

Professional competencies of nurses in providing spiritual care

Kompetencje zawodowe pielęgniarek w zakresie zapewniania opieki duchowej

Renata Bernadeta Dziubaszewska^{1,A-G,I,K-L} , Dawid Makowicz^{1,F,H-I,L} ,
Małgorzata Moskal-Szybka^{1,F-G,K-L} , Klaudia Glazar^{1,A-B,D-E}

¹Instytut Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Renata Bernadeta Dziubaszewska
Instytut Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie
ul. Kazimierza Wielkiego 6, 38-400, Krosno, Polska
e-mail: renata.dziubaszewska@pans.krosno.pl

A – Development of the concept and methodology of the study/Opracowanie koncepcji i metodologii badań; B – Query – a review and analysis of the literature/Kwerenda – przegląd i analiza literatury przedmiotu; C – Submission of the application to the appropriate Bioethics Committee/Złożenie wniosku do właściwej Komisji Biotycznej; D – Collection of research material/Gromadzenie materiału badawczego; E – Analysis of the research material/Analiza materiału badawczego; F – Preparation of draft version of manuscript/Przygotowanie roboczej wersji artykułu; G – Critical analysis of manuscript draft version/Analiza krytyczna roboczej wersji artykułu; H – Statistical analysis of the research material/Analiza statystyczna materiału badawczego; I – Interpretation of the performed statistical analysis/Interpretacja dokonanej analizy statystycznej; K – Technical preparation of manuscript in accordance with the journal regulations/Opracowanie techniczne artykułu zgodnie z regulaminem czasopisma; L – Supervision of the research and preparation of the manuscript/Nadzór nad przebiegiem badań i przygotowaniem artykułu

STRESZCZENIE

KOMPETENCJE ZAWODOWE PIELĘGNIAREK W ZAKRESIE ZAPEWNIANIA OPIEKI DUCHOWEJ

Wprowadzenie. Potrzeby duchowe należą do podstawowych potrzeb ludzkich, które obejmują sferę duchową i emocjonalny aspekt istnienia człowieka. Związane są z poszukiwaniem znaczenia, celu życia, relacji z innymi oraz relacji z Bogiem lub rzeczywistością transcendentną. Każdy członek zespołu terapeutycznego powinien dostrzegać i wspierać duchowy wymiar zdrowia pacjenta, niezależnie od jego przekonań religijnych. W praktyce klinicznej często obserwuje się, że potrzeby duchowe pacjentów są utożsamiane wyłącznie z religijnością czy praktykami wyznaniowymi. W rezultacie odpowiedzialność za ten obszar opieki przenoszona jest głównie na osoby duchowne.

Cel pracy. Określenie poziomu kompetencji personelu pielęgniarskiego w obszarze opieki duchowej.

Materiał i metody. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Narzędziem była Skala Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej (*The Spiritual Care Competence Scale - SCCS*), zawierająca 27 pytań, posegregowanych na pięć podskal. Drugim narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety zbudowany z 10 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Gromadzenie wyników badań odbywało się za pośrednictwem Internetu, użytą techniką było CAWI. Badaną grupę stanowiło 102 osoby. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie Nr 7/24.

Wyniki. Wyniki analizy wykazały statystycznie istotną zależność pomiędzy wiekiem biologicznym pielęgniarek, a podskalami: ocena i wdrażanie opieki duchowej ($p < 0,001$), skierowanie i konsultacja ($p < 0,001$), profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej ($p < 0,001$) oraz komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo ($p = 0,022$). Zależność istotna statystycznie występuje także pomiędzy stażem pracy, a podskalami: ocena i wdrażanie opieki duchowej ($p = 0,003$), skierowanie i konsultacja ($p = 0,039$), profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej ($p = 0,017$). Stwierdzono również istotność statystyczną pomiędzy praktykami religijnymi pielęgniarek, a podskalami: ocena i wdrażanie opieki duchowej ($p < 0,001$), skierowanie i konsultacja ($p < 0,001$), komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo ($p = 0,032$), profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej ($p < 0,001$).

Wnioski. Wyższe kompetencje w zakresie opieki duchowej posiadają pielęgniarki w wieku powyżej 30 roku życia oraz z ponad 10 letnim stażem pracy. Praktyki religijne pielęgniarek sprzyjają posiadaniu wyższych kompetencji w zakresie opieki duchowej.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, duchowość, hospitalizacja, religia i medycyna

ABSTRACT

PROFESSIONAL COMPETENCIES OF NURSES IN PROVIDING SPIRITUAL CARE

Introduction. Spiritual needs are among the fundamental human needs, encompassing the spiritual realm and the emotional aspect of human existence. They are linked to the search for meaning, life's purpose, relationships with others, and a relationship with God or a transcendent reality. Every member of the therapeutic team should recognise and support the spiritual dimension of a patient's health, regardless of the patient's religious beliefs. In clinical practice, it is often observed that patients' spiritual needs are equated exclusively with religiosity or religious practices. As a result, responsibility for this area of care is shifted primarily to the clergy.

Aim. To determine the level of competence of nursing staff in the area of spiritual care.

Material and methods. A diagnostic survey was used as the research method. The tool used was the Spiritual Care Competence Scale (SCCS), consisting of 27 questions divided into five subscales. The second tool was an original survey questionnaire comprising 10 single-choice closed-ended questions. Data collection was conducted online using the CAWI technique. The study sample consisted of 102 participants. Approval for the study was obtained from the Bioethics Committee of the State University of Applied Sciences in Krosno, No. 7/24.

Results. The analysis revealed a statistically significant association between the nurses' biological age and the following subscales: assessment and implementation of spiritual care ($p < 0.001$), referral and consultation ($p < 0.001$), professionalisation and improvement of the quality of spiritual care ($p < 0.001$), and communication, individual support, and counselling ($p = 0.022$). A statistically significant relationship also exists between years of experience and the following subscales: assessment and implementation of spiritual care ($p = 0.003$), referral and consultation ($p = 0.039$), and professionalisation and improvement of the quality of spiritual care ($p = 0.017$). A statistically significant relationship was also found between nurses' religious practices and the following subscales: assessment and implementation of spiritual care ($p < 0.001$), referral and consultation ($p < 0.001$), communication, individual support, and counselling ($p = 0.032$), professionalisation and improvement of the quality of spiritual care ($p < 0.001$).

Conclusions. Nurses aged 30 and older with more than 10 years of work experience possess higher competencies in spiritual care. Nurses' religious practices contribute to higher competencies in spiritual care.

Key words: nursing, spirituality, hospitalisation, religion and medicine

INTRODUCTION

Spiritual needs constitute a category of fundamental human needs related to the existential and emotional dimensions of human functioning. They encompass the pursuit of meaning in one's life, self-discovery, and the development of meaningful relationships, both with the surrounding world and with other people. Meeting these needs plays a vital role in shaping a person's integrity and maintaining their inner psychological and axiological balance. It should be noted that spiritual needs are heterogeneous; they depend on individual experiences, behavioural patterns, beliefs, and values. Key elements include understanding and accepting an individual's spiritual needs in the context of supporting spiritual and emotional development, as well as fostering positive interpersonal relationships [1].

Spiritual care for patients has been provided since ancient times, but its scope and methods have undergone significant changes alongside advances in medicine and socio-cultural shifts. Today, it is understood as support for the patient that goes beyond physical needs, encompassing assistance with psychological, existential, and religious suffering through active listening, support in the search for meaning and dignity in life, and fostering the patient's inner peace. It involves helping patients cope with illness, the fear of suffering and death, and the search for hope, as well as the realisation of values important to the patient [2].

Spiritual care is an essential component of a holistic approach to patient care, yet it is rarely prioritised in nurses' daily work. This stems from both organisational factors within the healthcare system and the discomfort felt by nursing staff due to insufficient preparation for providing such care. Significant barriers include a lack of appropriate competencies in providing spiritual care, limited communication skills, and insufficient knowledge and cultural sensitivity, which hinder the adequate identification and fulfilment of patients' spiritual needs. Furthermore, in clinical practice in Polish hospitals, it is often observed that patients' spiritual needs are equated exclusively with religiosity or religious practices, thereby shifting the responsibility for this area of care to the clergy [3].

