

Percepcija medicinskih sestara prema duhovnosti na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek

Lendić, Đurđica

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:714381>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Durđica Lendić

**PERCEPCIJA MEDICINSKIH SESTARA
PREMA DUHOVNOSTI NA KLINICI ZA
PEDIJATRIJU KLINIČKOG
BOLNIČKOG CENTRA OSIJEK**

Diplomski rad

Osijek, 2022.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Đurđica Lendić

**PERCEPCIJA MEDICINSKIH SESTARA
PREMA DUHOVNOSTI NA KLINICI ZA
PEDIJATRIJU KLINIČKOG
BOLNIČKOG CENTRA OSIJEK**

Diplomski rad

Osijek, 2022.

Rad je ostvaren na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentorica rada: doc. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.

Rad ima 45 listova i 14 tablica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem medicinskim sestrama/tehničarima svih profila Klinike za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek koji su ispunili anketni upitnik te su na taj način pridonijeli izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Štefici Mikšić, mag.med.techn. na strpljivom usmjeravanju i vođenju te konstruktivnim uputama.

Zahvaljujem pročelnici Zavoda za dječju neurologiju, genetiku, endokrinologiju, bolesti metabolizma i reumatologiju Kliničkog bolničkog centra Osijek, prof. prim. dr. sc. Silviji Pušeljić, dr. med. kao idejnoj začetnici teme ovoga diplomskog rada.

Posebno zahvaljujem cijeloj svojoj obitelji na izuzetnoj podršci i strpljenju tijekom cijelog školovanja.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Možemo li definirati duhovnost? | 3 |
| 1.1.1. Duhovnost | 4 |
| 1.1.2. Bit duhovne skrbi u sestrinstvu | 5 |
| 1.1.3. Religija | 6 |
| 1.2. Percepcija duhovnosti kod medicinskih sestara | 7 |
| 2. CILJ | 9 |
| 3. ISPITANICI I METODE | 10 |
| 3.1. Ustroj studije | 10 |
| 3.2. Ispitanici | 10 |
| 3.3. Metode..... | 10 |
| 3.4. Statističke metode..... | 11 |
| 3.5. Etička načela..... | 11 |
| 4. REZULTATI | 12 |
| 5. RASPRAVA..... | 21 |
| 6. ZAKLJUČAK | 27 |
| 7. SAŽETAK..... | 28 |
| 8. SUMMARY | 29 |
| 9. LITERATURA | 30 |
| 10. ŽIVOTOPIS | 34 |
| 11. PRILOZI..... | 35 |

POPIS KRATICA:

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

KBC - Klinički bolnički centar

EPICC - prema engl. *Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care*

SSCRS - prema engl. *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*

JAREL SWBS - prema engl. *JAREL Spiritual Well Being Scale*

POPIS TABLICA I SLIKA:

| | |
|---|----|
| Tablica 1. Opći podatci o ispitanicima..... | 12 |
| Tablica 2. Rezultati Ljestvice za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) | 13 |
| Tablica 3. Rezultati Skale duhovnog blagostanja (JAREL SWBS)..... | 13 |
| Tablica 4. Odgovori ispitanika iz sestriinske prakse..... | 14 |
| Tablica 5. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na dob..... | 15 |
| Tablica 6. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na mjesto stanovanja..... | 16 |
| Tablica 7. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na razinu obrazovanja..... | 16 |
| Tablica 8. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na duljinu radnog staža..... | 17 |
| Tablica 9. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na duljinu radnog vremena..... | 17 |
| Tablica 10. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na radno mjesto..... | 18 |
| Tablica 11. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na vjersku pripadnost..... | 18 |
| Tablica 12. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na prakticiranje religije | 19 |
| Tablica 13. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na osposobljenost za procjenu duhovne skrbi..... | 19 |
| Tablica 14. Skala duhovnog blagostanja (JAREL SWBS) s obzirom na dob, mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, duljinu radnog staža, duljinu radnog vremena, radno mjesto, vjersku pripadnost, prakticiranje religije te osposobljenosti za procjenu duhovne skrbi..... | 20 |

1. UVOD

Duhovnost je nevidljiva, a opet sveprisutna sastavnica ljudskog života u kojoj pronalazimo svrhu, nadu, utjehu, snagu i smisao, osobito u složenim životnim situacijama poput rođenja, stresa, bolesti, patnje, boli ili tuge. Veliki biotehnološki napredak u medicini i znanosti uz moderne, učinkovite i usavršene medicinske postupke omogućio je kvalitetno liječenje i produljenje života, ali u mnogim slučajevima produljenje boli i patnje.

Medicinske se sestre u svom radu svakodnevno susreću s raznim oblicima ljudske teškoće te često ne trebaju pacijentima pružiti samo tjelesnu pomoć ili dati terapiju, već se trebaju posvetiti psihosocijalnom i duhovnom gledištu skrbi. Sestrinski je posao, prije svega, njega bolesnika, premda suvremena klinička praksa u sestrinstvu zahtijeva puno više od njege bolesnika koja se, gledajući kroz povijest, bitno razlikuje nekada i danas. Holistički je pristup pacijentu, kako nam nalaže kvalitetna sestrinska praksa, kod nas još uvijek pod jakim utjecajem biomedicinskog modela, iako se uvođenjem procesa zdravstvene njege to mijenja. Medicinska se sestra, kao član multidisciplinarnog tima koji najviše vremena provodi uz bolesnika, treba posvetiti cjelovitoj individualiziranoj zdravstvenoj skrbi, imajući u vidu jedinstvenost svake osobe.

Zdravlje ljudi ovisi o sposobnostima pojedinca da se prilagodi utjecajima i promjenama unutrašnjeg i vanjskog okružja. Odgovornost za zdravlje preuzima pojedinac, a ne samo zdravstveni djelatnici. Zdravlje je uvjetovano nizom međusobno povezanih životnih procesa, poput vanjskih uzročnika bolesti, ozljeda, nasljednih čimbenika, ali i psihičkih čimbenika, poput ponašanja, raspoloženja, emocija, stavova te socijalnog, ekonomskog i radnog statusa (1).

Čovjek kao duhovno biće suštinu svoje biti često pronalazi u unutarnjoj mudrosti koju proživljava kroz individualnost životnog iskustva od rođenja do kraja života. Duhovnost je spona koja nas čini ljudima, motivira i potiče naprijed onda kada nam je najteže, uči nas kako dati i primiti ljubav, dobrotu, blagost, osjećajnost, kako uvažavati i cijeniti sebe, druge ljude, prirodu i svijet oko nas te kako komunicirati s Bogom, svetim i/ili transcendentnim (2).

Spoznaja o potrebi razvoja duhovne skrbi kroz sestrinsku praksu potaknula je povećano zanimanje za duhovnost proteklih tridesetak godina kako bi se pacijentima pružila holistička skrb te zadovoljile ne samo tjelesne, nego misaone i duhovne potrebe. Iako postoje brojna istraživanja i koncepti na temu duhovnosti, još uvijek postoje mnoge nedoumice između teorijskog okvira i interpretacije duhovnosti među pružateljima zdravstvenih usluga (3).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) još davne 1948. godine objašnjava da zdravlje nije samo odsustvo bolesti i nemoći, već sveukupno blagostanje, uključujući tjelesne, mentalne i socijalne čimbenike zdravlja. Polazeći od ove tvrdnje, mnogi suvremeni zdravstveni stručnjaci uviđaju nedostatak implementacije duhovnosti u cjelovitoj skrbi za zdravlje čovjeka te predlažu nove smjernice definiranja zdravlja (4). Proširena definicija uključuje duhovnost kao četvrtu dimenziju zdravlja, koja predstavlja vrlo bitan element zdravlja i blagostanja koji značajno utječe na kvalitetu života ljudi (5). Dublje razumijevanje koncepta duhovnosti u sestriinstvu od ključne je važnosti u tumačenju i primjeni duhovne skrbi prema pacijentima (3).

Duhovnost je višedimenzionalan, nematerijalan, subjektivan i tajnovit koncept, a postojeće definicije i značenja prilično su apstraktni, širokog značenja te ovise o kontekstu. Određene razlike u potrebi za duhovnošću ovise o pojedincu, kulturi i osobnim uvjerenjima, a izražavaju se ne samo kroz religijske rituale i vjerovanja, već i kroz uživanje u prirodi, glazbi, umjetnosti, plesu, drami te uključuju istinsku čovjekovu potragu za smislom života (6).

Postoji velik broj znanstvenih radova na temu duhovnosti gdje je jasno vidljiv značajan pozitivan utjecaj duhovnosti na mentalno i tjelesno zdravlje, uključujući znatno smanjenje zdravstvenih problema, neželjenih posljedica liječenja te smanjenje smrtnih ishoda (7). Balducci ističe kako postoji poveznica između duhovnog blagostanja i znatnog broja pozitivnih ishoda uz veću sposobnost bolesnika na podnošenje emocionalnih i tjelesnih problema te manji rizik od razvoja depresije i samoubojstva (8). Blaber i suradnici povezuju duhovno blagostanje sa smanjenjem negativnih emocija, boli i stresa (9). Nezadovoljenje duhovnih potreba pacijenta rezultira smanjenjem općeg zadovoljstva sestriinskom skrbi, uključujući i smanjenu kvalitetu života (10).

U sestriinskoj praksi od medicinskih sestara očekuje se pružanje duhovne skrbi, iako nije do kraja razjašnjeno kada bi i na koji način medicinske sestre to trebale činiti, odnosno nedostaje jasnoća u teoriji i praksi koncepta duhovnosti. Temeljna filozofija sestriinstva nalaže pružanje holističke zdravstvene skrbi svakom pojedincu, iako se duhovni čimbenici najčešće zanemaruju ili se ne čine dovoljno važnima (11).

Budući da postoji sve veći interes medicinskih sestara i primalja za razvijanje i provođenje duhovne skrbi, na međunarodnoj razini postoje određeni pozitivni pomoci za poboljšanje kompetencija medicinskih sestara u pružanju duhovne skrbi. Mreža EPICC-a kao obrazovni standard duhovne skrbi (*Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care*) razvijena je kako bi promicala edukaciju i praksu duhovne skrbi utemeljene na dokazima diljem Europe i šire.

EPICC obrazovni standard duhovne skrbi pojašnjava pojmove „duhovnost“ i „duhovna skrb“ te za cilj ima razvijanje „zlatnog standarda“ za obrazovanje u duhovnoj skrbi.

Prema EPICC-u četiri su kompetencije koje trebaju imati buduće medicinske sestre/primalje:

- intrapersonalna duhovnost (otkrivanje vlastitih vrijednosti u životu, razumijevanje koncepata pažnje, prisutnosti, ranjivosti i dostupnosti)
- interpersonalna duhovnost (međusobno priznavanje jedinstvenosti duhovnih i kulturnih svjetonazora, uvjerenja i praksi izraženih kroz verbalnu i neverbalnu komunikaciju uz razvijanje odnosa povjerenja; odnosi izazivaju osjećaje suosjećajne brige i druženja te potiču razvoj stavova duhovne skrbi poput empatije, dijeljenja, dodira, slušanja i prisutnosti)
- procjena i planiranje duhovne skrbi (razumijevanje pojma „duhovna skrb“ uz posjedovanje potrebnih vještina poput otvorenosti, pristupačnosti i bez predrasuda čini temelj za pružanje visokokvalitetne skrbi)
- intervencije i evaluacija duhovne skrbi (intervencije i evaluacija unutar suosjećajnog odnosa, znati kako prikladno odgovoriti na duhovne potrebe te procijeniti jesu li ispunjene, prepoznati vlastita ograničenja pri davanju duhovne skrbi uz upućivanje drugima, kao primjerice svećeniku ili duhovnom vođi prema potrebi, procijeniti i dokumentirati osobne, organizacijske i profesionalne čimbenike duhovne skrbi).

