom postigle pad smrtnosti s 50% na manje od 2%. Po povratku u Englesku stekle su veliku popularnost i prozване “milosrdnim anđelima“, a Florence Nightingale “dama sa svjetiljkom“ (budući da je noću uz ručnu svjetiljku obilazila ranjenike). Svjetiljka se i danas smatra simbolom sestrinstva.

Otvaranjem škola otvorila je put za profesionalnu skrb i integraciju sestrinstva u civilno društvo. Sestrićko zanimanje je postalo društveno prihvaćeno, a medicinska sestra je u javnosti gledana kao nosilac ne samo vrijednog, već i stručnog posla.³⁷

Područje sestrinstva je postajalo sve popularnije pa dolazi do podjele između onih koji su željeli biti poznati kao profesionalci i onih koji su svoj rad doživljavali kao poziv od Boga.¹⁴

Florence Nightingale na te dvije stvari nikada nije gledala odvojeno, sestrinstvo je smatrala kao zvanje, a ne kao profesiju. Međutim, taj stav je prilično konzervirao sestrišku struku u granicama "zanimanja", uspoređujući tako njenu afirmaciju prema "profesiji".

Danas smo zahvalni na njenom definiranju zdravstvene njege kao procesa "stvaranja najpovoljnijih uvjeta kako bi prirodne snage mogle djelovati na bolesnika". Izvorno je definicija zdravstvene njege zapisana u rukopisu iz 1860. godine "*Notes on Nursing*" str. 133, a glasi : "Priroda (tj. Božja manifestacija) sama liječi... I što sestrinstvo mora učiniti... je staviti pacijenta u najbolji uvjet da priroda djeluje na njega". Nightingale piše definiciju vođena idejom o smislu života kao o konstantnom nastojanju razvijanja božanske prirode koja leži u svim ljudskim bićima. Po univerzalnom zakonu Svemira, Florence smatra da je sjedinjenje božanske prirode i pojedinca moguće samo kada su za to stvorene odgovarajuće okolnosti. Medicinska sestra bi mogla postići bolji ishod za pacijenta manipulirajući faktorima okoliša, odnosno pripremajući prirodu da djeluje, s ciljem za osposobljavanje pacijenta u najvećoj razini.

Duhovnost je smatrala svojstvenom ljudskoj prirodi, kao najdubljom i najmoćnijim resursom za izlječenje. Razlikuje duhovnost od religije, a opisuje ju kao "višu stvarnost". Duhovnost se odnosi na našu svijest o unutarnjoj povezanosti s višom stvarnošću koja se odnosi na božansku inteligenciju koja stvara, održava i organizira svemir. Smatra da kroz duhovnost dolazi kreativna energija i osjećaj svrhe koji osobi omogućavaju da razumije događaje kao što su bolest te pruža iskustvo i znanje koje može dobiti od te bolesti.

S obzirom na njenu tendenciju prema sestrinstvu temeljenom na dokazima (*Evidence based nursing care*), nikada nije odvajala duhovnost od znanosti, zapravo smatra da je znanost potrebna za razvoj zrelog poimanja Boga, kao koncepta jednog savršenog Boga koji regulira svemir kroz zakone.

U svom rukopisu "*Suggestions for Thought 1860.*", Nightingale je napisala da je svemir utjelovljenje božanske inteligencije koja regulira sve stvari kroz univerzalni zakon. Za Nightingale, zakoni i organizacijski principi svemira su "Misli Božje".³⁸

Nightingale kroz uvjerenja u univerzalni zakon i iskustva iz Krimskog rata ne vjeruje u mogućnost čudesne intervencije kao odgovor na molitve. Njen rukopis u "*Notes on Nursing 1860/1969*" str. 25: "Bog određuje određene fizičke zakone. Nakon što provodi takve zakone, ovisi naša odgovornost. Ipak, čini se da neprestano očekujemo da će On učiniti čudo, prekršiti vlastite zakone izričito kako bi nas oslobodio odgovornosti."

Svoj je život posvetila sestrinstvu, za koje je smatrala da je Božji poziv, a njena vjera i duhovnost su utjecali na sve aspekte djelovanja. Kao istraživač, statističar, vojni reformator i

reformatorka bolnica, zastupnik i reformator socijalne politike ostavila je neizostavan trag u zdravstvu i sestrinstvu.³⁹ Godine 1907. kralj Edward VII. dodijelio joj je "Orden za zasluge", koji je po prvi put u povijesti dodijeljen ženi.

Iako su duhovnost i religioznost kroz Nightingalein rad imale važnu ulogu u pristupu ranjenima i bolesnima, kako je vrijeme napredovalo, a sestrinstvo se razvijalo, medicinske sestre su postale orijentirane na ostvarenje zadataka, a duhovna dimenzija sve je više zanemarena.⁴⁰ Tek su posljednja dva desetljeća istraživači i praktičari počeli priznavati njen prioritet u skrbi.⁴¹

5.2. Virginija Henderson

Titulu najistaknutije sestre 20. stoljeća pripisujemo Virginiji Henderson, zbog dalekosežnih utjecaja na nacionalne i međunarodne sestriinske zajednice.⁴²

Virginia Henderson je definirala tri razine odnosa u interakciji medicinska sestra i pacijent gdje medicinska sestra djeluje kao: zamjena za pacijenta, pomoćnik pacijentu i partner s pacijentom.⁴³ Kako bi znala koja je razina interakcije potrebna, ona se kroz interpersonalni proces stavlja "unutar kože" pacijenata za koje skrbi.

Henderson je gledala na pacijenta kao na osobu koja zahtijeva pomoć u postizanju neovisnosti i cjelovitosti uma i tijela, a koje je medicinska sestra kompetentna osigurati kroz specifične aktivnosti zdravstvene njege.

Specifične aktivnosti zdravstvene njege usmjerene su na četrnaest osnovnih ljudskih potreba. One su poredane od jednostavnijih prema složenijima, a upravo jedanaesta glasi "pomoć pacijentu pri zadovoljavanju vjerskih potreba".

Henderson je inspiraciju za koncept zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba temeljila na teoriji hijerarhije ljudskih potreba psihologa Abrahama Maslowa. Objavljena je 1943. godine, a 1970-ih godina je revidirana novim spoznajama uz tvrdnju da postoji još viši stupanj razvoja. Dodana je potreba za kognitivnim i estetskim razvojem, odnosno za samo-transcendencijom. Osnovne ljudske potrebe su hijerarhijski konstruirane u obliku piramide, u nizu prema rastućoj važnosti: fiziološke potrebe, potrebe za sigurnošću, potrebe za ljubavlju ili pripadanjem, potrebe za poštovanjem, kognitivne potrebe, estetske potrebe, potrebe za samoostvarenjem i potrebe za samo-transcendencijom.⁴⁴ Kada najniže potrebe budu zadovoljene, motivacija za idućim potrebama raste sve dok pojedinac ne dostigne najvišu razinu, samoaktualizaciju.

Maslow je smatrao da se kroz iskustvo transcencije postiže razina svijesti koja je usredotočena na stvari izvan samog pojedinca poput altruizma, duhovnog buđenja, oslobođenja od egocentričnosti ili prostog bivanja. Navodi da pojedinac koji zadovolji hijerarhijski najvišu potrebu postiže mistično, estetsko ili emocionalno stanje u kojem osjeća snažnu radost, mir, blagostanje i svijest o krajnjoj istini i jedinstvu svega što ga okružuje.⁴⁵

Na tim osnovama, svoju je teoriju kasnije gradila svjetski poznata teoretičarka medicinskih sestara Parse, koja je 1980-ih godina prihvatila transcendentnu prirodu čovječanstva: "Sestrinstvo se odvija istodobno uzajamnom razmjenom sa svijetom koji nadilazi s većom raznolikošću i složenošću".⁴⁶

5.3. Faye Glenn Abdellah

Faye Glenn Abdellah, potaknuta s 14 osnovnih ljudskih potreba i teorijom motivacija,⁴⁷ 1960. godine je kategorizirala 21 problem u zdravstvenoj njezi. Napisala je mnogo članaka i publikacija koje iznose važnost skrbi koja je orijentirana na bolesnika i njegove holističke potrebe, a ne samo isključivo na bolest, u biološko-organskoj dimenziji pogođenosti.

Smatrala je sestrinstvo sveobuhvatnom uslugom,⁴⁸ jednako kao odgovornost medicinske sestre da "omogući pacijentov napredak prema osobnim i duhovnim ciljevima", što ujedno predstavlja aktivnost koju je klasificirala pod 16. problem zdravstvene njege.

Potrebe pacijenata je podijelila u četiri kategorije: osnovne za sve pacijente, potrebe za podupiranjem vitalnih procesa, za dodatnom skrbi i za jačanjem.

Dodatne potrebe su identificirane s potrebom za ostvarenjem osobnih duhovnih ciljeva i održavanju terapijskog okruženja koje može pozitivno utjecati na pacijenta.

Abdellah smatra kako je nužno da profesionalna medicinska sestra može prepoznati i prihvatiti negativne emocije, jednako kao i pozitivne, te potaknuti učinkovitu verbalnu i neverbalnu komunikaciju čime pridonosi razvoju produktivnog međuljudskog odnosa.⁴⁹

Između ostalog, smatrala je da medicinska sestra treba holistički promatrati svakog pojedinca i u tome podučiti pacijenta. Odnosno, olakšati mu percepciju njega samoga, educirajući ga o tjelesnim, emocionalnim, duhovnim i razvojnim potrebama. Ona pomaže pojedincu da dostigne svijest o postizanju i održavanju zdravog tijela i uma.⁵⁰

Abdellah je, poput Henderson, duhovne potrebe pacijenata promatrala kao ključnu komponentu zdravstvene njege.

5.4. Joyce Travelbee

Joyce Travelbee je cilj sestrinske skrbi definirala kao međuljudski proces u kojem profesionalna medicinska sestra pomaže pojedincu, obitelji ili zajednici u sprječavanju ili suočavanju s iskustvom bolesti i patnje te, ako je potrebno, pomoći mu pronaći smisao u tim iskustvima.⁵¹

Travelbeeina teorija o međuljudskim odnosima isticala je terapijski ljudski odnos između medicinske sestre i bolesnika, a krajnji cilj sestrinske skrbi je prisutnost nade i empatije.

Već je 1971. godine u svojoj knjizi *Interpersonal aspects of nursing* uvidjela važnost uloge spiritualne skrbi u sestrinstvu. Kako bi se bolesniku pomoglo održati nadu za životom bitne su duhovne i etičke odlike medicinske sestre. To je Travelbee objasnila u svojoj knjizi: “Vjeruje se da će duhovne vrijednosti koje drže osobu u velikoj mjeri odrediti njegovu percepciju bolesti. Duhovne vrijednosti medicinske sestre ili njena filozofska uvjerenja o bolesti i patnji će odrediti stupanj do kojeg će on ili ona moći pomoći bolesnim osobama pronaći smisao, u tim situacijama“.⁵¹

Samosvijest i samorazumijevanje, kao i razumijevanje drugog ljudskog ponašanja, sposobnost predviđanja vlastitog i tuđeg ponašanja su važni u ovom procesu. Travelbee smatra da će religiozna vjerovanja pacijenta značajno utjecati na iskustvo i sposobnost suočavanja s patnjom u kojoj se nalazi. Strategija suočavanja se odnosi na kognitivna i bihevioralna nastojanja pacijenta da razumije, prihvati ili prilagodi situaciju s ograničenjima uslijed bolesti. Suočavanje se također odnosi na tehnike rješavanja problema koje pacijent poduzima kako bi smanjio psihološko i emocionalno opterećenje.⁵²

5.5. Callista Roy

Religioznost ili religijska praksa potencijalno utječu na sve dimenzije čovjekovog životnog pogleda i funkcionalne sposobnosti, posebno u pogledu stavova i ponašanja povezanih sa zdravljem i bolešću. Religija ili vjerska praksa smatraju se jednim od značajnih kulturnih utjecaja na prilagodbu. Upravo Callista Roy religiju smatra važnom varijablom u adaptivnom procesu bolesnika na bolest.

Roy je 1976. godine istaknula svoj model prilagodbe (*Adaptation Model*) koji se fokusira na prilagodljive potrebe bolesne osobe i obitelji, naglašava psihološke i duhovne

karakteristike pojedinca. Prema modelu, duhovnost djeluje kao poticaj na prilagodljivo ponašanje.

Pojedinca definira kao skup međusobno povezanih sustava koji nastoji održati ravnotežu između različitih podražaja. U modelu prilagodbe medicinske sestre su facilitatori u interakciji s okolinom. Tako potiču pozitivnu prilagodbu i pomažu pacijentima da pozitivno reagiraju na podražaje.

Godine 1970. Roy je identificirala religiju kao primarni resurs povezan s adaptacijom na bolest, a sljedećih godina je nadopunila svoju teoriju uključivši duhovna uvjerenja, prakse i filozofije koje nisu nužno vezane za institucionalne oblike religije. Smatra kako duhovnost “omogućuje gledanje izvan materijalnog svijeta, da bismo imali centralno iskustvo traženja više sile (...) kroz duhovnost tražimo ispunjenje, smisao i svrhu u životu.”⁵³

Opisuje zadaće medicinske sestre⁵³ kroz aktivno slušanje pacijenata i obitelji; stvaranje uvjeta za povezivanje s Bogom; omogućavanje vjerskih praksi; čitanje Svetog pisma i zaštita vjerskih spisa; facilitiranje duhovnih misli i osjećaja; moleći se zajedno s pacijentom ili za pacijenta te upućivanje pacijenta prema stručnjaku za duhovnu skrb.

Callista Roy smatra da je samosvijest pojedinca važna za mogućnost prilagodbe.⁵³ Osoba koja je svjesna sebe će prije postići osjećaj dosljednosti, jedinstva, te će pojedinac postati svjesniji svoje pozicije i uloge u svijetu.