AIM

To determine the level of competence in spiritual care among nursing staff.

MATERIALS AND METHODS

The research method used was a diagnostic survey, and the tool was the Spiritual Care Competence Scale (SCCS), which was adapted and validated for the Polish version in 2022 by Machul, M. et al. [4]. Permission to use the SCCS was obtained from the authors. The tool consists of 27 questions, divided into 5 subscales: 1) attitude toward spiritual care for patients, 2) assessment and implementation of spiritual care, 3) referral and consultation, 4) communication, individual support, and counselling, 5) professionalisation and improvement of the quality of spiritual care. Responses were given on a 5-point scale, where 1 represented the lowest rating and 5 the highest. The maximum number of points possible in each subscale was as follows: attitude toward spiritual care for patients – 20 points; assessment and implementation of spiritual care – 30 points; referral and consultation – 25 points; communication, individual support, and counselling – 30 points; professionalisation and improvement of the quality of spiritual care – 30 points. The higher the score, the greater the nurse's competence in providing spiritual care. The second tool was a proprietary survey questionnaire comprising 10 single-choice closed-ended questions, which allowed for the characterisation and identification of the group of respondents in sociodemographic terms, as well as the determination of religious affiliation and the regularity of religious practices.

Research results were collected from January to March 2025 using the online research platform and the CAWI (Computer-Assisted Web Interview) technique. The survey questionnaire was addressed to nurses working in hospitals and distributed via Facebook to the groups „Nurses to Nurses” and „Nurses, Nurses – Nursing World,” after obtaining prior consent from the administrators of these groups. Electronic research tools were made available via Google Forms. To prevent multiple submissions by the same person, users were required to log in to their Google account to access the survey. The survey form did not record email addresses or IP addresses, and the collected data did not allow for direct identification of study participants. The survey questionnaire lacked a security feature that ensured the accuracy of responses to every question. A total of 137 survey questionnaires were received. After analysis of the material and finding it incomplete, 35 were rejected, and 102 survey questionnaires were used for further analysis.

Factors confounding the study included the lack of security measures to ensure the completion of all questions and the influence of social desirability variables. Inclusion criteria for the study included: practising as a nurse and currently employed, knowingly and voluntarily consenting to participate in the study, having internet access, and membership in a community nurses' group. Exclusion criteria for the study included working as a nurse in primary care facilities. The study was anonymous, and respondents could withdraw at any time. The collected research material is stored on the principal investigator's password-protected laptop. Access to the data was granted only to individuals actively involved in the research process and committed to confidentiality. The study was conducted in accordance with the principles of medical research involving human subjects and the World Medical Association (WMA) Declaration of Helsinki [5]. Consent to conduct the research was obtained from the Bioethics Committee of the State Academy of Applied Sciences in Krosno, No. 7/24, dated December 6, 2024. Calculations were performed using IBM SPSSStatistica22, which produced counts, percentages, and their cumulative values. Basic statistical measures (arithmetic mean, standard deviation, median, minimum and maximum values, range, and coefficient of variation) were calculated for quantitative variables. Student's t-test and ANOVA tests were used to analyse the relationships between the studied variables. A significance level of $p=0.05$ was assumed. For $p<0.05$, the statistical relationship was low; for $p<0.01$, it was high; and for $p<0.001$, it was very high.

RESULTS

A total of 102 participants took part in the study, of whom the majority were women ($n=93$; 91.18%). There were 49 participants (48.04%) in the age group up to 30 years old, and 53 participants (51.96%) in the age group 30 years and older. Most of the respondents had a bachelor's degree in nursing ($n=59$; 57.84%), while 30 respondents (29.41%) had a master's degree, and 13 respondents (12.75%) had completed nursing high school. Most respondents reported having up to 10 years of professional experience ($n=72$; 70.59%), while only 30 respondents (29.41%) had more than 10 years of experience. Among the respondents, professional work was performed in the following departments: surgical, internal medicine, pediatric, and psychiatric ($n=79$; 77.44%); 23 respondents (22.56%) worked in other departments such as intensive care, palliative care, or hospice. Respondents could indicate Christianity, Islam, Hinduism, Buddhism, Sikhism, Judaism, or other religions, but only 90 ($n=90$; 88.24%) reported Christianity as their affiliation, and only 55 people (53.92%) reported engaging in regular religious practices. A low percentage of respondents ($n=12$; 11.76%) identified as atheists. Detailed results are presented in Table 1.

Tab. 1. Characteristics of the nurses in the study

Variable		N	%
Age	up to the age of 30	49	48,04
	over the age of 30	53	51,96
Gender	female	93	91,18
	male	9	8,82
Place of residence	city	48	47,06
	rural	54	52,94
Type of completed nursing education	secondary nursing education	13	12,75
	bachelor of nursing	59	57,84
	master's degree in nursing	30	29,41
Work experience	up to 10 years	72	70,59
	over 10 years	30	29,41
Workplace	surgical, internal medicine, pediatric, and psychiatric departments	79	77,44
	intensive care unit, palliative care, hospice	23	22,56
Religious denomination	christianity	90	88,24
	atheist	12	11,76
Regular religious practices	yes	55	53,92
	no	47	46,08

In the study, nursing staff achieved a total score of 112.4 points on the Spiritual Care Competence Scale, indicating a high level of spiritual competence. Attitudes toward patient spiritual care scored 18.58 points; assessment and implementation of spiritual care – 23.48 points; referral and consultation – 20.92 points; communication, individual support, and counselling – 26.91 points; and professionalisation and improvement of the quality of spiritual care – 22.51 points (Table 2).

Tab. 2. Level of competence in the field of spiritual care of the surveyed nurses

Spiritual Care Competency Level Subscales	Result	Maximum
Attitude towards spiritual care for the patient	18,58	20
Evaluation and implementation of spiritual care	23,48	30
Referral and consultation	20,92	25
Communication, individual support, and counselling	26,91	30
Professionalisation and improvement of the quality of spiritual care	22,51	30
Total	112,40	135

Age

Analysis of the research data revealed significant differences in the spiritual care assessment and implementation subscale. The younger group (up to 30 years old) scored $M = 19.96$; $SD = 7.44$, while those over 30 years old scored $M = 26.74$; $SD = 4.47$. The group of respondents aged 30 or older scored an average of 6.78 points higher than the younger group, suggesting significantly greater competence in the assessment and practical implementation of spiritual care. A similar pattern was observed in the referral and consultation subscale. The younger group scored $M = 19.08$; $SD = 5.01$, while the older group scored $M = 22.62$; $SD = 3.19$. In the communication, individual support, and counselling subscale, the difference was

also significant. Younger individuals scored $M = 25.94$; $SD = 4.67$, while the older group scored $M = 27.81$; $SD = 3.25$. The greatest differences were found in the Professionalisation and Improvement of Spiritual Care subscale. The younger group scored $M = 18.98$; $SD = 7.41$, while the older group scored $M = 25.77$; $SD = 5.93$. The difference reached 6.79 points, which is significant both statistically and practically. The results suggest that, with age, competencies in the professionalisation of spiritual care and in undertaking actions to improve its quality increase significantly (Table 3).

■ Tab. 3. Level of spiritual care competence vs. age of the respondents

Spiritual Care Competency Level Subscales	Age				T	p
	up to the age of 30		over the age of 30			
	M	SD	M	SD		
Attitude towards spiritual care for the patient	18,35	2,40	18,79	2,14	-0,985	0,327
Evaluation and implementation of spiritual care	19,96	7,44	26,74	4,47	-5,521	<0,001***
Referral and consultation	19,08	5,01	22,62	3,19	-4,222	<0,001***
Communication, individual support, and counselling	25,94	4,67	27,81	3,25	-2,335	0,022*
Professionalisation and improvement of the quality of spiritual care	18,98	7,41	25,77	5,93	-5,085	<0,001***

$p < 0,05$; ** when $p < 0,01$; *** when $p < 0,001$

Work experience

The survey results, analyzed in terms of the variable of length of service, showed that on the “assessment and implementation of spiritual care” subscale, nurses with up to 10 years of experience achieved an average score of 21.93; $SD = 7.31$, while those with more than 10 years of experience scored 27.20; $SD = 4.09$, confirming that greater professional experience is associated with higher competence on this subscale. The referral and consultation subscale also confirmed differences between age groups. Those with shorter tenure (up to 10 years) achieved an average score of 19.96; $SD = 4.81$, while nurses with over 10 years of experience scored 23.23; $SD = 2.51$. In the Professionalisation and Improvement of Spiritual Care subscale, significant differences were observed: nurses with shorter work experience scored an average of 20.93; $SD = 7.59$, while nurses with over 10 years of experience scored 26.30; $SD = 5.69$. The obtained values are statistically significant; years of professional experience are an important factor differentiating all areas of competence in spiritual care. The biggest differences were observed in the assessment and implementation of spiritual care, referrals and consultations, as well as professionalisation and improvement of the quality of spiritual care activities (Table 4).

■ Tab. 4. Level of spiritual care competence vs. professional experience of the respondents

Spiritual Care Competency Level Subscales	Work experience				T	p
	up to 10 years		over 10 years			
	M	SD	M	SD		
Attitude towards spiritual care for the patient	18,40	2,42	19,00	1,84	-1,356	0,931
Evaluation and implementation of spiritual care	21,93	7,31	27,20	4,09	-4,623	0,003**
Referral and consultation	19,96	4,81	23,23	2,51	-4,491	0,039*
Communication, individual support, and counselling	26,38	4,44	28,20	2,70	-2,540	0,679
Professionalisation and improvement of the quality of spiritual care	20,93	7,59	26,30	5,69	-3,915	0,017*

$p < 0,05$; ** when $p < 0,01$; *** when $p < 0,001$

Religious practices

On the “Assessment and Implementation of Spiritual Care” subscale, religiously practising individuals achieved a very high mean score of $M = 26.69$; $SD = 4.90$, while non-practising individuals scored $M = 19.72$; $SD = 7.13$. Those who actively practised religion fared better in the assessment and implementation of spiritual care. A similar picture emerges in the referral and consultation subscale. Those who engaged in religious practices scored $M = 22.71$; $SD = 3.89$, while non-practising individuals scored $M = 18.83$; $SD = 4.31$. In the communication, individual support, and counselling subscale, practising individuals achieved a mean of $M = 27.71$; $SD = 4.01$, while non-practising individuals scored $M = 25.98$; $SD = 4.01$. The most significant differences are evident in the Professionalisation and Improvement of Spiritual Care subscale. Those who engage in religious practices achieved a mean of $M = 25.89$; $SD = 6.09$, while non-practising individuals scored $M = 18.55$; $SD = 7.03$. The difference in means (7.34 points) indicates that religious practitioners are significantly more likely to report competencies related to professionalisation and improving the quality of spiritual care (Table 5).

■ Tab. 5. Level of spiritual care competence and religious practices among the respondents

Spiritual Care Competency Level Subscales	The practice of religion				T	p
	yes		no			
	M	SD	M	SD		
Attitude towards spiritual care for the patient	18,71	2,20	18,43	2,37	0,623	0,535
Evaluation and implementation of spiritual care	26,69	4,90	19,72	7,13	5,655	<0,001***
Referral and consultation	22,71	3,89	18,83	4,31	4,740	<0,001***
Communication, individual support, and counseling	27,71	4,01	25,98	4,01	2,173	0,032*
Professionalization and improvement of the quality of spiritual care	25,89	6,09	18,55	7,03	5,585	<0,001***

$p < 0,05$; ** when $p < 0,01$; *** when $p < 0,001$

Workplace

Analysis of the research data showed that scores on the spiritual care assessment and implementation subscale were significantly higher among staff in intensive care, palliative care, and hospice units ($M = 27.96$; $SD = 3.82$) than among nurses working in other units ($M = 22.18$; $SD = 7.12$); these differences were statistically significant. A similar pattern was observed in the Referral and Consultation subscale: nurses employed in intensive care, palliative care, and hospice units achieved a mean score of 23.09; $SD = 3.22$, while those working in other wards achieved an average score of 20.29; $SD = 4.65$. In the Communication, Individual Support, and Counselling subscale, significant differences were also found; the mean for the group of nurses working in intensive care, palliative care, and hospice units was 28.61; $SD = 3.17$, while for the group working in other units it was 26.42; $SD = 4.20$. The greatest differences were observed in the professionalisation and improvement of spiritual care subscale, where the mean score for nurses employed in intensive care, palliative care, and hospice units was 27.61; $SD = 4.10$, while in the second group it was only 21.03; $SD = 7.60$. As demonstrated by our research, the work setting significantly differentiates competencies in spiritual care (Table 6).

■ Tab. 6. Level of spiritual care competence vs. the location (ward) where respondents work

Spiritual Care Competency Level Subscales	Workplace				T	p
	intensive care unit, palliative care, hospice		surgical, internal medicine, pediatric, and psychiatric departments			
	M	SD	M	SD		
Attitude towards spiritual care for the patient	19,09	2,15	18,43	2,30	1,268	0,212
Evaluation and implementation of spiritual care	27,96	3,82	22,18	7,12	5,118	<0,001***
Referral and consultation	23,09	3,22	20,29	4,65	3,287	0,002**
Communication, individual support, and counselling	28,61	3,17	26,42	4,20	2,695	0,010*
Professionalisation and improvement of the quality of spiritual care	27,61	4,10	21,03	7,60	5,448	<0,001***

p<0,05; ** when p<0,01; *** when p<0,001

DISCUSSION

In our study, nursing staff demonstrated a high level of competence in spiritual care. The results regarding the spiritual competence of Polish nurses are also supported by the findings of Machula et al., who reported an average score of 104.39 points [4]. Similar data were also obtained by foreign researchers, including Rajapaksha et al. in Sri Lanka (100.71 points) and Heidari et al. in Iran (108.93 points) [6,7]. It is worth noting, however, that in the study by Rajapaksha et al., there is a large discrepancy

among participants, with the lowest score of 65 points and the highest of 129 points [6]. By comparison, among students—that is, individuals preparing for a career in nursing the level of spiritual competence is average, at 91.92 points [8].

Our own research has shown that as nurses age, their competence in professionalisation and improving the quality of spiritual care increases significantly. Nurses over the age of 30 achieve higher scores across most subscales, particularly in the assessment and implementation of spiritual care, referral and consultation, and the professionalisation and improvement of the quality of spiritual care. Similar conclusions are presented by Deluga and co-authors, who, in their studies, also obtained results confirming a positive correlation between nurses' age and years of experience and competencies in the area of spiritual care [9]. Researchers from Saudi Arabia, however, obtained different results, demonstrating that older nurses scored lower on spiritual care competencies [10]. The findings from the Saudi Arabian researchers indicate that nurses aged 40-49 had lower spiritual care competencies compared to the younger group.

The biological age of nurses is closely linked to the number of years they have worked in the profession, and this factor, as our own research has shown, also significantly influences the level of competence in spiritual care. Nurses with over 10 years of professional experience scored higher on four subscales: assessment and implementation of spiritual care, professionalisation and improvement of spiritual care quality, referral and consultation, and communication, individual support, and counselling. Uçar and colleagues, in a study of Turkish nurses divided into Generation Y, Z, and X, found that nurses from Generation Z scored lower on the communication, individual support, and counselling subscales, with a statistically significant difference between Generation Y and Z nurses with 1 to 10 years of work experience ($p=0.018$) [11]. The authors of the study found no statistically significant difference between years of service and scores on the remaining four subscales ($p > 0.05$). In the present study, the mean scores on the communication, individual support, and counselling subscales for nurses with up to 10 years of work experience were 26.38 ± 4.44 , slightly higher than those of the Turkish Generation Z nurses (23.28 ± 6.91). Similarly, Polish nurses with over 10 years of work experience achieved a higher average score (28.20 ± 2.70) than Turkish nurses from Generation Y (26.50 ± 3.80) [11]. In their multiple regression analysis, Han et al. demonstrated significant correlations between spiritual care competencies and a longer duration of practice ($p < 0.001$) as well as longer professional experience ($p = 0.014$) [12]. This finding is supported by the fact that nursing students with no professional experience yet, who rely solely on experience gained through clinical training and volunteer work, demonstrate lower competence in providing spiritual care [8].

A study by Deluga et al. assessing the factors determining spirituality among Polish nurses also confirmed that nurses' age and years of experience correlate positively with religious attitudes ($p < 0.05$), a finding reflected in the spiritual care they provide [9]. This was further

confirmed in a study by Machul et al., who demonstrated that, among other predictors, age and longer years of service positively correlated with spiritual care competencies across all subscales of the Spiritual Care Competence Level Scale [13]. In the study by Semerci et al., a positive correlation was demonstrated between nurses' years of experience and their level of spiritual care competence [14]. Furthermore, they suggested that, with age and professional experience, nursing staff come to perceive their work from a more holistic perspective.

Our own research has shown that individuals who regularly engage in religious practices demonstrated higher competence in four subscales: assessment and implementation of spiritual care; referral and consultation; professionalisation and improvement of the quality of spiritual care; and communication, individual support, and counselling. A systematic review and meta-analysis conducted by Wang and colleagues confirm the authors' findings: nurses with religious affiliation achieve a higher overall mean competency score in spiritual care (3.31) than nurses without religious affiliation (3.24), and there is a significant difference between the two groups ($p < 0.001$) [15]. In a study of nurses in Taiwan conducted by Chen et al., religiosity was found to be significantly associated with spiritual care competencies [16].

In the study by Dezorzi et al., nurses who reported a connection to religion also demonstrated significantly higher levels of competence in spiritual care [17]. The results of studies examining this predictor are inconclusive, as Van Leeuwen and Schep-Akkerman indicated in their analysis that religiosity did not influence nurses' competencies in spiritual care [18].

The results of our own research and that of other authors confirm the relationship between nurses' competencies in spiritual care and the setting (ward) where they practice their profession [19,20]. Our study demonstrated that nurses working in intensive care, palliative care, or hospice units have higher spiritual care competencies across four subscales than nurses working in surgical, internal medicine, pediatric, and psychiatric wards. Multicenter cross-sectional studies conducted by Azanaw et al. showed that nurses' work environment has a statistically significant impact on their level of spiritual competence [21]. It was demonstrated that nurses working in palliative care and oncology units exhibited higher competence than those working in surgical or internal medicine units; these results are similar to ours.

These differences may stem from more frequent contact with patients who are at the end of life, which motivated and encouraged the development of spiritual care competencies. Researchers from Korea presented a different perspective on spiritual care competencies, framing the issue in the context of the educational needs of medical staff employed in long-term care facilities [22]. Their findings do not align with the authors' results; educational needs – and, consequently, self-awareness of the scope of spiritual competencies – varied across the professional groups studied. Among the educational needs reported by the registered nurses surveyed, spiritual needs ranked first, whereas the medical assistants assigned the lowest priority to spiritual care.

Spirituality is the foundation of existence and the meaning of life, which takes on special significance in the face of illness. The daily, long-term patient-nurse relationship provides an opportunity to identify spiritual needs and subsequently provide spiritual care to the patient, regardless of religious affiliation or lack thereof. Cultural and generational changes do not foster the development of competencies in spiritual care; rather, they marginalise this aspect of care. Therefore, it is reasonable that in preparing new nurses for the profession, emphasis should also be placed on theoretical and practical education in the spiritual dimension, with the aim of preparing nurses to meet the spiritual needs of patients who are atheists, agnostics, or who identify with a specific religious denomination.

Limitations of the study

A limitation of this study is its small sample size, which cannot be considered representative of all nurses. Also noteworthy is the small number of male nurses included in the study; therefore, the results reflect the spiritual care competencies of female nurses. In light of this, it is recommended that a study be conducted with a larger group of both male and female nurses. In the presented studies, Christianity was the only religious denomination reported, reflecting the dominance of this religion in Poland.

CONCLUSIONS

1. Nursing staff over the age of 30 and with more than 10 years of work experience possess higher competencies in spiritual care; life and professional experience contribute to increased sensitivity and skills in providing spiritual care.
2. Nurses' personal religious practices contribute to higher competencies in spiritual care; individual spiritual commitment strengthens the ability to support patients in their spiritual needs.
3. The highest level of competence in spiritual care is demonstrated by nursing staff working in intensive care units, palliative care units, and hospices; the specific nature of their work fosters the development of spiritual sensitivity and the acquisition of experience in providing practical spiritual support to patients.

Kompetencje zawodowe pielęgniarek w zakresie zapewniania opieki duchowej

WPROWADZENIE

Potrzeby duchowe stanowią kategorię fundamentalnych potrzeb człowieka odnoszących się do jego egzystencjalnego oraz emocjonalnego wymiaru funkcjonowania. Obejmują one dążenie do nadania sensu własnemu życiu, samopoznania oraz rozwijania relacji o charakterze wartościowym, zarówno z otaczającym światem, jak i z innymi ludźmi. Zaspokajanie tych potrzeb odgrywa istotną rolę w kształtowaniu integralności osobowości oraz w zachowaniu wewnętrznej równowagi psychicznej i aksjologicznej człowieka. Należy zwrócić uwagę, iż potrzeby duchowe są niejednorodne, zależą od osobniczych doświadczeń, wzorców postępowania, przekonań czy wartości. Istotnymi elementami są zrozumienie i akceptacja indywidualnych potrzeb duchowych jednostki, w kontekście wsparcia rozwoju duchowego oraz emocjonalnego, a także budowania pozytywnych relacji międzyludzkich [1].

Opieka duchowa nad pacjentem była realizowana od najdawniejszych czasów, jednak zakres oraz sposób sprawowania uległ istotnym przemianom wraz z rozwojem medycyny i zmianami społeczno-kulturowymi. Obecnie jest rozumiana jako wsparcie pacjenta, wykraczające poza potrzeby fizyczne, obejmujące pomoc w cierpieniu psychicznym, egzystencjalnym i religijnym poprzez wsłuchiwanie się, wspieranie w poszukiwaniu sensu życia i godności oraz dbanie o spokój wewnętrzny pacjenta. Jest to pomoc w radzeniu sobie z chorobą, strachem przed cierpieniem i śmiercią oraz poszukiwaniem nadziei, a także realizacja wartości ważnych dla pacjenta [2].

Opieka duchowa stanowi istotny komponent holistycznego podejścia w opiece nad pacjentem, jednak w codziennej pracy pielęgniarek rzadko bywa traktowana jako priorytet. Wynika to zarówno z uwarunkowań organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej, ale także z odczuwanego przez personel pielęgniarski dyskomfortu związanego z niedostatecznym przygotowaniem do jej realizacji. Do istotnych barier zalicza się brak odpowiednich kompetencji w zakresie sprawowania opieki duchowej, ograniczone umiejętności komunikacyjne oraz niewystarczająca wiedza i wrażliwość kulturową, które utrudniają adekwatne rozpoznawanie i zaspokajanie duchowych potrzeb pacjentów. Ponadto w praktyce klinicznej polskich szpitali często obserwuje się, że potrzeby duchowe pacjentów są utożsamiane wyłącznie z religijnością czy praktykami wyznaniowymi, co skutkuje przeniesieniem odpowiedzialności za ten obszar opieki na osoby duchowne [3].

CEL PRACY

Określenie poziomu kompetencji w zakresie opieki duchowej wśród kadry pielęgniarskiej.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, narzędziem – Skala Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej (*The Spiritual Care. Competence Scale*), której adaptacji i walidacji do wersji polskiej w 2022 roku dokonali Machul M. i wsp. [4]. Na posługiwanie się skalą SCCS uzyskano zgodę autorów. Narzędzie zawiera 27 pytań, posegregowanych na 5 podskal: 1) postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem, 2) ocena i wdrażanie opieki duchowej, 3) skierowanie i konsultacja, 4) komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo, 5) profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej. Odpowiedzi udzielane były na 5-punktowej skali, gdzie 1 oznaczało najniższą ocenę, a 5 najwyższą. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w poszczególnych podskalach wynosiła odpowiednio: postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem – 20 punktów; ocena oraz wdrażanie opieki duchowej – 30 punktów; skierowanie i konsultacja – 25 punktów; komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo – 30 punktów; profesjonalizacja oraz doskonalenie jakości opieki duchowej – 30 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom kompetencji pielęgniarki/pielęgniara w zakresie sprawowania opieki duchowej. Drugim narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety zbudowany z 10 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, które pozwalały scharakteryzować i określić grupę badanych respondentów pod względem socjodemograficznym, a także określić wyznanie religijne i regularność stosowania praktyk religijnych.

Gromadzenie wyników badań odbywało od stycznia do marca 2025 roku, terenem badań była przestrzeń internetowa, użytą techniką było CAWI (*Computer Web Interview*). Kwestionariusz ankiety był skierowany do pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w szpitalach, rozpowszechniono go za pośrednictwem aplikacji Facebook na grupach zrzeszających pielęgniarki: „Pielęgniarki pielęgniarcom” oraz „Pielęgniarki, Pielęgniarze – Pielęgniarski świat”, po wcześniejszym uzyskaniu zgody administratorów ww. grup. Narzędzia badawcze w wersji elektronicznej zostały udostępnione poprzez formularz Google Forms, zabezpieczeniem przed wielokrotnym uzupełnieniem kwestionariusza ankiety przez jedną osobę, był wymóg zalogowania się na swoje konto Google, celem uzyskania dostępu do kwestionariusza ankiety. Formularz kwestionariusza ankiety nie rejestrował adresów e-mail ani numerów IP, zebrane dane nie umożliwiają bezpośredniej identyfikacji uczestników badania. Kwestionariusz ankiety nie posiadał zabezpieczenia, które gwarantowało odpowiedzi na każde z pytań. Łącznie otrzymano 137 kwestionariuszy ankiety, po analizie materiału i stwierdzeniu jego niekompletności odrzucono 35, a do dalszej analizy wykorzystano 102 kwestionariusze ankiety. Czynniki zakłócającymi przebieg badania były: brak zabezpieczenia, które gwarantowało udzielenie odpowiedzi na każde z pytań oraz

wpływ zmiennej aprobaty społecznej. Kryteriami włączenia do badania były: wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego i aktualne zatrudnienie, świadome i dobrowolne wyrażenie zgody na udział w badaniu, posiadanie dostępu do Internetu oraz członkostwo w społecznościowej grupie pielęgniarek. Kryterium wyłączenia z badania było wykonywanie pracy zawodowej pielęgniarki w placówkach POZ. Badanie było anonimowe, ankietowane osoby miały możliwość wycofania się z prowadzonych badań na każdym etapie ich trwania. Uzyskany materiał z badań znajduje się na dysku laptopa osoby będącej kierownikiem badań, który jest zabezpieczony hasłem. Dostęp do danych uzyskały jedynie osoby aktywnie zaangażowane w proces badawczy, które zostały zobowiązane do zachowania poufności.

Badania zostały wykonane zgodnie z zasadami prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi i zasadami określonych w Deklaracji Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) [5]. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie Nr 7/24 z dnia 6 grudnia 2024 roku.

Obliczenia wykonano programem IBM SPSSStatistica22, gdzie określono liczebności, odsetki i ich wartości skumulowane. Dla zmiennych ilościowych obliczono wartości podstawowych miar statystycznych (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, wartości minimalne oraz maksymalne, rozstęp i współczynnik zmienności). Do przeprowadzenia analizy zależności pomiędzy badanymi zmiennymi zastosowano test T-studenta i test Anova. Przyjęto poziom istotności $p=0,05$. Dla $p<0,05$ zależność statystyczna jest na niskim poziomie, dla $p<0,01$ zależność jest wysoka, zaś dla $p<0,001$ bardzo wysoka.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyły 102 osoby, głównie były to kobiety ($n=93$; 91,18%). W grupie wiekowej do 30 roku życia było 49 osób (48,04%), a w grupie wiekowej od 30 roku wzwyż było 53 osoby (51,96%). Większość badanych posiadała wykształcenie pielęgniarskie na poziomie studiów pierwszego stopnia ($n=59$; 57,84%), zaś wykształcenie na poziomie studiów magisterskich miało 30 badanych osób (29,41%), natomiast szkołę średnią pielęgniarską 13 ankietowanych (12,75%). W większości osoby badane deklarowały staż pracy w zawodzie do 10 lat ($n=72$; 70,59%), natomiast powyżej 10 lat tylko 30 osób (29,41%). W grupie ankietowanych pracę zawodową wykonywano na oddziałach: chirurgicznych, internistycznych, pediatrycznych, psychiatrycznych ($n=79$; 77,44%), na innych oddziałach takich jak oddział intensywnej opieki medycznej, opieki paliatywnej czy hospicjum pracowało 23 badane osoby (22,56%). Ankietowani spośród wyznań religijnych mogli wskazać chrześcijaństwo, islam, hinduizm, buddyzm, sikhizm, judaizm i inne, jednak zadeklarowali tylko przynależność do chrześcijaństwa ($n=90$; 88,24%) i tylko 55 osób (53,92%) wskazało na stosowanie regularnych praktyk religijnych. Niski odsetek badanych ($n=12$; 11,76%) określił się ateistami. Wyniki szczegółowe przedstawia Tabela 1.

Tab. 1. Characteristics of the nurses in the study

Zmienna		N	%
Wiek	do 30 lat	49	48,04
	powyżej 30 lat	53	51,96
Płeć	kobieta	93	91,18
	mężczyzna	9	8,82
Miejsce zamieszkania	miasto	48	47,06
	wieś	54	52,94
Rodzaj ukończonego kształcenia pielęgniarskiego	wykształcenie średnie pielęgniarskie	13	12,75
	licencjat pielęgniarstwa	59	57,84
	magisterskie pielęgniarstwo	30	29,41
Staż pracy	do 10 lat	72	70,59
	powyżej 10 lat	30	29,41
Miejsce pracy	oddział chirurgiczny, chorób wewnętrznych, pediatryczny, chorób psychiatrycznych,	79	77,44
	oddział intensywnej opieki medycznej, opieki paliatywnej, hospicjum	23	22,56
Wyznanie religijne	chrześcijaństwo	90	88,24
	ateista	12	11,76
Regularne stosowanie praktyk religijnych	tak	55	53,92
	nie	47	46,08

W prowadzonym badaniu personel pielęgniarski osiągnął sumaryczny wynik 112,4 punktu w Skali Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej, co wskazuje na wysokie kompetencje duchowe. Postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem kształtowała się na poziomie 18,58 pkt., ocena i wdrażanie opieki duchowej – 23,48 pkt., skierowanie i konsultacja – 20,92 pkt., komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo – 26,91 pkt., a profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej – 22,51 pkt. (Tabela 2).

Tab. 2. Poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej

Podskale Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej	Wynik	Maksimum
Postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem	18,58	20
Ocena i wdrażanie opieki duchowej	23,48	30
Skierowanie i konsultacja	20,92	25
Komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo	26,91	30
Profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej	22,51	30
Suma	112,40	135

Wiek

Analiza materiału badawczego dowiodła, występowały nieznaczające różnic w podskali ocena i wdrażanie opieki duchowej. Młodsza grupa (do 30 r.ż.) uzyskała wyniki $M = 19,96$; $SD = 7,44$, podczas gdy osoby powyżej 30 r.ż. osiągnęły $M = 26,74$; $SD = 4,47$. Grupa ankietowanych w wieku powyżej 30 roku życia uzyskała średnio o 6,78 punktu więcej, niż młodszy, co sugeruje wyraźnie wyższe kompetencje w zakresie oceny i praktycznego wdrażania opieki duchowej. Podobny wzorzec zaobserwowano w podskali skierowanie i konsultacja. Młodsza grupa uzyskała wyniki $M = 19,08$; $SD = 5,01$, natomiast starsza

Kompetencje zawodowe pielęgniarek w zakresie zapewniania opieki duchowej

M = 22,62; SD = 3,19. W podskali komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo różnica również była istotna. Osoby młodsze osiągnęły wyniki M = 25,94; SD = 4,67, natomiast starsze M = 27,81; SD = 3,25. Największe różnice występowały w podskali profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej. Osoby młodsze uzyskały wynik: M = 18,98; SD = 7,41, natomiast starsze M = 25,77; SD = 5,93. Różnica wyniosła aż 6,79 punktu, co jest znaczące, zarówno pod względem statystycznym, jak i praktycznym. Wyniki sugerują, że wraz z wiekiem znacząco wzrastają kompetencje w zakresie profesjonalizacji opieki duchowej oraz podejmowania działań ukierunkowanych na poprawę jej jakości (Tabela 3).

■ Tab. 3. Poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej vs wiek badanych

Podskale Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej	Wiek				T	p
	Do 30 r.ż.		Powyżej 30 r.ż.			
	M	SD	M	SD		
Postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem	18,35	2,40	18,79	2,14	-0,985	0,327
Ocena i wdrażanie opieki duchowej	19,96	7,44	26,74	4,47	-5,521	<0,001***
Skierowanie i konsultacja	19,08	5,01	22,62	3,19	-4,222	<0,001***
Komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo	25,94	4,67	27,81	3,25	-2,335	0,022*
Profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej	18,98	7,41	25,77	5,93	-5,085	<0,001***

p<0,05; ** gdy p<0,01; *** gdy p<0,001

Staż pracy

Wyniki badania analizowane pod kątem zmiennej, jaką był staż pracy dowiodły, iż w podskali ocena i wdrażanie opieki duchowej pielęgniarki ze stażem do 10 lat osiągnęły średni wynik 21,93; SD = 7,31, natomiast ze stażem powyżej 10 lat – 27,20; SD = 4,09, co potwierdziło, że większe doświadczenie zawodowe wiąże się z wyższymi kompetencjami w tej podskali. Podskala skierowanie i konsultacja również potwierdziła różnice pomiędzy grupami wiekowymi. Osoby pracujące krócej (do 10 lat) uzyskały średni wynik 19,96; SD = 4,81, natomiast pielęgniarki z ponad 10-letnim stażem – 23,23; SD = 2,51. W podskali profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej występują istotne różnice, pielęgniarki z krótszym stażem pracy uzyskały średni wynik 20,93; SD = 7,59, podczas gdy pielęgniarki ze stażem powyżej 10 lat osiągnęły 26,30; SD = 5,69. Uzyskane wartości są istotne statystycznie, staż pracy w zawodzie jest ważnym czynnikiem różnicującym wszystkie obszary kompetencji w zakresie opieki duchowej. Najsilniejsze różnice dotyczyły oceny i wdrażania opieki, kierowania pacjentów na konsultacje oraz profesjonalizacji działań (Tabela 4).

■ Tab. 4. Poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej vs staż zawodowy badanych

Podskale Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej	Staż pracy w zawodzie				T	p
	Do 10 lat		Powyżej 10 lat			
	M	SD	M	SD		
Postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem	18,40	2,42	19,00	1,84	-1,356	0,931
Ocena i wdrażanie opieki duchowej	21,93	7,31	27,20	4,09	-4,623	0,003**
Skierowanie i konsultacja	19,96	4,81	23,23	2,51	-4,491	0,039*
Komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo	26,38	4,44	28,20	2,70	-2,540	0,679
Profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej	20,93	7,59	26,30	5,69	-3,915	0,017*

p<0,05; ** gdy p<0,01; *** gdy p<0,001

Praktyki religijne

W podskali ocena i wdrażanie opieki duchowej, osoby praktykujące religijnie osiągnęły bardzo wysoką średnią M = 26,69; SD = 4,90, podczas gdy osoby niepraktykujące uzyskały wynik M = 19,72; SD = 7,13. Osoby aktywnie praktykujące religijnie lepiej radziły sobie z oceną i wdrażaniem opieki duchowej. Podobny obraz rysuje się w podskali skierowanie i konsultacja. Osoby stosujące praktyki religijne uzyskały wyniki M = 22,71; SD = 3,89, natomiast osoby niepraktykujące M = 18,83; SD = 4,31. Zaś w podskali komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo osoby praktykujące osiągnęły średnią M = 27,71; SD = 4,01, podczas gdy osoby niepraktykujące M = 25,98; SD = 4,01. Najbardziej znaczące różnice widoczne są w podskali profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej. Osoby stosujące praktyki religijne osiągnęły średnią M = 25,89; SD = 6,09, natomiast osoby niepraktykujące uzyskały M = 18,55; SD = 7,03. Różnica średnich (7,34 punktu) pokazuje, że osoby praktykujące religijnie zdecydowanie częściej deklarują kompetencje związane z profesjonalizacją i poprawą jakości opieki duchowej (Tabela 5).

■ Tab. 5. Poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej a stosowanie praktyk religijnych przez badanych

Podskale Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej	Stosowanie praktyk religijnych				T	p
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD		
Postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem	18,71	2,20	18,43	2,37	0,623	0,535
Ocena i wdrażanie opieki duchowej	26,69	4,90	19,72	7,13	5,655	<0,001***
Skierowanie i konsultacja	22,71	3,89	18,83	4,31	4,740	<0,001***
Komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo	27,71	4,01	25,98	4,01	2,173	0,032*
Profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej	25,89	6,09	18,55	7,03	5,585	<0,001***

p<0,05; ** gdy p<0,01; *** gdy p<0,001

Miejsce pracy

Analiza materiału badawczego ukazała, że wyniki w podskali ocena i wdrażanie opieki duchowej były zdecydowanie wyższe w grupie pracowników oddziałów intensywnej opieki medycznej, paliatywnych i hospicjów ($M = 27,96$; $SD = 3,82$), niż u pielęgniarek pracujących na innych oddziałach ($M = 22,18$; $SD = 7,12$), różnice te były istotne statystycznie. Podobną zależność odnotowano w podskali skierowanie i konsultacja, pielęgniarki zatrudnione w oddziałach intensywnej opieki medycznej, paliatywnych i hospicjach uzyskały średni wynik 23,09; $SD = 3,22$, podczas gdy pracujące na innych oddziałach osiągnęły średnio wynik 20,29; $SD = 4,65$. Natomiast w podskali komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo również stwierdzono istotne różnice, średnia w grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej opieki medycznej, paliatywnych i w hospicjach wyniosła 28,61; $SD = 3,17$, zaś w grupie pracujących na innych oddziałach 26,42; $SD = 4,20$. Największe różnice odnotowano w podskali profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej, gdzie średni wynik dla pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej opieki medycznej, paliatywnych i w hospicjach wyniósł 27,61; $SD = 4,10$, podczas gdy w grupie drugiej jedynie 21,03; $SD = 7,60$. Jak dowiodły wyniki badań własnych oddział wykonywania pracy zawodowej, istotnie różnicuje kompetencje w zakresie opieki duchowej (tabela 6).

■ Tab. 6. Poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej vs miejsce (oddział) wykonywania pracy zawodowej przez badanych

Podskale Poziomu Kompetencji w Zakresie Opieki Duchowej	Workplace				T	p
	Oddział intensywnej opieki medycznej, paliatywny, hospicjum	Oddział chirurgiczny, pediatryczny, chorób wewnętrznych, chorób psychiatrycznych				
		M	SD	M		
Postawa wobec opieki duchowej nad pacjentem	19,09	2,15	18,43	2,30	1,268	0,212
Ocena i wdrażanie opieki duchowej	27,96	3,82	22,18	7,12	5,118	<0,001***
Skierowanie i konsultacja	23,09	3,22	20,29	4,65	3,287	0,002**
Komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo	28,61	3,17	26,42	4,20	2,695	0,010*
Profesjonalizacja i poprawa jakości opieki duchowej	27,61	4,10	21,03	7,60	5,448	<0,001***

p<0,05; ** gdy p<0,01; *** gdy p<0,001

DYSKUSJA

W autorskim badaniu personel pielęgniarski osiągnął wysoki poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej. Osiągnięte wyniki dotyczące kompetencji duchowych polskich pielęgniarek potwierdzają także badania Machuła i wsp., gdzie osiągnięto średni wynik 104,39 pkt [4]. Zbliżone dane uzyskali również zagraniczni badacze, w tym Rajapaksha i wsp. na Sri Lance (100,71 pkt.) oraz Heidari i wsp. w Iranie (108,93 pkt.) [6,7]. Warty podkreślenia jednak jest fakt, że w badaniu Rajapaksha i wsp. występuje bardzo duża rozbieżność pomiędzy badanymi, gdyż najniższy osiągnięty wynik wyniósł 65 pkt., a najwyższy 129 pkt [6]. Dla porównania wśród studentów, czyli osób przygotowujących się do pracy w zawodzie pielęgniarskim poziom kompetencji duchowych kształtuje się na poziomie przeciętnym i wynosi 91,92 pkt [8].

Badania własne wykazały, że wraz ze wzrostem wieku pielęgniarek istotnie zwiększa się poziom kompetencji w zakresie profesjonalizacji opieki duchowej oraz podejmowania działań ukierunkowanych na podnoszenie jej jakości. Pielęgniarki w wieku powyżej 30 roku życia osiągają wyższe wyniki w większości podskal, szczególnie w ocenie i wdrażaniu, skierowaniu i konsultacji oraz profesjonalizacji. Podobne wnioski przedstawiają Deluga i współautorzy, którzy w swoich badaniach także uzyskali wyniki potwierdzające, występowanie korelacji dodatniej pomiędzy wiekiem i stażem pracy pielęgniarek, a kompetencjami z zakresu opieki duchowej [9]. Odmienne wyniki uzyskali natomiast badacze z Arabii Saudyjskiej, gdzie w swoich badaniach wykazali, że starsze pielęgniarki osiągały niższe wyniki w zakresie kompetencji opieki duchowej [10]. Wyniki badaczy z Arabii Saudyjskiej, informują, że pielęgniarki w wieku 40-49 lat miały niższe kompetencje w zakresie opieki duchowej w stosunku do grupy młodszej.

Wiek biologiczny pielęgniarek ściśle łączy się z liczbą lat pracy w zawodzie, a ten czynnik, jak dowiodły badania własne, również istotnie wpływał na poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej. Pielęgniarki z ponad 10-letnim doświadczeniem zawodowym uzyskały wyższe wyniki w zakresie 4 podskal: oceny i wdrażania opieki duchowej, profesjonalizacji i poprawa jakości opieki duchowej, skierowanie i konsultacja oraz komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo. Uçar i współautorzy prowadząc badania wśród pielęgniarek tureckich z podziałem na pokolenie Y, Z, X odkryli, iż pielęgniarki z pokolenia Z w podskali komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo uzyskały niższe wyniki o istotnej statystycznie różnicy, między pokoleniem Y i Z o stażu pracy od 1 do 10 lat ($p=0,018$) [11]. Autorzy badania nie stwierdzili statystycznie istotnej różnicy między stażem pracy, a wynikami w pozostałych czterech podskalach skalach ($p > 0,05$). W autorskim badaniu średni wynik w podskali komunikacja, indywidualne wsparcie i poradnictwo narzędzia SCCS dla pielęgniarek ze stażem pracy do 10 lat wyniósł $26,38 \pm 4,44$ i był nieco wyższy niż w grupie tureckich pielęgniarek z pokolenia Z ($23,28 \pm 6,91$). Również polskie pielęgniarki mające staż pracy powyżej 10 lat uzyskały średni wynik na wyższym poziomie ($28,20 \pm 2,70$) niż tureckie pielęgniarki z pokolenia

Y ($26,50 \pm 3,80$) [11]. Han i wsp. w swojej analizie regresji wielokrotnej pokazali istotne korelacje między kompetencjami opieki duchowej, a dłuższym czasem jej sprawowania w dotychczasowym życiu ($p < 0,001$) oraz dłuższym doświadczeniem zawodowym ($p = 0,014$) [12]. Potwierdzeniem tej tezy może być fakt, że studenci pielęgniarstwa, którzy nie mają jeszcze doświadczenia zawodowego i dysponują jedynie doświadczeniem zdobytym w ramach kształcenia praktycznego oraz wolontariatu, wykazują niższy poziom kompetencji w zakresie sprawowania opieki duchowej [8].

Badania Delugi i wsp. oceniające czynniki determinujące duchowość wśród polskich pielęgniarek również potwierdziły, iż wiek pielęgniarek i staż pracy korelują dodatnio z postawą religijną $p < 0,05$, co znajduje odzwierciedlenie w opiece duchowej, którą zapewniają pielęgniarki [9]. To potwierdziło się także w badaniach Machula i wsp., którzy dowiedli, iż między innymi predyktorami, które korelowały dodatnio z kompetencjami w zakresie opieki duchowej we wszystkich podskalach SCCS były wiek oraz dłuższy staż pracy [13]. W badaniu Semerci i wsp. wykazano dodatnią zależność korelacyjną pomiędzy stażem pracy pielęgniarek, a poziomem ich kompetencji w zakresie opieki duchowej [14]. Ponadto, zasugerowali oni, że wraz z wiekiem i doświadczeniem zawodowym personel pielęgniarski postrzega swoją pracę z bardziej holistycznej perspektywy.

Własne badania dowiodły, iż osoby regularnie stosujące praktyki religijne uzyskały wyższe kompetencje w czterech podskalach: ocena i wdrażanie, skierowanie, profesjonalizacja, komunikacja. Przegląd systematyczny i metaanaliza wykonana przez Wanga i zespół potwierdzają wyniki autorskie, pielęgniarki z przynależnością religijną uzyskują wyższe łączne średnie wyniki kompetencji w zakresie opieki duchowej (3,31) niż pielęgniarki bez przynależności religijnej (3,24), pomiędzy obiema grupami występuje istotna różnica ($p < 0,001$) [15]. W badaniu pielęgniarek z Tajwanu, przeprowadzone przez Chen i wsp. stwierdzono, że religijność jest istotnie związana z kompetencjami w zakresie opieki duchowej [16].

W badaniach Dezorzi i wsp. pielęgniarki, które deklarowały związek z religią, wykazywały również istotnie wyższy poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej [17]. Wyniki badań z uwzględnieniem tego predyktora nie są jednoznaczne, gdyż Van Leeuwen i Schep-Akerman w analizie swych badań wskazali, że religijność nie miała wpływu na kompetencje pielęgniarek w zakresie opieki duchowej [18].

Wynik badań własnych i innych autorów potwierdzają związek pomiędzy kompetencjami pielęgniarek w obszarze opieki duchowej, a miejscem (oddziałem) wykonywania pracy zawodowej [19,20]. W własnych badaniach dowiedziono, że pielęgniarki pracujące w oddziale intensywnej opieki medycznej, paliatywnym lub w hospicjum mają wyższe kompetencje w opiece duchowej w czterech podskalach, w stosunku do pielęgniarek pracujących w oddziałach chirurgicznych, chorób wewnętrznych, pediatrycznych oraz chorób psychiatrycznych. Wielośrodkowe badania przekrojowe przeprowadzone przez Azanaw i wsp. wykazały, że środowisko pracy pielęgniarek

ma statystycznie istotny wpływ na poziom ich kompetencji duchowych [21]. Udowodniono, że pielęgniarki pracujące w oddziałach paliatywnych i onkologicznych wykazywały wyższy poziom kompetencji niż pracujące w oddziałach chirurgicznych czy internistycznych, wyniki te są zbliżone do autorskich.

Różnice te mogą być wynikiem częstszego kontaktu z pacjentami, którzy są u kresu życia, co motywowało i sprzyjało pogłębianiu kompetencji w opiece duchowej. Inne ujęcie zagadnienia kompetencji opieki duchowej przedstawili badacze z Korei, ujmując zagadnienie w kontekście potrzeb edukacyjnych kadry medycznej zatrudnionej w placówkach opieki długoterminowej [22]. Wyniki ich badań nie są spójne z wynikami autorskimi; potrzeby edukacyjne, a co za tym idzie także własna świadomość zakresu kompetencji duchowych były różne, w zależności od badanej grupy zawodowej. Wśród potrzeb edukacyjnych zgłoszonych przez badane pielęgniarki dyplomowe na pierwszym miejscu znalazły się potrzeby duchowe, natomiast grupa asystentek personelu medycznego najniższy priorytet potrzeb edukacyjnych nadała opiece duchowej.

Duchowość stanowi fundament istnienia i sensu życia, który nabiera szczególnego znaczenia w obliczu choroby. Codzienna i wielogodzinna relacja pacjent – pielęgniarka stanowi przestrzeń do identyfikacji potrzeb duchowych, a następnie zapewniania opieki duchowej pacjentowi bez względu na przynależność do religii lub jej brak. Zmiany kulturowe i pokoleniowe, nie sprzyjają rozwijaniu kompetencji w zakresie opieki duchowej, wręcz przeciwnie marginalizują ten aspekt opieki. Dlatego zasadne jest, aby w przygotowaniu nowych osób do wykonywania zawodu pielęgniarki, kłaść nacisk również na edukację teoretyczną i praktyczną w wymiarze duchowym, celem przygotowania pielęgniarek do zaspokajania potrzeb duchowych pacjentów będących ateistami, agnostykami lub identyfikujących się z określonym wyznaniem religijnym.

Ograniczenia badania

Ograniczeniem niniejszego badania jest niewielka grupa respondentów, której nie można uznać za reprezentatywną dla wszystkich pielęgniarek. Uwagę zwraca również fakt małej liczby pielęgniarzy, objętych badaniem, zatem wyniki badania bardziej odzwierciedlają kompetencje w zakresie opieki duchowej pielęgniarek czyli kobiet. Wobec powyższego postuluje się przeprowadzenie badania w większej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy. W prezentowanych badaniach, jako wyznaczenie religijne wskazywane było wyłącznie chrześcijaństwo, co wynika z dominacji tej religii w Polsce.

WNIOSKI

1. Wyższe kompetencje w zakresie opieki duchowej posiada personel pielęgniarski powyżej 30 roku życia oraz z ponad 10 letnim stażem pracy; doświadczenie życiowe i zawodowe sprzyja zwiększaniu wrażliwości oraz umiejętnościom w zakresie sprawowania opieki duchowej.

2. Osobiste praktyki religijne pielęgniarek/pielęgniarzy sprzyjają posiadaniu wyższych kompetencji w zakresie opieki duchowej, indywidualne zaangażowanie duchowe wzmacnia zdolność do wspierania pacjentów w ich potrzebach duchowych.
3. Najwyższy poziom kompetencji w zakresie opieki duchowej prezentuje personel pielęgniarski pracujący na oddziałach intensywnej terapii, opieki paliatywnej i w hospicjach; specyfika pracy sprzyja rozwojowi wrażliwości duchowej oraz zdobywaniu doświadczenia w praktycznym udzielaniu wsparcia duchowego pacjentom.

ORCID

Renata Bernadeta Dziubaszewska  <https://orcid.org/0000-0003-4634-1807>

Dawid Makowicz  <https://orcid.org/0000-0002-2027-5269>

Małgorzata Moskal-Szybka  <https://orcid.org/0000-0001-8374-3800>

REFERENCES/PIŚMIENICTWO

1. Belk W, Balboni TA. Impact of Spiritual Care on Patient Outcomes at the End of Life. *Spiritual Care in Palliative Care*. 2024;187-196. https://doi.org/10.1007/978-3-031-50864-6_13
2. Baum E, Nowak A, Nowosadko M, et al. Duchowe uwarunkowania opieki nad pacjentem. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2022.
3. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, et al. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ. Today*. 2013;33(9):1057-1061. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.005>
4. Machul M, van Leeuwen R, Ozga D, et al. The level of spiritual care competence of Polish nurses and the psychometric properties of the spiritual care competence scale (SCCS). *BMC Nurs*. 2022;21:106. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00889-z>
5. WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013, January 15, 2026. <https://nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/osrodek-bioetyki/etyka-w-badaniach-naukowych/1553-deklaracja-helsinki>
6. Rajapaksha T, Wijesinghe D, Adikari G, et al. Assessment of spiritual care competency and influencing factors among nurses at the National Institute of Cancer Care, Sri Lanka: A descriptive cross-sectional study. *BMJ Open*. 2025;15(7):100748. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-100748>
7. Heidari A, Afzoon Z, Heidari M. The correlation between spiritual care competence and spiritual health among Iranian nurses. *BMC Nurs*. 2022;21:277. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01056-0>
8. Rabiei Vaziri M, Jaramillo J, Almagharbeh WT, et al. Spiritual care competency and spiritual sensitivity among nursing students: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2025;24:884. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03549-0>
9. Deluga A, Dobrowolska B, Jurek K, et al. Selected determinants of spirituality among nurses. *Pielęg. XXI Wieku*. 2021;1(74):22-29. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2021-0004>
10. Alshehry AS. Spirituality and spiritual care competence among expatriate nurses working in Saudi Arabia. *Religions*. 2018;9(12):384. <https://doi.org/10.3390/rel9120384>
11. Uçar O, Çelik S, Karahan E, et al. Exploring the relationship between spiritual care and patient advocacy of nurses from generations X, Y and Z working in intensive care clinics: A cross-sectional study. *Intensive Crit. Care Nurs*. 2024;84:103754. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103754>
12. Han KH, Hung KC, Cheng YS, et al. Factors affecting spiritual care competency of mental health nurses: a questionnaire-based cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2023;22:202. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01302-z>
13. Machul M, Dobrowolska B. Spiritual care competence and caring abilities among Polish nurses: a correlation descriptive study. *Palliat. Med. Pract.* 2023;17(4):216-224. <https://doi.org/10.5603/PMPL.a2023.0022>
14. Semerci R, Uysal N, Bağcıvan G, et al. Oncology nurses spiritual care competence and perspective about spiritual care services. *TJO*. 2021;36(2):222-230. <https://doi.org/10.5505/tjo.2021.2682>
15. Wang W, Yang J, Bai D, et al. Nurses' perceptions and competencies about spirituality and spiritual care: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ. Today*. 2024;132:106006. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106006>
16. Chen ML, Chen YH, Lin LC, et al. Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in the long-term care facilities. *J. Nurs. Manag.* 2020;28(6):1286-1294. <https://doi.org/10.1111/jonm.13080>
17. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR, et al. Cross-cultural validation of the Brazilian version of the spiritual care competence scale. *Palliat. Support. Care*. 2018;17(3):322-327. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000159>
18. Van Leeuwen R, Schep-Akkerman A. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands. *Religions*. 2015;6(4):1346-1357. <https://doi.org/10.3390/rel6041346>
19. Albaqawi HM, Alquwez N, Almazan JU, et al. Workplace Spiritual Climate and Its Influence on Nurses' Provision of Spiritual Care in Multicultural Hospitals. *Religions*. 2019;10(2):118. <https://doi.org/10.3390/rel10020118>
20. Farokhzadian J, Sabzi A, Farmitani ZA. A comparative study of nurses' competencies in integrating religion/spirituality into patient care. *BMC Health Serv. Res.* 2025;25:447. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12613-z>
21. Azanaw YG, Woretaw AW, Azene T, et al. Spiritual care competence and associated factors among nurses: a multi-center cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2025;24:606. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03268-6>
22. Chang SJ, Moon S, Lee N. End-of-life care preparedness and educational needs among nursing staff of long-term care facilities: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2025;24:608. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03244-0>

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
05.02.2026

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
07.03.2026

Translation/Tłumaczenie: Studenckie Biuro Tłumaczeń działające w Instytucie Humanistycznym Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie