

Duhovnost u sestrinskoj skrbi psihijatrijskog bolesnika

Vuletin Gović, Natali

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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:105:448259>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-02**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Natali Vuletin Gović

Duhovnost u sestrinskoj skrbi psihijatrijskog bolesnika

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022.

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 prof. dr. sc. Suzane Vuletić, predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021./2022.

Sadržaj

SAŽETAK

SUMMARY

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. ČOVJEK I DUHOVNOST U KONTEKSTU KRŠĆANSKE ANTROPOLOGIJE | 2 |
| 2.1. Etimološke odrednice religioznosti i duhovnosti | 3 |
| 2.1.1. Religijska uvjerenja..... | 5 |
| 2.1.2. Duhovnost..... | 6 |
| 2.2. Holistički pristup integralne zdravstvene njege | 7 |
| 2.2.1. Integrativne smjernice Svjetske zdravstvene organizacije u holističkom određenju zdravlja..... | 8 |
| 2.2.1.1. Čovjekove tjelesne/fizičke/biološke/potrebe u odnosu na pružanje zdravstvene usluge..... | 10 |
| 2.2.1.2. Čovjekove emocionalne potrebe u zdravstvenom okružju..... | 11 |
| 2.2.1.3. Čovjekove psihološke potrebe u zdravstvenom ambijentu..... | 12 |
| 2.2.1.4. Čovjekove duhovne potrebe u zadovoljenju pružanja zdravstvenih usluga..... | 13 |
| 2.2.2. Dimenzije holističkog poimanja čovjeka u zdravlju i bolesti..... | 14 |
| 2.3. Utjecaj vjerskih uvjerenja u tijeku bolesti i patnje | 15 |
| 3. DUHOVNOST U TEORIJAMA SESTRINSTVA | 17 |
| 3.1. Florence Nightingale | 17 |
| 3.2. Callista Roy | 19 |
| 3.3. Margaret Jean Harman Watson | 20 |
| 3.4. Joyce Travelbee | 22 |
| 3.5. Duhovna dimenzija sestrinstva | 23 |
| 4. UTJECAJ DUHOVNOSTI U POREMEĆAJIMA MENTALNOG ZDRAVLJA | 24 |
| 4.1. Posebnosti zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika | 26 |
| 4.2. Tjeskoba, patnja i trpljenje psihijatrijskog bolesnika | 28 |
| 4.3. Duhovne potrebe psihijatrijskog bolesnika | 31 |
| 5. KLINIČKI INSTRUMENTARIJI ISTRAŽIVANJA ČOVJEKOVE DUHOVNE DIMENZIJE | 32 |

| | |
|--|----|
| 5.1. FICA | 33 |
| 5.2. HOPE | 34 |
| 5.3. OASIS | 35 |
| 6. KOMPETENCIJE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U DUHOVNOJ SKRBI | 36 |
| 6.1. Odras duhovnosti u vlastitom životu | 39 |
| 6.2. Utjecaj duhovnosti kod bolesnika | 40 |
| 6.3. Religiozne prakse s posebnim utjecajem na kvalitetu života bolesnika | 41 |
| 6.3.1. Ispovijed..... | 42 |
| 6.3.2. Sakrament bolesničkog pomazanja..... | 42 |
| 6.3.3. Sveta euharistija | 43 |
| 6.3.4. Molitveno-meditativna štiva | 44 |
| 6.3.5. Logoterapija..... | 44 |
| 6.3.6. Hagioterapija | 45 |
| 7. ZAKLJUČAK | 47 |
| 8. ZAHVALA | 50 |
| 9. LITERATURA | 51 |
| 10. ŽIVOTOPIS | 56 |

Sažetak

Duhovnost u sestrinskoj skrbi psihijatrijskog bolesnika

Natali Vuletin Gović

Suvremena se psihijatrija sve više otvara uvažavanju i važnosti duhovnosti holističkim pristupom bolesniku pružajući cjelovitu zdravstvenu skrb u pokušaju liječenja mentalnih poremećaja. Takva skrb prožeta duhovnošću otvara nove spoznaje u prepoznavanju i stvaranju vjerodostojnog, izvornog smisla života kojem je prvenstvena svrha pomaganje i liječenje te povezivanje s drugima.

S obzirom na ukazanu relevantnost, pregledom stručnih radova uviđa se sve intenzivnije težište na uvažavanju religijskih uvjerenja i poštovanju te omogućavanju realizacije vjerskih običaja bolesnika u kliničkom ambijentu. Pojavom kliničkih instrumentarija, među kojima se nalaze FICA, HOPE i OASIS, omogućena je procjena duhovnih potreba bolesnika s ciljem postizanja optimalnog terapijskog ishoda.

U skladu s provedbom integralne zdravstvene njege te uvažavanjem čovjekovih holističkih potreba sestrinska skrb temeljena je od samih početaka na umijeću koje objedinjuje čovjekovu tjelesnu, duhovnu, umnu i osjećajnu razinu što se potkrjepljuje i u raznim teorijama sestrinstva tijekom povijesti. Brižnu skrb i duhovnu podršku koje doprinose ozdravljenju zagovarale su teoretičarke: Florence Nightingale, Callista Roy, Margaret Jean Harman Watson i Joyce Travelbee, s naglaskom na promicanju međuljudskih odnosa prožetih empatijom i toplinom. Posebnost učinkovite provedbe duhovne skrbi u sestrinskoj skrbi osoba s mentalnim poremećajima traži od medicinskih sestara i tehničara iznimnu empatičnu karakternu predispoziciju i etiku vrlina, utemeljenu na suosjećajnosti, strpljivosti i spremnosti kako bi se služilo osobi u cijelosti.

Cilj je ovog rada prikazati holističke potrebe čovjeka u zdravstvenom okružju te kako se uključivanjem duhovnosti u sestrinsku skrb, osoba s mentalnim poremećajem, uspijeva lakše nositi s anksioznošću, strahovima, stresom, depresivnošću, tjeskobom i egzistencijalnom patnjom, osnaživanjem strpljivosti i poticanjem nade u izlječenje ili lakše podnošenje bolesti.

Ključne riječi: *sestrinstvo, holistički pristup, duhovnost, mentalni poremećaji.*

Summary

Spirituality in nursing care of psychiatric patient

Natali Vuletin Gović

Modern psychiatry is increasingly opening up to the appreciation and importance of spirituality with a holistic approach to the patient by providing comprehensive health care in an attempt to treat mental disorders. Such spirituality-imbued care opens up new insights in recognizing and creating a credible and original meaning of life whose primary purpose is to help, treat and connect with others.

Given the indicated relevance, a review of professional papers shows an increasingly intense focus on appreciating religious beliefs and respecting and enabling the realization of religious customs of patients in a clinical setting. The advent of clinical instruments, including FICA, HOPE and OASIS, has made it possible to assess the spiritual needs of patients in order to achieve an optimal therapeutic outcome.

In accordance with the implementation of integral health care and respect for human holistic needs, from the very beginning, nursing care is based on the skills that unite human's physical, spiritual, mental and emotional levels, which is supported by various theories of nursing throughout history. Attentive care and spiritual support that contribute to recovery were advocated by theorists Florence Nightingale, Callista Roy, Margaret Jean Harman Watson and Joyce Travelbee, with an emphasis on promoting interpersonal relationships imbued with empathy and warmth. The distinctiveness of an effective implementation of spiritual care in the nursing care of persons with mental disorders requires from nurses and technicians an exceptional empathetic character predisposition and ethics of virtues, based on compassion, patience and willingness to serve the person entirely.

The aim of this paper is to show the holistic needs of a person in a health setting and how by including spirituality in nursing care, a person with a mental disorder manages to cope with anxiety, fears, stress, depression and existential suffering by building patience and encouraging hope in recovery or an easier disease tolerance.

Keywords: *nursing, holistic approach, spirituality, mental disorders.*

1. UVOD

Holističko je poimanje zdravlja usko povezano i s duhovnom dimenzijom čovjeka; zbog čovjekovih transcendentnih sposobnosti duhovnost omogućuje prilagodljive tjelesne, psihološke i društvene odgovore na izazovne i stresne situacije i događaje u životu, kao i pozitivne interpretacije svakodnevnih iskustava. Pozitivne emocije poput ljubavi, pripadnosti i povezanosti s drugima, unutarnjeg mira, zadovoljstva, zahvalnosti, radosti i sreća važne su sastavnice mentalnog zdravlja, dobrih odnosa i blagotvorno utječu na tjelesno funkcioniranje. Osim toga, za duhovnost je važno da ono usmjerava čovjeka na potragu za vrijednošću i smislom života, a time i zdravlja i bolesti. Stoga je nemoguće raspravljati o holističkom pristupu bolesniku bez uključivanja duhovnosti u tijek liječenja.

Duhovnost zauzima važno mjesto u životima mnogih ljudi. Ujedno je njezina važnost posljednjih godina izazvala golemo zanimanje u području psihijatrije i time postala dio brojnih istraživanja, kojima je utvrđena povezanost između duhovnosti, tjelesnog i mentalnog zdravlja.

Iako se duhovnost sagledava kao novo područje u pružanju zdravstvene usluge, najstarija je čovjekova potreba u raznim kulturama. Tijekom povijest teoretičarke sestrinstva ukazale su na važnost uključenja duhovnosti u sestrinsku skrb. U posljednjem desetljeću razvili su se klinički instrumentariji kao pomoć u procjeni čovjekove duhovnosti. Sve se više ukazuje na potrebe kompetentnosti zdravstvenih djelatnika u pružanju duhovne skrbi čime se u budućnosti otvara mogućnost uvođenja podučavanja u tom važnom području.

Postoje važni dokazi u kojima je povezan duhovni život i mentalno zdravlje. Načini na koje duhovnost utječe na mentalno zdravlje mogu pomoći u suočavanju i smanjenju stresa u teškim životnim situacijama, omogućiti pristup socijalnoj podršci i potaknuti zdravije stilove života. Vjera čovjeku može uvelike pomoći u rješavanju unutarnjih sukoba. Ima sposobnost pokretanja pozitivne energije koja može potaknuti procese ozdravljenja. Stoga rezultati potiču na prepoznavanje bolesnikovih duhovnih potreba kao sastavni dio liječenja (1).

To nam je ujedno bio i poticaj da se odlučimo pisati diplomski rad na tu važnu temu.

2. ČOVJEK I DUHOVNOST U KONTEKSTU KRŠĆANSKE ANTROPOLOGIJE

Korijeni kršćanske antropologije oblikovani su u biblijskim spisima Starog i Novog zavjeta u kojima pronalazimo temeljno polazište kršćanske antropologije u činjenici da je „čovjek slika Božja” (2). „Na svoju sliku stvori Bog čovjeka, na sliku Božju on ga stvori, muško i žensko stvori ih.”(Post 1,27).

Biblijski tekst iz Knjige Postanka najvjernije predočava „čovjeka kao sliku Božju”, biće koje je istovremeno tjelesno i duhovno: „Tada načini Gospodin Bog čovjeka od zemaljskog praha i udahnu mu u nosnice dah života. Tako postade čovjek živa duša.” (Post 2,7). Time uviđamo nerazdvojivo jedinstvo duhovne i tjelesne sastavnice, koja je važna i za holistički pristup poimanja zdravlja i bolesti, i samu bit integrativne skrbi sestriinstva.

Nadahnujući se nad temeljnim postavkama kršćanske antropologije, da ljudsko tijelo već u svom nastajanju biva oživljeno dušom i ljudska osoba postaje hram Duha, susrećemo se s nemjerljivom veličinom čovjeka (3). Time se jasno nameće neosporiva činjenica da je svako ljudsko biće dragocjeno i sveto u Božjim očima, ima svoje transcendentalno dostojanstvo i zaslužuje očuvanje svoje nepovredivosti te navodi na zaključak da svaki medicinski intervent, neminovno, zadire ne samo u biološku strukturu čovjeka već dotiče i njegovu duhovnu bit.

Kako bismo pobliže shvatili čovjekovu veličinu nasuprot svim drugim živim bićima, važno je osvrnuti se i na jedan od temeljnih dokumenata katoličkog učiteljstva, *Katekizam Katoličke Crkve*, u kojem je istaknuto da čovjeku pripada uzvišeno dostojanstvo, sloboda i slobodno povezivanje s drugim osobama, upoznavanje samog sebe te darovana Božja milost kojom Stvoritelj poziva svakog pojedinačno da mu odgovori ljubavlju i vjerom. Čovjek svojim postojanjem, bio muškarac ili bila žena, odražava mudrost i dobrotu svog Stvoritelja(3). Međutim, pri stvaranju je Stvoritelj postavio granice kako bi taj isti čovjek izvršio zadatke razumno, odgovorno i savjesno, očuvao sklad i beskrajnu ljepotu stvorenog, što na poseban izričaj dolazi u pozivu medicinskih djelatnika. No, unatoč tomu, u kliničkoj praksi često nailazimo na svojevršno zanemarivanje uvažavanja duhovne dimenzije čovjeka, a napose temeljnih postavki kršćanske antropologije, različitim bioetičkim pluralističkim ideološkim mišljenjima.

Ipak, neovisno o njihovim različitim polazištima, antropologija je uvijek tražila odgovore: tko je čovjek, što znači biti čovjek i kakav bi trebao biti, kako bi mu trebalo pristupiti, što ga čini cjelovitim, što mu narušava bit postojanja, što ga uzdiže ili stvara egzistencijalnu patnju...

U pokušaju traženja tih egzistencijalno-polazišnih antropoloških pitanja provodila su se različita istraživanja. Među njima: filozofska, biološka, sociološka, pravna, medicinska, pedagoška, psihološka, religijska, teološka i druga. Zajednički je zaključak da duhovnost bitno određuje svakog čovjeka, neovisno o njegovoj religioznoj opredijeljenosti.

Proučavanja su otkrila da različiti oblici religioznosti imaju pozitivne učinke na ljude u oblikovanju osjećaja, pružene utjehe i sigurnosti u kriznim razdobljima te snažan doživljaj pripadanja nadnaravnim bićima i zajednici istih uvjerenja (4). Stoga ćemo u sljedećem naslovu nastojati dati obrise etimoloških definicija duhovnosti i religioznosti.

2.1. Etimološke odrednice religioznosti i duhovnost

Religija je nastala postankom čovjeka kao odgovor među brojnim pitanjima koje čovjek postavlja, kako bi odgonetnuo razloge događanja oko sebe, kao odgovor na ono što ga nadilazi.

Riječ *religija* u hrvatskom govornom području potječe od latinske riječi *religio* što znači 'povezati'. Povezati u smislu pružanja unutarnjeg skupa povezanih vjerovanja, povezivanje na razini vjerskih zajednica i povezivanja čovjeka s Bogom (5).

Pojam se *religioznosti* u hrvatskom jeziku bitno razlikuje od religije jer obuhvaća individualno i subjektivno iskustvo pojedinca u odnosu prema Bogu. Temelji se na sudjelovanju u aktivnostima tradicionalne religije. Religioznost je u tom slučaju osobno usmjerenje u transcendentno uz golemu motiviranost činjenja određenih postupaka u životu.

Između različitih definicijskih određenja religioznosti, čini nam se, potrebno je u kontekstu odabira teme ovog diplomskog rada navesti jednu prikladnu, svetog Augustina, koja objašnjava nastanak pojma religije iz latinskog glagola *re-eligere* u značenju „ponovno izabrati” gledajući na religiju s gledišta obraćenja. Ostala su moguća značenja „pobožno obdržavanje” ili „vezivanje na transcendentalno” (6).

Religiozni su pojam krajem 19. i početkom 20. stoljeća istraživali sociolozi religije i religiolozi bez dogovora o konačnoj znanstvenoj definiciji religije. Istaknuta su mišljenja sociologa Emila Durkheima koji opisuje religiju kao vjerovanje i običaje vezane uz svete stvari. Crkva je opisana kao moralna zajednica u kojoj se okupljaju ljudi u skupine zbog simbola, rituala i ceremonija (7).

Uspoređujući zaključke religiologa, psihologa i psihijataru, uočljiva je raznolikost u razmišljanjima.

Religiolog Clifford Geertz (1926. – 2006.) opisao je religiju s pomoću sustava simbola koji utječu na stvaranje motivacije i raspoloženja u ljudima. Prema tim pojmovima religija nema utemeljenje na stvarnosti i spoznaji, samo odabrani su je mogli prenositi na vjernike uz obavezan red stvari, zabrane, naredbe do mogućnosti sankcioniranja u slučaju njihova nepoštovanja. Religija je prema njegovoj konačnoj definiciji učenje, znanje ili metodika duhovnosti (8).

Psihijatar Victor Emil Frankl (1905. – 1997.) promatrao je religiju kao ljudsku pojavu, najljudskiju pojavu svih ljudskih pojava – volju za smislom te je konačno definirao kao ispunjenje „volje za posljednjim smislom” (9).

Sigmund Freud (1856. – 1939.), otac psihoanalize, smatrao je religiju „oblikom opsesivne neuroze i regresije na razini primarnog narcizma”. Unatoč protivljenju religioznosti i duhovnosti smatrao je da religioznost može štiti osobu od nekih oblika neuroze. Prema njegovu tumačenju čovjek koji poseže za vjerom traži u Bogu neispunjeno savršenstvo koje proizlazi iz neostvarene dječje čežnje jer svoje roditelje doživljava nesavršenima. Smatrao je da religija utječe na otupljenje inteligencije jer osoba gubi kritičko mišljenje i počinje vjerovati u iluziju (5).

Abraham Harold Maslow (1908. – 1970.), tvorac koncepta samoaktualizacije, smatrao je, slično Freudu, da religioznost nastaje zbog neostvarenih potreba te je njezina glavna motivacija potreba za rastom aktualizacije i organizacije najviših ljudskih ciljeva. Samoaktualizacija se prema tomu očituje ostvarenjem potencijala koji se nalaze u unutarnjem „ja”, ali ljudska je priroda nadvladana navikama, kulturnim pritiscima i pogrešnim stavovima (5).

Poznati psiholog i psihijatar Karl Gustav Jung (1875. – 1961.) smatrao je duhovnost suštinom ljudskog postojanja, a besmisao u ljudskom životu kao bolest duše (19). Svjedočio je o psihičkim bolestima svojih bolesnika kojima je u njihovoj srednjoj životnoj dobi religiozno uvjerenje predstavljalo problem, te istaknuo da im je nedostajalo ono nešto što vjera pruža vjerniku i ni jedan se nije izliječio dok nije očitovao vlastito religiozno uvjerenje. Smatrao je da je ljudska duša religiozna i da se njoj susreće čovjek s Bogom (5).

Za razliku je od same religioznosti pojam *duhovnosti* nešto puno više. Potječe od lat. *spiritus*, što znači ‘duh’, predstavlja jedinstvenu životnu energiju u tijelu. Duhovnost je praksa koja čovjeka iskustveno vodi apsolutnoj stvarnosti, daje mu smislenost i nadu.

Duhovnost u sebi neizostavno nosi religioznost i *vice versa*. I čovjek bez pripadnosti nekoj određenoj religiji ipak teži duhovnosti i ima duhovne potrebe prvenstveno u traženju smisla (6).

Vjera, tom religioznom pripadnošću i duhovnom prožetošću čovjeka, daje čovjeku uzvišeni smisao života, vježba ga u strpljivosti i ustrajnosti, prožima ga ljubavlju, daje mu životnu snagu, uči ga radosti u služenju drugima, vodi ga kroz teške puteve života do prijelaza u vječni život. To se očituje religioznim uvjerenjima.

2.1.1. Religijska uvjerenja

Čovjek teško može rastumačiti svoju čežnju za nečim što nadilazi sve njegove nemire, previranja i trenutke životne sreće. Svjestan vlastitih ograničenja u pogledu svog bitka i djelovanja, nalazi se u stalnoj potrazi za vječnim, besmrtnim životom. Rješenje toga pronalazi u religiji (11).

„Čovjek stvoren na sliku Boga” pozvan je da upozna Boga. U svom traženju Bog mu otkriva puteve kako bi došao do spoznaje. Radi se o „konvergentnim i uvjerljivim obrazloženjima” kako bi čovjek postao siguran u ono što ga zaokuplja. Ti putevi počinju od materijalnog svijeta i osobe. Čovjek koji je spreman odgovoriti Bogu vjerom bespogovorno mu podlaže svoj razum i volju, pristaje mu se prepustiti, ima povjerenje. Čovjek u nastojanju približavanja Bogu pokušava razumjeti zbivanja u sebi tražeći načine kako bolje upoznati Boga u kojeg vjeruje. Na dugome mu putu traženja Bog jača spoznaju, koja tijekom vremena svojom prodornošću budi u čovjeku jaču vjeru i jača u njemu ljubav.

Sveprisutna milost koja zaokuplja cijelo ljudsko biće otvara „oči srca” (Ef 1,18) da bi se dovršilo da taj isti čovjek shvati objavu. Sveti Augustin lijepo objašnjava: „Vjerujem da razumijem, i razumijem da bolje vjerujem.” (3).

Svako čovjekovo uvjerenje zasniva se na izravnim ili posrednim spoznajama ili čovjek jednostavno vjeruje u točnost prihvaćenih postavki. Stoga je i sama psihologija religioznosti u

stalnom nastojanju ispitati religiozno ponašanje ako je vidljivo i mjerljivo s ciljem otkrivanja motiva, percepcije i emotivnih vidova nastanka i postojanja religije.

2.1.2. Duhovnost

Duhovnost u filozofiji označava misaonu moć spoznaje te sveukupnost misaonih sadržaja, načelo života i izvor je moralnog nadahnuća. No često se događa da se duhovnost poistovjećuje s moralom, etikom i religijom. Moral pravi razliku između pravilnog i pogrešnog ovisno o normama određenog područja i vremena, pojedinaca, te često predstavlja osudu drukčijeg i izdvaja pojedinca od skupine. Etika predstavlja skup vrijednosti i definira pravilno ponašanje. Duhovnost ne razdvaja, ne osuđuje i nije unutar vremena (12).

U kršćanskom poimanju duhovnosti „duh” dobiva teološko značenje. Duh Sveti, odnosno treća božanska osoba, pokreće čovjeka, poučava ga, oblikuje kako bi postao što sličniji Kristu. Zahvaćen milošću Duha svetoga, čovjek u neprestanom traženju svrhe i transcencije doživljava vrlo važnim i svetim odnose s drugima i odnose s prirodom. Postaje osnažen i povezan s dimenzijama koje nadilaze njegovo ja. Povezanost nastaje unutar čovjeka, u odnosu s drugima, s prirodom ili se odnosi na osjećaj povezanosti s nevidljivim, s Bogom (13). Upravo duhovnošću čovjek nadilazi samog sebe i omogućuje mu se šire sagledavanje života i povezanost sa svim stvorenim.

Prema objavi djelovanje Duha Svetoga u životu svakog vjernika produbljuje odnos s Bogom, djeluje na čovjeka osvjetljavajući odnos s bližnjima i oblikujući osobnu duhovnost. Tako da, zapravo, možemo utvrditi kako je duhovnost na neki način Božji život u čovjeku, stvarnost koju on slijedi i živi, posredstvom same animacije duše. Čovjekova je duša tijekom života na zemlji u stalnom dijalogu s Bogom, na svojstven način (3).

U trenucima kad je čovjek sam sa sobom, kad izgleda da vodi razgovore sa samim sobom u sveopćoj iskrenosti i osami, Bog je tako za vjernika sudionik razgovora. Čovjek može biti svjestan tih razgovora ili ne, osama može biti prividna ili ne, prisutnost je krajnje iskrenosti dokaz da Bog progovara. Stoga je psihijatar Frankl razvio radnu definiciju koja glasi: „Bog je partner naših najintimnijih razgovora sa samima sobom.” (9). Upravo nam ta tvrdnja postaje iznimno važna u egzistencijalnoj samoći, patnji, bolesti i tjeskobi svih bolesnika.

U prilog našeg razmatranja ide i činjenica da sam koncept duhovne inteligencije u novije vrijeme prikazuje duhovnost kao vid adaptivnog funkcioniranja koja povećava vjerojatnost postizanja cilja. Njezin utjecaj vidljiv je na više razina: kako osobe vide svijet, kako rješavaju probleme i kako se ponašaju. Duhovnoj inteligenciji pripada sposobnost oprosta, zahvalnosti, suosjećanja i mudrosti. Razvijena duhovna inteligencija pomaže osobi da prepozna svoje životno poslanje. U nizu istraživanja dokazano je da religiozne osobe djelotvornije prorađuju traumu i lakše nalaze smisao u patnji (5). To je iznimno važno i kod osoba s mentalnim poremećajima da se usporedno s farmakoterapijom i psihoterapijom pokuša stvarati jedna sinergijska terapijska međusmjerenost u pružanju terapijske skrbi.

Transcendentna sposobnost mozga omogućuje tjelesnu, psihološku i socijalnu prilagodbu na životne izazove i događaje te preinaku u pozitivan stav i mišljenje o svakodnevnim iskustvima u životu. Ljubav, osjećaj pripadanja i povezanosti s drugima, unutarnji mir, zadovoljstvo, rad, sreća i zahvalnost pozitivne su i važne emocije koje čine psihološko blagostanje, utječu na dobre međuljudske odnose i imaju odraz na tjelesnom funkcioniranju (12). Stoga su one važne i u kontekstu holističkog pristupa integralne zdravstvene njege.

2.2. Holistički pristup integralne zdravstvene njege

Problem je suvremene visoko tehnologijski zasnovane medicine u činjenici djelomičnog, redukcionističkog poimanja bolesti i cjelovitog pristupa bolesniku. No čini se kako je taj problem započeo svoje korijene davno prije, samo se napretkom tehnološke transformacije, s vremenom, sve više produbljivao.

U tom kontekstu iznosi se navod autora M. Jakovljevića, gdje nam on prenosi rečenicu poznatog grčkog filozofa Platona koja nam ukazuje na važnost posvećivanja cjelini:

„Najveća pogreška u liječenju bolesnika jest u tome što se tijelo i duša previše odvajaju jedno od drugoga, a zapravo se uopće ne mogu odvojiti. Upravo to ne vide grčki liječnici i zato im se javljaju tolike bolesti: oni, naime, nikada ne vide cjelinu. Trebali bi se posvetiti cjelini, jer tamo gdje se cjelina osjeća loše, nije moguće da je jedan njezin dio zdrav.” (1).

Tu nam na scenu do izrazite važnosti stupaju medicinske sestre.

Sestrinstvo utemeljeno na holističkom pristupu i bazirano na pristupu etike vrline temelji se na znanju, teorijama, istraživanju, iskustvu, intuiciji i sklonosti kreativnosti. Najvažniji je čimbenik koji pridonosi holističkom pristupu medicinskih sestara i tehničara kod pacijenata razumijevanje, prisutnost u njezi u prvenstveno cjelovitom razumijevanju sebe kako bi bolje mogli razumjeti bolesnike u svim njihovim potrebama, fiziološkim ili duhovnim (14).

Stoga bi holistički pristup u integralnoj zdravstvenoj njezi trebao uključivati komplementarne potrebe tijela, uma i duha. U tom slučaju duhovna skrb s pomoću holističkog pristupa u sestrijskoj skrbi predavala bi važnost prepoznavanju duhovnih potreba pacijenata i daljnjem postupanju podržavajući čovjeka u pronalasku svrhe, smisla, nade te prerastanja bola, bolesti, tuge, invalidnosti i raznih gubitaka.

2.2.1. Integrativne smjernice Svjetske zdravstvene organizacije u holističkom određenju zdravlja

Svjetska zdravstvena organizacija potvrdila je činjenicu na temelju istraživanja objavljenog 1998. godine, u kojem je sudjelovalo više od trideset međunarodnih centara, da na kvalitetu ljudskog življenja utječu razni čimbenici, te je definirala područja presudna za kvalitetu ljudskog življenja navodeći tjelesno i psihičko zdravlje, osobnu nezavisnost, socijalne odnose, okoliš, duhovnost, religijske prakse i običaje. Prepoznala se važnost kvalitetnijeg međuljudskog odnosa između zdravstvenih djelatnika i pacijenata te važnost suosjećanja s bolesnikom. S prepoznavanjem čovjekovih holističkih potreba postiglo se cjelovitije razumijevanje bolesnika s konačnim rezultatom spoznaje potrebnosti kako tjelesnog ozdravljenja, tako i duševnog okrepljenja bolesnika (10).

Definicijom zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije određuje se holistički smjer određenja zdravlja:

„Zdravlje nije puko nepostojanje bolesti, već stanje potpunog fizičkog, mentalnog, duhovnog i socijalnog blagostanja.” (15).

Tim uviđamo da je osnovna karakteristika zdrave ličnosti njezina cjelovitost. I upravo nam korijen hebrejske riječi *shalom* uključuje koncept cjelovitosti, koja podrazumijeva integraciju osobe s Bogom, sa samim sobom i drugima.

U tom kontekstu suvremena istraživanja navode da bi duhovnost mogla zaštitno djelovati na psihi kao i na različite tjelesne bolesti te njihov tijek i ishod. Izostankom holističkog pristupa u liječenju, odnosno izostankom prihvaćanja čovjeka u njegovoj duhovnoj dimenziji, čovjeka kao duhovnog, dogodi se da čovjek luta tražeći načine izlječenja izvan okvira službene medicine (5).

Psihosomatskim pristupom liječenju, konceptom liječenja usmjerenim na osobu, bolesnik postaje osoba u cijelosti, ne predstavlja samo oboljeli organ ili skup simptoma s kojima dolazi na liječenje (12).

Nakon isključivo paternalističkog pristupa, dominantnog za medicinu tijekom proteklih stoljeća, sredinom dvadesetog stoljeća pojavljuje se ponovno potreba za cjelovitim pristupom bolesniku uključivši potpunu osobu u proces liječenja te se zaključilo da je nedovoljno liječiti samo bolest (16). Svjetska zdravstvena organizacija jasno nalaže da zdravstvena njega bude učinkovita, efektivna tako da se temelji na dokazima i potrebi, prihvatljiva i usmjerena na bolesnika, sigurna i nediskriminirajuća (15).

To posebno ističu preporuke Udružene komisije palijativnih skrbi diljem svijeta u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom koje ukazuju na važnost holističkog pristupa u liječenju bolesnika: duhovna skrb treba biti integralna i usmjerena bolesniku u središtu zdravstvenog sustava; modeli duhovne skrbi trebali bi promovirati dostojanstvo svake osobe omogućujući suosjećajnu pratnju; duhovna previranja i nedoumice trebale bi biti tretirane jednako kao drugi medicinski i socijalni problem; duhovnost treba smatrati bolesnikovom vitalnošću te je važno omogućiti njezinu provedbu i primjenu kao integrativni dio skrbi; modeli pružanja duhovne skrbi trebali bi biti interdisciplinarni (17).

Pristupajući bolesniku, svaki zdravstveni djelatnik djelujući kao „čuvar i služitelj ljudskog života” integralno pristupa fenomenu bolesti i zdravlja. Takav pristup uključuje profesionalan odnos prema bolesniku uz poštovanje i zagovaranje njegove temeljne moralne vrijednosti: „dostojanstvo ljudske osobe i nepovrjedivost života na svim razinama uključujući tjelesnu, emocionalnu, društvenu i duhovnu.” (10).

Potpuna zdravstvena usluga uključuje ostvarenje svih zdravstvenih potreba bolesnika. Sa stajališta cjelovitosti čovjekove potrebe bolesnika dijele se na tjelesne/fizičke/biološke, emocionalne, psihološke i duhovne potrebe.

2.2.1.1. Čovjekove tjelesne/fizičke/biološke potrebe u odnosu na pružanje zdravstvene usluge

Tjelesne/fizičke/biološke čovjekove potrebe pripadaju primarnim ljudskim potrebama bitnima za preživljavanje. Razlikuju se ovisno o stanju pokretljivosti i ograničenosti kretnji bolesnika, odnosno onemogućenosti zbog boli. Često se radi o stanjima privremene onemogućenosti fizičkih kretnji kao i o nemoći bolesnika potpuno ovisnih o zdravstvenom osoblju.

Teoretičarka sestrinstva Virginia Henderson kreirala je 14 ljudskih potreba koje su nužne za čovjekov život: „disanje, unos hrane i tekućine, eliminacija otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela, odmor i spavanje, odijevanje, održavanje normalne temperature tijela, održavanje osobne higijene, izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikacija s drugim ljudima, vjerske potrebe, obavljanje svrsishodnog rada, rekreacija, učenje- istraživanje i zadovoljavanje znatiželje”. Prvih devet ljudskih potreba odnosi se na tjelesne, fizičke odnosno biološke potrebe pa ako izostanu, prijeti opasnost od oštećenja organizma ili smrti (18).

Zadovoljenje tjelesnih/fizičkih/bioloških potreba pokretnog bolesnika u zdravstvenoj ustanovi, počevši od prve ljudske potrebe, uključuje smještanje bolesnika u ugodnu, toplu, tihu, prozračnu i osvjetljenu prostoriju, korištenje udobnog kreveta, noćnog ormarića, stolića, stolice i ormara za odjeću, ponudu ukusno poslužene hrane i pića u blagovaonici, osiguranje uredne kupaonice s toaletom, uporabu namjenskih prostorija za odmor, čitanje, gledanje televizije, uporabu osobne odjeće i obuće. Zadovoljenje svih tjelesnih/fizičkih/bioloških potreba pokretan bolesnik obavlja sam, njegove potrebe odnose se na samostalno disanje, hranjenje, hidraciju, eliminaciju otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje položaja, spavanja, odijevanja i održavanja higijene.

Zadovoljenje istih potreba nepokretnog bolesnika uključuje pomoć medicinskih sestara i tehničara kako bi se zadovoljile sve potrebe. Ispunjenje potreba nepokretnog bolesnika zahtijeva potpuno uključivanje zdravstvenog osoblja u sve procese skrbi. Medicinske sestre i tehničari postaju produžene ruke i noge takvog bolesnika. Potrebna je posebna briga za položaj bolesnika kako bi nesmetano disao, pomoć pri hranjenju i hidraciji, higijeni eliminacije otpadnih tvari, čestim promjenama položaja, održavanju higijene i odijevanju,

brizi o pravilnom ritmu sna i usnivanja, osiguravanju optimalne klimatizacije zbog održavanja normalne temperature tijela bolesnika.

Istovremeno s javljanjem osnovnih fizičkih potreba pojavljuju se emocionalne potrebe bolesnika.

2.2.1.2. Čovjekove emocionalne potrebe u zdravstvenom okružju

Čovjekove se emocionalne potrebe u zdravstvenom okružju bitno razlikuju od emocionalnih potreba u svakodnevnim životnim okolnostima. Čovjek se odjednom zatekne u novim okolnostima koje ga potpuno zaokupljaju; s jedne strane, potrebna je prilagodba na bolest i neizvjesnost koju ona nosi, dok se, s druge, čovjek prilagođava u nepoznatom prostoru, među nepoznatim ljudima i nepoznatim postupcima.

Emocionalne potrebe pripadaju sekundarnim ljudskim potrebama, u zdravstvenom okružju odnose se na potrebe za razumijevanjem, ohrabrenjem te toplinom. Emocije koje se javljaju s obzirom na nepoznat ishod liječenja jesu: osjećaj tjeskobe, straha, potištenosti, čak i osamljenosti. Bolesnik osjeća i razlikuje kad je u očima zdravstvenih djelatnika slučaj ili osoba. Neposredan i osoban doticaj s bolesnikom, pažnja i nazočnost često djeluju ozdravljajuće, a bolesnik pri takvom odnosu nema osjećaj otuđenosti. Suosjećanje odnosno empatija zdravstvenih djelatnika pomaže u otkrivanju emocionalnih potreba bolesnika, te gradnji odnosa i podizanja kvalitete zdravstvene skrbi (19). Svaki zdravstveni djelatnik koristeći u svom radu emocionalne reakcije gleda bolesnika na drukčiji način, prepoznaje u bolesniku: strah, nadu, sumnju, povjerenje, očaj, mir, iščekivanje... Isto tako, svaki bolesnik u zdravstvenom djelatniku izaziva različite emocionalne reakcije od simpatije do odbojnosti (20).

Empatičan odnos zdravstvenog djelatnika prema bolesniku poželjan je odnos prema bolesniku uključujući sposobnost aktivnog slušanja i razumijevanja bolesnika (21). Empatična osoba djeluje na svojstven način, razumije i doživljava osjećaje druge osobe te pritom razvija vlastitu emocionalnu reakciju. Empatija se u suštini razlikuje od simpatije; dok se simpatijom javlja naklonost prema nekome, empatijom se razumiju misli, osjećaji i stavovi bez nužne prisutnosti naklonosti. Suosjećanjem se aktivno sudjeluje u supatnji druge osobe svojim djelovanjem i pomaganjem bez uživljavanja u osjećaje druge osobe (22). Zdravstveni

djelatnici empatijom i suosjećanjem pronalaze sklad u razumijevanju bolesnika iz njegove pozicije i održavanju vlastitih osjećaja, promišljanja i motiviranosti u svom djelovanju.

Komunikacijom u zdravstvenom okružju osigurava se da bolesnici i njihove obitelji budu primjereno obaviještene primajući istovremeno važnu emocionalnu potporu kako bi donijeli ispravne odluke u daljnjem procesu liječenja (19).

Upravo pravilna komunikacija s bolesnikom pridonosi i zadovoljenju njegovih psiholoških potreba.

2.2.1.3. Čovjekove psihološke potrebe u zdravstvenom ambijentu

Čovjekove psihološke potrebe u zdravstvenom ambijentu odnose se na zadovoljenje potrebe za komunikacijom s drugim osobama uključujući posjete obitelji i prijatelja, potrebu za sigurnošću i predvidivošću, uvažavanjem i slobodom izbora, potrebu sudjelovanja i odlučivanja u svim medicinskim intervencijama te ovladavanjem u određenim saznanjima i vještinama vezanim za bolest.

U bolesti čovjek ponekad ima iskustvo prepuštenosti zdravstvenom sustavu i ovisnosti o tuđoj brizi, upada u stanje patnje koja ga dovodi u stanje neizbježnosti i suočavanja s neugodnim osjećajem bola. Događa se da bol povećava patnju, a patnja povećava bol. Psihološke potrebe čovjeka isprepletene su bihevioralnim, socijalnim i emocionalnim ponašanjem. Bolestan čovjek često postaje preosjetljiv, nestrpljiv i očekuje veću pažnju i razumijevanje zdravstvenog osoblja. Pri osjećaju nezadovoljenja vlastitih potreba i htijenja može se zamijetiti da bolesnik šuti, promatra okolinu te ima osjećaj da je teretan obitelji. Uloga je zdravstvenih djelatnika kod ostvarenja psiholoških potreba bolesnika pravovremeno njihovo primjećivanje, pri tom je nekad dovoljno uputiti samo pogled bolesniku i uzeti ga za ruku kako bi se bolesnik osjećao prihvaćen i siguran. Čovjek suočen bolešću i patnjom očekuje pomoć i sažaljenje drugih osoba, traži pažnju, nježno postupanje, samilost, razumijevanje i prisutnost. Dobrom komunikacijom smanjuje se negativan osjećaj neizvjesnosti i psihička patnja, ublažuju se fizički simptomi, poboljšava se suradnja u liječenju i zadovoljstvo bolesnika (19).

Bolesnog je čovjeka bitno osnažiti, uvažiti njegovo mišljenje, potkrijepiti činjenicama njegovu neizvjesnost i potaknuti sigurnost, potaknuti ga na dijalog, omogućiti sudjelovanje uz aktivno slušanje u svim intervencijama te mu pružiti zdravstvenu edukaciju u pogledu bolesti. Kako bi se postigao potpuni cilj i kako bi se sagledalo čovjeka u svim vidovima njegova bivstva, potrebno je uočiti njegove duhovne potrebe i primijeniti duhovnu podršku.

2.2.1.4. Čovjekove duhovne potrebe u zadovoljenju pružanja zdravstvenih usluga

Realizacija duhovnih potreba bolesnika integralni je dio procesa skrbi. Potreba bolesnika za duhovnom pratnjom stavlja pred zdravstvene djelatnike brojna pitanja i o vlastitoj duhovnosti.

U suočenosti čovjeka s boli, bolesti, patnjom, trpljenjem, neizvjesnošću liječenja i ishoda javlja se potreba za duhovnošću. Upravo primjenjivanje duhovnosti može ublažiti neizdrživost boli i tjeskobe (19).

Različite su potrebe bolesnika za duhovnošću u pružanju zdravstvenih usluga. Bolesnici ispoljavaju svoje potrebe traženjem prisutnosti zdravstvenog osoblja, imaju potrebu da ih se sluša, da im se pruži dodir, duhovna podrška. Njihove su potrebe nekad složenije; traže da zdravstveni djelatnici objasne svrhu patnje i bolesti, pruže im duhovni dijalog. Ponekad im je potreban mir i molitva u samoći. Često bolesnici traže posjet kapelana, svetu ispovijed i svetu pričest, sakrament bolesničkog pomazanja, nabavu vjerskih knjiga i Svetog pisma (10).

Duhovnost u čovjeku potiče unutarnji mir i povjerenje prema okružju. Čovjek osnažen vjerom dobiva jedan novi vid motivacije i inspiracije, biva usmjeren prema pozitivnim ishodima trenutačnog stanja.

Snaga duhovnosti očituje se i kod nepovoljne dijagnoze. Djelotvornost molitve vidljiva je u utjesi, miru i spokoju. Djelotvornost sakramenata oprostjenja i pomirenja daju snagu u prevladavanju psihičke i duhovne klonulosti. Čovjek vjeruje da nije sam u patnji i bolesti jer ga cijela Crkva preporučuje Gospodinu. S pomoću molitve, duhovnih tekstova i obreda čovjek osjeća pratnju i podršku u procesima suočavanja s patnjom (19).

Bolesnici u ostvarenju svojih duhovnih potreba teže vjerskim obredima koji im pružaju veliku snagu u patnji i bolesti. Primjenjivanjem molitve, sakramenata i blagoslova postaju duhovno obogaćeni. Sakramentom pomirenja i svetom euharistijom zadržavaju dostojanstvo te se istinitim življenjem vjere zamjenjuje otpor, tjeskoba i žalost s osjećajima ljubavi, nade, brige i poštovanja. Nada kao važan pokretač ljudske egzistencije nalazi se uvijek prisutna u uskoj vezi s duhovnošću (23).

2.2.2 Dimenzije holističkog poimanja čovjeka u zdravlju i bolesti

Poznato je da fizička bolest može izravno utjecati na duševno stanje kao što duševno bolesna stanja mogu utjecati na pojavu neke fizičke bolesti. Pri tom se radi o neriješenim konfliktnim stanjima unutar osobe koja potječu iz strahova i tjeskobe koji su neminovni pratitelji svake bolesti. Na njih može odgovoriti holistički pristup čovjeku koji nudi polazište zdravstvenim djelatnicima da tjelesno, duhovno i duševno egzistiraju jedinstveno i povezano (10).

Svaki čovjek načinjen je od duha, duše i tijela. Čine ga tri dimenzije koje se uvijek sagledavaju zajedno. Kako bismo pobliže objasnili utjecaj duha na dušu i tijelo, valja razmotriti riječi svetog Pavla, teologa Ivančića, i svetog Augustina. Sveti Pavao progovara: „Čitavo vaše biće: duh, duša i tijelo neka se besprijekornim, savršenim sačuva za dolazak Gospodina našega Isusa Krista.” (1 Sol 5,23), (3). Njegovim mislima predstavljena je neodvojivost čovjeka u svim njegovim dimenzijama i zapravo je prikazan čovjek u cjelovitosti svog bića. Dalje, navodi autora Ivančića potkrjepljuju nerazdvojivost duha, duše i tijela: „Duh prožima čovjekovo tijelo i njegovu dušu te stoga on, koji je sastavnica čovjekove ličnosti, stvara čovjeka kao nerazdvojivu, nedjeljivu cjelinu.” (24), koji veličaju duh nasuprot ostalim dvjema dimenzijama. Sveti Augustin također u svojim promišljanjima ukazuje na neshvatljivost čovjekove dimenzije: „Način na koji se duh drži uz tijelo općenito je čudesan i čovjek ga ne može shvatiti” (3), čime potvrđuje svojevrsnu nemoć čovjeka pred onim što ga nadilazi. Prema Svetom pismu „Duh se suprotstavlja tijelu a tijelo duhu” (Galaćanima 5,17) dok duša stoji između njih – vidljivo je kako se na suprotnim stranama nalaze duh i tijelo dok duša čeka, bira i, zapravo, biva odgovornom u ishodima odabira.

Čovjekova se duša često nalazi pred odlukom što odabrati; mora se opredijeliti za tijelo ili za duh, tako da ne može biti okrenuta istovremeno oboma. Prema tomu, u trenucima posvećenosti duše tijelu duša ispunjava sve svoje tjelesne želje pri čemu su razmišljanje, osjećaji i volja usmjereni materiji. Duh tada ne dolazi do izražaja. Čovjek živi svjestan samo sebe i uzima od života sve što mu život pruža. Ako duša uviđa bezvrijednost zemaljskih stvari, onda tjelesne želje smatra beznačajnima, okreće se duhu i duh se u skrovitosti javlja duši koja ga sluša. U tom slučaju duša teži duhovnim dobrima i prepoznaje samu sebe kao Božje stvorenje. Nema potrebu proturječiti duhu, sretna je i obraća manje pažnje na tjelesno. Čovjekovo razmišljanje postaje pravilno i njegove želje i djela usklađuju se s Božjom voljom. Duh postaje ono božansko u čovjeku, očituje se u čovjekovoj svijesti te čovjeka čini Božjim stvorenjem. Duh, duša i tijelo postaju jedno u trenutku kad se duša preda duhu u ostvarenju jedinstva s Bogom (25). U tom pogledu čovjek postaje cjelovita osoba, ali i lakše prihvaća samo stanje boli, patnje i neizlječive/izlječive bolesti.

Čovjekovo tijelo u zemaljskom postojanju vezano je za svijet koji propada, u kojem tijelo najdublje proživljava muku, starenje, obolijevanje i umiranje. Ali upravo duša nadilazi svijet i ravna se po nekim drugim zakonitostima. Nije vezana za hranu i vodu, zrak, lijepo vrijeme, ne obolijeva na tjelesan način i ništa na zemlji ne može je uništiti. Ipak je vezana za tijelo i doživljava sve što se tijelu događa, proživljava nevolje, ali često pati jer je nemoćna izdići se iznad svega.

Prema riječima autora Ivančića: „Da bi se doista moglo izbaviti od svake nevolje, nesreće, bolesti, pa i prijetnje smrću, potrebno je neprestano privikavati svoju dušu na Božju prisutnost.” (26). Takav stav potkrjepljuje dokaz da duhovnost i vjerska uvjerenja kod čovjeka utječu na tijek bolesti i patnje, odražavaju se na psihičko i fizičko zdravlje.

2.3. Utjecaj vjerskih uvjerenja u tijeku bolesti i patnje

Vjernik nije izuzet od tegoba i bolesti svakodnevnog života, no u zdravoj vjeri ipak pokušava shvatiti biblijsko poimanje da mu Bog ne šalje bolest kao kaznu. Neki autori uviđaju korelaciju i nastajanje bolesti povezuje se s trenutkom udaljavanja čovjeka od Boga, s trenutkom zanemarivanja Božjih zakona, kad se očekuje promjena u životu i odnosima sa sobom ili drugima. Uglavnom, bolest se pojavljuje zbog tjelesnih i/ili duševnih poremećaja.

Postojanjem vjere u bolesti čovjek biva osnažen, ohrabren i siguran u duševnoj tjeskobi i tjelesnoj patnji; ne osjeća se sam i prepušten sam sebi. Bog je tada najbliži čovjeku. Najbliži mu je u trpljenju. Božja blizina u teškim trenucima bolesti i patnje čovjeku pruža nadu i vjeru u ozdravljenje. Čovjek zna da će Božja providnost učiniti najbolje za njega, stoga je bolest uvijek ispit čovjekove duhovne zrelosti, postaje vidljivi znak pouzdanja i potpunog predanja Bogu. S vjerom se u vječni život čovjek nikad ne osjeća napušten i bespomoćan.

Praktična vjera pomaže vjerniku u svim životnim događajima. Čovjeku koji je u cijelosti prožet vjerom vjersko uvjerenje utječe na njegovu osobnost te s odgovornošću odgovara Bogu za svoj život koji mu je dao s bezbroj talenata i zadataka. Čovjeku koji je prožet vjerom vjera krijepti tijelo i održava ga u njegovu dostojanstvu. Isto tako, vjera nadzire čovjekove emocije, čovjek postaje svjestan da je ljubljen i ne osjeća napuštenost u trenucima straha, nesigurnosti, unutarnje podijeljenosti. Vjera čovjeka poziva na život pun međusobnog razumijevanja s drugim ljudima. Moć vjere očituje se u najvećim tjelesnim i duševnim patnjama, očituje se u pronalaženju smisla kad se sve doima da je u nepovrat izgubljeno (10).

Prema mišljenju Viktora Frankla u patnji čovjek sazrijeva, po njoj raste, patnja čini čovjeka bogatijim i moćnijim. Patnja čini čovjeka psihički živim štiteći ga od apatije i ukočenosti (27).

U provedenim istraživanjima potvrđeno je postojanje povezanosti između duhovnosti i poboljšanja različitih psihičkih poremećaja među kojima se navode depresija, tjeskoba, stanja ovisnosti, suicidalna stanja te fizičkih oboljenja među kojima se navode kardiovaskularne bolesti, multipla skleroza, šećerna bolest, razne maligne bolesti i drugo. Postojeće studije ispitale su utjecaj duhovnosti i pojave visokog krvnog pritiska te je dokazano da je visok krvni pritisak češći kod osoba koje ne posjećuju crkvu i rijetko čitaju Sveto pismo. Istraživanja kojima se ispitala povezanost duhovnosti i maligniteta pokazala su da religioznost utječe na prihvaćanje bolesti i lakše suočavanje s terminalnom fazom bolesti. Ispitivanje dokazuje da 50% i 95% ispitanika s malignitetom smatra da im je duhovnost na 6. mjestu ljestvice od 1 do 10. Religija je među ispitanicima važna za njih 68%, manje važna za njih 20% , a uopće nije važna za njih 12%. Neka istraživanja pokazuju da religiozne osobe žive duže, do 7 godina. Istraživanja provedena u kliničkom okruženju ukazuju na potrebu bolesnika za duhovnošću, njih 45– 73% bolje razumije sebe u bolesti, 87% lakše prihvaća bolest, 34– 66% smatra da su duhovni običaji popravili njihovo unutarnje stanje, omogućili lakši prijelaz prema umiranju, 72% osoba smatra da im je olakšana nemoć i da su zadobili mir. Ispitanici su iskazali da su

svjesniji sebe, prihvaćaju se u novim okolnostima, brže se oporavljaju te postižu bolju otpornost na bolest (17).

Sve te neosporne činjenice potaknule su brojna istraživanja posljednjeg desetljeća na temelju kojih su izrađene smjernice za pružanje duhovne skrbi, utemeljene na postavkama sestrinskih teorija prošlih desetljeća, u kojima su prihvaćene brojne zadaće medicinskih sestara u skrbi bolesnika koji zahtijevaju duhovnu pratnju u svojim potrebama.

3. DUHOVNOST U TEORIJAMA SESTRINSTVA

Uvažavana uloga duhovnosti prisutna je od samih početaka kreiranja sestrinske prakse te se sve više uvrštava u djelovanje u sestrinskoj praksi. Teorije sestrinstva u svojim nastojanjima promicanja zdravlja uključile su vidove duhovnosti u skrb bolesnika kako bi se uspostavio brižan odnos koji doprinosi ozdravljenju (28).

Sestrinske teorije utemeljene su uglavnom na vrlo dinamičnom holističkom pogledu na čovjekovo biološko, psihološko, društveno i duhovno područje života.

Duhovnost se u teorijama opisuje kao „kamen temeljac” (28) holističke sestrinske prakse. Među teoretičarkama koje naglašavaju važnost duhovne skrbi jesu: Florence Nightingale, Callista Roy, Margaret Jean Harman Watson i Joyce Travelbee.

3.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale (1820. – 1910.), majka modernog sestrinstva, prva u povijesti pokrenula je stručnu naobrazbu medicinskih sestara u Londonu i time postavila temelje modernog sestrinstva.

Njezina izjava na jednom skupu na kojem se odlučivalo o budućnosti sestrinstva bila je: „Posljednjih četrdeset godina stvoreno je novo umijeće i nova znanost. A s time i nova profesija - kažu oni; mi kažemo - poziv.” (29). Utjecala je da sestrinstvu pripadne naziv najboljeg umijeća jer je smatrala da sestrinska skrb obuhvaća duhovnu, umnu i osjećajnu razinu.

U njezinim bilješkama (28) stoji temeljni princip – iscjeljivanje, koje sadrži sve vidove tijela, uma i duha odnosno holistički pristup zdravstvenoj njezi. Smatrala je da uklanjanje znakova i simptoma bolesti ne liječi bolest, već uključuje fizičku dimenziju skrbi, a isključuje duhovnu dimenziju. Naglašavala je da medicinske sestre moraju prvo razumjeti sebe u cijelosti kako bi razumjele bolesnike u svim njihovim fiziološkim i/ili duhovnim potrebama.

Njezina religioznost nije bila skrivena. Nightingale je bila duboko uvjeren da je primila poziv od Boga za njegu bolesnika. U pismu prijateljici za vrijeme Krimskog rata otkrila je koliko je teško njegovati ranjene i koliko se uzda u Boga i Božju intervenciju te je napisala:

„Nemam vremena. Čitava vojska dolazi u bolnicu. Zadatak će biti golem. Uh, kako će to sve završiti? Nalazimo se u Božjim rukama. Moli za nas! Trenutno imamo pet tisuća bolesnih i ranjenih. Moja jedina utjeha je da to Bog vidi, zna i da nas ljubi.” (28).

Nightingale-ine su sestre vojnici prozvali „milosrdnim anđelima”. Morale su imati određene vrline jer se smatralo da je medicinska sestra osoba „koja se posvetila uzvišenom idealu činiti dobro i ispravno”. Morale su ih krasiti profesionalne i duhovne kvalitete. Tako je nastao etički prototip sestre kao žene koju krasí odgovornost, urednost, hrabrost, prisebnost, požrtvornost, radinost, majčinska nježnost i pokornost liječniku (30).

Njezina teorija bila je posve holistički usmjerena i usredotočena na okoliš, opisala je pojmove zraka, topline, svjetla, prehrane, čistoće, buke te ih je nazivala čovjekovim okruženjem. Vjerovala je da je zdravo okruženje temelj pravilne njege i održavanja zdravlja. Prepoznala je okolinu kao izvor bolesti i oporavka. Poticala je ideje samozbrinjavanja bolesnika. Zamislila je održavanje zdravlja s pomoću prevencije bolesti putem nadzora okoliša i društvene odgovornosti. To je doprinijelo suvremenom konceptu promocije zdravlja. Pri tom je riječ „priroda” pisala velikim slovom što se pretpostavilo da misli na Boga.

Opisala je fenomen poziva i predanosti sestrinskom poslu u vlastitom brižnom ponašanju s bolesnicima. U tome se nazirala prisutnost duhovnosti.

Predanost u radu opisivala je s pomoću promatranja bolesnika noću, prisutnosti tijekom umiranja, prisutnosti tijekom kirurških zahvata, pružanja pomoći bolesniku kod pisanja pisama obitelji, sve s glavnim ciljem iskazivanja brižne i duhovne podrške.

Uglavnom, definirala je znanje, vještine i ponašanje medicinskih sestara iz kojih su se poslije razvili konceptualni modeli i teorije današnjice (18).

Njezina razmišljanja temeljena su na pripremi okoliša odnosno prirode kako bi se postigao bolji ishod za bolesnika u smislu osposobljenja na višoj razini. Duhovnost je držala bliskom čovjeku te jedinim moćnim potencijalom izlječenja. Njezina zamisao mogla bi se prenijeti na koncept mentalnog ozdravljenja, povezivanjem osobe kroz okruženje odnosno prirodu, samim tim s božanskom inteligencijom kako bi zadobila kreativnu energiju s ciljem razumijevanja vlastitog stanja u bolesti te povratno iskustvo kao doživljaj same bolesti. Time bi se ovladalo poremećajem u cijelosti.

Njezina najljepša definicija sestrinstva glasi:

„Sestrinstvo je umjetnost, a ako je želimo učiniti umjetnošću to iziskuje posvećenost, marljivu pripremu, kao što je slučaj kod radova slikara ili kipara. Što je obično slikarsko platno ili hladni mramor u usporedbi s čovjekom – hramom Božje duše? Rekla bih da je sestrinstvo najljepša od najljepših umjetnosti.” (18).

3.2 Callista Roy

Callista Roy (1939.) sestrinstvo definira kao zdravstvenu profesiju koja se usredotočuje na ljudske životne procese i obrasce i naglašava promicanje zdravlja za pojedince, obitelji, skupine i društvo. Prema njezinu se modelu sestrinstvo kao znanost i praksa širi i prilagođava te poboljšava preobražaj osobe i okoliša. Zdravlje po tome nije sloboda od neizbježnog, smrti, bolesti, nesreće, stresa, već je sposobnost nošenja na kompetentan način. Njezin je model okoliš, osoba, skrb i zdravlje holistički jer promjene u unutaršnjem i vanjskom dovodi do promjene u cjelini.

Roy tvrdi da osobe imaju međusobne, integralne i simultane odnose sa svemirom i Bogom i ljudi mogu upotrebljavati svoje kreativne sposobnosti svjesnosti, prosvjetljenja i vjere u procese izvođenja, održavanja i preobražaja svemira te samim tim sposobne su utjecati na tijek bolesti i podignuti višu razinu prilagodbe u smjeru zdravlja.

Prema modelu prilagodbe duhovnost utječe na prilagodljivo ponašanje. Duhovnost u njezinu radu nazire se u prilagodbi uvjeta za povezivanje s Bogom, čitanju Svetog pisma,

zajedničkom moljenju s bolesnikom, upućivanju bolesnika duhovniku te suradnji i razgovoru s bolesnikom i njegovom obitelji (18).

Prema mišljenju Callisti Roy mogla bi duhovnost utjecati na stanja bolesti uz uvjet da se osoba koristi religioznom praksom jer religioznost utječe na životni pogled i sposobnosti osobe, na stavove i ponašanje u bolesti. Upravo je po njezinu modelu religija važan čimbenik u prilagodbi bolesnika bolesti.

Osoba s mentalnim poteškoćama, prema modelu Calliste Roy, bila bi otvorenija prema zajednici istih interesa, napredovala bi u kreativnosti i okupaciji te bi razvila veću razinu samopouzdanja i samopomoći u pogledu bolesti, vlastitim angažmanom i trudom pridonijela bi većoj suradnji u liječenju.

Definicija koja najvjernije opisuje stav teoretičarke Caliste Roy jest da:

„Bog se intimno otkriva u raznolikosti stvaranja i zajednička je sudbina stvaranja; osobe koriste ljudske kreativne sposobnosti, svjesnost, prosvjetljenje i vjeru; i osobe su odgovorne za proces nastanka, održavanja i transformacije svemira.”
(18).

3.3 Margaret Jean Harman Watson

Prema mišljenju teoretičarke sestrinstva Margaret Jean Harman Watson (1940.) sestrinstvo treba biti usmjereno stvaranju okruženja skrbi, ozdravljenju pojedinca, obitelji ili zajednica kako bi zadržali ili postigli najbolje zdravlje od rođenja, tijekom života do smrti, uključujući prije svega duhovnost.

Margaret Jean Harman Watson teoretičarka je i medicinska sestra koja je razvila teoriju transpersonalne skrbi. Watson stavlja naglasak na međuljudske i transpersonalne odnose, na empatiju i toplinu. Svoju sestrinsku praksu temelji na deset čimbenika:

1. izgradnji humanističko-altruističkih vrijednosnih sustava, ljubavlju i suosjećanjem prema sebi i drugima
2. poticanju vjere i nade, prisutnošću i poštovanjem sebe i drugih
3. njegovanju osjetljivosti prema sebi i drugima vlastitom duhovnošću i razvijanjem osjećaja za druge

4. razvijanju odnosa pomoći i povjerenja, transpersonalnim odnosom sestra– bolesnik
5. promicanju izražavanja osjećaja, aktivnim slušanjem
6. korištenju znanstvenog rješavanja problema za donošenje odluka, uz vlastito znanje i kreativnost
7. promicanju transpersonalnog poučavanja-učenja kako bi se uvidjele tuđe potrebe
8. promicanju okruženja podrške, cjelovitošću, ljepotom, mirom, udobnošću, dostojanstvom
9. pomoći u zadovoljenju ljudskih potreba cjelovitošću duha i tijela
10. dopuštanju egzistencijalno-fenomenološke duhovne dimenzije, uz subjektivno razumijevanje ljudi.

Sestrinska skrb u njezinim teorijama bavi se načinom na koji sestre izražavaju brigu o svojim bolesnicima s pomoću ulijevanja vjere i nade, pružanja zadovoljstva davanjem i širenjem suosjećanja, učinkovitih međuodnosa, osjetljivosti i iskrenosti prema drugima, empatije i razumijevanja, topline u umjerenoj glasnoći govora, opuštenog otvorenog držanja i izraza lica u skladu s komunikacijom, dijeljenja osjećaja i preuzimanje rizika, korištenja sestrinskog procesa, važnosti obaviještenosti bolesnika, podrške u mentalnom, fizičkom, duhovnom i sociokulturnom okruženju, prepoznavanja potreba te samoaktualizacije. Izrazito ističe duhovnu dimenziju i otvoreno prizivanje ljubavi i brižnosti (18).

Watsonovu je teoriju najbolje shvatiti kao moralnu i filozofsku osnovu sestrinstva uključujući široke vidove fenomena zdravlja.

Prema spoznajama teoretičarke Watson utjecaj duhovne skrbi na mentalno ozdravljenje mogao bi se pronaći u srži procesa zdravstvene njege bolesnika s pomoću izražavanja brižne skrbi, suosjećanja, empatije, razumijevanje bolesnika, uz obaveznu umjerenost i odmjerenu pri doticaju s bolesnikom.

Upravo psihijatrijski bolesnik očekuje od sestrinske skrbi potpunu brigu na svim razinama koja nekad premašuje predviđena shvaćanja i planiranja. To dokazuju odnosi s bolesnikom u kojima je ponekad potrebno biti blizu, ponekad dovoljno daleko, pružiti ruku, potapšati ili napraviti odmak, iščitati želje i namjere iz neizrečenog.

Nevidljivoj i najtežoj ljudskoj patnji nemoguće je pristupiti bez duhovne i intuitivne sastavnice uz poštovanje dostojanstva i svetosti osobe. Potrebno je transcendentno, duboko i

polako suosjećati i pokušati duhovnim bićem obujmiti čovjeka pred nama i njegovu patnju. U tom kontekstu Watsonova kaže:

„Mi smo svjetlo u institucionalnoj tami, i ovim modelom vraćamo se svjetlu naše ljudskosti.” (18).

3.4 Joyce Travelbee

Teoretičarka Joyce Travelbee (1926. – 1973.) smatrala je da su kod medicinskih sestara bitne odlike duhovnosti i etike. Njezina teorija odnosa proširila je teorije međuljudskih odnosa uz naglasak na terapijski ljudski odnos medicinske sestre i bolesnika u smjeru empatije, suosjećanja te emocionalnog vida sestrinstva.

Suosjećanje, kao temeljni pristup etike vrlina, glavni je čimbenik holističke njege bolesnika. Predložila je koncept njege u pomoći pojedincu i obitelji u sprječavanju ili nošenju s iskustvima bolesti i patnje te pronalaženju smisla u tim iskustvima uz prisustvo nade. Navela je komunikaciju kao neophodan čimbenik dobre njege i temeljni dio teorije odnosa kako bi se utvrdile potrebe njege (18).

Istaknula je duhovne vrijednosti kod medicinskih sestara koje konačno određuju ishod skrbi bolesnika u pozitivnom smislu u vraćanju smisla u bolesti i patnji. Naglasila je važnost svjesnosti i razumijevanja sebe i drugih kao i sposobnost predviđanja svojih i tuđih ponašanja.

Prema spoznajama teoretičarke Travelbee duhovnost može utjecati na sposobnost suočavanja s patnjom, uz aktivno nastojanje bolesnika da prihvati bolest i prilagodi se ograničenjima koje bolest donosi. Prihvaćanjem bolesti bolesnik postaje manje psihički opterećen.

Joyce Travelbee izrazila je lijepo postojanje transcencije u sestrinskoj skrbi:

„Vjeruje se da će duhovne vrijednosti koje osoba ima u velikoj mjeri odrediti njenu percepciju bolesti. Duhovne vrijednosti medicinske sestre ili njena filozofska uvjerenja o bolesti i patnji odredit će stupanj do kojeg će on ili ona biti u stanju pomoći bolesnim osobama da pronađu smisao ili besmisao u nekoj situaciji.” (18).

Sve su opisane teoretičarke duhovnost smatrale važnom sastavnicom dobre skrbi ističući duhovnu dimenziju sestrinstva kao najvrjedniju.

3.5 Duhovna dimenzija sestrinstva

S profesionalizacijom i modernizacijom sestrinstva potisnulo se svjesno ono „neizrecivo u sestrinstvu”, ono što predstavlja smisao istinske vrijednosti sestrinske prakse i djelomično svoje mjesto nalazi u kurikulumu sveučilišnog obrazovanja, a vidljivo je u praksi u sestrinskoj pronicljivosti, intuiciji, odgovornosti te pripada najvrjednijoj dimenziji sestrinstva, u „dušu sestrinstva” (19).

S obzirom na to da je sestrinstvo usmjereno na čovjeka, na susret i odnos s drugima, zadaci su sestrinstva u budućnosti pobliže upoznavanje područja ljudske nutrine i osobe kako bi se potisnuli krivi zaključci i predrasude.

Sustav obrazovanja uglavnom bazira se na ovladavanju znanja i vještina dok važan dio, motivacija i nadahnuće koji uzdiže izvornost sestrinske prakse, biva zanemaren. Prema mišljenju autora Matuliću definicija njege glasi: „Njega bolesnika je sestrinska praksa, a ne izvor sestrinske prakse. Izvor je skriven. On je jednostavno nevidljiv i neizreciv...” Izvor sestrinske prakse granična su ljudska iskustva boli, bolesti, patnje, straha, osamljenosti, neizvjesnosti, umiranja i smrti. Upravo takva iskustva vode u smisao sestrinske prakse koja se prelijeva u njegu bolesnika. U njezi bolesnika sestra pomaže u liječenju, smanjuje bol i patnju, suosjeća, hrabri, tješi, donosi nadu. Pri tom u promatranju bolesnika prepoznaje čudo i tajanstvo darovanog ljudskog života. Razmatrajući Isusovu rečenicu iz Svetog pisma: „Zaista, kažem vam, što god učiniste jednome od ove moje najmanje braće, meni učiniste!” (Mt 25,40), otkriven je smisao ljubavi prema bližnjem, shvatljivije je da svaka ljudska patnja, napose patnja bolesnika, pronalazi smisao u Kristovoj patnji. Prema tomu, smisao je njege upravo njegovanje Krista u svakom bolesniku. Pojam njege uzdiže se; njega nije samo umijeće već postaje sveta služba darivanja sebe drugima koji trebaju pomoć, pažnju i nježnost (29).

Dalje autor Matulić navodi: „Duhovne oči ili kontemplativan pogled otkriva duhovnu dimenziju sestrinstva.” Prema njegovu kazivanju običnom pogledu skrivena je bit dimenzije

sestrinstva. Sestrinstvo je bez „neizrecivog” samo vještina, rutinsko obavljanje prakse. U sestrinskoj praksi vidljivo je da je ljudski život prolazan, postoji granica ljudskog života, vidi se njegova krhkost, nestalnost, prolaznost i nesigurnost. S druge strane, bez obzira na napredak medicine u liječenju bolesti, postoji granica medicine i liječenja, do izražaja dolazi ljudska nemoć, neznanje, ograničenost, smrtnost (29).

U suvremenom se sestrinstvu sve više spominje holistički pristup psihosomatskim aspektima zdravlja u kojem je zdravlje stanje potpunog tjelesnog (fizičkog), duševnog (psihičkog i duhovnog) te socijalnog blagostanja, iz kojeg proizlazi poticaj za personaliziranim pristupom bolesniku uključujući multidimenzionalne razine zdravlja i čimbenike koji utječu na doživljaj bolesti (31).

Sestra Mary Elizabeth O’Brien izrekla je u tom kontekstu prekrasnu definiciju sestrinstva:

„Sestrinstvo je sveta služba zdravstva ili promicanja zdravlja pružena bolesnim i zdravim osobama koje trebaju njegu, potporu ili obrazovanje da im se pomogne u postizanju, ponovnom zadobivanju ili očuvanju stanja cjelovitosti, uključujući zdravlje tijela, uma i duha.” (32).

Glavni su ciljevi duhovne skrbi, prema mišljenju prethodno promatranih teoretičarki, otkrivanje religioznih uvjerenja bolesnika te omogućavanje dijeljenja duhovnih iskustava kako bi se suosjećajno pristupilo bolesniku te ga se potaknulo u pronalaženju izvora snage u nošenju s bolešću.

4. UTJECAJ DUHOVNOSTI U POREMEĆAJIMA MENTALNOG ZDRAVLJA

Poremećaji mentalnog zdravlja mogu se opisati kao zdravstvena stanja koja uključuju promjene u osjećajima, ponašanju i razmišljanju, a mogu biti kombinacija promjena koje su u konačnici vezane za socijalne, obiteljske i radne aktivnosti (33).

Mentalni poremećaji uvelike utječu na kvalitetu života osobe, uglavnom zbog težine samog poremećaja, zbog prisutne društvene stigme i prisutnosti srama te skrivanja bolesti.

Počeci zdravstvene njege s holističkim pristupom bolesnicima datiraju od vremena Florence Nightingale. Holistička zdravstvena skrb pruža nove načine uvrštavanja duhovnosti u zdravlje uključujući mentalno zdravlje. Holistička zdravstvena skrb u mentalnom zdravlju definirana je kao „ona koja prepoznaje osobe s problemima mentalnog zdravlja kao potpune ljude”. Takav specifični kriterij koji uočava vrijednost pojedinca čuva čovjekovo dostojanstvo, bolest se više ne promatra samo kao oštećenje tijela. U holističkom je pristupu osoba cjelovita jer je nedjeljivost važno obilježje holističkog gledišta (34).

Prema riječima je psihijatra Ljubičića važnost čovjekove duhovne dimenzije obično najočitija u iskušenjima teškog života, u suočavanju s bolešću ili smrću. Zajednički zaključak brojnim istraživanjima potvrđena je povezanost duhovnosti i poboljšanja simptoma mentalnih i organskih bolesti. Dakle, u početnoj obradi bolesnika znatno je važno provesti duhovnu anamnezu (35). Istraživanja su pokazala da duhovnost ima pozitivan utjecaj na liječenje brojnih mentalnih poremećaja. Rezultati su pokazali utjecaj na smanjenje sklonosti rizičnom ponašanju, smanjenu impulzivnost i agresiju, utjecaj na popravljavanje emocionalnih sukoba. Isto tako utjecaj na promjene u strukturi osobine ličnosti, pružanje emocionalne stabilnosti, jačanja moralne svijesti i etike, podizanja obrazovnih i spoznajnih potencijala ličnosti (5).

Američka psihijatrijska organizacija preporučila je psihijatrima da pitaju bolesnike o njihovoj vjerskoj i duhovnoj orijentaciji kao dijelu njihove medicinske povijesti. Područje *Vjerski ili duhovni problemi* uključeno je u *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* pod probleme vezane uz druge psihosocijalne, osobne i okolinske okolnosti u *Druga stanja koja mogu biti u središtu kliničkog interesa*. Preporučena je uporaba te kategorije kad je u središtu kliničkog zanimanja vjerski ili duhovni problem, primjerice, nelagodna iskustva vezana za gubitak ili propitkivanje vjere, problemi vezani za prelazak na drugu vjeru ili propitkivanja vezana za duhovne vrijednosti ne nužno vezanih za crkvu ili religijsku ustanovu (36). U mnogim zemljama, Americi, Velikoj Britaniji, Novom Zelandu, Kanadi, pitanja o duhovnosti uključena su u program obrazovanja (5).

Često vlada dojam da su znanost i religija u oprečnosti, no brojni psiholozi, psihoanalitičari i liječnici smatraju da religioznost pruža iscjeljenje u procesima liječenja mentalnih poremećaja. Prije nego što objasnimo koje su duhovne potrebe psihijatrijskog bolesnika, važno je spomenuti posebnosti zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika.

4.1 Posebnosti zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika

Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao „stanje dobrobiti u kojem osoba ostvaruje svoje vlastite potencijale, nosi se s normalnim životnim stresom, radi produktivno i plodno te je sposobna pridonositi zajednici”. U Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja (MKF) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) opisuje se funkcioniranje kao sposobnost osobe u obavljanju i sudjelovanju u različitim svakodnevnim aktivnostima, u složenoj međuljudskoj komunikaciji i u vještom nošenju u različitim ulogama koje se očekuju od prosječno zdrave osobe. U procjeni funkcioniranja opisuju se sposobnosti i ograničenja te se dovode u vezu s njihovim uzrocima (15). U slobodnoj interpretaciji definicije svaki odmak od očekivanja zajednice, uključujući odmake u ponašanju, komunikaciji i sposobnostima, pripada mentalnom poremećaju što često obilježava osobu i stavlja pred nju teret nečeg novog i nepoznatog.

Razlika zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika u odnosu na zdravstvenu njegu bolesnika oboljelih od somatskih bolesti očituje se u određenim obilježjima bolesti.

U prvim je doticajima s bolesnikom uloga medicinske sestre/tehničara vrlo složena i zahtijeva određena znanja i vještine koje uključuju cjelovito promatranje i praćenje bolesnika te brzo opažanje stanja bolesnika kako bi se napravio plan intervencija. Promatranje u tom kratkom procesu obuhvaća praćenje stanja svijesti, mjerenje vitalnih funkcija, promatranje vanjskog izgleda, ponašanja, držanja, mimike, psihomotorike, procjenu samoskrbi, agresivnosti, raspoloženja, emocija, poremećaja percepcije, mišljenja, postojanje kognitivnog deficita, procjenu suicidalnosti, procjenu samoozljeđivanja, prisustvo sumnjičavosti, prisustvo poremećaja u prehrani, poremećaje u eliminaciji otpadnih tvari, poremećaje spavanja, socijalnu izolaciju, kritičnost, suradljivost, simuliranje, disimuliranje (37). Ukupno sažeti podaci promatranja razmjenjuju se s ostalim članovima tima kako bi se postignuo zajednički zaključak te usmjerile intervencije u pravom smjeru.

Mogli bismo reći da se posebnost u pristupanju psihijatrijskom bolesniku očituje u raznim umijećima, među kojima su umijeće komunikacije i ostvarivanja terapijske suradnje, potom uspješnost primjene terapije i ostalih intervencija u sklopu kojih su mjere samozaštite, zaštite bolesnika i okoline, umijeće pristupanja bolesniku koji pruža otpor liječenju, umijeće umirivanja agitiranog bolesnika te blizina i ostajanje uz bolesnika u akutnoj fazi bolesti, sve do faze remisije.

Sestrinska skrb, i inače, prožeta je raznim djelovanjima u praksi, među kojima je najvažniji holistički pristup uz poštovanje svih dimenzija cjelovitosti ljudskog bića, uz obavezan individualiziran pristup bolesniku, poštovanje njegove privatnosti i dostojanstva, uz primjenu profesionalne terapijske komunikacije, bezuvjetnog prihvatanja bolesnika kao potpune osobe, uključivanja bolesnika u terapijski proces te pomoć u prilagodbi. Takav pristup bolesniku ključan je čimbenik, zapravo, određenje zdravstvene njege, kako bi se postigla suradnja te zadobilo povjerenje što je najvažniji dio u procesu liječenja.

U posebnost sestrinske skrbi psihijatrijskih bolesnika svakako ubraja se komunikacija. Svaka je komunikacija s bolesnikom zapravo terapijska komunikacija. Komunikacija je najvažniji segment sestrinske skrbi psihijatrijskog bolesnika. Svaku riječ, pogled i pokret bolesnik shvaća na svojstven način. Nije uvijek jednostavno pratiti govor bolesnika i razumjeti ga zbog poremećenog misaonog tijeka. Često je potrebno intuitivno naslućivati što bolesnik želi reći, uz aktivno slušanje i postavljanje pitanja kako bi se shvatile njegove potrebe. Najpoželjniji koncept ostvarivanje je odnosa suradnje te uporaba metode savjetovanja kako bi bolesnik samostalno došao do nekih rješenja. Očekivani su ishodi liječenja da se bolesnici osposobe za socijalne kontakte i da mogu ponovno zadovoljavati svoje životne potrebe (21). Zbog otežane komunikacije preporučuje se aktivno slušanje, strpljenje i primjereno komuniciranje. Osjećaj straha kod bolesnika zbog slušnih ili vidnih halucinacija može rezultirati agitiranošću, agresivnošću i pojačanom budnošću. Takve pojave zahtijevaju od medicinske sestre/tehničara praćenje verbalnih i neverbalnih znakova, te ponašanja bolesnika, uvjeravanje bolesnika da halucinacije nisu dio stvarnosti, primjena jasne komunikacije, pružanje mogućnosti izbora, okupaciju bolesnika razgovorom. Pristupanje agresivnom bolesniku provodi se bez pokazivanja straha i nesigurnosti, uz osiguranje mirnog prostora, izbjegavanje naglih pokreta, s usklađenim tonom i bojom glasa, bez dodirivanja bolesnika, obuhvaća uključivanje psihofarmaka te uporabu ostalih intervencija prema odredbi liječnika (37). Provoditi zdravstvenu njegu bolesnika zahtijeva stvaranje odnosa prihvatanja i poštovanja uz uvijek prisutno suosjećanje s bolesnikom.

Sljedeća je važna aktivnost sestrinske skrbi pri zbrinjavanju psihijatrijskog bolesnika podjela terapije. Psihijatrijski bolesnici terapiju uzimaju nerado ili je uzimaju u prevelikim količinama. Kod podjele terapije potreban je strogi nadzor te nadzor nad uzetom terapijom. Suvremena psihijatrija to naziva *compliance*. Riječ je nastala od engleske riječi *to comply*, što u prijevodu znači ‘pokoriti se, podvrći se, predati se, popustiti zahtjevu, biti poslušan, slijediti nalog’, što bi u prenesenom značenju u psihijatriji značilo ‘suradljivost ili terapijsku

suradnju'. Smatra se da *slab compliance* potječe još od Adama i Eve te nema početne veze sa psihijatrijom jer je u svakom čovjeku postoji starozavjetna priča da radi po svom, ima mogućnost izbora i ne želi poslušati savjet. U području psihijatrije to znači prihvatiti tuđi autoritet. U slučaju uzimanja terapije zanimljivo je da je *compliance* zapravo odgovor bolesnika nama, ne ovisi samo o njegovim osobinama, bolesti već i o našem pristupu. Tako medicinska sestra/tehničar mogu „nuditi ili nametati”, dok bolesnik može „prihvatiti, ignorirati ili pružiti otpor”. Pronalaženje „točke susreta” nije uvijek jednostavno, a jako je bitno u zbrinjavanju psihijatrijskog bolesnika (21).

Još jedan je važan segment zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika uspostavljanje neposrednog odnosa koji je u suštini izravan, individualan i nužan s osobom koja proživljava duboku patnju i trpljenje.

4.2 Tjeskoba, patnja i trpljenje psihijatrijskog bolesnika

Bolest, patnja i trpljenje pojave su koje se temeljno proučavaju, uvijek iznova traže se odgovori na pitanja koja su iznad medicine, te dotiču srž i smisao ljudskog postojanja. Za neke ljude patnja znači smrt, za neke smisao, za neke nema značenje (18). Proživljavanje patnje u svakom čovjeku budi pitanja o uzroku, razlogu, cilju te smislu patnje. Ljudska patnja potiče na suosjećanje, poštovanje te izaziva strah, predstavlja veliki misterij (38). Patnja u fizičkom smislu nosi iskustvo boli dok patnja u psihološkom smislu nosi tugu, strah i ljutnju.

Prema izvornom značenju engleska riječ *suffer* potječe od latinske riječi *sufferre*, što u prijevodu znači „podnositi, izdržati, podvrgnuti se”. Stoga bi trpljenje u odnosu na značenje patnje značilo ‘podnošenje nekog lošeg iskustva’. Patnja je u suštini pasivna, pojavi se i traje ovisno o uzroku koji može biti tjelesni ili mentalni (39).

Primjer duboke patnje navodi psihijatar i neurolog Victor Frankl u opisu svojih osobnih, teških iskustava iz koncentracijskih logora gdje je doživio patnju i poniženje kako sebe, tako i drugih, u kojima je došao do zaključka i napisao u svom djelu: „Čovjeka ne uništava patnja; uništava ga patnja bez smisla.” Prema njegovu je tumačenju za čovjeka najvažniji „odabir stajališta” jer ako patnja dobije smisao, tada nema očajavanja. Prema njegovim promišljanjima u najtežim životnim okolnostima života važno je suočavanje s patnjom. Čovjekov je život nepotpun bez patnje (40). Gledajući kroz okvir smisla, patnje i

trpljenja psihijatrijskog bolesnika, dalo bi se zaključiti da se bolesnik s mentalnim poremećajima uvijek može suočiti s bolešću tražeći najbolji vid liječenja koji mu odgovara i tražeći smisao u onom što ga nadilazi. Pri tom bi dobrano izbjegao očaj te sačuvao ionako krhko duševno zdravlje.

Bolest svojim pojavljivanjem odvlači čovjeka u stanje straha, u neizvjesnost njezina trajanja, u osjećaj vječne neprolazne boli i patnje, u osjećaj da bolest vlada svime. Istovremeno se pojavljuje strah da može biti još teže. Čovjek se odjednom zaustavlja, svijet oko njega postaje mračan, nesnosan i tužan. Naposljetku krene osjećaj samosažaljenja, besmisla, kazne, pojavi se potreba za tuđim razumijevanjem, pažnjom i brigom (25).

Simptomi koji prate oboljele od mentalnih poremećaja poremećaji su raspoloženja, poremećaj osjećaja zadovoljstva, oscilacije snage i energije, prisutnost straha, osjećaji krivnje, besmisla, gubitak volje za životom, promjena mišljenja, sna i apetita. Bolesnici često osjećaju beznade i žalost, nose u sebi duboku tugu koja sadrži osjećaje patnje i emocionalnog bola, prisutna je napetost i tjeskoba. Lice osobe odaje unutarne stanje bola i tjeskobe. Većina bolesnika ima poremećaj spavanja, osjećaju se iscrpljeni, imaju poremećaj apetita, koncentracije, pamćenja. Unutar psihičkog života isprepliću se spoznajni, kognitivni, emocionalni i voljni procesi.

Kako bi bolje razumjeli trpljenje psihijatrijskog bolesnika, važno je sagledati raspon u poremećajima psihičkih funkcija. U poremećaje psihičke funkcije ubrajaju se poremećaji svijesti, opažanja, pažnje, pamćenja, mišljenja, osjećaja, nagona, volje i djelovanja, volje te doživljaja vlastite osobnosti.

Poremećajem svijesti poremećen je ukupan psihički doživljaj sebe i svijeta, djelovanje, mišljenje, osjećanje i volja čovjeka. Poremećajem opažanja događaju se osjetilne obmane kao što su iluzije i halucinacije. Poremećajem pažnje poremećeno je usmjeravanje ili usredotočenost psihičkog djelovanja na određene podražaje; slabi koncentracija i čovjek je rastresen. Poremećajem pamćenja poremećeno je pohranjivanje informacija; poremećaji se odnose na prolazno zaboravljanje i amnezije. Poremećajem mišljenja poremećen je proces povezivanja predmeta i pojavnosti ili traženja životnih rješenja; ubrzan je misaoni tijek, prisutna je disocijacija misli, usporeno je mišljenje, blokirane su misli, bolesnik ima sumanute ideje, paranoidne ideje. Osjećajnim poremećajima poremećene su emocije, afekt, temperament i raspoloženje; reakcije bolesnika mogu biti otupljenost, apatija, ravnodušnost, manija, depresivno raspoloženje, emocionalna labilnost, razdražljivost, krutost. Poremećajem

nagona poremećeno je ponašanje organizma na osnovi naslijeđenih automatizama živčanog sustava čije je težište na njihovu zadovoljenju; vidljivi su u proždrljivosti, gladovanju, impotenciji, frigidnosti, nimfomaniji. Poremećajem volje poremećen je proces koji obuhvaća motivaciju, stvaranje odluke te provedbu odluke; javlja se nedostatak volje, otpor, impulzivne radnje, prisilne radnje, automatske radnje. Poremećajem doživljaja vlastite osobnosti poremećeno je posjedovanje osjećaja vlastitih misli, želja i postupaka, vidljivo u depersonalizaciji odnosno gubitku osjećaja vlastitog postojanja, derealizaciji kao doživljaju u kojem stvarnost nema isti oblik i značenje (41). Analizirajući navedene poremećaje mentalnih funkcija, vidljivo je koliko ozbiljno narušavaju osobu, zaustavljaju njezino djelovanje, osjećanje i zapažanje čime izravno ugrožavaju integritet osobe.

U liječenju psihijatrijskog bolesnika postavljanje dijagnoze s pomoću valjane klasifikaciju važan je dio liječenja. Prema mišljenju psihijatra Jakovljevića „ne postoji jedinstvena duševna bolest, već mnogo različitih duševnih poremećaja.”(1). Klasifikacija mentalnih poremećaja prema priručniku *Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema* obuhvaća listu mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja te ih svrstava na način:

F00– F09 Organski mentalni poremećaji uključujući simptomatske poremećaje

F10–F19 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari

F20– F29 Shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaji

F30– F39 Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

F40– F48 Neurotički poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji

F50– F59 Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike

F60– F69 Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih

F70– F79 Mentalna retardacija

F80– F89 Poremećaji psihološkog razvoja

F90– F98 Poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i u adolescenciji

F99 Nespecificiran mentalni poremećaj (42).

Gledano prema klasifikaciji mentalnih poremećaja te prema mišljenju psihijatra Ljubičića (47), duhovna skrb psihijatrijskog bolesnika dodatak je psihijatrijskom liječenju. Duhovne potrebe bolesnika razlikuju se u vrstama mentalnih poremećaja i fazama bolesti.

4.3 Duhovne potrebe psihijatrijskog bolesnika

Postoje brojni dokazi o pozitivnom utjecaju duhovnosti na liječenje mentalnih poremećaja (1).

Kao što je navedeno u prethodnom naslovu, potrebe za duhovnošću razlikuju se ovisno o vrstama mentalnih poremećaja.

Kod shizofrenije sposobnost komunikacije ovisi o stupnju poremećaja misaonih procesa i fazi bolesti. U akutnoj fazi bolesti osoba teže uspostavlja komunikaciju s obzirom na to da proživljava abnormalne doživljaje, halucinacije, obmane, poremećen joj je misaoni tijek, kognitivni razbor te su otupljene emocije. Česta su pojava sumanute ideje po pitanju religioznosti. Stoga se može zaključiti da je duhovnost u akutnoj fazi bolesti kod psihotičnog bolesnika poremećena. U fazi remisije bolesnike zanima smisao života, vjera, uzroci bolesti i daljnji život s bolešću, razgovor o duhovnosti poželjan je te mu može pružiti utjehu i podršku, često bolesnik traži razgovor s kapelanom (35).

Kod sumanutosti je osobnost cjelovita. Bolesnik posjeduje nadu, traži svrhu i duhovnost iako duboko proživljava patnju. Kod duhovne skrbi sumanutog bolesnika najvažnije je vratiti bolesniku osjećaj da ga Bog nije napustio (35).

Duhovnost kod depresivnih pacijenata zahtijeva nenametljivost, strpljivost, uz postupno uključivanje molitve kao duhovne aktivnosti koja daje nadu i povjerenje. Depresija inače izaziva kod osobe osjećaj beznada te utječe na život u cijelosti (35).

Kod dijagnoze se bipolarnog afektivnog poremećaja osoba nalazi u izmjeničnom ciklusu, od depresivnih do maničnih epizoda. U depresivnoj epizodi potreba za duhovnošću ista je kao u prethodno opisanoj depresiji, dok se u maničnoj epizodi javlja smanjena potreba za povezanošću s Bogom. Osoba se nalazi pod uplivom iluzija da je duhovni vođa te je prisutan osjećaj krivnje nakon bizarnih događanja koji su se dogodili, zbog čega je potrebno

da osoba oprosti samoj sebi i da je okolina ne osuđuje. Duhovnost je kod tog poremećaja bitna sastavnica liječenja upravo zbog faktora oprosta i osjećaja pomirenja s okolinom (35).

Anksioznost manifestirana u brojnim psihosomatskim simptomima narušava život osobe, uz osjećaj straha za život, gubitak životnog smisla do ugrožavanja vlastite egzistencije. Duhovna pomoć znatno koristi; pri tom se predlaže primjena raznih tehnika opuštanja, molitva, meditacija, te sakrament pomirenja (35).

Bolesti ovisnosti smanjuju tjelesne, društvene i ekonomske funkcije osobe. Vezano uz pitanje duhovnosti, sakrament pomirenja kod osobe smanjuje intenzitet ljutnje prema sebi i drugima. Uz početno naglašen osjećaj bespomoćnosti duhovnost može uvesti osobu u istraživanje sebe, u stanje mira, te postoji mogućnost javljanja želje za pomirenjem s drugim osobama (35).

Kod poremećaja izazvanih traumom i kod posttraumatskog stresnog poremećaja primijećeno je postojanje negativnog stava prema duhovnosti uz osjećaj osobne krivice i ljutnje na Boga. Uključivanjem duhovne podrške u dimenziji oprosta osoba obnavlja doticaj s drugima te nadzire vlastito ponašanje (35).

U svrhu postizanja što boljih rješenja u pružanju duhovne skrbi razvijeni su klinički instrumentariji istraživanja čovjekove duhovne dimenzije.

5. KLINIČKI INSTRUMENTARIJI ISTRAŽIVANJA ČOVJEKOVE DUHOVNE DIMENZIJE

Prema mišljenju teoretičarke Virginije Henderson „duhovnost je sastavni dio zdravstvene njege” te se poštovanjem duhovnih potreba bolesnika postiže najbolji terapijski ishod (18).

Za to su i razvijeni klinički instrumentariji sa svrhom procjene i razumijevanja religijskih i duhovnih potreba bolesnika kako bi se postupilo u skladu s njegovim uvjerenjima (6). Stoga se javila potreba da se duhovnost ispita.

Duhovna procjena može se izvršiti preko više kliničkih instrumentarija. Klinički instrumentarij FICA ispituje vjeru, važnost, zajednicu i djelovanje, HOPE ispituje izvore nade, organiziranu religiju, osobnu duhovnost i praksu, utjecaj na medicinsku skrb i pitanja koja se pojavljuju na kraju života te projekt OASIS procjenjuje duhovnost u sedam koraka neutralnim upitom, daljnjom procjenom, daljnjim istraživanjem, procjenom značenja izvora i smisla, pitanjem o duhovnim izvorima i pristupanju duhovnim izvorima te završne upite (43, 44, 45, 46).

5.1 FICA

Klinički instrumentarij FICA služi za strukturiranje intervjuja procjene bolesnikove duhovnosti. Ne sadrži popis pitanja, već služi kao vodič u otkrivanju duhovne povijesti bolesnika i njegovih uvjerenja (43).

Izradila ga je dr. Christina Puchalski 1996. godine u suradnji s troje liječnika (dr. Danielom Sulmasyjem, dr. Joanom Teno i dr. Daleom Matthewsom). Suradnici su pregledali sadržaj koji je dr. Puchalski upotrebljavala u podučavanju studenata. Iz sadržaja su izdvojeni ključni elementi koji se odnose na duhovna uvjerenja pacijenata bitna za bolničko okruženje. Akronim **FICA** utemeljen je na četirima domenama procjene duhovnosti:

F–*fight*– označava vjeru, uvjerenje, važnost duhovnosti na život pojedinca, pitanjima o važnosti života i obitelji propitkuje osjećaj svrhe u životnim aktivnostima kao što je posao, prijatelji, produktivnost, postignuće, samodostatnost; procjenjuje vjeru i/ili nadu u ozdravljenje, odnos s Bogom, zahvalnost, primjenu čitanja Svetog pisma, stanje duha. Primjer pitanja: „Smatrate li se duhovnim ili religioznim? Mislite li da vaša vjerovanja utječu na nošenje sa stresom? Što daje vašem životu smisao?”

I –*importance*–označava procjenu važnosti i utjecaja sustava vjerovanja na život, pitanjima o važnosti vjere u životu, pri nadzoru stresa, utjecaju u odlukama liječenja, utjecaju na suočavanje s bolešću, u stvaranju smisla. Primjer pitanja: „Koliko vam je važna vaša vjera? Jesu li vaša uvjerenja utjecala na način vaše brige u bolesti? Kakvu ulogu imaju vaša uvjerenja vezana za ozdravljenje?”

C–*community*– označava zajednicu i procjenu utjecaja socijalne podrške vjerske zajednice, pitanjima o obiteljskim prijateljstvima, zajednici u crkvi i ostalim

vjerskim udrugama. Primjer pitanja: „Jeste li dio duhovne zajednice? Jesu li vam podrška? Postoji li skupina ljudi koju volite ili vam je važna?”

A–*address*–odnosi se na procjenu mogućnosti uporabe vjerskih uvjerenja u zdravstvu, pitanjima o važnosti podrške drugih, duhovnih zajednica, dostupnost bolničkih kapelana. Primjer pitanja: „Kako želite da se zdravstveni djelatnik koristi informacijama o vašoj duhovnosti u brizi koju trebate?”

Prema dostupnim istraživanjima mnogi bolesnici smatraju da je potrebno da se njihova duhovnost integrira u plan liječenja, dok dio pacijenata smatra su njihove duhovne potrebe zadovoljene izvan zdravstvenog sustava. Također, smatra se da ispitivanje duhovnosti pacijenata pripada najvažnijem dijelu brige tijekom liječenja, poboljšava odnos između bolesnika i zdravstvenog osoblja te može utjecati na plan liječenja.

Odgovori dobiveni FICA pitanjima otkrivaju dubinu i širinu duhovnosti bolesnika te doprinose boljim rješenjima u traženju smisla, nade i vjere (44).

5.2 HOPE

Klinički instrumentarij HOPE nastao je kako bi poslužio svrsi učenja budućih studenata medicine, specijalizantima i liječnicima kao poticaj uključivanja duhovne procjene u intervju s bolesnikom. Osmislile su ga Gowri Anandarajah i Ellen Hight.

Akronim HOPE temelji se na četirima temeljnim konceptima:

H –*hope*– odnosi se na izvor nade, utjehe, ljubavi, mira, povezanosti. Primjer pitanja: „Koji su vaši izvori nade, snage, mira, utjehe? Što vam je važno u teškim trenucima?”

O – *organisation*– odnosi se na organiziranu religiju, bavi se duhovnom socijalnom potporom. Primjer pitanja: „Smatrate li se dijelom religije? Koliko vam je to važno? Jeste li dio duhovne zajednice? Kako vam to pomaže?”

P – *personal*– odnosi se na osobnu (personalnu) duhovnost uključujući vjerske prakse (molitvu, glazbu). Primjer pitanja: „Vjerujete li u Boga? Kakav odnos imate s Bogom? Koje vam duhovne prakse najviše pomažu?”

E – *effects*– odnosi se na utjecaje duhovnosti ili religioznosti na zdravstvenu skrb ili kraj života. Primjer pitanja: „Je li bolest utjecala na vaš odnos s Bogom? Mogu li vam pomoći u pristupu duhovnosti koja vam pomaže? Želite li razgovarati s bolničkim kapelanom?”

Kako bi se provelo što jednostavnije ispitivanje područja osobne i organizirane duhovnosti, preporučuje se početna izjava: „Za neke ljude njihova vjerska ili duhovna uvjerenja djeluju kao izvor utjehe i snage u suočavanju sa životnim usponima i padovima. Vrijedi li to za vas?” Dalje slijedi procjena; ako je odgovor negativan, ispitivanje se prekida ili se može nastaviti ako je bolesnik opušten s pitanjima: „Je li vam to ikada bilo važno ili što se promijenilo?” (45). Time se mogu razvijati daljnja pitanja, ovisno o usmjerenju odgovora samih bolesnika.

5.3 OASIS

Klinički instrumentarij OASIS osmislili su onkolozi u svrhu procjene bolesnikove duhovnosti, traje kratko i sadrži učinkovita, osjetljiva pitanja.

Njegov akronim znači *O* – *oncologist*, *A* – *assisted*, *S* – *spiritual*, *I* – *intervention*, *S* – *study*. Pristup je prihvatljiv za većinu pacijenata i relativno ugodan. Koriste se komunikacijskim vještinama s ciljem osnaživanja bolesnika kako bi se bolesnik preispitao. Pri tom je ispitivač vrlo empatičan. Procjena ide slijedom izjava i pitanja:

- 1) preporuka je započeti razgovor s bolesnikom na neutralan ispitivački način s izjavom: „Kada se ljudi suoče s teškom bolešću, oslanjaju se na duhovnost, stoga bi mi pomoglo znati kako se osjećate.”
- 2) daljnje ispitivanje vezano je uz odgovor bolesnika – ako je bolesnik vjernik, ispituje se što mu je od duhovnosti najviše pomoglo kod bolesti; ako je bolesnik neutralan, ispituje se kako bi duhovnost mogla pomoći; ako je bolesnik uznemiren pitanjima,

ispituje se što bi mu moglo pomoći da se pomiri s bolešću; ako bolesnik odbija ili obrambeno odgovara, ispituje se kako se on sam nosi s bolešću

- 3) nastavak daljnjeg istraživanja zamolbom bolesnika da kaže nešto više
- 4) raspitivanje o mogućem pronalasku smisla i mira u cijeloj situaciji
- 5) raspitivanje o mogućim resursima, s kojom osobom ili zajednicom bolesnik može podijeliti zabrinutost
- 6) pružanje pomoći i dostupnosti druge osobe ili skupine za podršku
- 7) završetak ispitivanja s otvorenom mogućnošću ponovnog razgovora (46).

Na temelju tih strukturiranih instrumentarija došlo se do zaključka da postoji povezanost između duhovnosti i poboljšanja psihičkih i organskih poremećaja (35).

6. KOMPETENCIJE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U DUHOVNOJ SKRBI

Medicinske sestre i tehničari u sestrinskoj skrbi provode duhovni vid skrbi u okvirima vlastite percepcije duhovnosti. Stoga i suvremeno sestrinstvo predlaže posjedovanje duhovnog znanja kako bi se stekle kompetencije u pružanju cjelovite sestrinske skrbi. A njihovo evangelizacijsko poslanje priznaje i sam papa kada izjavljuje u svojoj enciklici *Evandjelje života*, br. 54.:

„Osobita je odgovornost povjerena zdravstvenim djelatnicima: liječnicima, ljekarnicima, bolničarima, kapelanima, redovnicima, redovnicama, ravnateljima i dragovoljcima. Njihovo zanimanje zahtijeva da budu čuvari i službenici ljudskog života.”

Zdravstveni su djelatnici u duhovnoj skrbi bolesnika „službenici Božje ljubavi”. Njihovo je djelovanje brižna skrb za bolesnika što u prenesenom značenju predstavlja čin ljubavi prema Bogu. Takva djelatnost ima viši smisao. Zdravstveni se djelatnici još nazivaju prema Svetom pismu „ljubitelji života” (Mudr 11,26) i „služitelji života i zdravlja” (10).

Stav u poslanju zdravstvenih djelatnika često ne ovisi o običnom ljudskom htijenju, već o izvrsnom primjeru pružanja etike vrlina. Njihov pristup svim bolesnicima, a napose osobama s mentalnim poteškoćama, prožet je empatičnom ljubavlju koju čovjek ne posjeduje

i nije joj tvorac, već s kojom biva natopljen iz izvora neiscrpne Božje milosti, koja mu se nesebično daje da je može nastaviti dijeliti drugima. Daljnjim dijeljenjem postaje sudionikom Božjeg plana, osjeća puninu i razloge svog poslanja.

Biti duhovan u poslanju medicinskih sestara pretpostavlja življenje Božjih zakona, življenje Božjih misli sa strahopoštovanjem i otvorenošću do mjere prepoznatljivosti u vlastitom životu i primjene na druge. Sestrinska skrb prožeta duhovnošću prepoznatljiva je u onom nevidljivom, intuitivnom, nesebičnom pružanju sebe. Takva skrb prelazi okvire zadanih poslova, naučenih vještina, vremenskog ograničenja.

Posebne vještine zdravstvenih djelatnika odnose se prvenstveno na duboko slušanje, što obuhvaća aktivno, pažljivo i iskreno slušanje kako bi odnos obilovao nadom i duhovnim rastom. Autorice Anandarajah i High smatraju da komuniciranje prožeto intuitivnim duhovnim elementima, osjetljivošću i kreativnošću, potiče sudjelovanje i izražava poštovanje prema bolesniku (45).

Postoji uska veza između etike i sestrinstva još od početaka sestrinstva kad su prvotno postojale njegovateljice. Stoga se u normativna načela suvremene medicinske etike i bioetike ubraja „dobročinstvo, neškodljivost, poštovanje osobnosti i pravednost“, među kojima je najveće „dobročinstvo“. Poticaji za njegu bolesnih i ozlijeđenih proizašli su iz moralnog poimanja dobra i ljubavi prema drugoj osobi. Činiti dobro usmjerenje je u ponašanju svih zdravstvenih radnika (30).

Kompetencije zdravstvenih djelatnika mogu se promatrati kroz prizmu različitih djelovanja. „Dobročinstvo“ kao najveće načelo medicinske etike i bioetike očituje se najviše u uslužnosti. Djelovanjem kroz pojam uslužnosti zdravstvena njega ispunjava potrebe bližnjeg, te autor Lovasik smatra da je izvor takve uslužnosti milosrdna ljubav, koja dotiče ono božansko u čovjeku. Dalje, nalazi da djelovanje s blagošću ima odlike Kristova djelovanja. Djelovanje kroz dobrotu očituje se u ustrajnosti u dobroti, jer dobrota djeluje individualno, utješno, plemenito, poput Božje milosti, čini život podnošljivijim, pruža ohrabrenje, tjera potištenost, daje nadu, pročišćuje, uzdiže, oplemenjuje. Djelovanje s uljudnošću i s poštovanjem zahtijeva uvažavanje svakog čovjeka, obuhvaća pristojnost, strpljivost, ljubaznost i spremnost pomoći drugom čovjeku. Sveti Benedikt Josip Labre izrekao je misao kojom opisuje važnost vjere kako bi mogli ljubiti bližnjega: „Kršćanin bi, da tako kažem, trebao imati tri srca u jednom: jedno za Boga, jedno za bližnjega i jedno za sebe...“ Djelovanje je s radošću božansko jer vedro raspoloženje čini osobu prijaznom, a prijaznost se

ubraja pod krepost pravednosti. Djelovanje s osmjehom, prema mišljenju autora Lovasika, znači „odmor umornima, danje svjetlo obeshrabrenima, sunčanu svjetlost žalosnima i najbolji lijek za nevolju” (47).

Suvremeno sestrinstvo s holističkim pristupom bolesniku nalaže kako bi sve medicinske sestre i tehničari trebali uz vještine i stručnost posjedovati duhovno znanje kako bi se poboljšala usluga koju pružaju. Autor Van Leeuwen razlikuje tri područja duhovne skrbi i šest sestrinskih kompetencija:

1. područje duhovne skrbi –svijest i samodjelovanje
 - 1. sestrinska kompetencija – medicinska sestra unosi vlastite vrijednosti, osjeća je i uvjerenja u profesionalni odnos s bolesnicima različitih vjerovanja i religija
 - 2. sestrinska kompetencija – medicinska sestra s bolesnicima brižno obrađuje temu duhovnosti iz različitih kultura
2. područje duhovne skrbi–duhovne dimenzije sestrinstva
 - 3. sestrinska kompetencija –medicinska sestra prikuplja informacije o duhovnosti bolesnika i prepoznaje potrebe bolesnika
 - 4. sestrinska kompetencija –medicinska sestra pruža duhovnu skrb i ocjenjuje je s bolesnikom i članovima tima
 - 5. sestrinska kompetencija –medicinska sestra razgovara s bolesnicima i članovima tima o pružanju, planiranju i evidenciji duhovne skrbi
3. područje duhovne skrbi – osiguranje kvalitete i stručnosti
 - 6. sestrinska kompetencija – medicinska sestra pridonosi osiguravanju kvalitete i poboljšanju stručnosti u duhovnoj skrbi unutar organizacija (48).

U provedenim istraživanjima primijećeno je da se mnoge medicinske sestre osjećaju nespemne za provedbu duhovne skrbi zbog nedostatka edukacije o duhovnosti, preopterećenosti poslom, nedostatka vremena, kulturne razlike i etičkih problema (49).

Često su nesigurne i osjećaju nelagodu pri odluci postavljanja pitanja o duhovnosti jer osjećaju blisku povezanost duhovnosti i religije, osjećaju strah od nametanja vlastitih uvjerenja i individualnog tumačenja duhovnosti (50).

U vidove duhovne skrbi pripadaju služenje bolesnicima i pružanje suosjećajne skrbi. Duhovnu skrb trebalo bi provoditi pružanjem suosjećajne prisutnosti što znači potpunom uključenošću i podrškom u svim patnjama bolesnika koja se odnosi se na fizičku,

emocionalnu i duhovnu patnju, slušanjem bolesnika, uzimanjem duhovne anamneze, holističkim pristupom bolesniku i obitelji, uključivanjem duhovnih aktivnosti prema potrebi bolesnika te uključivanjem duhovnika ili kapelana u interdisciplinarni zdravstveni tim. Suosjećajna skrb postavlja zdravstveno osoblje usred ljudske boli, poziva na partnerski odnos te prekida ulogu zdravstvenog osoblja da budu samo stručnjaci koji će pružati samo obavijesti bolesniku. U istraživanjima se dokazalo da bolesnici cijene iskustvo kad im zdravstveno osoblje posvećuje vrijeme, cijene trenutke držanja za ruku kad je najteže i razgovore o onome što im je jako važno (51).

Uz stručnost odnos zdravstvenog djelatnika prema bolesniku mora sadržavati punu pažnju, dobrohotnost, strpljenje, spremnost na razgovor, razumijevanje s ciljem očuvanja i poboljšanja zdravstvenog stanja bolesnika kako bi se „služilo osobi i životu u cijelosti” (10).

Kako bi zdravstveni djelatnik spoznao drugog u cjelovitosti njegova bića, važno je da upozna sebe u vlastitoj duhovnosti.

6.1 Odras duhovnosti u vlastitom životu

U snažnim riječima Psalma naglašena je važnost povezivanja Boga i čovjeka kako bi sam spoznao sebe i prepustio se Gospodinovim rukama: „Pronikni me svega, Bože, srce mi upoznaj, iskušaj me i upoznaj misli moje: pogledaj, ne idem li putem pogubnim, i povedi me putem vječnim!” (Ps 139,23-24).

Teolog i psiholog Nikić navodi da „mudar čovjek nastoji što bolje upoznati sebe kako bi što bolje razumio i sebe i druge”. Svijest o vlastitoj naravi nikad nije potpuna. Spoznati istinu o sebi i spoznati vlastitu nemoćnost može se samo s pomoću povjerenja u Boga u ispitu savjesti. Dalje je potreban proces prihvaćanja samog sebe, a potom promjena unutar sebe. Duhovni rast nemoguć je bez promjene sebe. Nesebičnom ljubavi prema Bogu i drugima čovjek putuje u vlastito ostvarenje. Upravo osjećajna snaga u čovjeku poziva da u odnosima čovjek vidi dobro druge osobe i poziva ga na služenje. Čovjek stvoren na „sliku Božju” napaja se Božjom milosti, Božja ga prisutnost jača, u sakramentalnom životu postaje sličniji Bogu, želi činiti dobro, pun je nesebične ljubavi za druge i želi služiti (52).

Istina o sebi može se spoznati duhovnim ili psihološkim putem. Duhovni put, za razliku od psihološkog puta, poziva na promatranje svega što je u čovjeku bez suvišnog

raspravljajući. Čovjek se mora izložiti Bogu kako bi Božjim svjetlom osvjetlio dubinu svoje duše. Svaki čovjek ima svoj sveti prostor tišine, tu gleda, tu sluša, tu je sabran i osluškujе (36). Vjera usmjerava čovjekovu ljubav prema sebi, uviđa božansku vrijednost i ljepotu duše. Kršćanin koji živi vjeru posjeduje duboku i inteligentnu ljubav prema samom sebi (47).

Glavno je načelo holističke sestrinske skrbi „briga za duh” osobe što znači „povezivanje sa samim sobom”. Medicinska sestra i tehničar koji njeguju vlastiti duh provode dobru brigu za duh drugih. Svaka medicinska sestra i tehničar koji duboko promišljaju o vlastitoj duhovnosti, prepoznaju smisao u vlastitom životu, samosvjesni su, mole se, sudjeluju u duhovnim skupinama s kolegama, uključuju duhovnu skrb u svoju sestrinsku praksu (50).

Prema mišljenju je psihijatra Vladimira Grudena vjera glavni sastavni dio svega: „Najpouzdaniji partner liječnika i lijeka jest vjera bolesnika u zdravlje. O toj se vjeri malo govori, a tako mnogo znači... Vjera pretvara osamljenog i slabog čovjeka u beskonačno i postojanja vrijedno biće.” (53). Utjecaj vjere kod bolesnika vidljiv je u nemoći, slabosti i osamljenosti u bolesti kad se čovjek neminovno susreće sa samim sobom.

6.2 Utjecaj duhovnosti kod bolesnika

Bolestan se čovjek u patnji i trpljenju u bolesti često nađe u kušnji života. Pri tom osjeća nemoć, ograničenost, nazire svoju smrt. Veći dio vremena provodi s vlastitim mislima, zatvara se u sebe, postaje tjeskoban te se često opire Bogu. Međutim, mnogi bolesnici u bolesti tek počinju intenzivnije tražiti Boga. Čovjek se nalazi u stalnoj potrazi za vidljivim dijelom vjere, pri tom poseže za sakramentima koji su živi doticaj čovjeka i Boga (3).

Prema potvrđenim činjenicama iz prakse čovjek, ako je vjernik, ne očajava ni u najtežim trenucima, vjeruje u Božju providnost i spasenje s potpunim pouzdanjem. Vjera kao pojava pripada ljudskom subjektivnom iskustvu; ako je iskrena, pruža čovjeku utjehu i pouzdanje, prožima, krijepi, pomaže u suočavanju, izdizanju iz ovozemaljskog u nadnaravno (10).

Stoga je duhovnost izuzetno važna u suočavanju čovjeka s bolešću, patnjom i gubitkom (57). Vjera obasjava staze čovjekova života i budućnosti. U Ivančićevu objašnjenju života naglašeno je da je život moguć samo u vjeri jer čovjek bez nade umire, čovjek ako nije ljubljen i ne ljubi, na smrt je bolestan. Postojanjem nade, vjerne pratiteljice, u ljudskom životu uvijek sve iziđe na dobro, dogode se uspjesi, ljudi ozdrave. U zdravlju čovjek gleda život s jedne strane, u bolesti život postaje dublji (26).

Frankl u svom proučavanju navodi da svaka bolest ima svoj smisao, ali ne u tome da se smisao nalazi u bolesnom stanju čovjeka, već se odnosi na smisao u načinu trpljenja, podnošenja patnje i suočavanja s bolešću (27). Takvim načinom gledanja prihvaća se mišljenje o Božjem planu za svaki život na zemlji.

Psihijatrica Aukst Margetić smatra da čovjek uvijek može odabrati da u središtu njegova života bude Bog, a ne bolest kako bi otvorio prostor nade, mogućeg iscjeljenja i konačnog spasenja. Dalje navodi da Božja ljekarna sadrži lijekove dostupne svakom (5).

Utjecaj je duhovnosti kod bolesnika golem, potiče mir, nadahnjuje, daje snagu i motivira. Religiozne prakse služe kao poticaj svakom bolesniku tijekom patnje i bolesti.

Praksama koje duboko isprepliću duhovni i terapijski vid pripadaju: molitva, dodir, sakramenti pomirenja, svete pričesti, sakrament bolesničkog pomazanja (23).

6.3 Religiozne prakse s posebnim utjecajem na kvalitetu života bolesnika

„U bolesti se treba Bogu moliti jer on zdravlje daje, ali treba poći i k liječniku, jer je i njemu Bog dao moć da čovjeku donese zdravlje” (Sir 38,9;38,12).

Duhovna skrb s ciljem omogućavanja bolesniku obavljanja religioznih praksi može se provesti na sljedeće načine: procjenom duhovnosti i skrbi, uvažavanjem duhovnih potreba bolesnika, toleriranjem različitih vjerskih uvjerenja, omogućavanjem privatnosti tijekom molitve, pružanjem mogućnosti poziva duhovnika ili svećenika, osiguravanjem obavijesti o rasporedu misnih slavlja, sudjelovanjem u organizaciji ispovijedi, sakramenta bolesničkog pomazanja (17).

Sakramentalni život pruža čovjeku snagu, uzdiže dušu i čovjek još više čezne za Bogom. U molitvi čovjek osjeća Božju prisutnost i ljubav (52). Molitva kao osobni izražaj, upućivanje riječi iz srca Bogu, posebna je isto kao i odnos Boga prema čovjeku jer On navodi svakog čovjeka svojim putevima i načinima (3).

Ivančić lijepo opisuje molitvu navodeći: „Ona je hodanje u susret Bogu, ona je otvaranje Božjih vrata. Molitva je sađenje novih ljepota u naše srce. Molitva je sunčanje pred

Božjim licem. Ona je poput suncokreta u nama koji se stalno okreće za Božjom blizinom.” (26). Stoga su u duhovnosti najvažnije religiozne prakse koje čovjeka povezuju s njegovim najdubljim postojanjem.

Želja je svakog čovjeka sresti Boga i iskusiti ga. Osjetilnim načinom čovjek pokušava vidjeti Božje tragove u drugim stvorenjima, u crkvenim obredima, pretvorbi kruha i vina, kipovima, slikama. Nadalje, pokušava slušati Božju riječ tako da je srce prihvaća, da se u njoj otkrije Božje srce. Najzad se zadržava i pronalazi Boga u sabranosti, u dnu vlastite duše gdje on prebiva, gdje je ogoljen, slobodan od ljudske moći (54).

6.3.1 Ispovijed

Ispovijed pripada sakramentu ozdravljanja te se spominje u *Katekizmu Katoličke Crkve* pod više naziva: kao *sakrament obraćenja* što znači povratak čovjeka Bogu, *sakrament pokore* jer posvećuje obraćenog čovjeka, *sakrament ispovijedi* jer iznuđuje priznanje čovjekovih grijeha, *sakrament oprostjenja* jer Bog oprašta grješniku i sakrament pomirenja jer Bog čovjeku daruje ljubav (3).

Vjernik doživljava ispovijed lijekom savjesti i duše. U pomirenju se s Bogom čovjek oslobađa tereta krivnje te olakšanjem i izlječenjem rana nastalih grijehom osjeća ozdravljenje i slobodu. Često se taj sakrament naziva duhovnim iscjeljenjem, stoga nosi terapijsko obilježje (19).

Bolesnici s mentalnim poteškoćama koji su doživjeli i proživljavaju određene psihotraume, koji imaju doživljaj neprihvaćenosti, manjka ljubavi, koji su teško razočarani, mogu pronaći utjehu primjenom tog sakramenta. Terapijski učinak ispovijedi doprinosi rasterećenju duše, odnosi krivnju ako osoba okrivljava sebe za neko počinjeno djelo u prošlosti, smanjuje tjeskobu, unosi nadu, donosi popuštanje u želji osobe za osvećivanjem, pomaže osobi da oprost drugima onako kako je Bog oprostio njoj u sakramentu ispovijedi.

6.3.2. Sakrament bolesničkog pomazanja

Očitovanje Božje riječi u Svetom pismu najvjernije prikazuje snagu sakramenta bolesničkog pomazanja u smislu ozdravljenja, oprostjenja grijeha i duhovne pomoći: „Boluje li tko među vama? Neka dozove starješine Crkve! Oni neka mole nad njim, mažući ga uljem u

ime Gospodnje, pa će molitva vjere spasiti nemoćnika! Gospodin će ga podići i, ako je sagriješio, oprostiti će mu se.” (Jak 5,14-15).

Sakrament bolesničkog pomazanja preporučuje se bolesnicima kao potpora u kušnji bolesti. S obzirom na to da se najčešće dijelila umirućima, dobila je naziv „posljednja pomast”, međutim, ima svrhu i dijeli se kao zaziv Bogu da osoba zadobije ozdravljenje.

Sakrament se može ponavljati, udjeljuje se pred rizične kirurške zahvate, kod pogoršanja bolesti i kod starijih osoba koje su sve nemoćnije. Svećenik provodi pomazanje blagoslovljenim maslinovim uljem ili drugim biljnim uljem tako da bolesniku pomaže čelo i ruke uz izgovaranje molitve u kojoj moli Gospodina da bolesniku milošću Duha Svetoga pomogne, oslobodi od grijeha i pridigne (3).

Bolesnici s mentalnim poteškoćama mogu doživjeti taj sakrament kao nadu u moguće ozdravljenje. Bolesničko pomazanje kao „znak” susreta s uskrsnim Kristom donosi bolesniku strpljenje u nošenju svog križa, utjehu i nadu, jakost i oslobođenje od bolesti (19).

6.3.3. Sveta euharistija

Sveta je euharistija u sadržaju živi Krist. Sakrament euharistije naziva se na više načina. Naziv euharistija predstavlja djelo zahvalnosti, „Gospodnja večera” uzor je na posljednju večeru, „lomljenje kruha” podjela je u kojoj su svi sudionici zajedništva, „spomen-čin” Kristove smrti, „sveta božanska liturgija” jer je euharistija najveći sakrament, „pričest” jer postajemo sjedinjeni s Kristom i „sveta misa” jer otpušta čovjeka da živi po Božjoj volji svoj život. Slavljenje euharistije naviješta Božju riječ, hvali i zahvaljuje Bogu, posvećuje kruh i vino, daje Kristovo tijelo i krv.

U Ivanovu je evanđelju Gospodin rekao: „Tko jede moje tijelo i pije moju krv, u meni ostaje i ja u njemu. Kao što je mene poslao živi Otac i ja živim po Ocu, tako i onaj koji mene blaguje živjet će po meni.” (Iv 6,56-57), (3).

Bolesnici s mentalnim poteškoćama u osamljenosti vlastite bolesti svetu euharistiju doživljavaju kao sakrament pripadnosti zajednici koja ih čini dijelom zajednice u kojoj nisu prepušteni sebi. S obzirom na prirodu bolesti koja ih često čini poniznim, tihim i neprimjetnim društvu, razočaranim, nepovjerljivim i skrivenim u proživljavanju svoje duboke

duševne boli, upravo u svetoj euharistiji osjećaju sjedinjenost s Kristom koji je prikazan u trpljenju i mucu nalik onoj koju prolaze u svojoj bolesti.

6.3.4. Molitveno-meditativna štiva

U Poslanici Hebrejima piše: „Uistinu je živa i djelotvorna riječ Božja. Ona je oštija od svakog dvosjeklog mača i prodire do rastavljanja duše i duha, zglobova i moždine, i može suditi nakane i misli srca.” (Heb 4,12).

Molitveno-meditativna štiva koriste čovjeku da susretne Gospodina u riječi. Molitveno-meditativna praksa, s drugim nazivom *lectio divina* odnosno „božansko čitanje”, dostupna je svakom čovjeku te takva počinje od čitanja Svetog pisma do razmatranja i kontemplacije (55). Veliku terapijsku vrijednost imaju navodi svetih knjiga. Smatra se da se ponavljanjem navoda događa „dublje pohranjivanje iz svjesnog u nesvjesni dio uma” gdje riječi postaju melem koji iscjeljuje čovjeka u cijelosti (5).

Bolesnik s mentalnim poteškoćama koristeći terapijsku dimenziju te prakse može pronaći jednu vrstu utjehe. U duhovnim se štivima osoba svjesno izlaže Božjoj prisutnosti, oslobađa se doživljaja tame i često se osjeća oslobođena od grijeha. Tom je praksom moguća osobna preobrazba i rast u cjelovitosti vlastitog bića, te razvijanje vlastitih sposobnosti opraštanja i kreativnosti.

6.3.5. Logoterapija

Logoterapija, čiji je tvorac Victor Frankl, tehnika je koja ima naziv „paradoksalne intencije”, a temeljno joj je da strahom čovjek priziva upravo ono čega se boji i da pretjerano htijenje sprječava ono što čovjek želi (40). Teorija logoterapije utemeljena je na „slobodnoj volji”, „volji za smislom” i „smislu života”. Povezivanjem tjelesnih, psihičkih i duhovnih dimenzija čovjek postaje neponovljiv i jedinstven, stoga Frankl definira čovjeka kao biće koje je „usmjereno na nešto ili nekoga”. U grčkom jeziku riječ *logos* znači smisao, a logoterapija smatra da smisao djeluje motivirajuće na čovjeka, potiče ga na stvaranje, čovjek ima doživljaj vrijednosti i trpljenja. Najjači je motiv u logoterapiji odgovornost. Frankl misli da je

odgovornost usađena u narav i život čovjeka. Čovjek potaknut životnim izazovima oblikuje stavove i donosi odluke (56).

Postoje tri glavna puta koji čovjeka vode do smisla. Prvi je kreativnost u izvršavanju nekog rada, drugi je pribavljanje iskustva i poznanstvo s nekim osobama, a treći put je nadrađivanje samog sebe s pomoću vlastite promjene (40).

Logoterapija može imati utjecaj na bolesnike s mentalnim poteškoćama učenjem kako „kreativno promijeniti situaciju zbog koje pate” (40) odnosno da „znaju kako patiti” (40) ako je potrebno. Takva vrsta terapije može u čovjeku probuditi odgovornost, bilo da se radi o društvu, bilo svojoj savjesti. Isto tako, traži od osobe da se odmakne od same sebe, postavi sebe u drugi plan i posveti se nekom cilju ili osobi sa svrhom samoostvarenja. Ima moć razviti potencijal u čovjeku čak i kad se čovjek suoči s nepromjenjivošću sudbine.

6.3.6. Hagioterapija

Hagioterapija je terapijska metoda na duhovnoj razini. Riječ je nastala iz grčke riječi *hagios* što znači ‘sveto područje’. Čovjekova duhovna duša ima svoje rane i traume koje treba liječiti. Čovjek „stvoren na sliku Božju”, prema mišljenju autora Ivančića, ima tjelesnu i psihičku dimenziju sazdanu od zemlje, dok mu je duhovnu dimenziju dao Bog, stoga ju je potrebno liječiti s Bogom. Hagioterapijom se dijagnosticiraju uzroci duhovnih bolesti koji mogu biti „kognitivni, aksiološki ili antropološki”. Duhovnom terapijom čovjek postaje čovjek i vraća mu se ljudsko dostojanstvo, doživljava preokret te se odlučuje za „istinu, dobrotu, ljubav i ljepotu” (57).

Istraživanja su pokazala kako je duhovna dimenzija važna u liječenju od bolesti i da patnja duhovne duše može prijeći u psihičke i somatske bolesti. Isto tako, dokazano je da tri puta brže ozdravljaju oni za koje se moli. Autor Ivančić smatra da čovjek svojim odbijanjem rasta u spoznaji gubi odlučnost te sve oko njega postaje besmisleno, te se pri tom javljaju frustracije i strah (1).

Bolesniku s mentalnim poremećajima hagioterapija može vratiti dostojanstvo osobe, tako da se zaštiti i osmisli njezin život, sakramentom opraštanja olakša savjest, da se osoba opredijeli za dobro, vjeruje u istinu i poštuje Boga. Hagioterapija ima moć vratiti izgubljeno povjerenje i nadu.

Bolesnici se često propitkuju zbog čega proživljavaju bolest i patnju, koji je smisao njihova trpljenja i zašto Bog baš njima daje težak put. Sestrinska skrb može ponuditi odgovore čovjeku patniku samo ako se nadoveže na transcendentno percipirajući patnju kao tajanstvenu pojavu.

Kompetencije medicinskih sestara i tehničara nalažu djelovanje prisutnošću, prihvaćanjem ljudske patnje u njezinu punom obimu i slušanjem srcem koje je, prema Ivančićevu mišljenju, „organ čovjekove duhovne duše, središte čovjeka, prostor u koji sve ulazi, gdje se sve vrednuje i iz čega izlaze odluke, govor, djelatnost i iskustvo, gdje se rađa ljubav, odlučuje o smislu života, prepoznaje vrednote i spoznaje Boga.” (1).

7. ZAKLJUČAK

U ovom radu obradili smo temu duhovnosti u sestrinskoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. Temeljno smo se osvrnuli na utjecaje duhovnosti u mentalnim poremećajima koji su u posljednjem desetljeću postali područje zanimanja brojnih istraživanja psihologa i psihijatarata koji su usuglašeni da duhovnost ima važnu ulogu u liječenju psihičkih bolesti. Zaključili smo da je čovjek cjelovito biće, stoga je u sestrinskoj skrbi mentalnih poremećaja potrebno obuhvatiti tjelesnu, psihičku, socijalnu i duhovnu dimenziju. Pojavom znanstvenih dokaza o povezanosti duše i mozga, te dokaza o učinkovitosti duhovne skrbi u liječenju mentalnih poremećaja uvidjeli smo da sve više psihijatarata predlaže pružanje duhovne podrške bolesniku u sklopu multidimenzionalnog i integralnog pristupa liječenju. Primijetili smo, pregledom većine stručnih radova, da se u današnje vrijeme važnost uvažavanja religioznih potreba bolesnika pojavljuje sve više u medicini, posebno u psihijatriji, tako što suvremena psihijatrija u zadnjem desetljeću prilazi bolesniku na drukčiji način definirajući svaku osobu jedinstvenom. Analizom znanstvenih radova unatrag nekoliko desetljeća do danas uočili smo da je sve više znanstvenih dokaza o pozitivnim učincima duhovnosti na mentalno zdravlje te se polako otpušta mišljenje da je religioznost patološka pojava (1). Utvrđeno je da vjerska uvjerenja mogu pozitivno utjecati na spoznaju, emocije, motivaciju i ponašanje.

U prvom poglavlju analizirajući polazište temeljnog pojma kršćanske antropologije da je „čovjek stvoren na sliku Božju” (3) razjasnili smo svrhu i nemjerljivu veličinu čovjekova postojanja. U prilog tomu antropološke postavke obrazlažu nam da je tijelo u svom nastajanju oživljeno s dušom koja je u suštini najvrjednija dimenzija čovjeka. Etimološkim odrednicama saznali smo da riječ *religija* znači ‘obraćenje ili povezivanje s transcendentnim’. Proučili smo opise religije s pomoću razmišljanja poznatih religiologa, psihijatarata i psihologa te smo uočili raznolikost u njihovim interpretacijama. Tako prema Freudovu mišljenju religioznost pripada psihičkoj bolesti, dok je Jungu religioznost pretpostavka za duševno zdravlje. Inače, religioznost se svrstava u individualno iskustvo dok je duhovnost praksa koja čovjeku daje smisao i nadu. Utjecaj čovjekovih vjerskih uvjerenja, s druge strane, ima golem pozitivan odjek na spoznaju, emocije i motiviranost te sveukupno na čovjekovo ponašanje. S pomoću holističkih smjernica postupanja u provođenju sestrinske skrbi, a koje obuhvaćaju čovjekove tjelesne/fizičke/biološke, emocionalne, psihološke i duhovne potrebe u bolničkom ambijentu, prikazali smo čovjekove potrebe u bolničkom ambijentu. Zaključne su misli ovog poglavlja da je nemoguće holistički pristupiti bolesniku bez uključivanja duhovnosti u tijek liječenja.

U drugom poglavlju bavili smo se proučavanjem rada teoretičarki sestrinstva među kojima su se u promicanju duhovne skrbi istaknule: Florence Nightingale, Callista Roy, Margaret Jean Harman Watson i Joyce Travelbee. Njihova su razmišljanja uglavnom utemeljena na sličnim postavkama, povezivanju čovjeka s okruženjem, osposobljavanjem na višoj razini duhovnošću, s potencijalom stvaranja adaptivnih procesa, provođenjem brižne skrbi i suosjećanja. Prema njihovu je tumačenju sestrinstvo bez duhovne dimenzije i personaliziranog pristupa bolesniku samo vještina (18). Poseban osvrt u ovom radu usmjeren je na duhovnu dimenziju sestrinstva koje egzistira tijekom desetljeća. Zaključne su misli ovog poglavlja da se sestrinstvo treba vratiti na izvorne postavke na kojima je utemeljeno.

U trećem poglavlju obradili smo utjecaj duhovnosti u poremećajima mentalnog zdravlja te analizom istraživanja zaključili da su rezultati ukazali na pozitivne pomake u smanjenju tjeskobe, patnje i trpljenja. Opisali smo zdravstvenu njegu psihijatrijskog bolesnika koja se razlikuje prema obilježjima mentalnih poremećaja te opisali njezinu posebnost raznim umijećima među kojima su najvažniji: aktivno promatranje bolesnika, komunikacija, dobar terapijski odnos i timski rad. Zaključne su misli ovog poglavlja da je duhovnost terapijska pomoć u liječenju mentalnih bolesti, odnosno iscjeliteljska snaga koja može pružiti psihijatrijskom bolesniku snažan osjećaj unutarnjeg mira.

U četvrtom poglavlju predstavili smo kliničke instrumentarije (FICA, HOPE, OASIS) koji služe zdravstvenim djelatnicima kao vodič u procjeni duhovnih uvjerenja bitnih za bolničko okruženje. Polazeći od činjenice da se u poremećajima mentalnog zdravlja promjene očituju u osjećajima, ponašanju i razmišljanju, te da skrb bolesnika zahtijeva primjerenu duhovnu podršku, uvideno je da su instrumentariji bitno pridonijeli holističkom doživljaju, tako da se čovjek može sagledati u potpunosti svog bića. Prema tome, pretpostavka je za budućnost da se svaka planirana zdravstvena intervencija temelji na individualiziranom pristupu bolesniku uz bezuvjetno prihvaćanje osobe uporabom intuitivne komunikacije i aktivnog slušanja (43, 44, 45, 46). Proučena su pitanja prihvatljiva i pristupačna za sve osobe, cilj im je saznati duhovnost osobe, potaknuti je na preispitivanje i na koncu osnažiti. Zaključne su misli ovog poglavlja da kliničke instrumentarije treba uključiti u dijelove medicinske i sestrinske dokumentacije.

U petom poglavlju progovaramo o kompetencijama zdravstvenih djelatnika u duhovnoj skrbi s pomoću raznih djelovanja u praksi. Analizom početnih temelja zdravstvene njege bolesnika uočili smo da su proizašli iz moralnih načela činjenja dobra drugoj osobi,

uslužnošću, uljudnošću, i poštovanjem (30). Premda još uvijek obrazovni sustav nije usmjeren na podučavanje zdravstvenog osoblja u pogledu duhovne skrbi, duhovna se skrb oduvijek provodila prisutnošću i bliskošću, pružanjem suosjećanja i aktivnim slušanjem bolesnika. Takva nazočnost ispunjava bolesnika nadom i pruža mu golemu podršku i ohrabrenje. Zaključno je mišljenje da zdravstveni djelatnici koji duboko promišljaju o vlastitoj duhovnosti pružaju duhovnu skrb u svojoj sestrinskoj praksi. Spomenuli smo religiozne prakse s utjecajem na kvalitetu života bolesnika te zaključili da molitva, ispovijed, sakrament bolesničkog pomazanja, čitanje molitveno-meditativnih štiva, logoterapija i hagioterapija djeluju blagotvorno iscjeljujuće na bolesnika s mentalnim poremećajima pružajući mu nadu, utjehu, strpljivost i jakost u trpljenju svoje bolesti.

Zainteresirani činjenicom da se svaki čovjek s pojavom bolesti neminovno nađe u strahu i neizvjesnosti, pregledali smo istraživanja koja su potvrdila da se religiozne osobe bolje nose s bolešću i brže razvijaju prilagodbu na novonastalu situaciju u kojoj stanje straha preuzima nada, dok stanje neizvjesnosti preuzima vjerovanje u pozitivan ishod (1).

8. ZAHVALA

Najveća hvala Bogu koji je pripremio puteve kojima koračam, naučio me ljubiti, obdario me strpljenjem i ustrajnošću te me pozvao da mu služim kroz druge.

Hvala mentorici prof. dr. sc. Ani Borovečki i sumentorici prof. dr. sc. Suzani Vuletić na prihvaćanju teme, prijedlozima i stručnom vodstvu.

Velika hvala mojim roditeljima kojima sam darovana od Boga, koji su me cijeli život voljeli i čuvali kao dragocjen biser; mojoj majci na ljubavi, podršci i savjetima u svim životnim prilikama, mom voljenom ocu koji nije dočekao radostan kraj mog studija, koji je bio i ostao uzor mom životu, moj kompas i snaga u svim životnim olujama.

Hvala mojoj braći na svakoj pomoći mojoj obitelji dok sam bila odsutna.

Veliko hvala mojoj obitelji; mom suprugu Zlatku koji me uvijek s ljubavlju podržavao i vjerovao u moje napredovanje, mojim sinovima na podršci, ugodnim razgovorima, smijehu, mladenačkoj vedrini i ljubavi u svakom zajedničkom trenutku.

Hvala mojim posebno dragim prijateljicama...riječi su nedovoljne da izrazim svu svoju ljubav i poštovanje. Moj životni put je blagoslovljen s vama.

9. LITERATURA

1. Jakovljević M, Loga S, Šito Ćorić Š, Pajević I, Nikić M, Babić D i sur. Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji. Zagreb: Pro Mente; 2010.
2. Baloban J, Crnić D. Čovjek je slika Božja – temelj kršćanske antropologije. Nacrtr kateheze. [pristupljeno 13.04.2022.] Dostupno na: https://www.zg-nadbiskupija.hr/UserDocsImages/stories/Download/kateheza_covjek_je_slika_bozja.pdf
3. Hrvatska biskupska konferencija. Katekizam katoličke crkve. Zagreb: Glas Koncila, 1994., br. 356, 362, 363, 364, 31, 32, 155, 158, 367, 1500, 1501, 1503, 1504, 2699, 1423, 1424, 1500-1512 ,389-392, 1328-1332, 1409 .
4. Pardon Đ. Čovjek i stvoreni svijet (Post 1 – 2). Biblijsko-teološki izazovi suvremenoj kršćanskoj antropologiji i ekologiji . Bogoslovska smotra [Internet]. 2020 [pristupljeno 22.04.2022.];90(2):411-437. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/243117>
5. Aukst Margetić B. Duhovnost i psihijatrija. Zdravstveni glasnik [Internet]. 2015 [pristupljeno 10.05.2022.];1(1):77-84. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/373667>
6. Leutar Z, Leutar I. Religioznost i duhovnost u socijalnom radu. Crkva u svijetu [Internet]. 2010 [pristupljeno 22.04.2022.];45(1):78-103. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/49835>
7. Emil Durkheim, Die elementaren Formen religiösen Lebens. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1994.
8. Clifford Geertz, Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1983.
9. Frankl V E. Bog kojega nismo svjesni. Psihoterapija i religija. 5., promijenjeno i popravljeno izd. – Zagreb: Provincijalat franjevac trećoredaca; 2001.
10. Komadina A. Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika. Crkva u svijetu [Internet]. 2016 [pristupljeno 24.04.2022.];51(4):615-638. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/173296>
11. Vuletić S. Psihopatološki tipovi nezrele i moralno skrupulozne religioznosti. Scripta ad usum privatum. Ak.god.2020/2021.
12. Jakovljević M i sur. Duševno zdravlje, kultura i društvo: psihijatrija pred izazovima. Pro Mente - Zagreb: 2014.
13. Prlić N, Podgorelec F, Barać I. Percepcija duhovnosti i duhovne skrbi kao prediktor percepcije kompetencija u pružanju duhovne skrbi studenata sestinstva. Nova

- prisutnost [Internet]. 2021 [pristupljeno 23.04.2022.];XIX(2):229-241. <https://hrcak.srce.hr/file/378934>
14. Riegel F, Crossetti MDGO, Martini JG, Nes AAG. Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2021 May 3 [pristupljeno 24.04.2022.];74(2):e20200139. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0139. PMID: 33950115.
 15. World health organization. *Quality of Care.* France: WHO; 2006.
 16. Havelka M. *Zdravstvena psihologija (nastavni tekstovi).* Zdravstveno veleučilište. [Internet]. [pristupljeno 25.04.2022.] Dostupno na: <http://www.vmspd.com/wp-content/uploads/2016/04/Zdravstvena-psihologija-nastavni-tekstovi.pdf>
 17. Vuletić S, Jurić AK. Utjecaj vjerskog uvjerenja na tijek liječenja bolesti. u: A. Kurtović Mišić, J. Čizmić, V. Rijavec, S. Kraljić, H. Mujović Zornić, A. Klarić, M. Cvitković, D. Korošec, Š. Anđelinović, I. Vukušić (ur.), *Zbornik radova s međunarodnog kongresa, „1. Hrvatski kongres medicinskog prava“*, Pravni fakultet, Sveučilište u Splitu i Hrvatska liječnička komora, Dalmacija papir, Split, 2017., str. 225.- 245.
 18. Aligood MR. *Nursing theorists and their work.* [Internet]. 2014 Mosby Elsevier. [pristupljeno 29.04.2022.] Dostupno na: <https://arakmu.ac.ir/file/download/news/1581932519-nursing-theorists-and-their-work-e-book.pdf>
 19. Živković I, Vuletić S. *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko–bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko–duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima.* Sveta Nedjelja: HANZA media, Printera d.o.o., 2016.
 20. Vuletić S. *Etika profesionalnog sestriinstva. Scripta ad usum privatum dei studenti.* Zagreb,2021.
 21. Kosić R. *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Skripta.* Rijeka; 2007.
 22. Vuković D, Bošnjaković J. *Empatija, suosjećanje i milosrđe: psihološke i teološke perspektive.* *Bogoslovska smotra* [Internet]. 2016 [pristupljeno 30.05.2022.];86(3):731-756. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/252081>
 23. Vuletić S, Juranić B, Mikšić Š, Rakošec Ž. *Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika.* *Bogoslovska smotra* [Internet]. 2014 [pristupljeno 14.05.2022.];84(4):881-906. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/133995>
 24. Ivančić T. *Ostati uspravan. Četvrto izdanje.* Zagreb: Teovizija, 2011.

25. Dudde B. Cijelo naše biće-duh, duša i tijelo. (1.Solunjanima 5,23) Tematska knjižica br. 84. [Internet]. 2019 [pristupljeno 26.04.2022.] Dostupno na: [http://www.akademijavjecnogproljeca.org/tematske_knjizice/Web - 84 - Cijelo nase bice - duh dusa i tijelo.PDF](http://www.akademijavjecnogproljeca.org/tematske_knjizice/Web_-_84_-_Cijelo_nase_bice_-_duh_dusa_i_tijelo.PDF)
26. Ivančić T. Duhovno pomoći čovjeku. Deveto izdanje. Zagreb: Teovizija, 2011.
27. Frankl V E. Liječnik i duša. Temelji logoterapije i egzistencijske analize. Deset teza o osobi. 3. dopunjeno izd. – Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 2021.
28. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. Models of spiritual care. [Internet]. 2012. OUP Oxford. [pristupljeno 28.04.2022.] Dostupno na: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=niZoAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=oxford+textbook+of+spirituality+in+healthcare&ots=9LxaOvxLC8&sig=cBF_Mv7C3HYBE2F80e07FnBpBA&redir_esc=y#v=onepage&q=oxford%20textbook%20of%20spirituality%20in%20healthcare&f=false
29. Matulić T. Oculis spiritualibus - sestrinstvo u ogledalu duha. Duhovnost sestrinstva iznad procjepa profesije i prakse. Bogoslovska smotra [Internet]. 2012 [pristupljeno 04.05.2022.];82(2):305-337. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/84377>
30. Šegota I. Etika sestrinstva. Zagreb: Pergamena; 1997.
31. Vuletić S. Sofrologija i duhovna dimenzija patnje. Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije. **CXLVI** (2018), 11; 20-26
32. O'Brien ME. A Nurse's Handbook of Spiritual Care: Standing on Holy Ground, Sudbury (Ma), 2004.
33. American psychiatric association [Internet]. What is mental illness? [Pristupljeno 21.04.2021.] Dostupno na: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
34. Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DAR, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. [Internet]. 2018 [pristupljeno 07.05.2022.];71(suppl 5):2323-2333. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30365801/>
35. Ljubičić Đ. Duhovnost i psihijatrija. Rijeka: Sveučilište u Rijeci. Medicinski fakultet Rijeka, 2009.
36. Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-5. 5.izd. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
37. Muk B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga; 2014.

38. Papa Ivan Pavao II. Spasonosno trpljenje. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 2003.
39. VanderWeele TJ. Suffering and response: Directions in empirical research. *Social Science & Medicine*. [Internet]. 2019 [Pristupljeno 07.05.2022.] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30743193/>
40. Frankl EF. Čovjekovo traganje za smislom. Zagreb: Planetopija; 2010.
41. Moro LJ, Frančišković T. Psihijatrija. Udžbenik za više zdravstvene studije. Rijeka: Glosa; 2004.
42. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija; svezak 1., drugo izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
43. Puchalski CM. Spirituality and health: The art of Compassionate medicine. [Internet]. [pristupljeno 30.04.2022.] Dostupno na: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.566.199&rep=rep1&type=pdf>
44. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Jornal of Pain and Symptom Management*. [Internet]. 2010 [pristupljeno 02.05.2022.] Aug;40(2):163-73. Dostupno na: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(10\)00325-8/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(10)00325-8/fulltext)
45. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. [Internet]. 2001 [pristupljeno 02.05.2022.] Jan 1;63(1):81-89. Dostupno na: https://www-aafp-org.translate.google/afp/2001/0101/p81.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=hr&_x_tr_hl=hr&_x_tr_pto=sc
46. Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist assisted spiritual intervention study (OASIS) : Patient acceptability and initial evidence of effects. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. [Internet]. 2005 [pristupljeno 02.05.2022.] Vol.35(4) 329-347. Dostupno na: https://www.indstate.edu/cas/sites/arts.indstate.edu/files/Psychology/OASIS_Paper.pdf
47. Lovasik LG. Skrivena snaga dobrote i blagosti. Split: Verbum; 2020.
48. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. [Internet]. 2009 [Pristupljeno 10.05.2022.];18(20):2857–2869. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19220618/>

49. Azarsa T, Davoodi A, Khorami Markani A, Gahramanian A, Vargaei A. Spiritual wellbeing, Attitude toward Spiritual Care and its Relationship with Spiritual Care Competence among Critical Care Nurses. [Internet]. 2015 [Pristupljeno 10.05.2022.] ;4(4):309-320. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26744730/>
50. Hawthorne DM, Gordon SC. Nevidljivost duhovne njege u kliničkoj praksi. Časopis za holističko sestринство . [Internet]. 2020 [Pristupljeno 10.05.2022.] ;38(1):147-155. Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0898010119889704>
51. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. [Internet]. 2001 [Pristupljeno 10.05.2022.];14(4):352-357. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305900/>
52. Nikić M. Upoznaj samog sebe Psihološko-duhovna analiza. Obnovljeni Život [Internet]. 2005 [pristupljeno 13.05.2022.];60(1):91-103. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/2032>
53. Gruden V. Sreća, zdravlje, vjerovanje... Nova prisutnost, broj I/2, jesen-zima 2003.
54. Grün A. Duhovnost u svagdašnjem životu. Služba Božja [Internet]. 2017 [pristupljeno 13.05.2022.];57(4):530-537. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/281134>
55. Glavaš S. Duša i oblici. Duhovna štiva. Zagreb: Biakova; 2010.
56. Puljić Ž. Franklova logoterapija – liječenje smislom. Društvena istraživanja [Internet]. 2005 [pristupljeno 16.05.2022.];14(4-5 (78-79)):885-902. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/27992>
57. Ivančić T. Hagioterapija - model terapijske antropologije. Nova prisutnost [Internet]. 2007 [pristupljeno 16.05.2022.];V(1):7-18. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/123942>

10. ŽIVOTOPIS

Natali Vuletin Gović rođena je 15. siječnja 1976. godine u Šibeniku. Osnovnu i srednju medicinsku školu završila je u Šibeniku. Pripravnički staž odradila je u Općoj bolnici u Šibeniku. Nakon položenog državnog ispita zaposlila se u službi pedijatrije gdje je radila sedam godina, potom se premjestila u službu interne medicine, u Odjel kardiologije gdje je radila osam godina. Godine 2008. završila je preddiplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu, Sveučilište u Rijeci kao izvanredni student. Kao prvostupnica sestrinstva premješta se 2011. godine u službu psihijatrije Opće bolnice u Šibeniku, kao voditeljica tima Socijalne psihijatrije. Od 2012. godine do kraja srpnja 2022. godine obnašala je dužnost glavne sestre psihijatrije. Po isteku mandata nastavlja svoj rad u psihijatrijskoj dnevnoj bolnici i akutnom psihijatrijskom odjelu. Godine 2020. upisala je sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu kao izvanredni student. Od 2013. godine predsjednica je Podružnice Hrvatske komore medicinskih sestara za Šibensko-kninsku županiju, u trećem mandatu. Dugogodišnji je član Hrvatske katoličke udruge medicinskih sestara i medicinskih tehničara.