Osim edukacije, percepcija medicinskih sestara o vlastitoj duhovnosti pomaže u boljoj procjeni potreba duhovne naravi kod pacijenata (12).

1.1. Možemo li definirati duhovnost?

Postavljanjem pitanja ljudima o tome što je duhovnost, dobit ćemo mnoštvo različitih odgovora. Svaka osoba ima osobna uvjerenja i stajališta te odgovor uvelike ovisi o njima. Tumačenje pojma duhovnosti mnogi ljudi uglavnom povezuju s religijom i vjerskim uvjerenjima, dok drugi smatraju da je to nešto što ima veze s buđenjem svijesti, dušom i/ili duhom, psihičkim moćima, meditacijom, iscjeljivanjem, odnosno sa svime nematerijalnim. Velik broj ljudi prihvaća koncept duhovnosti koji su „naslijedili“ u svojoj obitelji, ne traže šira objašnjenja i ne ulaze duboko u ovu temu, dok drugi intenzivno tragaju za smislom i svrhom života, duboko uranjajući u duhovni kontekst.

Standardizacija i definiranje duhovnosti kao pojma nametnulo se kao potreba, posebno u sestrinskoj praksi. Kako bismo mogli provoditi holističku skrb za pacijenta, potrebno je razmotriti i razlikovati definicije duhovnosti, duhovne skrbi i religije (13).

Analizom literature pronađene su mnoge definicije duhovnosti ovisno o okolini, kontekstu i kulturi u kojoj su nastale.

1.1.1. Duhovnost

Duhovnost kao riječ ima korijen u latinskoj riječi „*spiritus*“ ili „duh“ čije se značenje prevodi kao zrak u pokretu, vjetar, dah, što čini izvorni smisao riječi. U svakidašnjem govoru „duh“ označava cjelokupnost psihičkih procesa, odnosno misaonu djelatnost uma naspram tjelesnosti, dok se u filozofiji tumači kao „nositelj života“, duša ili unutrašnja suština svijeta. Prema Bibliji, dah je simbol života, dok „duh“ razumijevamo kao načelo života, snagu, izvor ljudskog djelovanja i misli te označava Boga kao bestjelesno biće, njegovu moć, stvaralačku i životnu snagu. Praznovjerje pojam „duh“ poima kao natprirodno biće koje je sposobno povoljno ili nepovoljno utjecati na okolinu i ljude (14). Prema Nocentiniju, kako navode Murgia i suradnici, grčka riječ „*pneuma*“ kao najnematerijalniji i najviši dio ljudskog bića, duša, vitalni duh ili dar života postaje ključni koncept u tumačenju duhovnosti zapadne kulture, a predstavlja životnu silu, životno načelo nasuprot materijalnosti tijela (15).

Posljednjih 20-ak godina 20. stoljeća pokušaji konceptualizacije duhovnosti u sestrinstvu idu u dva smjera. Prema nekim autorima, ukoliko se ukloni religiozni element iz poimanja duhovnosti, ono gubi svaki smisao (16). Nasuprot tome, Burnard ističe kako se duhovnost može gledati iz egzistencijalističkog stajališta kojemu osnovnu misao čini pronalaženje svrhe, ispunjenja i smisla u životu. Na ovaj način duhovnost postaje univerzalan i sveobuhvatan pojam primjenjiv kod svih ljudi, bez obzira jesu li vjernici, agnostici, ateisti ili sekularni humanisti, neovisno o vjeri u Boga ili religijskoj pripadnosti (17).

U sestrijskoj literaturi prvu analizu koncepta duhovnosti daje Burkhardt koja tumači duhovnost kao otkrivajući fenomen, unutarnju snagu i skladnu međuovisnost između sebe, drugih i više sile (npr. Boga), a može biti izražena u sustavu religije, vjere ili bez nje (18). Ostali autori iz 90-ih godina 20. stoljeća također promatraju duhovnost kao specifičan i kompleksan koncept koji uključuje osobna iskustva i izričaje koji se razlikuju od religije (3). Egan i suradnici navode kako duhovnost može biti iskazana ljubavlju, komunikacijom, slušanjem i prisutnošću (19). Humanističku perspektivu u tumačenju duhovnosti zauzima znatan broj autora koji navode kako je duhovnost osobni konstrukt, a pojedinac je taj koji mu pridaje značenje i vrijednost (3).

Novija medicinska i sestrijska literatura definiraju duhovnost četirima glavnim temama:

- religijski sustav vrijednosti i uvjerenja
- duhovnost kao smisao života svrhom i povezanošću s drugima

- duhovnost bez religijskog sustava vrijednosti i vjerovanja
- duhovnost kao ontološka ili transcendentna pojava (20).

Godine istraživanja teme duhovnosti u zdravstvu rezultirale su usvajanjem opće definicije koju su prihvatile mnoge zdravstvene organizacije, a ona glasi:

„Dinamična dimenzija ljudskog života koja se odnosi na način na koji osobe (pojedinci i zajednica) doživljavaju, izražavaju i/ili traže smisao, svrhu i transcendenciju te način na koji se povezuju s trenutkom, sa sobom, s drugima, s prirodom, sa značajnim i/ili svetim“ (21).

Ova definicija obuhvaća mnoga područja duhovnosti i pomaže nam u boljem razumijevanju ovog apstraktnog i metafizičkog pojma.

Polje duhovnosti višedimenzionalno je i obuhvaća mnoge egzistencijalne elemente (promišljanja o identitetu, značenju, patnji, smrti, sramu i krivnji, pomirenju i oprost, slobodi, odgovornosti, nadi, očaju, ljubavi i radosti), promišljanja i stavove zasnovane na vrijednostima koje su najvažnije svakoj osobi (odnosi prema sebi, obitelji, prijateljima, poslu, prirodi, umjetnosti, kulturi, etici i moralu, prema samom životu) te promišljanja o religiji i temeljima, kao što su vjerska uvjerenja i prakse, odnos s Bogom ili apsolutnim (21).

Iz navedenog se može zaključiti koliko je kompleksna duhovnost čovjeka te koliko zadire u gotovo svaki dio ljudskoga života. Integracija tjelesnog, misaonog i duhovnog gledišta kod pacijenata predstavlja veliki izazov za sve medicinske sestre.

1.1.2. Bit duhovne skrbi u sestrinstvu

Duhovna skrb neizostavan je dio holističke zdravstvene njege.

Prema Američkom udruženju medicinskih sestara i Udruzi ministarstva zdravstva, kako navode autorice Connerton i Moe, „Duhovna je skrb praktičan izraz prisutnosti, vođenje i intervencije pojedinačne ili zajedničke koje podržavaju, njeguju ili potiču sposobnost pojedinca ili grupe da postigne cjelovitost, zdravlje, osobno, duhovno i društveno blagostanje, integracija tijela, uma i duha te osjećaj povezanosti sa sobom, drugima i višom silom“ (22).

Kako bi mogla holistički odgovoriti na zadovoljenje pacijentovih potreba, medicinska sestra mora biti u stanju prepoznati, dijagnosticirati i odgovoriti na duhovne potrebe pacijenta, uključujući emocionalna i tjelesna gledišta skrbi, bez mijenjanja pacijentovih osobnih uvjerenja. Prema autorima Dossey i Keegan duhovnost predstavlja bit našeg bića koju izražavamo i doživljavamo kroz povezanost našeg života sa sobom, izvorom Svetosti, prirodom i drugima (23). Grant istraživanjem potvrđuje kako duhovna skrb može djelovati poticajno na tjelesnu opuštenost, unutarnji mir, samosvijest, dati snagu za suočavanje, bolju

povezanost s drugima, opraštanje, povećati suradnički stav koji može dovesti do poboljšanja tjelesnog zdravlja, smanjenja boli te osobnog rasta (24).

Iskreno suosjećanje, utjeha i ohrabrivanje, davanje nade i smisla života čovjeku u potrebi, čini bit duhovne dimenzije njege bolesnika. Profesionalni rad medicinskih sestara svakodnevno biva popraćen raznim oblicima ljudske nevolje poput neizvjesnosti, bolesti, osamljenosti, patnje, procesa umiranja, a na kraju i smrti. Lalani i sur. ističu kako bol, patnja i ostale nedaće ne moraju nužno imati samo negativnu konotaciju jer nas mogu izgraditi i izvući ono najbolje iz nutrine duše, pružajući nam tako neprocjenjivo duhovno iskustvo i osobni duhovni rast (3).

Medicinska sestra koja nesebično daje pažnju, ljubav i razumijevanje često biva na granici između bolnih i dramatičnih iskustava bolesnika i želje za olakšanjem, utjehom ili izlječenjem. Prema Florence Nightingale, sestrinstvo nije samo profesija, ono je i poziv jer obuhvaća osjećajnu, misaonu i duhovnu dimenziju njege bolesnika (25).

Duhovnost je prema F. Nightingale unutarnja supstanca ljudske prirode, odnosno „najdublji resurs i moćna iscjeliteljska moć dostupna osobi“ (26).

Skrb koja raspoznaje i odgovara na ljudski duh prilikom suočavanja s promjenama u životu, poput rođenja, traume, bolesti i lošeg zdravlja, tuge i gubitka, uključujući potrebe za osobnom vrijednosti, smislom i izražavanjem koje može obuhvaćati vjerske obrede, sakramente ili molitvu ili naprosto osjetljivog slušatelja čine temeljnu odrednicu duhovne skrbi. Početak takve skrbi ogleda se poticanjem komunikacije u suosjećajnom pristupu, a nastavlja se u kojem god smjeru je potrebno (27). Značenje duhovnosti za pojedinca promjenjivo je tijekom života te ovisi o individualnom iskustvu, osobnom proučavanju i samospoznaji. Spoznati vlastitu moć u borbi protiv svih životnih izazova i povezati se s nečim većim od sebe, trebao bi biti konačan cilj duhovnosti.

1.1.3. Religija

Vjerovanja u duhovnu dimenziju života postoje od pamtivijeka. Duhovnost i religija, kao pojmovi, međusobno su isprepleteni i nadopunjavajući te se često koriste kao istoznačnice, iako čine dva različita pojma. Svaki čovjek ima vlastita uvjerenja o životu i svijetu koji ga okružuje. Uvjerenja koja se međusobno podržavaju oblikuju sustave vjerovanja koji mogu biti ideološke, filozofske ili religijske prirode. Religija predstavlja sustav vjerovanja, etičkih i moralnih vrijednosti i prakse onoga što ljudi čine kako bi izrazili svoj pristup prema svetomu. Religijska obilježja pronalazimo od samih početaka ljudske povijesti sve do današnjeg doba, a prikazana su kroz vjerske rituale, sakramente, post, molitvu, hodočašća, umjetnost i običaje u organiziranom sustavu vjerovanja te čine poveznicu između vjere i duhovnosti.

Dok se duhovnost kao osobni koncept shvaća kao skup stavova i uvjerenja pojedinca povezanih s transcendencijom (Bogom) te nematerijalnim silama prirode i života, religioznost ili vjerska praksa odnose se na vjerovanja i postupanja osobe vezanih uz određenu vjersku tradiciju ili denominaciju (28). Vjera pridonosi osjećaju pripadnosti i društvenom identitetu, pristupu društvenoj podršci i događajima (29). Duhovna filozofija dijeli se na dvije najveće religijske tradicije: zapadnu koja obuhvaća kršćanstvo, islam i judaizam (monoteističke religije) te istočnu koja obuhvaća hinduizam, budizam i konfucionizam (štovanje više sile, Boga ili brojnih božanstava) (28).

Različite kulture i narodi imaju vlastite koncepte sustava vjerovanja. Sekularna društva poput nekih europskih zemalja teže većim ograničenjima u provedbi duhovnih/religijskih potreba pacijenata u kliničkoj praksi. Nasuprot tome, azijske su kulture otvorenije za uključivanje duhovnosti u kliničku praksu jer je dio njihove terapije esencijalno povezan s „višom silom“. Muslimanske zemlje više teže religioznosti te su, zbog toga, otvorenije za integraciju specifičnih vjerskih praksi. Prihvaćene religijske prakse u jednoj kulturi mogu biti djelomično ili potpuno neprihvaćene u drugoj kulturi. Zdravstveni profesionalci svakako bi trebali biti svjesni tih razlika i prepoznati ih u praksi (30).

Brojna istraživanja dokazuju da je kod odraslih religioznost obrnuto povezana s depresijom i depresivnim simptomima (29). Pargament i suradnici u kontekstu stresnih životnih situacija, sugeriraju da religiozno suočavanje može biti korisno (pozitivno, prilagodljivo, odražava uvjerenja o smislenosti života i oslanjanje na siguran odnos s milosrdnim Bogom), štetno (negativno, odražava duhovnu napetost, negativne procjene Božje moći, uz osjećaj kažnjavanja i napuštenosti, religijska borba) ili neutralno, ovisno o specifičnim okolnostima, pod utjecajem osobnih, situacijskih i sociokulturnih čimbenika (31). U kršćanstvu je tradicijski duboko ukorijenjena vjera u ozdravljenje utjecajem nadnaravne moći kao odgovor na upućene molitve (7). Aktivno slušanje, prisutnost i emocionalna podrška najčešće su sastavnice duhovne skrbi za osobe koje ne prihvaćaju postojanje Boga (ateiste) i osobe koje promišljaju o postojanju Boga (agnostike) (28).

1.2. Percepcija duhovnosti kod medicinskih sestara

Percepcija (lat. *perceptio*), osjetilni doživljaj svijeta, u općenitom kontekstu označava opažanje, zamjećivanje, dok u psihologiji podrazumijeva psihološke procese kojim se upoznaje i prožima objektivna stvarnost, uključujući i fenomene u vlastitu tijelu ili način na koji se nešto tumači, razumije ili promatra, odnosno sposobnost osobe da čuje, vidi ili postane

svjesna nečega putem osjetila. Perceptivnim procesima dobivamo temeljne informacije o elementima i svojstvima okoline koje su ključne za naš opstanak (32).

Tijekom povijesti duhovnost je usko povezana uz sestrišku praksu, iako je poimanje duhovnosti u stalnom i dinamičnom razvoju, ovisno o razdoblju, ekonomskim i sociokulturnim utjecajima, posebice sada kada smo svjedoci globalnih ljudskih migracija.

Istraživanja koncepta duhovnosti najvećim su dijelom provedena prema zapadnom kontekstu (Europa, Sjedinjene Američke Države, Australija i Kanada), premda posljednjih godina veliki broj studija dolazi s Bliskog istoka (Iran). Prema Mahmoodishanu i suradnicima u istraživanju percepcije medicinskih sestara prema duhovnosti i duhovnoj skrbi proizlaze tri teme:

- 1) svrha i smisao rada i života, uključujući duhovnost u svojoj profesiji (rad je Božji blagoslov, uz pozitivan stav, profesionalnu odgovornost i predanost)
- 2) religiozni stav, uključujući prihvaćanje Boga, urođeno vjerovanje u Vrhovno biće, duhovna nagrada, prihvaćanje savjeta, altruizam i interakcija temeljena na vjeri
- 3) potraga za transcendentnim, što uključuje potrebe za profesionalnim i osobnim poštovanjem i transcencijom (33).

Analizom novijih istraživanja o temi percepcije duhovnosti u sestrištvu, došlo se do dvije velike kategorije. Prva kategorija obuhvaća istraživanja načina na koji medicinske sestre shvaćaju pojam duhovnosti, uz dvije potkategorije (važnost duhovnosti i važnost duhovne skrbi u sestrištvu). Druga kategorija bavi se istraživanjem čimbenika koji utječu na razumijevanje duhovnosti, uz tri potkategorije (obrazovanje, vlastita duhovnost ili vjerska uvjerenja te dob, godine, kliničko iskustvo, mjesto zaposlenja). Nejasnoća koncepta duhovnosti, što je duhovnost nasuprot religioznosti, etičnost pružanja duhovne skrbi te mogu li prekoračiti svoje profesionalne granice, samo su neka od mnogih pitanja koja brinu medicinske sestre (34).

Mnoga istraživanja dokazuju kako su medicinske sestre svjesne duhovnih potreba svojih pacijenata, međutim vrlo često iznose stavove kako nisu dovoljno pripremljene i/ili educirane za utvrđivanje potreba duhovne skrbi, kao ni za njihovu realizaciju i evaluaciju. Druge su najčešće stavke koje se spominju nedostatak vremena, neprimjerenost prostora, umor i stres u radnom okružju, kao i nedostatak organizacijske potpore u provođenju duhovne skrbi (35). Gallison i suradnici te Selman i suradnici ističu kako su uvjerenja medicinskih sestara o tome da je duhovnost pacijenta privatna stvar, osjećaj nedostatka vremena, poteškoće u zadovoljavanju duhovnih potreba kada postoje razlike u religiji ili svjetonazoru te strah od prozelitizma, najčešće barijere koje sputavaju provedbu duhovne skrbi (36, 37).

2. CILJ

Cilj je istraživanja ispitati percepciju medicinskih sestara prema duhovnosti na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Specifični ciljevi istraživanja odnosili su se na sljedeće:

- ispitati razlike u percepciji duhovnosti medicinskih sestara prema: dobi, mjestu stanovanja, razini obrazovanja, duljini radnog staža, duljini radnog vremena, mjestu na kojem rade, vjerskoj pripadnosti, prakticiranju vjere i osposobljenosti za procjenu duhovne skrbi.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno kao presječna studija (38) tijekom ožujka i travnja 2022. godine na Klinici za pedijatriju KBC Osijek.

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 103 medicinske sestre/tehničara. Ispitanici istraživanja bili su medicinske sestre/tehničari zaposleni na Klinici za pedijatriju KBC-a Osijek. Kriterij za uključivanje ispitanika bilo je zaposlenje kao medicinska sestra/tehničar svih profila na Klinici za pedijatriju. Iz istraživanja su izuzeti liječnici zaposleni na Klinici za pedijatriju te studenti i učenici.

3.3. Metode

Istraživanje je provedeno dobrovoljnim ispunjavanjem anonimne ankete koja je prilagođena i strukturirana za ovo istraživanje. Instrumenti istraživanja bili su Ljestvica ocjene duhovnosti i duhovne skrbi (*Spirituality and spiritual care rating scale - SSCRS*) u nastavku teksta SSCRS (16) i JAREL Skala duhovnog blagostanja (*JAREL Spiritual Well Being Scale - SWBS*) u nastavku teksta JAREL SWBS (39).

Anketni upitnik podijeljen je na četiri dijela. Prvi dio sadrži opće sociodemografske podatke ispitanika. Drugi dio upitnika čini validirana SSCRS koja se sastoji od 17 tvrdnji, vrednovanih prema Likertovoj ljestvici od 1 do 5 bodova (od 1 – u potpunosti se ne slažem do 5 – u potpunosti se slažem). Tvrdnje se odnose na percepciju duhovnosti opisanu četirima područjima: duhovnost, duhovna skrb, religioznost i personaliziranu skrb. Suglasnost o korištenju dobivena je od autora (Prilog 1.). U literaturi je ljestvica SSCRS opisana kao vjerodostojan alat koji se koristi prilikom određivanja percepcije duhovnosti u sestrijskoj praksi. Nakon provedenog istraživanja, veći rezultati upućuju na pozitivniju percepciju duhovnosti (15). Treći dio upitnika čini skala JAREL SWBS koja se sastoji od dvadeset jedne tvrdnje vrednovane prema Likertovoj ljestvici od 1 do 6 bodova (od 1 – u potpunosti se slažem do 6 – u potpunosti se ne slažem). Ova se ljestvica, osim kod pacijenata, koristi i kod medicinskog osoblja za njihov osobni i profesionalni razvoj.

Ljestvica istražuje tri čimbenika: dimenziju vjere/vjerovanja, života/samoodgovornosti i zadovoljstva životom/samoaktualizaciju, kao višedimenzionalni koncept duhovnoga blagostanja. Mogući raspon bodova je od 21 do 126, gdje viši rezultat upućuje na bolje duhovno blagostanje. JAREL SWBS mjeri tri različite razine blagostanja: nisku (0 – 50),

srednju (51 – 84) i visoku (85 – 126) te uključuje egzistencijalne i religijske čimbenike duhovnosti (40). Suglasnost o korištenju ljestvice dobivena je od izdavača (Prilog 2.). Četvrti dio upitnika sadržava pitanja iz sestriinske prakse o osposobljenosti u provođenju duhovne sestriinske skrbi te o mogućnostima edukacije.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Zbog odstupanja od normalne raspodjele numeričke varijable između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Numeričke varijable u slučaju tri i više nezavisnih skupina zbog odstupanja od normalne raspodjele testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve p vrijednosti dvostrane su. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

3.5. Etička načela

Medicinske sestre/tehničari koji su sudjelovali u ovom istraživanju upoznati su s ciljem istraživanja te su dobili pisanu obavijest za ispitanike. Svaki ispitanik dobio je pisani dokument o suglasnosti dobrovoljnog pristanka sudjelovanja u istraživanju koji su i potpisali. Istraživanje je provedeno prema etičkim načelima te pravima ispitanika. Etička načela istraživanja su potvrđena dobivanjem suglasnosti Etičkog povjerenstva KBC-a Osijek broj: R1-2769-2/2022 od 4. ožujka 2022. godine (Prilog 3.).

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 103 ispitanika zaposlenih na Klinici za pedijatriju KBC-a Osijek. Najveći broj ispitanika, njih 32 (31 %) pripada dobnoj skupini 30 – 39 godina, U gradu živi sedamdeset jedan (68 %) ispitanik. Najveći broj ispitanika, njih 66 (64 %) medicinske su sestre/tehničari srednje stručne spreme. S obzirom na duljinu radnog staža najviše ispitanika, njih 34 (32 %) ima od 11 do 20 godina radnog staža. U turnusima radi 83 (81 %) ispitanika, a 50 (49 %) ispitanika radi na pedijatrijskom odjelu. S obzirom na vjersku pripadnost, najveći broj ispitanika 91 (88 %) su katolici, a svoju religiju redovito prakticira 90 (87 %) ispitanika (Tablica 1.).

Tablica 1. Opći podatci o ispitanicima

| | | Broj (%) ispitanika |
|------------------------|---|---------------------|
| Dob | 20 – 29 | 25 (24) |
| | 30 – 39 | 32 (31) |
| | 40 – 49 | 26 (25) |
| | 50 – 59 | 14 (14) |
| | 60 – 65 | 6 (6) |
| Mjesto stanovanja | Grad | 71 (68) |
| | Selo | 32 (32) |
| Razina obrazovanja | Medicinska sestra/tehničar srednje stručne spreme | 66 (64) |
| | Prvostupnik/ca sestriinstva | 29 (28) |
| | Magistar/ra sestriinstva | 7 (7) |
| | Ostalo | 1 (1) |
| Duljina radnog staža | Manje 1 godine | 2 (2) |
| | 1 – 5 godina | 18 (18) |
| | 6 – 10 godina | 9 (9) |
| | 11 – 20 godina | 34 (32) |
| | 21- 30 godina | 22 (21) |
| | 31 i više godina | 18 (18) |
| Duljina radnog vremena | Redovan rad | 20 (19) |
| | Turnus | 83 (81) |
| Radilište | Jedinica intenzivnog liječenja djece | 37 (36) |
| | Pedijatrijski odjel | 50 (49) |
| | Ambulantni trakt | 16 (15) |
| Vjerska pripadnost | Katolik | 91 (88) |
| | Pravoslavna vjeroispovijest | 4 (4) |

Tablica 1. Opći podatci o ispitanicima

| | | |
|---------------------------------|----------|-----------|
| Vjerska pripadnost | Musliman | 1 (1) |
| | Ateist | 4 (4) |
| | Agnostik | 3 (3) |
| Prakticirate li svoju religiju? | Da | 90 (87) |
| | Ne | 13 (13) |
| Ukupno | | 103 (100) |

Prema područjima duhovnosti i duhovne skrbi najviša je percepcija individualizirane skrbi, medijan 4,3 (interkvartilnog raspona od 3,7 do 5), dok je najmanja percepcija religioznosti. Medijan ukupne ljestvice iznosi 3,8 (interkvartilnog raspona od 3,5 do 4,1) (Tablica 2.).

Tablica 2. Rezultati Ljestvice za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS-a)

| Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (područja duhovnosti i duhovne skrbi) | Medijan (interkvartilni raspon) | Min. – max. |
|--|---------------------------------|-------------|
| Duhovnost | 4,2 (3,6 – 4,6) | 1 – 5 |
| Duhovna skrb | 4,4 (4 – 5) | 1 – 5 |
| Religioznost | 2 (1,3 – 2,7) | 1 – 4 |
| Individualizirana skrb | 4,3 (3,7 – 5) | 1 – 5 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,5 – 4,1) | 1,6 – 4,6 |

Medijan skale duhovnog blagostanja iznosio je 86 (interkvartilnog raspona od 80 do 92) u rasponu od 59 do 102. Skala se dijeli u tri kategorije, a prema podacima iz tablice 3 srednjoj kategoriji duhovnog blagostanja pripada 42(41 %) ispitanika, dok 61 (59 %) ispitanik pripada visokoj kategoriji duhovnog blagostanja (Tablica 3.).

Tablica 3. Rezultati Skale duhovnog blagostanja (JAREL SWBS)

| | Kategorija | Broj (%) ispitanika |
|----------------------------|-------------------|---------------------|
| Skala duhovnog blagostanja | Niska (0 – 50) | 0 (0) |
| | Srednja (52 – 84) | 42 (41) |
| | Visoka (85 – 126) | 61 (59) |
| Ukupno | | 103 (100) |

Prema odgovorima iz sestrinske prakse odgovornost za pružanje duhovne skrbi najviše bi trebao imati kapelan/svećenik i to smatra 51 (49 %) ispitanik. 78 (76 %) ispitanika u svom radu susrelo se s pacijentovim duhovnim potrebama, a najčešće je pacijent sam izrazio

duhovnu potrebu 65 (63 %). Osposobljenim za utvrđivanje duhovnih potreba smatra se 60 (58 %) ispitanika. 85 (82 %) ispitanika odgovorilo je kako tijekom formalnog obrazovanja nisu imali edukaciju o duhovnoj skrbi, a svih 103 (100 %) ispitanika smatra da sestre ne dobivaju dovoljno obuke u pogledu duhovne skrbi. Na pitanje tko bi trebao biti odgovoran za pravilne upute o načinu kako bi medicinske sestre trebale voditi duhovnu skrb, 43 (42 %) ispitanika smatra da bi svi navedeni sudionici trebali biti odgovorni (Tablica 4.).

Tablica 4. Odgovori ispitanika iz sestrinske prakse

| Tko bi trebao biti odgovoran za pružanje duhovne skrbi? | Odgovor | Broj (%) ispitanika |
|--|---------|---------------------|
| Medicinske sestre | Da | 18 (18) |
| | Ne | 85 (82) |
| Kapelan/svećenik | Da | 51 (49) |
| | Ne | 52 (51) |
| Kombinacija medicinske sestre i svećenika | Da | 21 (20) |
| | Ne | 82 (80) |
| Pacijent sam | Da | 22 (21) |
| | Ne | 81 (79) |
| Kombinacija med sestre/svećenika | Da | 24 (23) |
| | Ne | 79 (77) |
| Pacijentova obitelj i prijatelji | Da | 43 (42) |
| | Ne | 60 (58) |
| Pacijentov osobni duhovni vođa/duhovnik | Da | 18 (18) |
| | Ne | 85 (82) |
| Profesionalni zdravstveni djelatnici | Da | 10 (10) |
| | Ne | 93 (90) |
| Kombinacija svih navedenih | Da | 48 (47) |
| | Ne | 55 (53) |
| Jeste li u svom radu ikada susreli pacijenta s duhovnim potrebama? | Da | 78 (76) |
| | Ne | 25 (24) |
| Ako jeste, kako ste utvrdili pacijentovu duhovnu potrebu? | | |
| Pacijent je sam izrazio potrebu | Da | 65 (63) |
| | Ne | 38 (37) |
| Rodbina/prijatelji su izrazili potrebu | Da | 52 (51) |
| | Ne | 51 (49) |
| Iz sestrinske dokumentacije | Da | 8 (8) |
| | Ne | 95 (92) |
| Od drugih medicinskih sestara/tehničara | Da | 6 (6) |
| | Ne | 97 (94) |
| Od svećenika/vjerskog vođe | Da | 7 (7) |
| | Ne | 96 (93) |
| Slušanjem i promatranjem | Da | 31 (30) |

Tablica 4. Odgovori ispitanika iz sestrinske prakse

| | Odgovor | Broj (%) ispitanika |
|--|---------------------------------------|---------------------|
| Slušanjem i promatranjem | Ne | 72 (70) |
| Smatrate li se osposobljenom/nim za utvrđivanje duhovnih potreba? | Da | 60 (58) |
| | Ne | 43 (42) |
| Tijekom Vašeg formalnog obrazovanja za medicinsku sestru, jeste li imali bilo kakvu edukaciju o duhovnoj skrbi? | Da | 18 (18) |
| | Ne | 85 (82) |
| Nakon završenog formalnog obrazovanja za medicinsku sestru, jeste li imali bilo kakvu edukaciju o duhovnoj skrbi? | Da | 6 (6) |
| | Ne | 97 (94) |
| Smatrate li da sestre dobivaju dovoljno obuke u pogledu duhovne skrbi? | Da | 0 (0) |
| | Ne | 103 (100) |
| Ako medicinske sestre trebaju dobiti upute o vođenju duhovne skrbi, tko bi od navedenog prema Vašem mišljenju bio odgovoran za to? | Studij sestrinstva/zdravstveni studij | 7 (7) |
| | Obrazovne institucije | 41 (39) |
| | Same medicinske sestre | 5 (5) |
| | Sve navedeno | 43 (42) |
| | Ostalo | 7 (7) |
| Ukupno | | 103 (100) |

Ispitanici dobne skupine 60 – 65 godina imaju značajno višu percepciju za područje religioznosti za razliku od ispitanika dobne skupine 40 – 49 godina (Kruskal-Wallis test, $P = 0,001$) (Tablica 5.).

Tablica 5. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na dob

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | | | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | 20 – 29 | 30 – 39 | 40 – 49 | 50 – 59 | 60 – 65 | |
| Duhovnost | 4,4 (3,8 – 4,7) | 3,7 (3,2 – 4,5) | 4,2 (3,9 – 4,6) | 4,4 (3,7 – 4,8) | 3,9 (3,5 – 4,3) | 0,17 |
| Duhovna skrb | 4,8 (4,3 – 5,0) | 4,4 (3,4 – 4,9) | 4,2 (3,7 – 5,0) | 4,6 (4,3 – 4,8) | 4,0 (3,9 – 4,1) | 0,10 |
| Religioznost | 2,0 (1,7 – 2,5) | 2,0 (1,3 – 2,7) | 1,7 (1,0 – 2,1) | 2,5 (1,7 – 3,3) | 3,0 (2,5 – 3,3) | 0,001 |

Tablica 5. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na dob

| | | | | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| Individualizirana skrb | 4,7 (4,0 – 5,0) | 3,0 (3,7 – 4,7) | 4,1 (3,7 – 4,7) | 4,2 (3,9 – 5,0) | 4,0 (3,7 – 4,0) | 0,18 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,6 – 4,1) | 3,6 (3,3 – 3,9) | 3,6 (3,3 – 3,9) | 4,0 (3,6 – 4,3) | 3,7 (3,4 – 3,9) | 0,07 |

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u ljestvici za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi s obzirom na mjesto stanovanja (Tablica 6.).

Tablica 6. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na mjesto stanovanja

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|------|
| | Grad | Selo | |
| Duhovnost | 4,2 (3,6 – 4,6) | 4,0 (3,4 – 4,7) | 0,43 |
| Duhovna skrb | 4,4 (3,8 – 5,0) | 4,4 (4,0 – 5,0) | 0,43 |
| Religioznost | 1,7 (1,3 – 2,7) | 2,3 (1,7 – 3,0) | 0,28 |
| Individualizirana skrb | 4,3 (3,9 – 5,0) | 4,0 (3,7 – 5,0) | 0,38 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,5 – 4,1) | 3,8 (3,5 – 4,0) | 0,41 |

*Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u ljestvici za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi s obzirom na razinu obrazovanja (Tablica 7.).

Tablica 7. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na razinu obrazovanja

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|------|
| | SSS | VŠS | VSS | |
| Duhovnost | 4,2 (3,6 – 4,6) | 4,2 (3,6 – 4,7) | 4,4 (3,6 – 4,8) | 0,35 |
| Duhovna skrb | 4,4 (4,0 – 4,8) | 4,6 (3,8 – 5,0) | 4,2 (4,2 – 5,0) | 0,26 |
| Religioznost | 2,0 (1,5 – 3,0) | 2,0 (1,7 – 2,7) | 1,7 (1,0 – 2,3) | 0,34 |
| Individualizirana skrb | 4,0 (3,7 – 4,7) | 4,3 (4,0 – 5,0) | 4,7 (3,3 – 5,0) | 0,46 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,5 – 4,1) | 3,7 (3,4 – 4,1) | 3,8 (3,2 – 4,3) | 0,41 |

*Kruskal-Wallis test

Ispitanici koji imaju trideset jednu i više godinu radnog staža imaju značajno višu percepciju za područje religioznosti za razliku od ispitanika koji imaju 30 i manje godina radnog staža (Kruskal-Wallis test, $P = 0,007$) (Tablica 8.).

Tablica 8. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na duljinu radnog staža

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | | | | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | < 1 god | 1 – 5 | 6 – 10 | 11 – 20 | 21 – 30 | 31 i više | |
| Duhovnost | 4,6 (4,2 – 4,6) | 4,3 (3,7 – 4,6) | 4,2 (3,4 – 4,6) | 3,8 (3,2 – 4,5) | 4,3 (3,9 – 4,6) | 4,2 (3,6 – 4,8) | 0,47 |
| Duhovna skrb | 4,8 (4,6 – 4,8) | 4,6 (4,2 – 5,0) | 4,8 (3,4 – 5,0) | 4,4 (3,5 – 4,8) | 4,4 (4,0 – 5,0) | 4,4 (4,0 – 4,8) | 0,46 |
| Religioznost | 2,0 (1,7 – 2,5) | 2,0 (1,7 – 2,5) | 1,7 (1,2 – 2,8) | 2,0 (1,3 – 2,7) | 1,7 (1,0 – 2,0) | 2,8 (2,0 – 3,3) | 0,007 |
| Individualizirana skrb | 4,7 (3,9 – 5,0) | 4,7 (3,9 – 5,0) | 4,3 (3,8 – 4,8) | 4,0 (3,7 – 4,7) | 4,3 (3,7 – 5,0) | 4,0 (3,9 – 4,7) | 0,25 |
| Ukupno ljestvica | 4,1 (3,8 – 4,2) | 3,8 (3,5 – 4,1) | 3,8 (3,2 – 4,1) | 3,6 (3,4 – 4,0) | 3,7 (3,4 – 4,1) | 3,8 (3,5 – 4,1) | 0,35 |

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u ljestvici za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi s obzirom na duljinu radnog vremena (Tablica 9.).

Tablica 9. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na duljinu radnog vremena

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|------|
| | Redovan rad | Turnusi | |
| Duhovnost | 4,2 (3,6 – 4,8) | 3,2 (3,6 – 4,6) | 0,84 |
| Duhovna skrb | 4,6 (4,0 – 5,0) | 4,4 (3,8 – 4,8) | 0,17 |
| Religioznost | 1,8 (1,0 – 2,3) | 2,0 (1,3 – 3,0) | 0,22 |
| Individualizirana skrb | 4,3 (4,0 – 5,0) | 4,3 (3,7 – 4,7) | 0,41 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,5 – 4,1) | 3,8 (3,5 – 4,0) | 0,62 |

*Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u ljestvici za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi s obzirom na radno mjesto (Tablica 10.).

Tablica 10. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na radno mjesto

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------------|------|
| | Intenzivna njega | Pedijatrijski odjel | Ambulantni trakt | |
| Duhovnost | 4,4 (3,6 – 4,6) | 4,2 (3,6 – 4,6) | 4,0 (3,7 – 4,8) | 0,76 |
| Duhovna skrb | 4,6 (3,8 – 5,0) | 4,4 (3,9 – 4,8) | 4,5 (4,0 – 5,0) | 0,40 |
| Religioznost | 2,0 (1,3 – 2,7) | 2,0 (1,2 – 2,7) | 2,1 (1,7 – 3,0) | 0,65 |
| Individualizirana skrb | 4,3 (3,7 – 4,8) | 4,0 (3,7 – 5,0) | 4,3 (4,0 – 5,0) | 0,92 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,4 – 4,1) | 3,8 (3,4 – 4,0) | 3,9 (3,6 – 4,1) | 0,50 |

*Kruskal-Wallis test

Ispitanici ateisti imaju granično značajno nižu percepciju za područje individualizirane skrbi za razliku od ispitanika drugih vjerskih pripadnosti (Kruskal-Wallis test, $P = 0,06$) (Tablica 11.).

Tablica 11. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na vjersku pripadnost

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| | Katolik | Pravoslavac | Ateist | Agnostik | |
| Duhovnost | 4,2 (3,6 – 4,6) | 4,3 (3,9 – 4,7) | 2,8 (1,6 – 4,0) | 4,4 (3,2 – 4,5) | 0,28 |
| Duhovna skrb | 4,4 (4,0 – 5,0) | 4,5 (4,2 – 4,8) | 3,2 (2,6 – 3,8) | 4,4 (2,7 – 4,7) | 0,16 |
| Religioznost | 2,0 (1,7 – 2,7) | 2,3 (1,3 – 3,0) | 1,7 (1,0 – 3,0) | 2,0 (1,3 – 2,1) | 0,08 |
| Individualizirana skrb | 4,3 (4,0 – 5,0) | 4,2 (4,0 – 4,7) | 2,3 (1,3 – 3,5) | 3,7 (3,6 – 4,2) | 0,06 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,5 – 4,1) | 3,9 (3,7 – 4,0) | 2,9 (2,1 – 3,4) | 3,8 (2,8 – 3,8) | 0,08 |

*Kruskal-Wallis test

Ispitanici koji ne prakticiraju svoju religiju imaju značajno nižu percepciju za područje religioznosti (Mann-Whitney U test, $P = 0,01$) te im je značajnija niža ukupna ljestvica za razliku od ispitanika koji prakticiraju svoju religiju (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$) (Tablica 12.).

Tablica 12. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na prakticiranje religije

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-------------|
| | Da | Ne | |
| Duhovnost | 4,2 (3,6 – 4,6) | 4,2 (2,6 – 4,6) | 0,17 |
| Duhovna skrb | 4,4 (4,0 – 5,0) | 4,2 (3,2 – 4,6) | 0,09 |
| Religioznost | 2,0 (1,7 – 2,8) | 1,3 (1,0 – 2,0) | 0,01 |
| Individualizirana skrb | 4,3 (4,0 – 5,0) | 3,7 (3,3 – 4,7) | 0,07 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,5 – 4,1) | 3,7 (2,7 – 3,8) | 0,04 |

*Mann-Whitney U test

Ispitanici koji se smatraju dovoljno osposobljenim za procjenu duhovne skrbi imaju značajno višu percepciju za područje duhovnosti (Mann-Whitney U test, $P = 0,05$), zatim za područje duhovne skrbi (Mann-Whitney U test, $P = 0,002$), za područje individualizirane skrbi (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$) te imaju značajno višu ukupnu ljestvicu (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$) za razliku od ispitanika koji se ne smatraju dovoljno osposobljenim za procjenu duhovne skrbi. Ispitanici koji se ne smatraju dovoljno osposobljenim za procjenu duhovne skrbi imaju značajno višu percepciju za područje religioznosti (Mann-Whitney U test, $P = 0,03$) (Tablica 13.).

Tablica 13. Ljestvica za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi (SSCRS) s obzirom na osposobljenost za procjenu duhovne skrbi

| Područja duhovnosti i duhovne skrbi | Medijan (interkvartilni raspon) | | P* |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------|--------------|
| | Da | Ne | |
| Duhovnost | 4,2 (3,6 – 4,8) | 4,0 (3,6 – 4,4) | 0,05 |
| Duhovna skrb | 4,6 (4,2 – 5,0) | 4,2 (3,4 – 4,6) | 0,002 |
| Religioznost | 1,7 (1,0 – 2,3) | 2,3 (1,7 – 3,0) | 0,03 |
| Individualizirana skrb | 4,5 (4,0 – 5,0) | 4,0 (3,7 – 4,7) | 0,004 |
| Ukupno ljestvica | 3,8 (3,5 – 4,1) | 3,6 (3,3 – 3,9) | 0,04 |

*Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u skali duhovnog blagostanja s obzirom na dob, mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, duljinu radnog staža, duljinu radnog vremena, radno mjesto, vjersku pripadnost, prakticiranje religije te osposobljenost za procjenu duhovne skrbi (Tablica 14.).

Tablica 14. Skala duhovnog blagostanja (JAREL SWBS) s obzirom na dob, mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, duljinu radnog staža, duljinu radnog vremena, radno mjesto, vjersku pripadnost, prakticiranje religije te osposobljenost za procjenu duhovne skrbi

| | Kategorija | Medijan (interkvartilni raspon) | P* |
|--|-----------------------|---------------------------------|-------|
| Dob | 20 – 29 | 87 (80 – 94,5) | 0,21† |
| | 30 – 39 | 84,5 (77 – 91) | |
| | 40 – 49 | 88 (85,2 – 93) | |
| | 50 – 59 | 83,5 (79,8 – 87,2) | |
| | 60 – 65 | 84,5 (80 – 95,5) | |
| Mjesto stanovanja | Grad | 86,5 (80 – 91) | 0,45* |
| | Selo | 86,5 (81 – 94) | |
| Razina obrazovanja | SSS | 86 (80 – 91) | 0,64† |
| | VŠS | 87 (77 – 94) | |
| | VSS | 88 (83 – 91) | |
| Duljina radnog staža | Manje od jedne godine | 85,5 (80 – 91) | 0,25† |
| | 1 – 5 godina | 90 (82,2 – 95) | |
| | 6 – 10 godina | 86 (79 – 88,5) | |
| | 11 – 20 godina | 83,5 (77 – 93,2) | |
| | 21- 30 godina | 88,5 (84 – 93) | |
| | 31 i više godina | 83,5 (80 – 87) | |
| Duljina radnog vremena | Redoviti rad | 89 (79,8 – 94) | 0,18* |
| | Turnus | 86 (80 – 91) | |
| Radno mjesto | Intenzivna njega | 87 (81 – 92,5) | 0,64† |
| | Pedijatrijski odjel | 86 (78 – 91,5) | |
| | Ambulantni trakt | 86 (81 – 93,5) | |
| Vjerska pripadnost | Katolik | 87 (80 – 92) | 0,38† |
| | Pravoslavac | 84 (77,5 – 92) | |
| | Ateist | 79 (63,5 – 86,2) | |
| | Agnostik | 93 (89 – 94) | |
| Practicirate li svoju religiju? | Da | 86,5 (80 – 92) | 0,89* |
| | Ne | 86 (79 – 94) | |
| Smatrate li da ste osposobljeni za utvrđivanje duhovnih potreba? | Da | 87 (80 – 93) | 0,25* |
| | Ne | 86 (78 – 89) | |

*Mann-Whitney U test, †Kruskal-Wallis test

5. RASPRAVA

Provedenim istraživanjem ispitana je percepcija duhovnosti i duhovne skrbi medicinskih sestara Klinike za pedijatriju KBC-a Osijek. Specifičnim ciljevima ispitane su razlike u percepciji duhovnosti i duhovne skrbi s obzirom na dob, mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, duljinu radnog staža, duljinu radnog vremena, radno mjesto, vjersku pripadnost, prakticiranje vjere i osposobljenost za procjenu duhovne skrbi.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 103 medicinske sestre/tehničara svih profila koji su ispunili upitnik u potpunosti. Iako su u istraživanje bila uključena oba spola, nisu prikazani podaci o broju ispitanika prema spolu, budući da su na Klinici za pedijatriju KBC-a Osijek tijekom istraživanja radila samo dva medicinska tehničara te prikaz rezultata prema spolu ne bi bio relevantan za istraživanje. Prema sociodemografskim rezultatima najveći broj ispitanika pripada dobnoj skupini od 30 do 39 godina, dok je najmanji broj ispitanika u dobnoj skupini od 60 do 65 godina, što se može objasniti odlaskom sestara u mirovinu čim steknu prve uvjete, budući da je posao na Klinici veoma zahtjevan, kako fizički tako i psihički. Ispitanici su u najvećem broju kršćani te redovito prakticiranje svoje religije provodi velik broj ispitanika. U usporedbi rezultata s istraživanjem Bukovec (41) iz 2021. godine dobiveni su gotovo jednaki rezultati s obzirom na religijsku pripadnost (kršćanstvo) uz visoki postotak ispitanika koji redovito prakticiraju svoju vjeru, dok je najmanji postotak ispitanika muslimana, a sličan je i postotak ateista. Ovakav se rezultat može objasniti činjenicom da je u Republici Hrvatskoj, trenutno, kršćanstvo najzastupljenija religija.

Rezultati SSCRS-a kod ispitanika prema područjima duhovnosti i duhovne skrbi koji uključuju duhovnost, duhovnu skrb, religioznost i individualiziranu skrb, pokazuju da je najviša percepcija na polju individualizirane skrbi, dok je najmanja percepcija na polju religioznosti. To se može objasniti činjenicom da je tijekom obrazovanja medicinskih sestara, počevši od srednje škole, stavljen naglasak na holističku zdravstvenu skrb, individualno prilagođenu svakom pojedincu. Individualizirana duhovna skrb podrazumijeva neku vrstu temeljne skrbi, budući da se brine o uvjerenjima, prijateljskim odnosima, moralu i vrijednostima jedinstvenim, različitim i specifičnim za svakog čovjeka (16). Rezultati SSCRS-a iz ovog istraživanja mogu se usporediti s istraživanjem Prlić i suradnika iz 2020. godine provedenim na uzorku od 456 studenata sestrinstva kod kojih je najveća percepcija za polje duhovne skrbi, zatim individualizirane skrbi, a također, najmanja percepcija na polju religioznosti (42). Najmanja percepcija na polju religioznosti može se objasniti nedostatkom

jasnoće pojmova „duhovnost“ i „religioznost“. Veliki broj istraživanja na temu duhovnosti i duhovne skrbi u sestrinskoj literaturi, unatoč potrebi za konceptualizacijom tih pojmova, još uvijek nema dovoljnu jasnoću za provedbu u praksi (3). Većim su dijelom medicinske sestre zbunjene širinom pojmova, mnogima je vrlo teško razlikovati duhovnost naspram religioznosti i vjere, a posebnu konfuziju stvaraju sekularni humanisti, ateisti i agnosticici kod kojih je provedba duhovne skrbi nereligiozne prirode, a uključuje komunikaciju, ohrabrivanje te suosjećajni odnos s pacijentom i njegovom obitelji.

Skala duhovnog blagostanja (JAREL SWBS) podijeljena je u tri kategorije: nisku, srednju i visoku te uključuje religijsko i egzistencijalno područje duhovnosti (40).

U ovom istraživanju najveći broj ispitanika pripada visokoj kategoriji duhovnog blagostanja, dok ostali pripadaju srednjoj kategoriji.

Budući da ova ljestvica istražuje tri čimbenika koji se odnose na dimenziju vjere/vjerovanja, života/samoodgovornosti i zadovoljstva životom/samoaktualizaciju kao višedimenzionalne koncepte duhovnog blagostanja, viši rezultat upućuje na bolje duhovno blagostanje (40). Duhovno blagostanje medicinskih sestara vrlo je važan dio ukupne percepcije duhovnosti i duhovne skrbi. Medicinska sestra s visokim duhovnim blagostanjem može bolje razumjeti potrebe za duhovnom skrbi kod pacijenata te može primjerenije na njih reagirati. Ovim istraživanjem potvrđuje se teorija kako vlastita percepcija duhovnosti medicinskih sestara pomaže u boljoj procjeni potreba duhovne naravi kod pacijenata.

To potvrđuje i usporedba rezultata s istraživanjem Ross i suradnika koje je provedeno na uzorku od 618 dodiplomskih medicinskih sestara/primalja na šest različitih sveučilišta u četirima zemljama (Norveška, Malta, Wales, Nizozemska) od kojih su tri sveučilišta bila svjetovna, a tri religijska. Studenti koji su pripadali visokoj kategoriji duhovnog blagostanja (rezultat 85 – 126 na JAREL SWBS) smatraju se kompetentnijim u pružanju duhovne skrbi. Istim je istraživanjem potvrđeno kako je vlastita duhovnost snažan prediktor percipirane sposobnosti pružanja duhovne skrbi, iako su studenti koji su prijavili veću percipiranu kompetenciju bili sa sekularnih sveučilišta i imali su malo prethodnog zdravstvenog iskustva (43). Odgovori ispitanika iz sestrinske prakse upućuju na to kako sestre smatraju da bi odgovornost za pružanje duhovne skrbi najviše trebao imati kapelan/svećenik, a zatim kombinacija svih navedenih osoba. Različite rezultate pronalazimo u velikom *online* istraživanju provedenom na uzorku od 4054 ispitanika, autora McSherryja i Jamiesona iz 2011. godine, u kojem 92,6 % ispitanika smatra da su medicinske sestre, kapelani, pacijenti, obitelj i prijatelji te drugi zdravstveni djelatnici odgovorni za pružanje duhovne skrbi (44).

Iako postoje razlike u rezultatima, vidljivo je da su sestre svjesne potrebe za suradnjom, povezivanjem te uključivanjem drugih osoba u primjereno pružanje duhovne skrbi.

Poimanje duhovne skrbi kod djece i adolescenata predstavlja poseban izazov, budući da treba uzeti u obzir dob, kognitivne sposobnosti, obiteljske vrijednosti, sociokulturne različitosti, životna iskustva te sve čimbenike razvojnih stadija djeteta (45). Velik broj ispitanika u ovom istraživanju navodi kako su se susreli s pacijentovim duhovnim potrebama te da im je u najvećem broju slučajeva pacijent sam izrazio potrebu za duhovnom skrbi, a najmanje podataka o pacijentovim duhovnim potrebama mogli su dobiti od drugih medicinskih sestara, svećenika/duhovnog vođe te iz sestrinske dokumentacije. Ovakvi bi se rezultati mogli objasniti činjenicom da se na Klinici za pedijatriju liječe djeca i mladi od 0 do 18 godina starosti, podijeljeni po odjelima ovisno o medicinskoj dijagnozi koja, osim akutno bolesne djece, uključuje i teško kronično bolesnu djecu, oboljele od malignih bolesti te djecu koja trebaju palijativnu skrb. Hospitalizacija djeteta ili adolescenta često biva traumatičnim iskustvom kako za njih same, tako i za njihove roditelje. Djeca i adolescenti, kao i njihovi roditelji, nastoje razumjeti događaje u svom životu, a njihova duhovnost može utjecati na to kako će prihvatiti bolest te kako će se nositi s liječenjem i/ili hospitalizacijom. Suočavanje s medicinskom dijagnozom kod djece, adolescenata i roditelja potiče traženje svrhe i smisla u životu, preispituju se duhovna uvjerenja, traži se utjeha i razumijevanje životnih okolnosti u kojima su se našli. Mnoga djeca i adolescenti, ovisno o dobi i kognitivnim sposobnostima, često verbaliziraju strah od budućih događaja, osjećaju zabrinutost u svezi s medicinskom dijagnozom, strah za vlastiti život ili se povlače u sebe i tiho pate. Iako se medicinske sestre na Klinici svakodnevno susreću s ovakvim situacijama, rijetko se pruža prava duhovna skrb. U ovom istraživanju na ovakav zaključak navodi činjenica kako se najmanje podataka o pacijentovim duhovnim potrebama moglo naći u sestrinskoj dokumentaciji te saznati od drugih medicinskih sestara.

Više od polovine ispitanika smatra se osposobljenim za pružanje duhovne skrbi, iako prema podacima u ovom istraživanju navode kako tijekom formalnog obrazovanja nisu imali nikakvu edukaciju o duhovnoj skrbi, niti su je imali nakon završetka formalnog obrazovanja. Najčešći odgovori ispitanika koji su tijekom obrazovanja imali edukaciju o duhovnoj skrbi, odnosili su se na pohađanje nastave vjeronauka ili etike tijekom srednjoškolskog obrazovanja te praćenje nastave na diplomskom studiju. Samo je mali broj ispitanika imao edukaciju o duhovnoj skrbi nakon formalnog obrazovanja, a odnosila se na samoinicijativno pohađanje seminara, duhovnih vježbi te sudjelovanje u vjerskim sadržajima. Svi se ispitanici slažu da sestre ne dobivaju dovoljno obuke u pogledu duhovne skrbi. Najčešći odgovori medicinskih

sestara u ovom istraživanju odnosili su se na nedostatak kompetencija, znanja, vremena i osoblja da bi mogle primjereno odgovoriti na potrebe pacijenata i njihovih obitelji za duhovnom skrbi. Nedostatak edukacije u pogledu duhovne skrbi negativno utječe na pružanje usluga duhovne naravi, budući da medicinske sestre nemaju točnu predstavu o tome tko je, što, kako, kada i u kojoj mjeri zadužen za pružanje duhovne skrbi. Rezultatima ovog istraživanja potvrđujemo teoriju da dosadašnja formalna edukacija medicinskih sestara nije dovoljna za razvoj kompetencija duhovne skrbi. Rezultati studije Sinaga i suradnika iz 2021. godine na uzorku od 204 kliničke medicinske sestre u Indoneziji pokazuju kako postoji statistički značajna razlika između primanja lekcija duhovne skrbi tijekom obuke medicinskih sestara ($P=0,013$) i obrazovanja s percepcijom duhovnosti i duhovne skrbi medicinskih sestara. Educirane medicinske sestre mogle su bolje percipirati potrebe za duhovnom skrbi kod pacijenata te učinkovito na njih odgovoriti. Edukacija je najbolja strategija za poboljšanje znanja i percepcije duhovnosti i duhovne skrbi kod medicinskih sestara (46). Istraživanje Green i suradnika iz 2020. godine na uzorku od 391 registrirane medicinske sestre pokazuje kako nedostatak vremena, podrške, znanja i edukacije o duhovnoj skrbi predstavljaju primarne prepreke za provođenje cjelovite skrbi kod pacijenata (47).

Što se tiče odgovornosti za pravilne upute kako bi medicinske sestre trebale voditi duhovnu skrb, najveći broj ispitanika smatra da bi svi (Studij sestrinstva/zdravstveni studij, obrazovne institucije, same medicinske sestre, ostalo) podjednako trebali biti odgovorni za dobru edukaciju o vođenju duhovne skrbi. McSherry i Jamieson 2011. godine istraživanjem zaključuju kako uključivanje duhovnosti u kurikulum sestrinstva predstavlja važan način koji bi omogućio medicinskim sestrama priliku istražiti što je duhovnost i kako se njome baviti u praksi (44).

Značajno višu percepciju za područje religioznosti imaju ispitanici dobne skupine od 60 do 65 godina, za razliku od ispitanika dobne skupine između 40 i 49 godina (Kruskal-Wallis test, $P = 0,001$). Ovakav bi se rezultat mogao obrazložiti činjenicom da ispitanici više dobne skupine drugačije percipiraju vlastite godine i iskustva, aktivniji su u potrazi za smislom života koji ide svome kraju te veliku vrijednost pridaju religiji i vjerskim ponašanjima. U potrazi za smislom života kod mnogih starijih ljudi duhovnost i vjera često se penje na višu razinu (48). Značajne razlike u ljestvici za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi s obzirom na mjesto stanovanja i razinu obrazovanja u ovom istraživanju nisu pronađene.

Značajno višu percepciju za područje religioznosti imaju ispitanici koji imaju 31 i više godina radnog staža za razliku od ispitanika koji imaju 30 godina radnog staža i manje od toga (Kruskal-Wallis test, $P = 0,007$). Budući da je u ovom istraživanju nađena značajno viša

percepcija za područje religioznosti kod ispitanika starije dobne skupine (60 – 65 godina), ovakav je rezultat u sukladnosti s godinama radnog staža. Medicinske sestre koje imaju 30 i više godina radnog staža uglavnom pripadaju starijoj dobnoj skupini. Prema istraživanju Green i suradnika razina sposobnosti percipiranja duhovnosti bila je u pozitivnoj korelaciji s učestalošću pružanja duhovne skrbi i brojem godina rada koji je obavljala kao registrirana medicinska sestra (47).

Značajne razlike u ljestvici za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi s obzirom na radno mjesto u ovom istraživanju nisu pronađene. Ovakav bi se rezultat mogao objasniti činjenicom da se zbog velike fluktuacije osoblja (uslijed neplaniranih bolovanja i/ili odlaska osoblja na druga radna mjesta, zapošljavanje novog osoblja, odlaska u mirovinu) često mora uvoditi drugačiji raspored osoblja nego što je planirano pa u jedinicama intenzivne njege radi i osoblje koje inače radi na pedijatrijskom odjelu ili u ambulantom traktu. Svemu navedenom pridonijela je specifična zdravstvena situacija uslijed pandemije COVID-19. Također, potrebno je naglasiti kako se teški kronični i/ili palijativni pacijenti više ne liječe samo u jedinicama intenzivne njege, već budu raspoređeni i na pedijatrijskom odjelu, ovisno o medicinskoj dijagnozi. Iako se rad na pedijatrijskom odjelu razlikuje od rada u jedinicama intenzivne njege (gdje su sestre više izložene stresnim situacijama), imaju i neke zajedničke sličnosti skrbi, poput patnje obitelji i skrbi na kraju života. Istraživanje Mamier i suradnika iz 2019. godine na uzorku od 554 medicinske sestre koje rade u tercijarnim zdravstvenim ustanovama, pokazalo je da su se najniži rezultati prakse duhovne skrbi pronašli kod medicinskih sestara koje rade na intenzivnoj njezi (49).

Granično značajno nižu percepciju za područje individualizirane skrbi imaju ispitanici ateisti za razliku od ispitanika drugih vjerskih pripadnosti (Kruskal-Wallis test, $P = 0,06$). Ovakav rezultat mogao bi se objasniti općenito nedovoljnom jasnoćom pojmova „duhovnost“ i „religioznost“ u sestrinstvu. Iako literatura sugerira da duhovnost nadilazi pojam religioznosti te da nisu istoznačnice, još uvijek se griješi u korištenju tih pojmova. Duhovnost nije ograničena samo na religiju iako može uključivati religijska vjerovanja (3).

Značajno nižu percepciju za područje religioznosti imaju ispitanici koji ne prakticiraju svoju religiju (Mann-Whitney U test, $P = 0,01$) te im je značajnija niža ukupna ljestvica za razliku od ispitanika koji prakticiraju svoju religiju (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$). Ovakav rezultat u ovom istraživanju proporcionalan je rezultatima SSCRS-a kod ispitanika prema područjima duhovnosti i duhovne skrbi gdje je ukupno najniža percepcija upravo za područje religioznosti. Istraživanje Taylor i suradnika iz 2019. godine na uzorku od 358 medicinskih sestara potvrđuje kako je religioznost sestara izravno povezana s učestalošću pružanja

duhovne skrbi pacijentima, odnosno da osobna uvjerenja i prakse sestara odgovaraju načinu na koji pružaju skrb (34).

Ispitanici koji se smatraju dovoljno osposobljenim za procjenu duhovne skrbi imaju značajno višu percepciju za područje duhovnosti (Mann-Whitney U test, $P = 0,05$), zatim za područje duhovne skrbi (Mann-Whitney U test, $P = 0,002$), za područje individualizirane skrbi (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$) te imaju značajno višu ukupnu ljestvicu (Mann-Whitney U test, $P = 0,04$), dok ispitanici koji se ne smatraju dovoljno osposobljenim za procjenu duhovne skrbi imaju značajno višu percepciju za područje religioznosti (Mann-Whitney U test, $P = 0,03$). Ovakav rezultat u ovom istraživanju upućuje na zaključak da su medicinske sestre svjesne potreba pacijenata i njihovih obitelji za duhovnom skrbi, iako se u praksi ona rijetko provodi i dokumentira. Duhovnost medicinskih sestara značajan je prediktor prakse duhovne skrbi, ponekad više od tradicionalnih mjera religioznosti (49).

U skali duhovnog blagostanja s obzirom na dob, mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, duljinu radnog staža, duljinu radnog vremena, radno mjesto, vjersku pripadnost, prakticiranje religije te osposobljenosti za procjenu duhovne skrbi značajne razlike nisu nađene.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i prikupljenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- kod medicinskih sestara najviša je percepcija duhovnosti na polju individualizirane skrbi, dok je najmanja na polju religioznosti
- većina medicinskih sestara pripada visokoj, potom srednjoj kategoriji duhovnog blagostanja, a vlastita percepcija duhovnosti pomaže u boljoj procjeni potreba duhovne naravi kod pacijenata
- dosadašnja formalna edukacija medicinskih sestara nije dovoljna za razvoj kompetencija duhovne skrbi
- značajno višu percepciju religioznosti imaju medicinske sestre starije dobne skupine i s više godina radnog staža, dok značajno nižu percepciju za područje religioznosti imaju ispitanici koji ne prakticiraju svoju religiju
- granično značajno nižu percepciju za područje individualizirane skrbi imaju ispitanici ateisti
- značajno višu percepciju za područje duhovnosti, duhovne skrbi te individualizirane skrbi imaju ispitanici koji se smatraju dovoljno osposobljenim za procjenu duhovne skrbi
- značajne razlike u percepciji duhovnosti na SSCRS ljestvici s obzirom na mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, duljinu radnog vremena i radno mjesto u ovom istraživanju nisu nađene
- značajne razlike na JAREL SWBS ljestvici s obzirom na dob, mjesto stanovanja, razinu obrazovanja, duljinu radnog staža, duljinu radnog vremena, radno mjesto, vjersku pripadnost, prakticiranje religije te osposobljenosti za procjenu duhovne skrbi u ovom istraživanju nisu nađene
- nedostatak kompetencija, znanja, vremena i osoblja glavne su zapreke uspješnom provođenju duhovne skrbi

7. SAŽETAK

Uvod: Duhovna skrb u sestrinstvu definira se kao pomoć koju medicinske sestre pružaju vezano uz vjerske i egzistencijalne potrebe bolesnika, uključujući i njihova pitanja o iskustvima smisla i svrhe postojanja.

Cilj istraživanja: Ispitati percepciju medicinskih sestara prema duhovnosti na Klinici za pedijatriju KBC-a Osijek.

Nacr studije: Presječna studija provedena tijekom ožujka i travnja 2022. godine.

Ispitanici i metode: 103 medicinske sestre/tehničara Klinike za pedijatriju KBC-a Osijek ispunili su anketni upitnik koji je sadržavao sociodemografske podatke ispitanika, SSCRS ljestvicu za ocjenjivanje duhovnosti i duhovne skrbi, JAREL SWBS ljestvicu duhovnog blagostanja te pitanja iz sestriinske prakse o osposobljenosti za provođenje duhovne skrbi i mogućnostima edukacije.

Rezultati: Prema područjima duhovnosti i duhovne skrbi najviša je percepcija individualizirane skrbi, a najmanja je percepcija religioznosti. Najveći broj ispitanika pripada visokoj i srednjoj kategoriji duhovnoga blagostanja. Značajno višu percepciju za područje religioznosti imaju ispitanici koji imaju 30 i više godina radnog staža te pripadaju starijoj dobnoj skupini, dok značajno nižu percepciju za područje religioznosti imaju ispitanici koji ne prakticiraju svoju religiju. Granično značajno nižu percepciju za područje individualizirane skrbi imaju ispitanici ateisti. Značajno višu percepciju za područje duhovnosti, duhovne skrbi te individualizirane skrbi imaju ispitanici koji se smatraju dovoljno osposobljenim za procjenu duhovne skrbi.

Zaključak: Ovim istraživanjem potvrđeno je kako vlastita percepcija duhovnosti medicinskih sestara pomaže u boljoj procjeni potreba duhovne naravi kod pacijenata, a nedostatak kompetencija, znanja, vremena i osoblja glavne su zapreke uspješnom provođenju duhovne skrbi. Dosadašnja formalna edukacija medicinskih sestara nije dovoljna za razvoj kompetencija duhovne skrbi. Edukacija medicinskih sestara o duhovnosti predstavlja ključni čimbenik za uspješno provođenje duhovne skrbi kod pacijenata.

Ključne riječi: duhovnost; duhovno blagostanje; duhovna skrb; medicinske sestre; percepcija

8. SUMMARY

Nurses' perception of spirituality at the Clinic for Pediatrics of the Clinical Hospital Center Osijek

Introduction:Spiritual care in nursing is defined as help that nurses provide related to religious and existential needs of patients, including their questions about experiences of meaning and purpose of existence.

Objectives:To examine the perception of nurses towards spirituality at the Osijek Pediatric Clinic.

Study Design:Cross-sectional study conducted during March and April 2022.

Participants and Methods:103 nurses/technicians of the KBC Osijek Pediatric Clinic filled out a questionnaire that contained the sociodemographic data of the respondents, the SSCRS scale for evaluating spirituality and spiritual care, the JAREL SWBS spiritual well-being scale, and questions from nursing practice about the ability to provide spiritual care and educational opportunities.

Results:According to the areas of spirituality and spiritual care, the perception of individualized care is the highest, and the perception of religiosity is the lowest. The largest number of respondents belong to the high and medium category of spiritual well-being. Respondents who have 30 or more years of service and belong to the older age group have a significantly higher perception of religiosity, while respondents who do not practice their religion have a significantly lower perception of religiosity. Atheists have a marginally significantly lower perception of the area of individualized care. Respondents who are considered sufficiently qualified to assess spiritual care have a significantly higher perception of the area of spirituality, spiritual care and individualized care.

Conclusion:This research confirmed that nurses' own perception of spirituality helps in better assessment of patients' spiritual needs, and the lack of competence, knowledge, time and staff are the main obstacles in achieving successful implementation of spiritual care. The current formal education of nurses is not sufficient for the development of spiritual care competencies. The education of nurses about spirituality is a key factor for the successful implementation of spiritual care in patients.