5.6. Margaret Jean Harman Watson

Margaret Jean Harman Watson rođena je 1940. godine te je cijelu životnu karijeru posvetila fenomenima skrbi, subjektivnim emocijama i iskustvima. Na svojoj službenoj stranici je objavila kako je, u onom trenutku kada je osjetila skrb iz vlastitog iskustva, počela shvaćati svoj rad na drugačijoj razini.

Danas je uvaženi profesor emeritus i dekan emeritus Sveučilišta Colorado Denver, pri Visokoj školi za zdravstvenu njegu. Autorica je više od 30 knjiga te dobitnica mnogih nagrada, dodijeljeno joj je 12 međunarodnih doktorata te 15 počasnih doktorata. Osnovala je Međunarodno udruženje za skrb o čovjeku i međunarodni konzorcij Caritas. Američko udruženje medicinskih sestara (*American Academy of Nursing*) 2013. godine je proglasilo Jean Watson živućom legendom.⁵⁴ Jean Watson je među jedinim teoretičarima medicinskih sestara koja izričito opisuje koncept duše.⁵⁵

Prije 40 godina (1979.god) Jean Watson prvi put je objavila Teoriju o skrbi za čovjeka, "*Theory of Human Caring*". Godine 1988. probuđeni interes za znanstvenim razmatranjem i teoretiziranjem skrbi rezultirao je osnivanjem Međunarodne udruge za ljudsku skrb (*International association for human caring*). Fenomen skrbi smatrali su središtem obrazovanja sestara, njihove prakse i istraživanja,⁵⁶ a međuljudsku interakciju kao temelje skrbi koja, da bi bila iscjeliteljska, mora biti sveobuhvatna.

Jean Watson je 2007. godine osnovala institut (*Watson caring science institute*) te unaprijedila filozofiju, teoriju i praksu skrbi za čovjeka, obnovila je pojmove brižnosti, iscjeljenja i etike ljubavi.⁵⁶ U svom radu ima naglasak na prisutnosti ljudske duše koju opisuje kao "duh ili viši osjećaj osobnog ja".⁵⁷ Duša nadilazi okvire fizičke, mentalne i emocionalne egzistencije pojedinca.

Osim njenih osobnih vrijednosti, vjerovanja i percepcije o životu, zdravlju i ozdravljenju, ideju dobiva od brojnih autora poput Rogersa, Gadowa, Maslowa te teoretičarki Nightingale, Henderson, Leininger, Krueter i Hall.⁵⁸

Teorija o skrbi za čovjeka strukturirana je kroz 10 karitativnih faktora ili faktora skrbi. Ti su čimbenici identificirani kao bitni aspekti skrbi u sestrinstvu, bez kojih bi medicinsko osoblje funkcioniralo poput "tehničara" koji su kvalificirani radnici unutar okvira medicinske tehno-znanosti.

Knjigom "*Nursing: human science and human care, a theory of nursing 1988.*" proširuje teoriju na filozofske i transpersonalne aspekte skrbi koji sada predstavljaju temeljni okvir. Fokus stavlja na etiku, umjetnost i duhovnost kao na dublje životne fenomene.

Fokusirajući se na jedinstvo tijela-duha-uma napisala je knjigu "*Postmodern nursing and beyond 2000.*" kojom je uvelike nadišla separatističku ontologiju modernog medicinskog mišljenja. Umjesto konvencionalne epistemologije znanosti i tehnologije, njena profesionalna paradigma se temelji na ontologiji odnosa i etičkoj osnovi. Posljednja knjiga "*Caring science as sacred science 2005.*" donosi sakralnu dimenziju fenomenu skrbi, naglašavajući da su ljudska iskustva fenomeni s duhovnim i filozofsko-etičko-moralnim dimenzijama; podsjećajući nas da živimo u misteriji jer smo u interakciji s dušom osobe koja s nama dijeli životnu silu i životnu energiju.⁵⁸

Strukturna jezgra Teorije o skrbi za čovjeka konstruirana je kroz 10 karitativnih faktora koji predstavljaju temelj sestriinske profesije. Pružaju dublju viziju i etičku predanost humanim vrijednostima u sestrinstvu. Karitativni faktori su intervencije namijenjene za promicanje transpersonalnog odnosa skrbi između zdravstvenog djelatnika i bolesnika. Sami

karitativni faktori su evoluirali u klinički proces skrbi s idejama i vrijednostima koje je postavila Jean Watson.

Karitativni faktori (1-10.) i karitativni klinički procesi (a-j) nisu potpuni bez prihvaćanja svjetonazora i filozofskog konteksta koji drže cijeli koncept. U nastavku su prikazani karitativni faktori i klinički procesi.

1. Stvaranje humanističko-altruističkih sustava vrijednosti
 - a. Kroz praksu ljubavi, suosjećanja i staloženosti prema sebi i drugima
2. Stvoriti i/ili potaknuti osjećaje vjere i nade
 - b. Biti autentično prisutan, omogućiti duboki sustav vjere-nade-vjerovanja; poštivanje subjektivnog sebe, ali i drugih
3. Kultiviranje osjetljivosti prema sebi i drugima (razvijanje osjećaja za druge)
 - c. Njegovanje vlastitih spiritualnih praksi, produblјivanje samosvijesti izvan svog ega do transpersonalne prisutnosti
4. Razvoj osjećaja pomaganja i povjerenja, odnosa u ljudskoj skrbi
 - d. Kroz transpersonalni ljudski odnos sestra ulazi u iskustvo druge osobe, a druga osoba može ući u iskustva medicinske sestre. Takav odnos nadilazi fizičko. Ta veza odaje najveću skrb za ljudsko dostojanstvo i očuvanje čovječanstva
5. Prihvaćanje i omogućavanje izražavanja pozitivnih i negativnih osjećaja - autentično slušanje druge osobe
 - e. Jedini način da se razvije osjetljivost prema sebi i drugima jest prepoznati svoje pozitivne i negativne osjećaje. Ako medicinska sestra s prihvaćanjem promatra sebe samu, spremna je istražiti vlastite osjećaje. Takva medicinska sestra ne potiskuje svoje osjećaje te je spremna potaknuti bolesnika da izrazi i istraži svoje osjećaje.
6. Sustavno korištenje znanstvenog (kreativnog) rješavanja problema procesa skrbi
 - f. Kreativna uporaba vlastite osobnosti i različitih znanja
7. Promicanje transpersonalnog poučavanja-učenja
 - g. Medicinske sestre koje prepoznaju i koriste svoju osjetljivost, promiču samorazvoju i samoostvarenju te su u stanju potaknuti isti psihološki rast u drugima, a time i u potpunosti uvidjeti njihove potrebe
8. Osiguranje okoline koja djeluje protektivno, zaštitno ili korektivno na mentalnu, psihološku, društvenu ili duhovnu dobrobit pojedinca
 - h. Stvaranje okruženja u kojem se potencira cjelovitost, ljepota, udobnost, dostojanstvo i mir - suptilno okruženje za energetske autentičnu prisutnost. Poticanje ozdravljenja na svim razinama.

9. Pomoć u zadovoljavanju ljudskih potreba

- i. Pomagati s osnovnim potrebama kao svetim djelima, ne zanemarujući spiritualni duh drugih, poštujući jedinstvo Bića kroz cjelovitost svijesti-tijela-duha.

10. Dopuštanje egzistencijalno-fenomenološke duhovne dimenzije

- j. Otvoriti se duhovnosti, misteriji i nepoznatom - dopuštajući čuda. Fenomenologija ističe subjektivno razumijevanje ljudi, opovrgava mogućnost iznošenja uzročnih objašnjenja čovjekovog vladanja, objektivnog objašnjenja i klasifikacije svijeta.⁵⁴

Svaki susret medicinske sestre i pacijenta je prilika za interakciju u kojoj se može stvoriti i doživjeti "trenutak skrbi", ovisno o svijesti oboje i filozofskoj (teorijskoj) orijentaciji medicinske sestre. Svaki će se "trenutak skrbi" uzdići van fizičkih okvira i nastaviti kao dio života i medicinske sestre i pacijenta.⁵⁸

Povijesno gledano, teoretičari sestrinstva holističkim promatranjem pojedinca su gotovo uvijek obuhvatili potrebu za zadovoljavanjem pacijentovih duhovnih potreba.¹⁴ Pružili su osnovu za znanstvenim razmatranjem i čvrsto temelje za daljnje razvijanje.

S vremenom su napredovanje sestrinske prakse, proširenje kompetencija, visoko obrazovanje i konvencionalni koncepti zdravstvene njege udaljili sestrinstvo od primarne čudi profesije, odnosno doveli do zanemarivanja duhovne dimenzije pružanja skrbi. U nastojanju da se definira čvrsto tijelo znanstveno utemeljenog sestrinskog znanja, zanemarujemo duhovnu komponentu jer nas upravo ona, kao mladu profesiju, čini apstraktnima i neizvjesnima u postavljanju okvira.³⁸

Stoga se posljednjih godina sve više propituje relevantnost spiritualnog zdravlja i povećava broj znanstvenika koji uviđaju značajan utjecaj duhovnosti i religioznosti na zdravlje.²⁰ Danas, mnoge strukovne organizacije u svijetu podržavaju potrebu za duhovnom skrbi i nastoje ju integrirati u svoje smjernice za skrb, a napose sestrinstvo.

6. Duhovna dimenzija suvremenog sestrinstva

Razvoj sestrinstva prema profesiji definira jasne argumente koji određuju srž i smisao same profesije, čime uloga medicinskih sestara u modernom društvu poprima novi značaj.

Danas, kada kažemo da su medicinske sestre stup zdravstvenog sustava, mislimo na to da se nalaze u svim granama i specijalizacijama medicine, provode ili sudjeluju tijekom dijagnostičkih pretraga, savjetuju i educiraju te skrbe za bolesnike kroz 24 sata njihove hospitalizacije, planiraju skrb i prate napredak zdravog i bolesnog pojedinca, kao profesori sestrinstva provode edukaciju te u slobodno vrijeme stječu visoko akademsko obrazovanje, sudjeluju ili provode znanstvena istraživanja, kako bi kroz cjeloživotno obrazovanje bile u kontinuitetu s potrebama pacijenata i zahtjevima zdravstvenog sustava. To se naglašava kroz brojne sestrinske paradigme.

Sestrinska paradigma je usmjerenost prema pojedincu i njegovim potrebama kroz svevremensku emocionalnu inteligenciju, empatiju i suosjećanje koji su preduvjeti za pruženu kvalitetnu skrb koja uvažava holističke potrebe bolesnika kroz primjenu integralne sestrinske skrbi, među kojima je bitno uvažavati bolesnikovu biološku, psihološku i duhovnu dimenziju zdravlja i bolesti.

Kako bi se zaštitila prava pacijenta Hrvatski je sabor 2004. godine objavio *Zakon o zaštiti prava pacijenata*. U općim odredbama zakona navedena je obaveza zdravstvenog osoblja za poštivanjem načela humanosti svake osobe koja zatraži jedan od oblika zdravstvene zaštite. Između ostaloga, načelo humanosti ostvaruje se: “zaštitom osobnosti pacijenta uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja”.⁵⁹ Shodno tome, zadovoljavanje duhovnih i vjerskih potreba, odnosno pružanje duhovne skrbi, osim što je zajednička odgovornost i moralna obaveza, ona je i zakonska dužnost svih liječnika, medicinskih sestara, psihoterapeuta, kapelana i ostalih zdravstvenih djelatnika.

Da je duhovnost neizostavna dimenzija ljudskog zdravlja prepoznala je krovna sestrinska organizacija u Hrvatskoj, odnosno Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). Kroz definiranje fizičkih i emocionalnih sestrinskih dijagnoza, medicinske sestre kontinuirano sudjeluju u procesu procjene, planiranja, provođenja i evaluacije intervencija. One su smjernice koje medicinsku sestru usmjeravaju kroz analizu, sintezu i točnost u interpretiranju složenih potreba pojedinca, obitelji ili zajednice.⁶⁰

U skladu s prethodno navedenim, medicinska sestra mora razmotriti duhovne potrebe kao dio sveobuhvatne procjene sestrinstva. Definirani su podaci koje medicinska sestra treba

prikupiti kako bi postavila ciljeve i po njima isplanirala intervencije. Neki od mogućih ciljeva su da će “pacijent nastaviti sudjelovati u prakticiranju religije“ ili “pacijent će izraziti zadovoljstvo duhovnim stanjem“.⁶⁰

Zadovoljavanje duhovnih potreba, kao dio sestrinske skrbi, potvrđuje i sestrinska dijagnoza “Duševni nemir“. Dijagnoza “Duševni nemir“ označava “stanje narušenog sustava vjerovanja i vrijednosti koji osiguravaju duhovnu snagu, nadu i smisao u životu“.⁶⁰

U tablici 1 prikazane su intervencije koje medicinska sestra treba poduzeti ako pacijent pod njenom skrbi ima zavedenu dijagnozu Duševni nemir.

Tablica 1. Intervencije medicinske sestre

Prema: Hrvatskoj Komori medicinskih sestara, (2015), str. 14

INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE

1. Aktivno slušati pacijenta
 2. Pružiti podršku, ne osuđivati
 3. Dopustiti vrijeme za izražavanje osjećaja o patnji i/ili smrti te drugih negativnih osjećaja
 4. Poštovati pacijentova uvjerenja, izbjegavati nametanje vlastitih stavova
 5. Osvijestiti važnost zadovoljavanja duhovnih potreba
 6. Izraziti spremnost u pružanju podrške pri zadovoljavanju duhovnih potreba
 7. Omogućiti razgovor s vjerskim/duhovnim skrbnikom/vođom
 8. Osigurati privatnost i prostor za dnevne vjerske rituale
 9. Omogućiti pacijentu sudjelovanje u molitvi s drugim članovima zajednice ili osobljem
 10. Osigurati dostupnost vjerskih materijala (slike, knjige, relikvije)
 11. Nadzirati i poticati ostvarenje socijalnih kontakata i uključivanje u socijalno okruženje
 12. Poticati primjenu meditacije, vođene imaginacije, terapijskog dodira, relaksacije te bavljenje umjetnošću, čitanjem, glazbom, poezijom i sl.
 13. Pomoći pacijentu u izradi liste vlastitih vrijednosti i uvjerenja
 14. Pomoći pacijentu u razvijanju vještine suočavanja s bolešću i promjenama životnog stila
 15. Poticati/promovirati opraštanje i suosjećanje
 16. Uključiti pacijenta u izradu plana zdravstvene njege
 17. Educirati pacijenta o utjecaju bolesti na način života
 18. Educirati obitelj o promjenama u emocionalnom i psihološkom stanju
-

Vjerski obredi imaju posebno snaženje tijekom patnje i bolesti, a molitva, sakramenti, blagoslov imaju duhovni i terapijski utjecaj na pacijenta koji ih je primio. Sakramenti kao što su primanje pomirenja ili svete pričesti utječu na pozitivno vrednovanje života i zadržavaju dostojanstvo bolesne osobe.³² Tako zadovoljene duhovne potrebe mogu potaknuti nadu i smanjiti strah za vlastitu budućnost.

U sklopu brojnih kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj postoje kapelice, Crkve ili prostori za molitvu. U Zagrebu, u Kliničkoj bolnici Dubrava, bolnička kapela omogućuje primanje sakramenta pomirenja i duhovne okrepe te mogućnost pružanja istog u bolesničkim sobama.⁶¹ Klinički bolnički centar Rebro i Sestre milosrdnice u sklopu bolnice također imaju crkvu, a Klinika za dječje bolesti Klaićeva i brojne druge, unutar bolnica, imaju oformljene bolničke kapele koje omogućuju pružanje sakramenata.

Pri ostvarenju zadovoljenja bolesnikovih duhovnih potreba, medicinska sestra je facilitator između obitelji pacijenta, svećenika i liječnika. Kako bi postigla najveću dobrobit za pacijenta, ona koordinira dolazak ili odlazak za crkvene sakramente.

Nerijetko su medicinske sestre svjesne da duhovnost ima važnu ulogu u zdravlju pojedinca, ali svejedno ne provode duhovnu skrb. Kroz iduće poglavlje dan je pregled literature o suzdržavanju od intervencija u duhovnom području pojedinca.

7. Kompetencije i prepreke u provedbi sestrinske duhovne skrbi bolesnika

Teoretičari duhovne skrbi Leeuwen i Cusveller pregledom postojeće literature u radu *“Nursing competencies for spiritual care 2004.”* odgovaraju na pitanje koje kompetencije bi medicinska sestra trebala imati kako bi uspješno pružila duhovnu skrb. Podijelili su profil kompetencija na tri osnovne domene; svijest i samosvijest medicinske sestre; duhovne dimenzije procesa skrbi; osiguranje kvalitete i stručnosti te na šest ključnih kompetencija koje je medicinska sestra u stanju provesti:

- Prikupljanje informacija o duhovnosti bolesnika; u uobičajenoj duhovnosti ili religijskoj pozadini, mističnim i vjerskim iskustvima, o ulozi navika, rituala, simbola i tradicija u svakodnevnom životu bolesnika; medicinska sestra identificira potrebe
- Razgovarati s bolesnikom i članovima tima o planiranju i pružanju duhovne skrbi
- Pružiti i ocijeniti duhovnu skrb s pacijentom i članovima tima
- Suočavanje s vlastitim vrijednostima, uvjerenjima i osjećajima kroz profesionalan odnos s pacijentima različitih uvjerenja i religija
- Na brižan način riješiti temu duhovnosti s pacijentima iz različitih kultura
- Doprinijeti osiguranju kvalitete i poboljšanju stručnosti u pogledu duhovne skrbi u organizaciji⁶²

Ranije je spomenuto da su medicinske sestre obvezane pružiti duhovnu skrb, ali postoje brojni razlozi zašto nisu u stanju ispuniti duhovne potrebe pacijenata.

Ustručavanje od vlastite duhovnosti bi mogao predstavljati jedan u nizu razloga zašto se medicinske sestre radije ne obaziru na duhovne potrebe.

Glavne prepreke duhovnoj skrbi odnose se na nemogućnost definiranja pojma duhovnosti; nedostatak jasno definirane uloge medicinske sestre u pružanju duhovne skrbi; nedostatak obrazovanja i edukacije o duhovnosti te nedostatak sestara za pružanje duhovne skrbi, a shodno tome i vremenska ograničenja.²³

Druge studije također su potvrdile da je nedostatak vremena najzastupljenija barijera. Mnoge medicinske sestre nemaju dovoljno vremena za raspravu o problemima svojih pacijenata zbog istodobnog posla i rješavanja vitalnih simptoma.⁶³

Moguće barijere u pružanju duhovne skrbi su strah od reakcije pacijenta na pokušaje pružanja duhovne skrbi, tj. strah da se ne prekorači granica između privatnosti i profesionalnosti.

Nedostatak samopouzdanja medicinske sestre također može doprinijeti suzdržavanju u procjeni duhovnih potreba pacijenta.⁶⁴

Kulturne i vjerske razlike mogu također utjecati na sposobnost pružanja duhovne skrbi.⁶⁵

Istraživanje provedeno na Tajlandu s uzorkom od 200 bolničkih medicinskih sestara potvrđuje da spremnost medicinskih sestara za pružanjem duhovne skrbi ovisi o njihovom obrazovanju i znanju o duhovnoj skrbi.⁶⁶ Medicinske sestre, općenito su bile spremne pružiti duhovnu skrb svojim pacijentima, posebno na područjima slušanja; pratnje; pružanja vjerovanja; omogućavanja interakcije te poštovanja vjerskih i kulturnih uvjerenja, iako se samo 12,5% njih osjećalo kao da je steklo odgovarajuće obrazovanje.

Medicinske sestre koje su kroz redovno školovanje slušale o važnosti spiritualne skrbi su spremnije krenuti u procjenu duhovnih potreba te “omogućiti duhovnu komunikaciju“ od onih koje nisu imale prethodne edukacije. Nadalje, one koje su prošle obrazovanje za duhovnu skrb, kao dio kontinuiranog profesionalnog razvoja, bile su spremnije pružiti duhovnu skrb poput “voditi svoje pacijente da pronađu povjerenje“ od onih koji nisu pohađale takvu obuku.⁶⁶

Kako bi se uvidjela i dokazala važnost pružene duhovne skrbi nužno je istu dokumentirati. Medicinske sestre s dokumentiranjem duhovne skrbi i interakcije s pacijentom, podižu svijest o važnosti ove skrbi.⁶⁷

Dok neki autori smatraju da medicinske sestre ne trebaju posebnu naobrazbu za pružanje duhovne skrbi,⁶⁸ autori poznati po suradnji s Britanskim vijećem i WHO-om, Wright i Neuberger pozivaju na promjene u obrazovanju kako bi se duhovnost integrirala u zdravstvenu njegu. Godine 2012. izdali su manifest o duhovnosti u sestrinstvu te kroz sedam točaka prikazali mjesto duhovnosti u zdravstvu.

1. Duhovna skrb nije luksuz, ali ide u srce skrbi
2. Obrazovni programi koje medicinske sestre poduzimaju moraju pružiti duboko razumijevanje onoga što ljudi misle pod duhovnošću
3. Treba postojati ponuda obrazovnog programa za medicinske sestre koji se odnose na duhovnu skrb
4. Radna mjesta medicinskih sestara u idealnom slučaju trebaju svim pacijentima omogućiti duhovnu podršku
5. Duhovnost ima izravan učinak na zdravlje i dobrobit
6. Duhovna skrb je bitna za kontinuirano usavršavanje svih medicinskih sestara
7. Duhovna skrb pojačava iscjeliteljsko okruženje⁶⁹

Autori manifesta tvrde da je pozornost posvećena duhovnosti jednako važna kao što su vještine i resursi te da je ona put prema sprečavanju mogućih situacija zlostavljanja i zanemarivanja pacijenata.

Iako nam propisane smjernice olakšavaju put, važno je imati na umu da svaka osoba ima jedinstvenu duhovnost te se pružanje duhovne skrbi ne može izvesti iz knjige postupaka; podjednako je važno da medicinska sestra razumje vlastitu duhovnost kako bi intervenirala u polju duhovnih potreba pacijenta.⁷⁰

Medicinska sestra u pružanju duhovne skrbi nije vanjski promatrač, već je u potpunosti involvirana u proces, kroz interakciju s pacijentom pokazuje poštovanja prema njegovim uvjerenjima te nema namjeru “pokazati mu pravi put“, odnosno ne namjerava nametnuti drugačije vrijednosti i uvjerenja.

Za prepoznavanje pacijentovih potreba ključno je slušati duhovne aspekte bolesti, biti ohrabrujuć i suosjećajan, pokazivati autentičnost, osjetljivost, iskrenost, nesebičnost i pristupačnost prema svim aspektima bolesnikovog stanja. Takva medicinska sestra je kompetentna procijeniti potrebu za uključivanjem duhovnog pastora ili obitelji u pružanju skrbi, ali i rješavati radne probleme unutar kolektiva, kao i govoriti javno s kolegama o načinima pružanja duhovne skrbi.

Zdravstveni radnici, također kao duhovna bića, mogu imati osjećaje frustracije, straha od bolesti ili smrti, stoga trebaju prepoznati i priznati osobna ograničenja te uskladiti zdravstvene stručnjake koji najbolje mogu pružiti duhovnu skrb potrebnu pacijentu.

Kroz usredotočenost na iscjeljenje cijele osobe ona promatra svaki utjecaj koji može djelovati kao dobrobit na pacijenta, a posredno tome dolazi do sve veće samosvijesti nje same, do samoodgovornosti i duhovnosti u vlastitom životu.¹⁴

Poznavajući pojam holističke skrbi, medicinska sestra, kako bi postala ravnopravni partner u procesu ozdravljenja, koristi svoje teorijsko i stručno znanje, jednako kao i intuiciju vezanu za skrb pacijenata. Teorijsko i stručno sestrinsko znanje u granama kirurške i neurokirurške skrbi nije bilo dovoljno za odgovor na nagli rast neuroloških oboljenja. Uslijed potrebe za medicinskim sestrama koje su educirane i kompetentne na području pružanja neurološke, ali i duhovne skrbi, oformilo se neurološko sestrinstvo te se otvaraju brojne udruge neuroloških medicinskih sestara.

8. Neurokirurško sestrinstvo

Sredinom 20. stoljeća, medicinski napredak i razvoj zdravstvene tehnologije dovodi do potrebe za specijaliziranim obrazovanjem, osposobljavanjem i certificiranjem profesionalaca. Kako su se grane kirurgije i neurologije razvijale, rađala se potreba za sve većim kadrom koji ima specijalizirano znanje tih područja. Uvjet za podizanje kvalitete skrbi za osobe s neurološkim deficitima je udruženje nekoliko profesija, a to su sestrinstvo, medicina i kirurgija. Potreba za subspecijalizacijom u poljima neurologije i neurokirurgije pokreće novu disciplinu sestrinstva, zvanom neurološko sestrinstvo.

Neuroznanstveno sestrinstvo predstavlja jedinstveno područje sestrinske prakse, specijalizirano za skrb pacijenta s poremećajem neurološkog sustava. Takva skrb obuhvaća sve razine ljudskog postojanja biološke, psihološke, socijalne i duhovne dimenzije pacijenta. Biti neuroznanstvena sestra uključuje provedbu istraživanja u polju neuroznanosti, promociju zdravlja i edukaciju populacije u svrhu sprječavanja neuroloških poremećaja.⁷¹

Potreba za neurosestrinstvom prvi se put javila prilikom skrbi za ozlijeđene tijekom II. svjetskog rata (1939.-1945.) i Korejskog rata (1950.-1953.). Drugi svjetski rat je potaknuo razvoj intenzivnih jedinica za skrb kritično ugroženih ranjenika. Godine 1943., u sklopu bolničkih odjela, otvaraju se prva `šok`-odjeljenja za reanimaciju žrtava rata i predoperacijsku pripremu. Ograničeni broj dostupnih profesionalnih medicinskih sestara tijekom ratnih godina potaknula je razvoj edukacije neuroloških medicinskih sestara.⁷²

Sestrinstvo je u neurokirurgiji službeno priznato tek 1968. godine osnivanjem Američkog udruženja neurokirurških medicinskih sestara (*American Association of Neurosurgical Nurses AANN*). Godine 1984. udruženje mijenja ime u Američko udruženje neuroznanstvenih medicinskih sestara (*American Association of Neuroscience Nurses AANN*), radi boljeg prikaza raznolikosti praksi članova organizacije.

Neuroznanstveno sestrinstvo uključuje neurokiruršku i neurološku skrb. Cilj organizacije je isti danas kao i 1968. godine, a to je promicanje i promoviranje interesa, obrazovanja i visokih standardiziranih praksi u specijaliziranom području neuroznanstvenog sestrinstva.⁷²

Svjetska federacija neurokirurških medicinskih sestara u suradnji sa Svjetskom federacijom neuroloških kirurga propisuju ciljeve: poboljšanje neurokirurške skrbi, razmjena i širenje znanja/ideja između neurokirurških medicinskih sestara te poticanje istraživačkog rada u kliničkoj zdravstvenoj njezi.⁷³ U skladu s tim, mnoge su zemlje prepoznale vitalnu ulogu neuroloških medicinskih sestara u medicinskom timu te organizirale udruženja sa

sličnim ciljevima koji najčešće uključuju ideje o visokim standardima skrbi za neurološke pacijente i kontinuirano profesionalno obrazovanje iz polja neuroznanosti.⁷¹

Neke od organizacija su Europsko udruženje neuroznanstvenih sestara (*European Association of Neuroscience Nurses*), Britansko udruženje neuroznanstvenih sestara (*British Association of Neuroscience Nurses*), Udruženje neuroznanstvenih sestara Australije (*Australian Neuroscience Nurses' Association*) te mnoge druge.

Hrvatsko sestринство je također prepoznalo potrebu za usavršavanjem prakse medicinskih sestara i tehničara u pružanju zdravstvene skrbi iz područja neurokirurgije te je 2010. godine, u sklopu Klinike za neurokirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice, osnovana Udruga medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske (UMSTNKH), engl. *Croatian Neurosurgery Nurses Association CNNA*. Sa zajedničkim ciljem za boljom organizacijom trajnog usavršavanja medicinskih sestara i tehničara iz područja neurokirurgije, UMSTNKH od 2015. godine djeluje unutar Udruge neurokirurga jugoistočne Europe (*Southeast Europe Neurosurgical Society SENS*).⁷⁴ S namjerom za pružanje izvora znanja o zdravstvenoj njezi za neurološkog bolesnika HKMS 2013. godine objavljuje priručnik pod nazivom "Zdravstvena njega neurokirurških bolesnika". Priručnik uključuje sveobuhvatno teorijsko znanje uključujući specifične neurološke probleme, aktualne standarde skrbi, sestriinske dijagnoze, intervencije i očekivane ishode te tehnološko znanje.

U priručniku za zdravstvenu njegu neurokirurških bolesnika navedene su temeljne vrijednosti koje odlikuju neurokiruršku medicinsku sestru, a to su:

- "Izvršnost - postavljanje visokih standarda u postizanju ciljeva
- Inovativnost - prihvaćanje promjena, razvoj kreativnosti, kontinuirano učenje i osobni razvoj
- Suradnja - gradnja unutarnjih i vanjskih odnosa s ciljem timskih postignuća, stavljanje općeg dobra ispred osobnih interesa
- Integritet - izgradnja povjerenja kroz poštovanje, iskrenost, transparentnost i odgovornost
- Vizionarstvo - jasna, prepoznatljiva i specifična vizija budućnosti"⁷⁵

Neurokirurške medicinske sestre skrbe za širok spektar pacijenata s disfunkcijom neurološkog sustava. Mnogi su neurokirurški bolesnici primljeni na odjele nakon nesreća. Neka stanja koja mogu rezultirati potrebom neurokirurgije su neoplazma mozga ili leđne moždine, trauma glave ili leđne moždine, krvarenja u mozgu, cerebralne vaskularne nesreće ili napadaji.⁷⁶

Američki neuroznanstvenici su uvidjeli da je kompetentnost i samopouzdanje neuroloških medicinskih sestara od vitalnog značaja za pružanje postoperacijske zdravstvene njege. Neurokirurg Raskin je zajedno s ostalim partnerima Medicinskog veteranskog centra u američkoj državi Oregon objavio vodič za neurokiruršku sestrinsku praksu s detaljnim grafičkim opisima i uobičajenim neurokirurškim zahvatima.⁷⁷ Autori su pretpostavili da bi to povećalo samopouzdanje, ali i sposobnost medicinskih sestara za efikasno upravljanje određenim situacijama i premošćivanje razlika u komunikaciji između kirurških timova i medicinskih sestara.

Neurološke medicinske sestre sudjeluju u mnogim područjima, neki od njih su nadgledanje neuroloških pregleda; davanje lijekova; savjetovanje liječnika o napretku pacijenta. Vještine koje svaka neurološka sestra ima uključuju procjenu neurološkog statusa, održavanje disanja, upravljanje napadajima, prepoznavanje i upravljanje povišenim intrakranijalnim tlakom.⁷¹ Neurološka stanja mogu biti akutne prirode gdje medicinska sestra mora biti pronicljiva i učinkovita, a kroz brzo upravljanje promjenjivim situacijama može osigurati bolje rezultate za pacijente.

Na odjelima intenzivnog liječenja (JIL) i intenzivne njege (JINJ) medicinski djelatnici najprije osiguravaju vitalno ugrožene funkcije pacijenata. Uslijed nesvjesne trijaže dolazi do zanemarivanja duhovnih potreba koje su osobito važne tijekom kritičnih događaja životno ugroženih pacijenata i njihovih obitelji. Upravo iz tog razloga Američko udruženje za intenzivnu skrb (*American College of Critical Care Medicine ACCM*) je 2004. godine objavilo smjernice kliničke prakse za podršku obitelji koja skrbi za pacijenta primljenog na odjelne JIL i JINJ.

Smjernice naglašavaju važnost duhovne i vjerske potpore u obliku četiri posebne preporuke: procjena i uključivanje duhovnih potreba u plan zdravstvene njege na odjelima JIL-a; edukacija za duhovnu skrb za liječnike i medicinske sestre; interdisciplinarni liječnički uvid/procjena duhovnih potreba pacijenta; uvažavajući molbe pacijenata da se mole s njima.⁷⁸

9. Život s neurološkim deficitom

Prema WHO "produženje očekivane životne dobi i starenje populacije na globalnoj razini predviđaju porast učestalosti neuroloških i drugih kroničnih poremećaja te invalidnosti",⁷⁹ i naglašava da je "teret neuroloških poremećaja ozbiljno podcijenjen tradicionalnim epidemiološkim i zdravstvenim statističkim metodama koje uzimaju u obzir samo stopu smrtnosti, ali ne i stopu invalidnosti",⁷⁹ dok su 2016. godine neurološki poremećaji bili vodeći uzrok invaliditeta i drugi vodeći uzrok mortaliteta.⁸⁰

Među najvažnijim javnozdravstvenim aspektima neuroloških poremećaja, a to su: demencija, epilepsija, glavobolja, multipla skleroza, Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest, moždani udar, neuroinfekcije, neurološki poremećaji povezani s pothranjenošću, bol povezana s neurološkim poremećajima i traumatske ozljede mozga.⁷⁹

Zadnji statistički podaci svjetske populacije iz 2016. godine pokazuju da svake godine uslijed moždanog udara umire više od 6 milijuna ljudi; više od 50 milijuna ljudi ima epilepsiju; 47,5 milijuna ljudi boluje od demencije, s incidencijom od 7,7 milijuna novooboljelih svake godine gdje je Alzheimerova bolest uzrok demencije u 60–70% slučajeva.⁷⁹

Demografska tranzicija stanovništva Republike Hrvatske (RH) u usporedbi s drugim europskim zemljama, prikazuje RH kao jednu od zemalja s najstarijom populacijom (>65 godina).⁸¹ Prema posljednjem popisu stanovništva, 2011. godine, 17,70% je udio stanovništva starijeg od 65 godina.⁸² Pri ovim podacima, očekuje se da će potreba za svakodnevnom i dugotrajnom pomoći porasti, dijelom zahvaljujući starenju populacije i sve većoj učestalosti dugoročnih stanja kao što je demencija. Predviđa se da će jedna od tri osobe imati potrebu za zdravstvenom njegom prije navršениh 65 godina, a gotovo će svaka osoba nakon 65 godine trebati neki oblik skrbi.⁸³

Državni zavod za statistiku RH prilikom popisa stanovništva 2011. godine je prikupio podatke pod rubrikom "Stanovništvo s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti prema potrebi za pomoći druge osobe i korištenju pomoći druge osobe". Potvrđeno je da 17,7% populacije ima teškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, od kojih je 46,5% starijih od 65 godina.⁸⁴

Po procjeni stanovništva 2017. godine u RH, najveći udio stanovništva u dobi od 65 i više godina živi u ruralnim područjima Ličko-senjske županije.⁸⁵ Popis stanovništva iz 2011. godine također potvrđuje da je u Ličko-senjskoj županiji najveći postotak stanovništva >65

godina, odnosno 24% populacije.⁸² Ovakva situacija predstavlja neposrednu opasnost da se neurološkim bolesnicima ne pruži adekvatna zdravstvena njega ili liječenje.

Neurološke specijalnosti i njihovi resursi su u zemljama s niskim i srednjim prihodima nesrazmjerno oskudni u usporedbi s drugim medicinskim djelatnostima. U prilog tome ide činjenica da neurološke usluge nisu dostupne u zdravstvenim sustavima ruralnih područja.⁸⁶

Kada govorimo o neurološkim bolestima mislimo na poremećaje koji nastaju zbog bolesti središnjeg ili perifernog živčanog sustava, odnosno radi oboljenja jednog dijela živčanog sustava: mozak, neuroni, leđna moždina, kranijalni živci ili periferni živci, korijeni živaca, autonomni živčani sustav, mišići ili neuromuskularni spoj. Neurodegenerativne bolesti su neizlječiva stanja koja vode do progresivnog propadanja i trajnog odumiranja neurona što dovodi do poteškoća s lokomotornim sustavom i mentalnim funkcijama, odnosno demencijama.

Neurološke bolesti izazivaju različite izazove za djelatnike zdravstvenih usluga. Funkcionalna i kognitivna oštećenja koja dolaze s progresivnom neurološkom bolešću su često nepredvidiva u svojem karakteru, intenzitetu i trajanju. Takva klinička slika mijenja život pacijenta i značajno smanjuje kvalitetu života pacijenta i njegove obitelji.

Doktorica neurologije, usko specijalizirana za palijativnu njegu pacijenata koji žive s neurološkim bolestima, Gofton je sa suradnicima neurologije objavila tri ključna izazova u pružanju palijativne skrbi za pacijente s neurološkim bolestima, a koje možemo identificirati s izazovima u pružanju cjelokupne, holističke skrbi:⁸⁷

1. Nesigurnost uslijed prognoze bolesti, napredovanja bolesti te dostupnosti podrške
2. Neusklađenost podataka, stavova i vještina pružatelja skrbi, timova za zdravstvenu njegu, njegovatelja i obitelji
3. Egzistencijalne patnje specifične za neurološku bolest uključujući emocionalne, psihološke i duhovne patnje koje su posljedica gubitka funkcije, autonomije te moguće smrti

Neurološki pacijent najčešće ima potrebu za cjeloživotnom neurološkom skrbi. Proširenjem sestrinske prakse naglasak sestrinske neurološke skrbi više nije fokusiran na epizodama bolesti, već se odnosi na skrb o pacijentu tijekom njegovog cijelog životnog vijeka⁷¹ i na široki spektar zdravstvenih stanja, među kojima je važno osigurati njegovu psihološku i duhovnu podršku.

10. Duhovne potrebe neurološkog bolesnika

Znajući da neurodegenerativni poremećaji i drugi uzroci oštećenja mozga mogu modulirati vjerska i duhovna iskustva, vjerovanja i vrijednosti te da ista mogu djelovati na njegovo suočavanje s bolešću, ozdravljenje ili rehabilitaciju, neurološke medicinske sestre ne smiju izostaviti svakodnevnu promjenu vjerskih i duhovnih potreba pojedinca.

Teret neurološke bolesti često uključuje kognitivne, emocionalne i psihološke smetnje, oštećenje govora, a kasnije i komunikacije, otežanu pokretljivost, ograničene funkcije disanja i gutanja te širok raspon nepredvidivih utjecaja na društveni, obiteljski i radni aspekt života. Ovi gubici doprinose duhovnim i egzistencijalnim problemima koji su unutar zadaća medicinskih sestara.

Mnoge publikacije pokazuju da su vjerska uvjerenja povezana s određenim regijama mozga poput limbičkog sustava, talamusa, otočnog korteksa, prednjeg i stražnjeg korteksa cingulata.⁸⁸ Utvrđeno je da volumen sive tvari mozga osobito ulazi u korelaciju s duhovnošću. Ustanovljeno je da naročito fronto-temporalna demencija i epilepsija temporalnog režnja mijenjaju religijsko ponašanje,⁸⁹ tijekom snimanja elektroencefalografije zabilježena je vjerska zabluda ukazanja i misionarska revnost. Smanjenje volumena desnog hipokampusa povezano je s hiperreligioznošću kod bolesnika s epilepsijom i sklerozom desnog hipokampusa.⁹⁰ Možemo zaključiti da desna hemisfera mozga ima posebnu funkciju u iskustvenim i osobnim vrijednostima koje su povezane s tjelesnim, emocionalnim i duhovnim iskustvom.

Poznato je da duhovnost može igrati važnu ulogu u određivanju psihološkog blagostanja pacijenata, što je o nedavno potvrđeno u životu pacijenata koji pate od neuroloških stanja. Američko istraživanje provedeno 2018. godine kroz ispitivanje 354 neuroloških pacijenata potvrđuje da osobe suočene sa životnom prijetnjom neurološke bolesti, uz čvrsti egzistencijalni duhovni sustav vjerovanja, mogu doživjeti viši osjećaj sreće od onih koji nemaju duhovna uvjerenja.⁹¹ Pritom se sreća mjerila Pembertonovim indeksom sreće (*The Pemberton Happiness Index PHI*) kao integrativnim mjerilom psihološkog, socijalnog i iskustvenog blagostanja. Dakle, snaga egzistencijalnog duhovnog sustava vjerovanja pojedinca može utjecati na suočavanje sa životnim nedaćama, a time i utjecati na kvalitetu života neurološkog bolesnika.

Unatoč odvajanju medicine i mistike, sve je veći broj znanstvenih istraživanja koji potvrđuju "religioznost i duhovnost" kao pozitivne strategije kod općeg zdravstvenog stanja

ljudi s neurološkim bolestima. U nastavku ćemo spomenuti specifičnosti nekih neuroloških stanja čija incidencija raste sa starošću stanovništva.

Alzheimerova bolest

Alzheimerova bolest je trajni, progresivni poremećaj mozga tijekom kojeg dolazi do trajne degeneracije neurona i progresivnog gubitka kognitivnih funkcija poput pamćenja, razmišljanja, rješavanja problema ili održavanja pažnje. Uzrokuje 60-80% slučajeva demencija populacije, a uzroci demencije mogu biti različiti ovisno o vrstama moždanih promjena; amiloidni plakovi; neurofibrilarni; tau proteini u mozgu; promjene u strukturi i funkciji mozga.⁹²

Gubitak kognitivne funkcije kod pacijenata budi značajan psihološki stres jer su dovedeni u stanje da ovise o pomoći, što može dovesti do depresije, tjeskobe i usamljenosti. Štoviše, kako se kognitivni gubici pogoršavaju, depresivni simptomi mogu se povećavati. Alzheimerova bolest, zbog oštećenja kognitivnih funkcija, smanjuje sposobnost pacijenta da se suoči s gubitkom funkcija.

Potvrđeno je da viša razina duhovnosti i privatne religioznosti utječu na sporiju progresiju Alzheimerove bolesti.⁹³ Brojna istraživanja potvrđuju duhovnost kao važan resurs starijih osoba koje pate od kroničnih, teških i terminalnih stanja. Certificirana i doktorirana gerontološka medicinska sestra Beuscher kroz suradnju sa Centrom gerijatrijskih medicinskih sestara u Americi, ističe važnost duhovnosti kod starijih osoba s ranom fazom Alzheimerove bolesti. Trećina sudionika njihovog istraživanja je sugerirala kako im je osobna duhovnost važna u prihvaćanju gubitaka. Vjerovanje u Boga im je pomoglo da prihvate tijek bolesti te se oslobode straha i tjeskobe.⁹⁴

Epilepsija

Izraz epilepsija potječe od starogrčke riječi koja znači "osvojena vanjskom silom". Naziv potječe od neznanja, praznovjerja i sramotnih etiketa nakon kojih slijedi 100 godina društvene stigmatizacije oboljelih. Tek je Hipokrat (5. st. p.n.e.) odbacio epilepsiju kao "božansku bolest" i dao činjenice o neurološkom stanju mozga. Pogrešne interpretacije duhovnih i religijskih manifestacija epilepsije mogu pridonijeti diskriminaciji i socijalnoj izolaciji. No ima li religijsko i duhovno nasljedstvo epilepsije ikakvu znanstvenu pozadinu?

Epilepsija je poremećaj središnjeg živčanog sustava obilježen abnormalnom moždanom aktivnošću, što uzrokuje napadaje ili razdoblja neobičnog ponašanja, senzacija, a ponekad i gubitak svijesti.

Potvrđeno je da su religiozna uvjerenja značajno veća kod osoba s epilepsijom temporalnog režnja nego kod bolesnika s drugim neurološkim poremećajima.⁹⁵

Duhovni i religiozni fenomeni u epilepsiji mogu se javiti tijekom sve tri faze: iktalne, postiktalne i interiktalne. Mnogo je rasprava vezanih za hiperreligioznost koja se javlja u interiktalnoj fazi. Ona se odnosi na sve što se događa u periodu između epileptičkih napadaja/iktusa. Interiktalno, moguće su promjene osobnosti, pojava hiperseksualnosti, agresivnosti ili pojačanih strahova te pojačan interes za religiju i kozmologiju.⁹⁶ Glavno obilježje sindroma interiktalne ličnosti kod epilepsije temporalnog režnja je pojava hiperreligioznosti te intenzivne filozofske i kozmološke zabrinutosti.⁹⁷

Religioznost i duhovnost su također povezane sa nižom stopom komorbiditeta kao što je suicidalno ponašanje. Koenig je utvrdio da duhovne prakse pozitivno utječu na nižu stopu suicida, manju stopu anksioznosti i depresije,⁹⁸ a time uzrokuju dobrobit za pacijente koji pate od epilepsije.

Zdravstveni stručnjaci u obzir bi trebali uzeti da iz duhovnosti i religioznosti proizlaze mehanizmi suočavanja s bolešću, koji bi mogli predstavljati ključne obrasce ponašanja tijekom liječenja i održavanja epilepsije⁹⁹ te s tom spoznajom planirati zdravstvenu skrb. Također treba imati na umu da neki antiepileptički lijekovi uslijed svog učinka na emocije, spoznaju i ponašanje, imaju utjecaj na duhovnost i religioznost pojedinca.¹⁰⁰

Multipla skleroza

Multipla skleroza je bolest središnjeg živčanog sustava gdje dolazi do demijelinizacije živčanih vlakana. Kao posljedica toga, dolazi do pogoršanja zdravlja ljudi s poremećajima posebno u područjima koja su povezana s odgovorima koji ovise o funkcioniranju središnjeg živčanog sustava. Ovisno o mjestu demijelinizacije, može doći do pogoršanja kognitivnog i emocionalnog funkcioniranja ili razine pokretljivosti.

Multipla zahtijeva sveobuhvatnu skrb uslijed najčešćeg progresivnog tijeka gdje su osobna iskustva različita i nepredvidiva. Karakterizirana je periodima simptoma među kojima su najčešći gubitak ravnoteže i vida ili ukočenost udova, s povremenim razdobljima djelomične ili potpune remisije, ali konstantnim napredovanjem i razvijanjem sve većeg stupnja onesposobljenosti.¹⁰¹ Ovi su uvjeti vrlo složeni i uključuju razne probleme poput fizičkih, psihičkih i emocionalnih problema, a za sada nema određenog lijeka.

Probleme ove bolesti moguće je optimizirati isključivo holističkim pristupom osobi. Uslijed nepoznavanja uzroka, tijeka i liječenja pacijenti su često depresivni i doživljavaju socijalnu izolaciju ili prijavljuju nižu kvalitetu života.¹⁰²

Religiozno vjerovanje i duhovnost su važni čimbenici mentalne podrške pacijentima koji pate od složenih komorbiditeta multiple skleroze.¹⁰³ Česti komorbiditeti su bol, poremećaj raspoloženja i oštećene kognitivne funkcije. Putem anketnog istraživanja iz 2009. godine gdje je bilo uključeno 2994 osobe oboljele od multiple skleroze, saznajemo da bol pogađa 44–80% bolesnika, a depresija više od 50% bolesnika. Osim što su bol i depresija česti komorbiditeti, upravo je dokazano da emocionalne, fizičke i druge stresne situacije mogu utjecati na napredak multiple skleroze, odnosno, da kronični stres može povećati rizik od autoimune reakcije tijela.¹⁰⁴

Koenig i suradnici kroz svoje su istraživanje ispitali odnos između duhovnosti, patnje i kronične boli. Shvatili su da "duhovno i religiozno suočavanje može utjecati na niz fizioloških, psiholoških, neuroloških i emocionalnih područja koja utječu na toleranciju i percepciju boli".¹⁰⁵ Bespomoćnost koja nastaje uslijed poremećaja vezanih uz bolove tijekom svakodnevnih aktivnosti može pokrenuti simptome depresije, kao rezultat smanjene sposobnosti sudjelovanja u duhovnim aktivnostima ili aktivnostima koje su od osobnog smisla. Također, depresivni simptomi vezani uz bol mogu smanjiti učinkovitost i motivaciju za ispunjenje duhovnih potreba.

Imajući na umu da bol može promijeniti svakodnevnu rutinu pojedinca, ograničiti njegove aktivnosti ili bitno smanjiti kvalitetu života, zdravstveni djelatnik se ne smije staviti u poziciju propitivanja istinitosti intenziteta boli. Kronična bol će produbiti negativna emocionalna stanja, poput beznada i bespomoćnosti, te pridonijeti depresivnim simptomima.

Potvrđen je utjecaj duhovnog blagostanja, odnosno spoznaja smisla i unutarnjeg mira na nižu razinu boli i rjeđe javljanje depresivnih simptoma.¹⁰⁶ Dakle, pružena duhovna skrb, zadovoljene duhovne potrebe i osjećaj spokoja mogu pridonijeti smanjenju boli i manjoj upotrebi analgetika.¹⁰⁷

Medicinske sestre moraju učinkovito i uspješno integrirati koncept duhovne skrbi te, kroz holističku skrb, odgovoriti na isprepletene potrebe MS pacijenata. Važno je da pacijent uslijed ograničenih funkcija i mogućnosti ne osjeća krivicu te da ih prihvati i nauči se živjeti s njima. Medicinska sestra je iskrena podrška i facilitator u ovom procesu.

Moždani udar

Moždani udar nastaje uslijed hipoksije ili hemoragije mozga koje mogu nastati uslijed začepljenja ili puknuća arterije koja dovodi kisik i hranjive tvari u mozak. Uslijed hipoksije mozga odumiru i moždane stanice.

Neurološke komplikacije moždanog udara ovise o mjestu opstrukcije i opsegu zahvaćenog moždanog tkiva. Odumiranje moždanih stanica može dovesti do vidljivog tjelesnog invaliditeta kao što je - poremećaj ravnoteže i kretanja; inkontinencija; afazije; slabost mišića lica; otežano gutanje te do nevidljivih promjena kao što su – bol; promjene u ponašanju; emocionalni disbalans; plačljivost; poteškoće s održavanjem pažnje i pamćenja; promjena u percepciji jedne strane vidnog polja; kroničan umor.¹⁰⁸

Nekoliko je studija potvrdilo povezanost duhovnosti s boljim oporavkom od moždanog udara. Duhovnost se pokazala korisnom komponentom za oporavak, razumijevanje i prihvaćanje životnih promjena povezanih s pojavom afazije.¹⁰⁹ Afazija se odnosi na poremećaj komunikacije koji je posljedica oštećene strane mozga koja utječe na čitanje, pisanje, slušno razumijevanje i verbalno izražavanje. Razgovor o duhovnosti ili upražnjavanje religijskih potreba kod pacijenta/rekonvalescenta može potaknuti viši smisao te vježbanje jezičnih funkcija.

Pacijenti su identificirali duhovnu povezanost kao čimbenik koji pozitivno utječe na život nakon moždanog udara, ali i preživljavanje.^{110,111} Duhovna vjerovanja mogu poslužiti kao potencijalni zaštitni čimbenik protiv emocionalnih promjena koje najčešće dolaze kao posljedica moždanog udara. Emocionalne promjene obuhvaćaju promjene poput disocijacije emocija, tjeskobe, depresije, emocionalne inkontinencije, psihoze i opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Potvrđeno je da duhovna uvjerenja imaju zaštitni učinak na emocionalnom zdravlju pojedinaca koji se oporavljaju od moždanog udara.^{112,113}

Redovitost posjećivanja vjerskih službi također je povezana sa smanjenom učestalošću moždanog udara.¹¹⁴

10.1. Specifičnosti zdravstvene njege neuroloških bolesnika

Bez obzira je li početak bolesti akutan ili progresivan, napredovanje bolesti može biti duže ili kraće, u oba slučaja izaziva neizvjesnost bolesnika i obitelji.

Neznanje o tijeku bolesti i vremenu života, zbog prognostičke neizvjesnosti, obostrano utječe na zdravstvene djelatnike i pacijente.

Iz tih razloga neurološki bolesnici, zbog ponovljenih gubitaka, mogu zahtijevati češću potporu od bolesnika s predvidljivijim bolestima.¹¹⁵

Nesigurnost vezana za sam tijek i trajanje neurološke bolesti također utječe na razumijevanje njegovatelja i odnos prema neurološkoj bolesti. Poznavajući prirodu

neurološke bolesti, kako bismo se prilagodili rasponu promjena u funkciji i autonomiji pacijenta, potrebno je unaprijed planirati skrb prema pacijentu.

Za kliničare je važno pažljivo i redovito pratiti bolesnika, tj. njegov neurološki status. Kako progresivna bolest s vremenom napreduje, bolesnik se vrlo brzo može naći u posljednjoj fazi bolesti, na primjer može izgubiti mogućnost komunikacije, pokretljivost ili kognitivne funkcije. Ako mu na vrijeme, u ranijim stadijima bolesti, nije pružena adekvatna skrb i komunikacija, bolesnik može odustati od nastavka liječenja i priželjkivati skoriju smrt, tj. okončanje patnje.

Medicinska sestra tijekom skrbi za neurološkog pacijenta može unaprijed dogovoriti način komunikacije u slučaju da s vremenom dođe do gubitka. Stoga, ona mora kontinuirano evaluirati postignute ciljeve skrbi i revidirati plan kako bi bila u tijeku s potrebama pacijenta.

Prepoznati potrebe pacijenta znači izaći iz okvira smjernica i standarda te obratiti pažnju na njegove vrijednosti, sklonosti i želje. Bolju skrb će omogućiti iskrena komunikacija o nesigurnosti vezanoj za prognozu i intervencije te zajedničko ili individualno utvrđivanje vrijednosti i uvjerenja. Stoga, najvažnije je komunicirati i formulirati predviđanja, odnosno otvoreno razgovarati o tome "što očekivati" u kontekstu neurodegenerativne bolesti.

Neurološki bolesnici se mogu osjećati izgubljenima i nesigurnima uslijed nepostojećih ili nepouzdanih dokaza vezanih za prognozu njihova stanja. Ta nesigurnost se može odnositi na propitivanje dosljednosti komunikacije o očekivanoj putanji bolesti ili o izboru i svrsi medicinske skrbi koje pacijent i obitelj vode sa zdravstvenim djelatnicima.⁸⁷

Duhovne potrebe se mijenjaju tijekom napredovanja bolesti.⁸⁷ Medicinska sestra koja skrbi za pacijenta s neurodegenerativnom bolesti, svakodnevno procjenjuje potrebe pacijenta. Podaci prikupljeni neurološkom procjenom služe joj za planiranje i provođenje sestričkih intervencija specifičnih za pacijentovu neurološku disfunkciju. Intervencije su usmjerene prema održavanju tjelesnih funkcija, ali i promicanju ozdravljenja kroničnih i oporavku akutno bolesnih. U intervencije su također uključeni ciljevi za poticanje prilagodbe na trajni neurološki deficit, time se pacijentu pokušava olakšati suočavanje s bolesti te ga educirati o procesu i terapiji.⁷¹

Nezadovoljene potrebe pacijenata ili njegovatelja mogu dovesti do gubitka vjere i duhovne patnje. Ako su potrebe neispunjene, gubi se vjerovanje u transcendentne moći i povjerenje u zdravstveni sustav, a posebno u postavljenu dijagnozu i odgovornost neurologa. Razočarani pacijenti nerijetko traže liječenje u drugim ustanovama ili zemljama, što često rezultira nereálnim obećanjima.¹¹⁶

Unatoč kliničkoj nesigurnosti, uloga medicinskih sestara i ostalog zdravstvenog tima je da komunikaciju s pacijentom i pružanje informacija obitelji učine vjerodostojnima. Taj proces zahtijeva koheziju i suradnju medicinskog tima te česte i iskrene interakcije s pacijentom i obitelji. Pacijenti i obitelji koji primaju dosljedan informativni sadržaj, prije će cijeliti preporuke zdravstvenog tima.

Studije pokazuju da vjerska uključenost, kao element grupne podrške, ima pozitivan učinak na bolju prilagodbu njegovatelja u skrbi. Budući da njegovatelji ili obitelj s pacijentima doživljavaju duhovne i egzistencijalne patnje, važno je uzeti u obzir njihovu duhovnost te ih uključiti u grupe podrške. Dokazano je da njegovatelji s višom razinom duhovnosti imaju manje depresivnih simptoma i manje anksioznosti od onih s nižom razinom duhovnosti.¹¹⁷ Čini se da razina duhovnosti ima pozitivan utjecaj na zdravlje i kvalitetu života njegovatelja, a ono najvažnije, da može utjecati i na skrb koju pružaju.

Kako bi život s neurodegenerativnom bolešću bio pozitivniji, u kliničkoj bi praksi trebalo integrirati strategiju za borbu protiv usamljenosti i međudjelovanje kako bi se u zajednici povećali resursi i podrška. Programi intervencija grupe za podršku poboljšavaju značenje subjektivnih iskustava i pomažu u definiranju svrhe u njihovim životima.

Jedan takav hvale vrijedan program je projekt "Čujte moj glas". Taj pilot program, osmišljen je kako bi pružio priliku osobama s progresivnim neurološkim bolestima, uključujući tumor mozga i druge neurodegenerativne bolesti, da razmisle i razmotre važna pitanja vezana za svoja uvjerenja, prakse i vrijednosti te razgovaraju o svojoj duhovnosti s kapelanom zdravstvene zaštite. Primarni cilj ovog modela skrbi je pripremiti opipljivi dokument o duhovnom nasljeđu.¹¹⁸

Neurološke poremećaje često prati emocionalna osjetljivost koju ne može objasniti nijedan poznati mehanizam. Emocije povezane s neurobiološkim procesima mogu imati značajan utjecaj na proces ozdravljenja, stoga ih medicinski djelatnici ne smiju podcijeniti.

10.2. Emocionalni odgovor i promjene ponašanja

Profesionalna je odgovornost zdravstvenih radnika poznavanje teorijske osnove kako bi mogli prepoznati i razlikovati stanja zdravih duhovnih iskustava sa psihotičkim i disocijativnim iskustvima koji se javljaju kod mentalnih i neuroloških poremećaja.

Uključivanje duhovnosti u sagledavanje uzročno-posljedične veze promjena ponašanja neuroloških bolesnika od vitalne je važnosti za kompletno i holističko poimanje pacijentovih potreba, ali i za razumijevanje njega samoga.

Dijagnoza neurodegenerativne bolesti je pogubna za pacijenta, ali i njegovu obitelji, stoga postavljanje takve dijagnoze zahtijeva pripremu, promišljenu, osjetljivu i individualiziranu skrb neurologa.¹¹⁶ Sam način priopćenja dijagnoze, verbalni i neverbalni znakovi, mogu ublažiti bolnu spoznaju pacijenta.

Usljed ovisnosti pacijenta o pomoći skrbnika ili obitelji, osporava se njegova svrha u društvu i životu, a identitet pacijenta je stavljen na kušnju. Zbog stigmatizacije, nerijetko i pacijent i skrbnik ulaze u socijalnu izolaciju.¹¹⁹ Priopćenje dijagnoze budi osjećaj straha te neizvjesnost zbog budućnosti. Pacijent se može doimati odsutno, kao da nije prisutan u svom tijelu. Tako se pacijent može osjećati zbog priopćene dijagnoze, zbog pogoršanja tijekom bolesti ili ako izgubi kontakt sa sobom. Bez obzira na tijek bolesti, može se osjećati izgubljenim do krajnjeg stadija bolesti i na kraju, do smrti.

Najteži izazov za ljude s neurodegenerativnim stanjima je održavanje osjećaja samopercepcije. Komuniciranju s pacijentom, koji gubi percepciju samog sebe te se prepušta osjećaju nepostojanosti, treba prilagoditi emocionalnim i kognitivnim potrebama pacijenata.

Pacijent se osjeća kao da gubi svoje dostojanstvo. Dijagnoza neurološke bolesti mu pruža osjećaj kao da više nije ista osoba, osjećaj nedovršenog posla, osjećaj da je teret, da nema kontrolu nad svojim životom. Potreba za skrbi smanjuje njegovu privatnost i pridonosi gubitku autonomije.

Rascjepkano dostojanstvo snažno je povezano s intenzitetom patnje i beznađa te željom za smrću. Ograničenje autonomije i samoizražavanja, koja su uobičajena u padu kognitivnih funkcija neuroloških bolesnika, negativno utječu na percepciju pacijenta u okviru samosvjesnosti i pronalaženja svrhe u životu. Neurološki pacijent je dugoročno suočen s nizom promjena koje predstavljaju prijetnju njegovoj osobnosti.⁸⁷

Patnja pacijenata se očituje u učestalim propitivanjima; zašto su baš oni zaslužili patnju; zašto milostivi Bog dopušta patnju nedužnih; zašto život nije pošten. Medicinska sestra može odgovoriti na nesposobnost pacijenata i članova obitelji da shvate ili prihvate razlog ozljede ili bolesti. Međutim, nije lako artikulirati egzistencijalno značenje iskustva bolesti; ako je moguće, patnju treba percipirati kao misterij, ne pokušavajući pacijentu ili obitelji pružiti lažne iluzije i nerealne dijagnoze.

Medicinskim sestrama uvijek ostaje mogućnost da budu prisutne uz pacijenta koji pati, da ga slušaju i na kraju da prihvate tajnu ljudske patnje. To je suština, srce duhovne brige.

11. Zaključak

Danas svjedočimo svakodnevnom napretku znanosti i tehnologije u pristupu liječenja bolesti, a s druge strane sve većem nezadovoljstvu zdravstvenih radnika i pacijenata te brojnim stanjima na koja kurativna medicina nema utjecaj.

Holističkim pogledom, na nerazdvojive dimenzije pojedinca, uviđamo da je nužno da zdravstveni radnici prošire percepciju i skrb na psihološke, socijalne, emotivne i duhovne dimenzije pacijenta, budući da fokusiranje na isključivo fiziološku komponentu neće ostvariti potpuno ozdravljenje pojedinca.

S obzirom na specifičnost samog utemeljenja sestrinstva i njegove usmjerenosti na primjenu integralne skrbi, uvažavanja holističkih dimenzija zdravlja i bolesti, ovaj je zadatak, prvenstveno povjeren medicinskim sestrama.

Sestrinstvo je od najranijih početaka nastalo na osjećaju za ljubavi prema bližnjima i na moralnoj ideji za "dobrim".³⁷ Koncept „dobroga“ podrazumijeva nastojanje zadovoljenja svih onih komponenti koje mogu uspostaviti odgovarajuću razinu kvalitete života bolesnika, narušenu bolešću. Pri tom je od neizostavne važnosti, uvažavanje pacijentovih duhovnih potreba.

Kroz sestrinske teorije kojima je definirano znanstveno utemeljeno tijelo sestrinstva, vidimo da je duhovnost integralni dio primjene skrbi za bolesnog čovjeka, promovirano brojnim istaknutim zastupnicama teoretskih modela sestrinstva, koje su svojim zastupanjima utjecale na sveobuhvatniji pristup sestrinske njege.

U situacijama kada sama medicina ne može ostvariti kurativni potencijal ili kada je sama dijagnoza neke kronične, degenerativne ili terminalne bolesti teško prihvatljiva, bolesnici osjećaju potrebu za utjehom, koja sveopćom egzistencijalnom patnjom, nadilazi sam koncept „totalne boli“. Pojedinaac, suočen s bolešću i patnjom, ima potrebu za vlastitim resursima koji mu pomažu prilikom suočavanja s bolešću. Osobito kad je u pitanju stanje na koje medicina i farmakologija imaju ograničeno djelovanje, osobe traže druge, snažnije izvore pomoći te se nerijetko oslanjaju na specifičnu vjersku tradiciju ili individualne pristupe duhovnosti (pronalaženja smisla i nove nade u životu, prisustvo utjehe, molitva, postizanje unutarnjeg mira).

Duhovno blagostanje povezano je s nizom pozitivnih ishoda, uključujući veću toleranciju na emocionalne i fizičke potrebe koje donosi bolest, smanjenje boli, stresa i negativnih emocija te smanjuje stopu depresije i suicida.¹²⁰

Pokušavajući povezati istaknutu važnost duhovnosti bolesnika s nužnošću primjene sestrinske njege, ovaj smo rad fokusirali na posebnu ranjivu skupinu neuroloških bolesnika, koji zauzimaju veliku statističku zastupljenost u sveopćem društvu.

Shodno starenju, bilježimo značajan porast neuroloških i neurodegenerativnih stanja poput moždanog udara, Alzheimerove bolesti i Parkinsonove bolesti.⁸⁶ Smatra se da su neurološki poremećaji jedni od vodećih uzroka invalidnosti starijih osoba,¹²¹ što za Hrvatsku, uslijed porasta broja starijeg stanovništva, predstavlja javnozdravstveni problem. Takva situacija predviđa sve veću nesamostalnost, češća neurološka oboljenja, a shodno tome i pojačanu potrebu za neurološkom skrbi, odnosno za liječenjem, rehabilitacijom i uslugama podrške za neurološke poremećaje.

Specifičnosti neuroloških oboljenja kao što su nepredvidivi tijek bolesti, značajne disfunkcije, emocionalne promjene te promjene ponašanja, zahtijevaju od medicinske sestre holistički pristup u sagledavanju potreba pacijenta. Neurološka skrb se pruža od početka neurološkog deficita do kraja života, a zahtijeva pravovremeno i učinkovito planiranje ciljeva skrbi, a nerijetko i unaprijed planirane intervencije koje će biti poduzete ako stanje dovede do potpune ovisnosti o pomoći drugoga.

Osnova duhovne skrbi je ravnopravna suradnja s pacijentom u njegovoj skrbi. Kroz slušanje strahova, snova i boli stvara se terapijski odnos i prilika za izlječenjem. Takvo izlječenje se odnosi na sposobnost pojedinca da, unatoč patnji i bolu, pronađe utjehu, pripadnost i svrhu. Skrb je ukorijenjena u duhovnosti koristeći suosjećanje, nadu i priznanje pojedinca jer, iako nije društveno produktivan i ima sve veća ograničenja svakodnevnih aktivnosti, on ostaje pun mogućnosti.³⁴

Danas, vjerske institucije nisu jedine koje provode duhovnu skrb, već su je zakonski sve ustanove za pružanje zdravstvene skrbi dužne pružiti. Sustavi zdravstvene zaštite na međunarodnoj razini odavno su povezani s vjerskim tradicijama. Američka psihijatrijska udruga (*American Psychiatric Press APP*) je također prepoznala važnost uloge religijskih ili duhovnih potreba u kompletnom sagledavanju mentalnih poremećaja. Unutar dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (*DSM V-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) 2013. godine dijagnozu "Religijske ili duhovne poteškoće" klasificirala je pod rubrikom »Problemi povezani s ostalim psihosocijalnim, osobnim i okolišnim uvjetima«. Religijske ili duhovne poteškoće opisuje kao: "Primjeri uključuju uznemirujuća iskustva koja uključuju gubitak ili propitivanje vjere, problemi povezani s prijelazom u novu vjeru ili propitivanje duhovnih vrijednosti koje možda nisu nužno povezane s organiziranom crkvom ili vjerskom institucijom".¹²²

Izgradnja odnosa između medicinske sestre i pacijenta je put koji se treba poboljšati uz razvoj samopouzdanja, vještina i sposobnosti medicinskih sestara te neizostavnom edukacijom i osvješćivanjem osoblja. Pogodno okruženje, kontinuirano obrazovanje i razvoj samosvijesti mogli bi omogućiti dubinske razgovore o pitanjima koja su od duhovne i egzistencijalne važnosti za pacijenta.⁶³

Individualna, holistička skrb daje na važnosti pacijentu prilikom odlučivanja te uključuje duhovne potrebe pacijenata, time predstavlja jedini ispravan put za promicanje autonomije i dostojanstva pacijenta. Stoga, duhovnost predstavlja sastavnu domenu sestrištva, kako bi zdravstvena skrb bila potpuna, medicinske sestre moraju biti sposobne intervenirati na svim razinama ljudskog bića, a to nije samo fizička, već i mentalna, društvena i duhovna razina.⁶²

Nerijetke su situacije da se duhovna skrb provodi, ali ne dokumentira i evaluira na dokumentaciji pacijenata. Bez obzira na to, trenutna istraživanja i kliničke procjene prepoznaju vrijednost medicinske sestre u pružanju duhovne njege prema pacijentu i obitelji.²⁰

Duhovnu dimenziju nije moguće odrediti logičnim kvantitativnim mjerenjima, niti je znanstveno definirati, stoga ju ne bismo trebali promatrati jednako kao suvremenu kliničku praksu, kod koje je upravo to temelj definiranja. Ona predstavlja nemjerljivu i neizrecivu dimenziju, nevidljiva je, ali realna. Kao takvu ju trebamo prihvatiti jer se podjednako nalazi u zdravstvenom osoblju i bolesnicima.¹²³

12. Zahvala

Veliko hvala vodstvu mentorice prof. dr. sc. Ane Borovečki koja je prihvatila moju temu i vodila me kroz proces pisanja diplomskog rada te ga učinila manje stresnim za mene. Također sam neizmjereno zahvalna na nesebičnom vodstvu sumentorice doc. dr. sc. Suzane Vuletić koja me strpljivo vodila kroz sve faze pisanja.

Ovim se putem zahvaljujem majci koja me kroz život potiče, ohrabruje i pazi, a tako i kroz cijelo školovanje.

13. Literatura

1. Nelson B, Moody J, Patton A, Who should gives spiritual care? Journal of Christian Nursing, 1984; 1(2), 20–26. Pristupljeno: 5.4.2020. Dostupno <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6564147/>
2. Craig L, The History of Nursing, 2014, United Kingdom, Gale, Cengage Learning
3. Mojsović Z i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Visoka zdravstvena škola, 2004 Zagreb
4. Bertoša M, 2006. Djeca iz obrtaljke : nametnuto ime i izgubljeni identitet : (imena i prezimena nahoda u XIX. stoljeću), Zagreb, Folia Onomastica Croatica
5. McClintock and Strong Biblical Cyclopedia, Pristupljeno 6.5.2020. Dostupno: <https://www.biblicalcyclopedia.com/P/parabolani.html>
6. Vuletić S. Profesionalna autonomija sestrinstva utemeljena na znanstveno-humanističkoj odgovornosti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva, 2019/2020.
7. Fitchett G, Nolan S . Spiritual Care in Practice. Case Studies in Healthcare Chaplaincy. An Analysis, Commentary and the Implications for Person-Centered Healthcare. European Journal for Person Centered Healthcare. 2015; 5(4) 564 Pristupljeno: 25.2.2020. Dostupno: https://www.researchgate.net/publication/322132939_George_Fitchett_Steve_Nolan_eds_2015_Spiritual_Care_in_Practice_Case_Studies_in_Healthcare_Chaplaincy_An_Analysis_Commentary_and_the_Implications_for_Person-Centered_Healthcare_London_Jessica_Kingsley
8. Charlier P, Coppens Y, Malaurie J, Brun L, Kepanga M, Hoang-Opermann V at all. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. European Journal of Internal Medicine, 2017; 37, 33–37. Pristupljeno: 17.1.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27394926/>
9. Leonardi F. The Definition of Health: Towards New Perspectives. International Journal of Health Services, 2018; 0(0) Pristupljeno: 15.1.2020. Dostupno: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020731418782653>
10. World Health Organisation (1984). Thirty-seventh World Health Assembly. Verbatim Records of Plenary Meetings and Reports of Committees. WHO, Geneva Switzerland Pristupljeno: 10.1.2020. Dostupno: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/160775>
11. World Health Organisation (1984). The Spiritual Dimension in the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. WHO, Geneva, Switzerland. Pristupljeno: 10.1.2020. Dostupno: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/160950>
12. World Health Organisation (1998). WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). WHO, Geneva, Switzerland. Pristupljeno: 15.1.2020. Dostupno na; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70897/WHO_M%20SA_MHP_98.2_eng.pdf?sequence=1
13. Papatnasiou I, Sklavou M, Kourkouta L, Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. American Journal of Nursing Science. Vol. 2, No. 1, 2013, pp. 1-5.

Dostupno:

<http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo.aspx?journalid=152&doi=10.11648/j.ajns.20130201.11>

14. Gore J, Providing Holistic and Spiritual Nursing Care, Liberty University, 2013
Pristupljeno: 7.4.2020. Dostupno:
<https://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1383&context=honors>
15. American Holistic Nurses' Association, (1998) Pristupljeno: 25.2.2020. Dostupno:
<https://www.ahna.org/>
16. World Health Organization 2001 Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review Pristupljeno: 9.4.2020.
Dostupno: <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>
17. Žuškin E, Pucarín Cvetković J, Kanceljak Macan B, Vitale K, Janev Holcer N, Čivljak M. Umijeće liječenja: povijesni prikaz. Socijalna psihijatrija, 2013; 41(3) 156-163
Pristupljeno: 18.4.2020. Dostupno: <https://hrcak.srce.hr/file/164038>
18. Hrvatsko udruženje za prirodnu, energetska i duhovnu medicinu. Pravilnik. Pristupljeno: 9.4.2020. Dostupno: <http://www.huped.hr/hr/o-nama>
19. Booth L, Kaylor S. (2018). Teaching Spiritual Care Within Nursing Education. Holistic Nursing Practice, 32(4), 177–181. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29894372/>
20. Learning J, Learning B, Chapter 6: Spiritual Care: The Nurse's Role, 2018; 118 p.
Pristupljeno: 6.4.2020. Dostupno:
http://samples.jbpub.com/9781449694678/9781449694678_ch06_pass1.pdf
21. Burkhart L, Solari-Twadell PA. Differentiating spirituality and religiousness through a review of the nursing literature. Nursing Diagnosis, The International Journal of Nursing Language and Classification, 2001; 12(2), 45-54 Pristupljeno: 8.4.2020. Dostupno:
https://www.researchgate.net/publication/229453614_Spirituality_and_Religiousness_Differentiating_the_Diagnoses_Through_a_Review_of_the_Nursing_Literature
22. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2004; 52(4), 554-562. Pristupljeno: 14.2.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15066070/>
23. Rushton L. What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? The British Journal of Nursing. 2014; No 10, 23(7):370–4. Pristupljeno: 7.12.2018. Dostupno:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24732989/>
24. Nolan S, Saltmarsh F, Leget C. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. European Association for Palliative Care, 2011;18:86-89.
Pristupljeno: 15.2.2020. Dostupno:
https://www.eapcnet.eu/Portals/0/EJPC18_2_EAPC_update_Spiritual.pdf
25. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB, editor. Handbook of religion and Health. New York: University Press, Oxford, 2001;
26. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E: Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. Psychooncol 1999; 8: 429–438
27. Bussing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. Health Qual Life Outcomes, 2005; 3, 10:

28. Koenig HG, Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review, *Can J Psychiatry* . 2009;54(5):283-91.
29. Levin JS. How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Soc Sci Med*. 1996; 43:849–864
30. Creel DB. Assessing the Influence of Religion on Health Behavior, Louisiana: Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College; 2007
31. Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG. Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *The Journals of Gerontology*, 2000; 55(7), 400–405.
32. Vuletić S, Juranin B, Mikšić Š, Rakošec Ž, Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika, u: *Bogoslovska Smotra* 4 (2014.) 84., str. 881.-906
33. WHO Definition of Palliative Care <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> 25.05.2020.
34. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus *J Palliat Med*. 2014 Jun 1; 17(6): 642–656.
35. C. PUCHALSKI – B. FERRELL, i DR., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative care: The Report of the Consensus Conference, u: *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009.) 10., str. 893.
36. Kalauz S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Zagreb, Pergamena, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
37. Šegota I, Etika sestrištva: Smiju li medicinske sestre štrajkati?, Zagreb, Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, 1995; 4(15),.Druš. Istraž. 101-124
Pristupljeno: 18.4.2020. Dostupno: <https://hrcak.srce.hr/32827>
38. Macrae J. Nightingale’s spiritual philosophy and its significance for modern nursing. *Image The Journal of Nursing Scholarship*, 1995; 27(1), 8–10. Pristupljeno: 10.3.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7721325/>
39. McDonald L. Florence Nightingale a hundred years on: Who she was and what she was not. *Women’s History Review*, 2010;19(5), 721–740. Pristupljeno: 10.3.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21344737/>
40. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *American Holistic Nurses’ Association* 2005;23, 19–33. Pristupljeno: 25.2.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15665264/>
41. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 2006; 15(7), 885–896. Pristupljeno: 6.11.2019. Dostupno:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16879381/>
42. American Nurses Association Pristupljeno: 20.02.2018. Dostupno <http://ojin.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/Honoring-Nurses/NationalAwardsProgram/HallofFame/19962000Inductees/virginiahenderson.html>
43. Ahtisham Y, Jacoline J. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia’s Henderson Need Theory, *International Journal of Caring Sciences*, 2015; 8(2) p.443
Pristupljeno: 11.03.2020. Dostupno: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf

44. Maslow AH. Motivation and personality. 1970; New York: Harper & Row. Pristupljeno: 13.03.2020. Dostupno: http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation_and_Personality-Maslow.pdf
45. Maslow AH, Further Arrangement of Human Nature, 1993; London: Penguin Book. Pristupljeno: 13.03.2020. Dostupno: <https://www.slideshare.net/imbangjtreggana/abraham-h-maslow-the-farther-reaches-of-human-nature-penguin-nonclassics-1993>
46. Parse RR. Man, living, health: A theory for nursing. 1981; New York, Wiley p172. Pristupljeno: 9.03.2020. Dostupno: <https://philpapers.org/rec/PARMAT-6>
47. Hesook Kim, Kollak I. Nursing Theories: Conceptual and Philosophical Foundations, Second Edition, Springer Publishing Company. 2005; p 21. Pristupljeno: 9.03.2020. Dostupno: https://books.google.com.bh/books?id=OY1OT_0vDaEC
48. Abdellah FG, Beland IL, Martin A, Matheney RV. Patient-centered approaches to nursing. New York, Macmillan 1960. Pristupljeno: 11.03.2020. Dostupno: <https://www.worldcat.org/title/patient-centered-approaches-to-nursing/oclc/599228052>
49. NURSING THEORY-21 NURSING PROBLEMS BY FAYE ABDELLAH Dostupno na: <https://nursing-theory.org/theories-and-models/abdellah-twenty-one-nursing-problems.php> 25.5.2020.
50. Faye Abdellah: 21 Nursing Problems Theory Gonzalo A, 2019 Nurseslabs – Theorists i theories, <https://nurseslabs.com/faye-g-abdellahs-21-nursing-problems-theory/> 25.5.2020.
51. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing (2nd ed.) Philadelphia: F. A. Davis. 1971; p16
52. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 1980;21(3):219-239. Pristupljeno: 6.4.2019. Dostupno <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7410799/>
53. Roy C. Spirituality Based on the Roy Adaptation Model for Use in Practice, Teaching and Research. Aquichan 2018: 18(4); 393-4.
54. Watson Caring Science Institute (WCSI) Pristupljeno: 11.02.2018. Dostupno: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/>
55. Sarter B. Perspectives on nursing theory 2nd ed. 1992; p152.
56. Turkel MC, Watson J, Giovannoni J. Caring Science or Science of Caring. Nursing Science Quarterly, 2017; 31(1), 66–71. Pristupljeno: 10.02.2018. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235958/>
57. Watson J. Nursing: Human science and human care. 1988;. Norwalk, CT: Appleton Century Crofts. p45 Pristupljeno: 12.02.2018. Dostupno: https://books.google.hr/books?id=6wVtAAAAMAAJ&hl=hr&source=gbs_book_other_versions
58. Watson J. Postmodern nursing and beyond. 2. izd. Edinburgh: Churchill Livingstone 1999. Pristupljeno: 11.02.2018. Dostupno: <https://books.google.hr/books?id=bKdhDwAAQBAJ&lpg=PT280&ots=xChouMIyOL&dq=Postmodern%20nursing%20and%20beyond.%202.%20izd.%20Edinburgh%3A&hl=hr>

[&pg=PT269#v=onepage&q=Postmodern%20nursing%20and%20beyond.%202.%20izd.%20Edinburgh:&f=false](#)

59. Zakon o zaštiti prava pacijenata NN 169/04, 37/08 Pristupljeno: 12.12.2019. Dostupno: <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata>
60. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze 3, Zagreb, 2015. Pristupljeno: 10.12.2019. Dostupno: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf
61. KBD Klinička Bolnica Dubrava - Bolnička kapela <http://www.kbd.hr/bolnicka-kapela/> 27.5.202.
62. Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 48(3), 234–246. Pristupljeno: 4.12.2019. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15488037/>
63. Keall R, Clayton JM, Butow P. How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(21-22):3197–205. p3203. Pristupljeno: 7.9.2019. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25453124/>
64. O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs*. 2019;28(1-2):182–9. Pristupljeno: 20.9.2019. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30091251/>
65. Hu Y, Li F, Chiou JF. Psychometric properties of the Chinese mainland version of the Palliative Care Spiritual Care Competency Scale (PCSCCS-M) in nursing: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):27. Pristupljeno: 1.10.2019. Dostupno: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0409-6>
66. Wu LF, Tseng HC, Liao YC. Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2016 1;38:36–41. Pristupljeno: 5.10.2019. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26825027/>
67. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J & Carey M (2012) Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2126–2135 Pristupljeno: 6.6.2019. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22788554/>
68. DiMeo E. Patient's advocate: Rx for spiritual distress. *RN*, 1991; 54(3), 22–24
69. Wright S, Neuberger J. Why spirituality is essential for nurses. *Nursing Stand*. 2012; 6-12;26(40):19-21. p21. Pristupljeno: 4.4.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22848967/>
70. Fish S, Shelly JA. *Spiritual care: The nurses role*. 1979; Downer's Grove, IL: InterVarsity Press p.68 Pristupljeno: 6.4.2020. Dostupno: http://samples.jbpub.com/9781449694678/9781449694678_ch06_pass1.pdf
71. Clement I, *Textbook on Neurological & Neurosurgical Nursing*, Jaypee Brothers Pristupljeno: 19.03.2020. Dostupno: https://www.jaypeedigital.com/eReader/chapter/9789351522980/ch1?fbclid=IwAR159iWSdL3mimpZ6aCbHjT9bPIrxcAbAhWdGNy88I_5cxOdHroW04HuAKSA#ch1

72. Hartshorn JC. Aspects of the Historical Development of Neuroscience Nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 1986; 18(1), 45–48. Pristupljeno: 1.5.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2936844/>
73. Rauch P. American Association of Neurosurgical Nurses. *Journal of Neurosurgery*, 1976; 45(5): 596-7. Pristupljeno: 10.05.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9492/>
74. Udruga medicinskih sestara i tehničara neurokirurgije Hrvatske (UMSTNKH) Pristupljeno: 17.03.2020. Dostupno: <http://sestrinstvo.kbcm.hr/udruga-medicinskih-sestara-i-tehnicara-neurokirurgije-hrvatske-umstnkh/>
75. Kurtović B, Svirčević V, Grgas-Bile C, Zdravstvena njega neurokirurških bolesnika. 2013. Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara, p6.
76. Nursing Degreeguide, Neursurgical Nursing, Pristupljeno: 23.04.2020. Dostupno: https://www.nursingdegreeguide.org/articles/specialties/neurosurgical_nursing/
77. Raskin JS, Hannam B, Liu JJ, McCartney S, Ross DA, Raslan A. Neurosurgical Subspecialty Bedside Guide Improves Nursing Confidence, *Fed Pract*. 2016; 33(12): 34–38 Pristupljeno: 23.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30766155/>
78. Gordon BS, Keogh M, Davidson Z, Griffiths S, Sharma V, Marin D at all. Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. *Journal of Critical Care*, 2018; 45, 76–81. Pristupljeno: 6.6.2019. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29413727/>
79. Oganization WH. Neurological disorders: public health challenges. 2006. Pristupljeno: 10.5.2020. Dostupno: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43605>
80. The Lancet Neurology, 2019 Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, *The Lancet Neurology*, 18(5): 459–480.
81. Nejašmić I, Toskić A. Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive, *Hrvatski geografski glasnik*. 2013; 75(1), 89 –110, p93 Pristupljeno: 3.5.2020. Dostupno: <https://hrcak.srce.hr/105890>
82. Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. 1. Stanovništvo prema starosti i spolu po naseljima, popis 2011. Pristupljeno: 3.5.2020. Dostupno: https://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_01/H01_01_01.html
83. OECD, 2010. OECD Health Data, Services of long-term nursing care. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development Pristupljeno: 9.5. 2020. Dostupno: www.oecd.org/health/
84. Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. 9. Stanovništvo s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti prema potrebi za pomoći druge osobe i korištenju pomoći druge osobe, starosti i spolu, 2011. Pristupljeno: 3.5.2020. Dostupno: https://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_24/H01_01_24.html
85. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2018. Procjena stanovništva Republike Hrvatske u 2017. Zagreb, 7.1.3. Pristupljeno: 22.04.2020. Dostupno: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2018/07-01-03_01_2018.htm
86. Singhal BS, Khadilkar SV. Neurology in the developing world. *Handb Clin Neurol*. 2014;121:1773-82 Pristupljeno: 10.5.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24365446/>

87. Gofton TE, Chum M, Schulz V, et al. Challenges facing palliative neurology practice: A qualitative analysis. *Journal of the Neurological Sciences* 2018; 385:225-31. Pristupljeno: 19.03.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29277430/>
88. Fingelkurts AA, Fingelkurts AA. Is our brain hardwired to produce God, or is our brain hardwired to perceive God? A systematic review on the role of the brain in mediating religious experience. *Cognitive Processing*, 2009; 10(4), 293–326. p308 Pristupljeno: 20.03.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19471985/>
89. Arzy, S., & Schurr, R. “God has sent me to you”: Right temporal epilepsy, left prefrontal psychosis. *Epilepsy & Behavior*, 2016;60(0), 7–10. p9 Pristupljeno: 25.03.2020. Dostupno: <https://www.science.gov/topicpages/l/left+inferior+temporal>
90. Wuerfel J, Krishnamoorthy ES, Brown RJ, Lemieux L, Koepp M, Tebartz van Elst L, et al. Religiosity is associated with hippocampal but not amygdala volumes in patients with refractory epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:640–2. Pristupljeno: 25.03.2020. Dostupno:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15026516/>
91. Wade, J., Hayes, R., Wade, J., Bekenstein, J., Williams, K., & Bajaj, J. (2018). Associations between Religiosity, Spirituality, and Happiness among Adults Living with Neurological Illness. *Geriatrics*, 3(3), 35. p7.
92. Alzheimer association, Alzheimer and Dementia, Pristupljeno: 20.04.2020. Dostupno: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia>
93. Kaufman Y, Anaki D, Binns M, Freedman M, Cognitive decline in Alzheimer disease: Impact of spirituality, religiosity and QOL. *Neurology* 2007; 68, 1509–1514. Pristupljeno: 26.04.2020. Dostupno:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17470754/>
94. Beuscher L, Grando V. Using spirituality to cope with early-stage Alzheimer’s disease. *Western Journal of Nursing Research*, 2009; 31(1), 583–598, p2 Pristupljeno: 18.04.2020. Dostupno:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17470754/>
95. Bear D, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977;34:454–67. Pristupljeno: 17.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/889477/>
96. S. Hajnšek. Epilepsije: klasifikacija i klinička slika *Neurol. Croat.* 2010; Vol. 59, 1-17 , Pristupljeno: 15.04.2020. Dostupno http://www.neurologiacroatica.com/hr/pdf/1-2_neuro_2010-1.pdf
97. Lee SA, Ko MA, Choi EJ, Jeon JY, Ryu HU. High spirituality may be associated with right hemispheric lateralization in Korean adults living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2017; 76, 51–55. Pristupljeno: 17.04.2020. Dostupno <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505017305991>
98. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J.* 2004;97(12):1194-200. Pristupljeno: 14.2.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15646757/>
99. Rigon IB, Calado GA, Linhares LS, Cantu PLM, Moritz JLW, Wolf P at all. Religiosity and spirituality in patients with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr.* 2019; 1-77(5):335-340. Pristupljeno: 13.04.2020. Dostupno <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188997/>
100. Stephen LJ, Wishart A, Brodie MJ. Psychiatric side effects and antiepileptic drugs: observations from prospective audits. *Epilepsy Behav* 2017; 71:73–8. Pristupljeno: 25.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28551500/>

101. McNulty K, Livneh H, Wilson LM. Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*. 2004; 49:91–99. Pristupljeno: 16.02.2020. Dostupno <https://psycnet.apa.org/record/2004-13723-001>
102. McCabe MP, McKern S. Quality of life and multiple sclerosis: Comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2002; 9(4), 287–295. Pristupljeno: 16.02.2020. Dostupno <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1020734901150>
103. Noormohammadi MR, Etemadifar S, Rabiei L, Deris F, Jivad N, Masoudi R. Identification of Concepts of Spiritual Care in Iranian Peoples with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*. 2018; 58(4). Pristupljeno: 20.02.2020. Dostupno https://www.researchgate.net/publication/322378905_Identification_of_Concepts_of_Spiritual_Care_in_Iranian_Peoples_with_Multiple_Sclerosis_A_Qualitative_Study
104. Hirsh AT, Turner AP, Ehde DM, Haselkorn JK. Prevalence and impact of pain in multiple sclerosis: Physical and psychologic contributors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2009; 90(4):646–651. Pristupljeno: 15.02.2020. Dostupno <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19345781/>
105. Washholtz A, Pearce M, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 2007; 30(4), 311–318, p316 Pristupljeno: 14.02.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541817/>
106. Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 2016; 39(2), 355–363. Pristupljeno: 20.02.2020. Dostupno <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801769/>
107. Ratshikana-Moloko M, Ayeni O, Tsitsi JM, Wong ML, Jacobson JS, Neugut AI, at all. Spiritual care, pain reduction and preferred place of death among advanced cancer patients in Soweto, South Africa. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 60(1): 37-47 Pristupljeno : 22.02.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32045675/>
108. Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara / Croatian Stroke Society, Pristupljeno: 27.04.2020. Dostupno: <https://www.mozdaniudar.hr/o-mozdanom-udaru/42>
109. Laures-Gore JS, Lambert PL, Kruger AC, Love J, Davis DE. Spirituality and Post-Stroke Aphasia Recovery. *Journal of Religion and Health*, 2018; 57(5), 1876–1888. Pristupljeno: 27.04.2020. Dostupno <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29541973/>
110. Lamb, M., Buchanan, D., Godfrey, C. M., Harrison, M. B., & Oakley, P. The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke: A systematic review. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 2008; 6(2), 173–205. Pristupljeno: 28.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21631820/>
111. Bays CL. Older adults' descriptions of hope after a stroke. *Rehabilitation Nursing: The Official, Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 2001;26(1), 18–23. Pristupljeno: 28.04.2020. Dostupno: <https://europepmc.org/article/med/12035195>

112. Johnstone B, Franklin KL, Yoon DP, Burris J, Shigaki C. Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with stroke. *J. Clin. Psychol. Med. Settings* 2008; 15, 308–313. Pristupljeno: 29.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19104988/>
113. Giaquinto S, Spiridigliozzi C, Caracciolo B. Can faith protect from emotional distress after stroke?. *Stroke*. 2007; 38, 993–997. Pristupljeno: 29.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17303768/>
114. Colantonio A, Kasl SV, Ostfeld AM, Berkman LF. Psychosocial predictors of stroke outcomes in an elderly population. *Journal of Gerontology*, 1993; 48(5), S261–S268. Pristupljeno: 30.04.2020. Dostupno: <https://academic.oup.com/geronj/article-abstract/48/5/S261/641819?redirectedFrom=fulltext>
115. Dallara A, Weiss Tolchin D. Emerging Subspecialties in Neurology: Palliative care; 2014;82(7) *American Academy of Neurology* Pristupljeno: 15.03.2020. Dostupno: <https://n.neurology.org/content/82/7/640>
116. Paal P, Lex KM, Brandstötter C, Weck C, Lorenzl S. Spiritual care as an integrated approach to palliative care for patients with neurodegenerative diseases and their caregivers: a literature review. *Annals of Palliative Medicine*, 2020; 9(4), 953–953. p4. Pristupljeno: 18.03.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32279521/>
117. Newberry AG, Choi C-WJ, Donovan HS, et al. Exploring spirituality in family caregivers of patients with primary malignant brain tumors across the disease trajectory. *Oncol Nurs Forum* 2013;40:E119–125. Pristupljeno: 1.5.2020. Dostupno: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880559/>
118. Piderman KM, Radecki Breitkopf C, Jenkins SM, et al. The impact of a spiritual legacy intervention in patients with brain cancers and other neurologic illnesses and their support persons. *Psychooncology* 2017;26:346-53. Pristupljeno: 30.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26643586/>
119. Beck M, Poulsen I, Martinsen B, et al. Longing for homeliness: exploring mealtime experiences of patients suffering from a neurological disease. *Scand J Caring Sci* 2018;32(1):317-25. Pristupljeno: 16.03.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28840602/>
120. 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 2019 *Acta Biomed for Health Professions*; Vol. 90, S. 4: 44-55 Pristupljeno: 28.04.2020. Dostupno: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625560/>
121. Hofman A, Grobbee DE, de Jong PT, van den Ouweland FA. Determinants of disease and disability in the elderly: the Rotterdam Elderly Study. *Eur J Epidemiol* 1991; 7(4): 403-22. Pristupljeno: 28.04.2020. Dostupno: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1833235/>
122. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. 2013. Pristupljeno: 20.02.2020. Dostupno: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
123. Matulić T, (2012) *Oculis spiritualibus - sestrinstvo u ogledalu duha*. Duhovnost sestrinstva iznad procjepa profesije i prakse, Bogoslovska smotra, 2012; 82(2) Pristupljeno: 5.4.2019. Dostupno <https://hrcak.srce.hr/84377>

14. Životopis

Moje puno ime je Anja Ašenbrener, rođena sam 25. siječnja 1995. godine u Zagrebu gdje je i moje trajno prebivalište.

Godine 2009. upisala sam srednju školu za medicinske sestre Mlinarska te ju završila 2013. godine stekavši titulu »medicinska sestra-medicinski tehničar«. Zatim sam godinu dana od 2014. do 2015. godine bila kao pripravnik na stručnom osposobljavanju u Specijalnoj bolnici za plućne bolesti, Rockefellerova 3. Nakon položenog stručnog ispita i dobivanja licence, upisala sam preddiplomski stručni studij Sestrinstvo pri Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Prilikom studiranja na Sveučilištu u Rijeci, nastojala sam produktivno ispuniti vrijeme studiranja te sam tako bila član Skupštine Studentskog zbora Sveučilišta u Rijeci kao predstavnica stručnih studija i specijalističkih diplomskih stručnih studija. Također, u istom periodu, prisustvovala sam edukacijama, simpozijima i stručnim kongresima. Prije upisa Diplomskog studija sestrinstva iskušala sam se na poslovima medicinske sestre pri Klinici za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, KBC Rijeka. U nastavku obrazovanja pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, na Diplomskom studiju Sestrinstva moji studentski dani su ispunjeni kraćim poslovnim iskustvima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kroz rad u stomatološkoj ordinaciji i domu za starije osobe. Tijekom studiranja sam završila dopunsku izobrazbu u sklopu Centra za obrazovanje nastavnika pri Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.