Key words: spirituality; spiritual well-being; spiritual care; nurses; perception

9. LITERATURA

1. Havelka Meštrović A, Havelka M. Zdravstvena psihologija: psihosocijalne osnove zdravlja. 3. prošireno i dopunjeno izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2020.
2. Leutar I, Leutar Z. Duhovnost kao resurs snage i otpornosti obitelji u rizičnim okolnostima. *Nova prisutnost*. 2017;5(1):65-88.
3. Lalani N. Meanings and Interpretations of Spirituality in Nursing and Health. *Religions*. 2020;11(9):428.
4. Charlier P, Coppens Y, Malaurie J, Brun L, Kepanga M, Hoang-Opermann V, i sur. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European Journal of Internal Medicine*. 2017;37:33–7.
5. The World Health Organization. Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
6. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002;39(5):500-9.
7. Ratz A, Pavić J, Čutura V. Duhovna strana izlječenja – nadnaravno čudo ili spontana remisija. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*. 2016;2(1):5-22.
8. Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(1):171-5.
9. Blaber M, Jone J, Willis D. Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings? *Int J Palliat Nurs*. 2015;21(9):430-8.
10. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2011;26(11):1265-71.
11. Ali G, Snowden M, Wattis J, Rogers M. Spirituality in Nursing education: Knowledge and practice gaps. *International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies*. 2018;5(1-3):27-49.
12. Giske T, Schep-Akkerman A, Bø B, Cone PH, Moene Kuven B, McSherry W, i sur. Developing and testing the EPICC Spiritual Care Competency Self -Assessment Tool for student nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;00:1–15.
13. Giske T, Cone P. Comparing Nurses' and Patients' Comfort Level with Spiritual Assessment. *Religions*. 2020;11(12):671.

14. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Duh. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Dostupno na adresi: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=16510>. Datum pristupa: 1. 6. 2022.
15. Murgia C, Notarnicola I, Rocco G, Stievano A. Spirituality in nursing: A concept analysis. *Nurs Ethics*. 2020;27(5):1327-43.
16. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud*. 2002;39:723-34.
17. Burnard P. The spiritual needs of atheists and agnostics. *Prof Nurse*. 1988;4(3):130-2.
18. Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989;3(3):69-77.
19. Egan R, MacLeod R, Jaye C, Mcgee R, Baxter J, Herbison, P. What is spirituality? Evidence from a New Zealand hospice study. *Mortality*. 2011;16:307-24.
20. Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis. *J Holist Nurs*. 2007;25(4):252-62;discussion 263-4.
21. McSherry W, Ross L, Attard J, van Leeuwen R, Giske T i sur. EPICC mreža. Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some developments in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality*. 2020;10(1):55-71.
22. Connerton CS, Moe CS. The Essence of Spiritual Care. *Creat Nurs*. 2018;24(1):36-41.
23. Dossey B.M, Keegan L. *Holistic nursing: A handbook for practice*. 7 izd. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
24. Grant D. Spiritual interventions: how, when, and why nurses use them. *Holist Nurs Pract*. 2004;18(1):36-41.
25. Matulić T. Oculis spiritualibus – sestrinstvo u ogledalu duha. *Duhovnost sestrinstva iznad procjepa profesije i prakse*. *Bogoslovska smotra*. 2012;2:305-37.
26. de Diego-Cordero R, Ávila-Mantilla A, Vega-Escañó J, Lucchetti G, Badanta B. The Role of Spirituality and Religiosity in Healthcare During the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review of the Scientific Literature. *J Relig Health*. 2022;61(3):2168-97.
27. van Leeuwen R, Attard J, Ross L, Boughey A, Giske T, Kleiven T i sur. The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: An educational mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*. 2020;00:1-14.
28. O'Brien ME. *Spiritual Care: Nurses Role*. *Spirituality in Nursing, Standing on Holy Ground*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2011.

29. Thomas J, Barbato M. Positive Religious Coping and Mental Health among Christians and Muslims in Response to the COVID-19 Pandemic. *Religions*. 2020;11(10):498.
30. Badanta B, Rivilla-García E, Lucchetti G, de Diego-Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nurs Crit Care*. 2022;27:348-66.
31. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. 2000;56(4):519-43.
32. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Percepcija. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Dostupno na adresi: <<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=47529>>. Datum pristupa: 4. 7. 2022.
33. Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. *J Med Ethics Hist Med*. 2010;20:3:6.
34. Taylor EJ, Gober-Park C, Schoonover-Shoffner K, Mamier I, Somaiya CK, Bahjri K. Nurse Religiosity and Spiritual Care: An Online Survey. *Clin Nurs Res*. 2019;28(5):636-52.
35. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed*. 2019;90(4-S):44-55.
36. Gallison BS, Xu Y, Jurgens CY, Boyle SM. Acute care nurses' spiritual care practices. *J Holist Nurs*. 2013;31(2):95-103.
37. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P i sur. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Med*. 2018;32(1):216-30.
38. Marušić M i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 6. izd. Medicinska naklada. Zagreb; 2019.
39. Hungelmann J, Kenkel-Rossi E, Klassen L, Stollenwerk R. Focus on spiritual well-being: harmonious interconnectedness of mind-body-spirit. Use of the JAREL Spiritual Wellbeing Scale. *Geriatr Nurs*. 1996;17(6):262-6.
40. Ross L, van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A i sur. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Educ Today*. 2014;34(5):697-702.
41. Bukovec A. Duhovnost u sestrijskoj praksi i stavovi sestara o duhovnosti. Varaždin: Sveučilište Sjever; 2021.

42. Prlić N, Podgorelec F, Barać I. Percepcija duhovnosti i duhovne skrbi kao prediktor percepcije kompetencija u pružanju duhovne skrbi studenata sestrinstva. *Nova prisutnost*. 2021;19(2):229-42.
43. Ross L, Giske T, van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, i sur. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2016;36:445-51.
44. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20(11-12):1757-67.
45. Alvarenga WA, de Carvalho EC, Caldeira S, Vieira M, Nascimento LC. The possibilities and challenges in providing pediatric spiritual care. *J Child Health Care*. 2017;21(4):435-45.
46. Sinaga RR, Muntu DL, Simbolon S, Susanty S. The spirituality and spiritual care of clinical nurses in Indonesia. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*. 2021;10(3):551-7.
47. Green A, Kim-Godwin YS, Jones CW. Perceptions of Spiritual Care Education, Competence, and Barriers in Providing Spiritual Care Among Registered Nurses. *J Holist Nurs*. 2020;38(1):41-51.
48. Berk LE. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. 3. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008.
49. Mamier I, Taylor EJ, Winslow BW. Nurse Spiritual Care: Prevalence and Correlates. *West J Nurs Res*. 2019;41(4):537-554.

11. PRILOZI

Prilog 1. Dozvola za korištenje SSCRS ljestvice za ocjenu duhovnosti i duhovne skrbi

Prilog 2. Dozvola za korištenje JAREL SWBS ljestvice za ocjenu duhovnog blagostanja

Prilog 3. Suglasnost Etičkog povjerenstva KBC Osijek za provođenje ovog istraživanja

Prilog 1. Dozvola za korištenje SSCRS ljestvice za ocjenu duhovnosti i duhovne skrbi



Department of Nursing
School of Health & Social Care
Staffordshire University
Blackheath Lane
Stafford
ST18 0AD

Email: wilf.mcsherry@staffs.ac.uk
Direct line: +44 (0)1785 353630

21 February 2022

Dear Đurđica,

Re: Đurđica Lendić

SSCRS Permission: 'Spirituality in pediatric nurses'

Thank you for the interest you have shown in my research and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). I hereby give you authorisation and permission to reproduce or use the scale in the above research. There is no fee for using the scale or the questionnaire; however I do require a copy of your research findings and report when completed (including any translated versions of the Scale). Please note that copyright on all versions of the SSCRS (including those translated) remains with me.

I attach a copy of the questionnaire in which the SSCRS can be found. The scale was developed as part of descriptive study. If you want to obtain a copy of my original thesis - you should be able to receive it through Inter Library Loan. The title is - A Descriptive Survey of Nurses' perceptions of Spirituality and Spiritual Care - Unpublished Master of Philosophy Thesis, The University of Hull, England.

A summary of how the SSCRS was constructed was published in the International Journal of Nursing Studies 2002:

McSherry W., Draper P, Kendrick D (2002) Construct Validity of a Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care
International Journal of Nursing Studies 39 (7) 723 - 734

May I take this opportunity to wish you all the best with your research. If I can be of any assistance in the future then do not hesitate to contact me again.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads 'W McSherry'.

Professor Wilfred McSherry

Professor in Nursing

Prilog 2. Dozvola za korištenje JAREL SWBS ljestvice za ocjenu duhovnog blagostanja

Permissions

Helpdesk <permissionshelpdesk@elsevier.com>

28. sli 2022. 15:18

Re: JAREL Spiritual Well-Being Scale [220128-002288]

Dear Đurđica Lendić,

We hereby grant you permission to reprint the material below at no charge in your thesis subject to the following conditions:

1. If any part of the material to be used (for example, figures) has appeared in our publication with credit or acknowledgement to another source, permission must also be sought from that source. If such permission is not obtained then that material may not be included in your publication/copies.

2. Suitable acknowledgment to the source must be made, either as a footnote or in a reference list at the end of your publication, as follows:

"This article was published in Publication title, Vol number, Author(s), Title of article, Page Nos, Copyright Elsevier (or appropriate Society name) (Year)."

3. Your thesis may be submitted to your institution in either print or electronic form.

4. Reproduction of this material is confined to the purpose for which permission is hereby given.

5. This permission is granted for non-exclusive world Croatian rights only. For other languages please reapply separately for each one required. Permission excludes use in an electronic form other than submission. Should you have a specific electronic project in mind please reapply for permission.

6. As long as the article is embedded in your thesis, you can post/share your thesis in the University repository.

7. Should your thesis be published commercially, please reapply for permission.

This includes permission for the Library and Archives of Canada to supply single copies, on demand, of the complete thesis. Should your thesis be published commercially, please reapply for permission.

This includes permission for UMI to supply single copies, on demand, of the complete thesis. Should your thesis be published commercially, please reapply for permission.

8. Posting of the full article/ chapter online is not permitted. You may post an abstract with a link to the Elsevier website www.elsevier.com, or to the article on ScienceDirect if it is available on that platform.

Kind regards,

Subash Balakrishnan

Copyrights Coordinator

ELSEVIER | HCM - Health Content Management

Visit [Elsevier Permissions](#)

Prilog 3. Suglasnost Etičkog povjerenstva KBC Osijek za provođenje ovog istraživanja



Klinički bolnički centar Osijek

Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu
Broj: R1-2769-2/2022.

Osijek, 04.03.2022.

Temeljem točke III Odluke o imenovanju Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek na svojoj 5. sjednici održanoj 04.03.2022. godine pod točkom 2 dnevnog reda donijelo je slijedeću

ODLUKU

I.

Odobrava se Đurđici Lendić studentici Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo u Osijeku, istraživanje pod nazivom: „Percepcija medicinskih sestara prema duhovnosti na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek“.

Mentor rada: doc.dr.sc. Štefica Mikšić, mag.med.techn.

II.

Ova odluka stupa na snagu danom donošenja.

Predsjednica Povjerenstva za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu:
Nikolina Farčić, mag. med. techn.

O tome obavijest:

1. Đurđica Lendić
2. Pismohrana Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara