

Svakodnevno duhovno iskustvo i simptomi depresije kod kardioloških bolesnika

Roguljić, Mihaela

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:243:990964>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-09**

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

Mihaela Roguljić

**SVAKODNEVNO DUHOVNO ISKUSTVO
I SIMPTOMI DEPRESIJE KOD
KARDIOLOŠKIH BOLESNIKA**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2022.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Mihaela Roguljić

**SVAKODNEVNO DUHOVNO ISKUSTVO
I SIMPTOMI DEPRESIJE KOD
KARDIOLOŠKIH BOLESNIKA**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Mentor rada: prof. dr. sc. Aleksandar Včev, dr. med.

Komentor rada: Brankica Juranić, mag. med. techn.

Rad ima 35 listova, 16 tablica i 1 sliku.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvala:

Zahvaljujem se mentoru prof. dr. sc. Aleksandru Včevu.

Veliko hvala mag. med. techn. Brankici Juranić na stručnim savjetima i pomoći tijekom pisanja rada.

Hvala mojoj obitelji na podršci i strpljenju.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Depresija i kardiovaskularne bolesti.....	1
1.2. Pružanje duhovne zdravstvene skrbi.....	2
1.3. Utjecaj duhovnosti na kardiovaskularne bolesti.....	3
2. CILJ.....	4
3. ISPITANICI I METODE.....	5
3.1. Ustroj studije.....	5
3.2. Ispitanici.....	5
3.3. Metode.....	5
3.4. Statističke metode.....	5
4. REZULTATI.....	7
4.1. Osnovna obilježja ispitanika.....	7
4.2. Procjena depresije i anksioznosti (BDI i BAI).....	8
4.2.1. Procjena depresije.....	8
4.3. Procjena svakodnevnog duhovnog iskustva.....	11
4.4. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva, ocjene anksioznosti i depresije s obilježjima ispitanika.....	13
4.5. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva, s anksioznosti i depresijom.....	20
5. RASPRAVA.....	21
6. ZAKLJUČAK.....	24
7. SAŽETAK.....	25
8. SUMMARY.....	26
9. LITERATURA.....	27
10. ŽIVOTOPIS.....	29
11. PRILOZI.....	30
11.1. Zaključak Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Osijek.....	30

POPIS TABLICA

Tablica 1. Ispitanici prema osnovnim obilježjima.....	7
Tablica 2. Raspodjela ispitanika prema medicinskoj dijagnozi.....	8
Tablica 3. Samoprocjena depresije.....	9
Tablica 4. Samoprocjena anksioznosti.....	10
Tablica 5. Ocjene depresije i anksioznosti (Beck).....	10
Tablica 6. Samoprocjena svakodnevnog duhovnog iskustva.....	12
Tablica 7. Samoprocjene doživljavanja Boga.....	13
Tablica 8. Povezanost općih obilježja s ocjenom depresije i anksioznosti.....	14
Tablica 9. Povezanost medicinske dijagnoze s ocjenom depresije i anksioznosti.....	15
Tablica 10. Raspodjela ispitanika prema izraženosti depresije i općih obilježja.....	16
Tablica 11. Raspodjela ispitanika prema izraženosti depresije i medicinske dijagnoze.....	16
Tablica 12. Raspodjela ispitanika prema izraženosti anksioznosti i općih obilježja.....	17
Tablica 13. Raspodjela ispitanika prema izraženosti anksioznosti i medicinske dijagnoze.....	18
Tablica 14. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva s ocjenom svakodnevnog duhovnog iskustva.....	19
Tablica 15. Povezanost medicinske dijagnoze s ocjenom svakodnevnog duhovnog iskustva.....	19
Tablica 16. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva s anksioznošću i depresijom.....	20

POPIS SLIKA

Slika 1. Raspodjela ispitanika prema izraženosti depresije i anksioznosti.....11

1. UVOD

Kardiovaskularne bolesti i njihova pojavnost vodeći su uzrok mortaliteta u svijetu i kod nas. Do 2030. godine očekuje se porast smrtnosti od sadašnjih 17,5 milijuna do 23 milijuna. To je podatak koji predstavlja izazov multidisciplinarnim zdravstvenim timovima. S obzirom na značajan javnozdravstveni problem, sekundarna prevencija kardiovaskularnih bolesti važna je zbog promjene životnog stila te smanjenja utjecaja rizičnih čimbenika, što dovodi do sprječavanja nastanka komplikacija kardiovaskularnih bolesti i poboljšanja kvalitete života. Rizične čimbenike za nastanak kardiovaskularnih bolesti dijelimo na one na koje možemo i ne možemo utjecati. Godine starosti, spol i nasljedna predispozicija za nastanak neki su od čimbenika na koje ne možemo utjecati. U rizičnu skupinu kod žena spadaju osobe koje imaju više od 55 godina, ili one koje ne uzimaju nadomjesnu hormonsku terapiju u prijevremenoj menopauzi, te nagle smrti čiji je uzrok infarkt miokarda ili neka druga koronarna bolest oko 65-e godine života. Kod muškaraca, u rizičnoj su skupini oni iznad 45 godina, kao i oni koji u obitelji imaju nagle smrti bliskih muških srodnika prije 55 godina, a uzroci su kardiovaskularne bolesti. U čimbenike na koje se može utjecati spadaju hipertenzija, šećerna bolest, hiperlipidemija, nepravilna prehrana, pretilost, pušenje i tjelesna neaktivnost. Među njima su najčešći hipertenzija, hiperlipidemija i pušenje. U posljednjem desetljeću bilježi se izrazit porast pretilosti i šećerne bolesti (1). U Danskoj je provedena studija koja je pokazala povezanost depresije sa značajnim povećanjem akutnog infarkta miokarda i smrtnosti zbog njega. Kao reakcija na akutni nastali događaj javlja se depresivno raspoloženje, koje utječe na promjenu stila života kao što su alkohol, pušenje i društvena izolacija (2).

1.1. Depresija i kardiovaskularne bolesti

Depresija se u literaturi spominje kao jedna od najstarijih bolesti u povijesti čovječanstva. Značenje imena je pritisnuti ili udubiti, a korijen dolazi od latinske riječi *deprimere*. Slikovit prikaz je djelovanja depresije na ljudsku psihu. Javlja se kao samostalan simptom ili sindrom kod raznih psihijatrijskih poremećaja. Neki razvijaju određene simptome, a kod nekih se pojavljuje mnogo njih. Patološko raspoloženje se bitno kvantitativno i kvalitativno razlikuje od tuge i tužnog raspoloženja. Sindrom depresije kombinacija je psihičkih, somatskih simptoma, i psihomotornih poremećaja koji se javljaju različitim intenzitetom (3). Povezanost kardiovaskularnih bolesti s emotivnim reakcijama ne dobiva dovoljnu pozornost, kao ni psihički poremećaji, a imaju veliki značaj u razvoju komplikacija, negativnih ishoda liječenja

i promjena ponašanja te reakcijama bolesnika. Rano prepoznavanje i liječenje psiholoških čimbenika doprinosi provođenju kvalitetnije prevencije, liječenja i rehabilitacije kardiovaskularnih bolesti, a njena prevalencija iznosi između 15 % i 50 %. Depresija, kao čimbenik rizika kod kardiovaskularnih bolesti, povećava razvoj kardiovaskularnih komplikacija i mortaliteta. Usko je vezana uz nastavak pušenja i na provođenje profesionalne rehabilitacije, a smrtnost je učestalija u usporedbi s općom populacijom. Kronično srčano zatajenje povećava rizik za razvoj depresivnih simptoma. Učestalost akutnog infarkta miokarda, kod nas i u razvijenim zemljama, usko je povezana s depresijom. Prisutnost njenih simptoma bitno utječe na preživljavanje u godini nakon infarkta (4).

1.2. Pružanje duhovne zdravstvene skrbi

Pružanje duhovne zdravstvene skrbi smatra se zaštitom od razvoja simptoma depresije, a uključuje komponente slušanja bolesnika, pružanja mira, poštovanja, utjehe i ulijevanja nade. Uvedena je u definiciju zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije godine 1948. (5). Ponašanje osobe po kojem se prepoznaje način djelovanja i bitak njenog postojanja u cjelini, djelokrug je rada holističkog pristupa osobi. Potvrđuje međuovisnost kako psiholoških, društvenih, bioloških tako i duhovnih aspekata koje opisuje holistička skrb. Ona uključuje širok raspon djelovanja od primjene lijekova, obrazovanja, komunikacije, samopomoći i alternativnog liječenja. Prema Američkoj udruzi holističkih medicinskih sestara, holističko sestrinstvo definirano je kao cjelokupna sestrinska praksa koja za cilj ima izlječenje cijele osobe. Utemeljiteljica holističkog sestrinstva, Florence Nightingale, poučavala je medicinske sestre da se usmjere na načela holizma: jedinstvo, dobrobit i međuodnos ljudskih bića i njihove okoline. Stav je filozofije proučavanje načina postojanja osobe koji od medicinskih sestara zahtijeva da u vlastiti način života moraju integrirati brigu o sebi, samoodgovornost, duhovnost i refleksiju na vlastiti život. To često vodi medicinsku sestru do veće svijesti o međusobnoj povezanosti sebe, drugih, prirode, duha i odnosa s globalnom zajednicom (6). Teorijski model, koji se u sestrinstvu najviše usredotočuje na duhovnu dimenziju sestrinske skrbi, je Neuman Systems Model. U tom modelu ljudsko biće se opisuje kao otvoreni osobni sustav fizioloških, psiholoških, sociokulturnih, razvojnih i duhovnih varijabli u stalnoj interakciji s okolinom. U toj interakciji pacijent se nosi s vanjskim i unutarnjim čimbenicima stresa. Pažnja posvećena duhovnosti jedan je od čimbenika ključnih za uspostavljanje ravnoteže i promicanje zdravlja i dobrobiti. Duhovna varijabla uključuje svrhu i značenje, međupovezanost, vjeru, oprost, religiju, kreativnost i transcendenciju. Prakticiranje vjere

pomaže bolesnicima da povrate samopouzdanje i vjeru u sebe. Religija je izvor podrške u promjeni životnog stila kod kardiovaskularnih bolesnika (7). Sessana i sur. su 2007. godine proveli analizu koncepta u sestrinsko-zdravstvenoj literaturi o duhovnosti i uočili da mnogi pojam duhovnosti i religije koriste naizmjenično (8). Duhovnost se pripisuje crkvenoj pripadnosti, odlaženjem u crkvu, vjerovanjem u više sile i povezanošću s religijskom zajednicom. Razlog za to preklapanje terminologije je taj što se većina istraživanja vezanih za duhovnost mjeri religijskim djelovanjem. Istraživači često koriste religiju naizmjenično s duhovnošću. Religija je način izražavanja duhovnosti. Organizirana religija pruža osjećaj zajedništva osobama zajedničkih uvjerenja koja su vođena izvođenjem obreda i primjenom pravila, propisa i prakse za očuvanje čovjekove duše, molitvom, postom i meditacijom. Profesionalna organizacija medicinskih sestara za standardiziranu sestrinsku terminologiju NANDA-International (2019.) ukazuje da se duhovnost razlikuje od religioznosti, međutim religija je sastavni dio duhovnosti pojedinca (9).

1.3. Utjecaj duhovnosti na kardiovaskularne bolesti

U Americi je provedena pilot studija o utjecaju intervencija duhovnosti na kardiovaskularne bolesnike. Rezultati su pokazali da duhovnost ima potencijal poboljšati kvalitetu života kardiovaskularnih bolesnika. Bolesnicima molitva pomaže da se opuste i skrenu pažnju s negativnih misli te da se lakše suočavaju sa stresom i posljedicama kronične bolesti. Sudjelovanje u vjerskim aktivnostima jača osjećaj pripadnosti skupini i optimizam, što dovodi do smanjenja depresivnog raspoloženja (10). Studija provedena u San Diegu navodi da je duhovno zdravlje zaštitni čimbenik kod smanjenja depresije bolesnika sa zatajenjem srca (11). Osim podržavanja poboljšane kvalitete života, sposobnost uspješnog smanjenja depresije također pozitivno utječe na usporavanje procesa bolesti podržavajući bolje pridržavanje medicinske terapije. U mnogim je slučajevima utvrđeno da duhovnost pomaže u poboljšanju kvalitete života pojedinaca, što je pak povezano s boljim fizičkim i mentalnim zdravljem, na primjer sa smanjenom razinom tjeskobe i depresije (12).

2. CILJ

Glavni cilj ovoga istraživanja jest ispitati povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva i depresije kod kardioloških bolesnika

Specifični ciljevi ovog istraživanja usmjereni su sljedećem:

- ispitati razinu anksioznosti kod kardioloških bolesnika
- ispitati razinu depresije kod kardioloških bolesnika
- ispitati svakodnevno duhovno iskustvo kod kardioloških bolesnika.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedena je presječna studija. Istraživanje je provedeno tijekom travnja, svibnja i lipnja 2022. godine u Kliničkom bolničkom centru Osijek, na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila. Kriterij za uključivanje bio je prisutnost kardiološke bolesti. Za provedeno istraživanje dobivena je suglasnost Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Osijek.

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 182 ispitanika. Ispitanici su bili bolesnici hospitalizirani na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila, Kliničkog bolničkog centra Osijek. Ispitanici su uz usmene upute dobrovoljno i samostalno ispunili upitnik.

3.3. Metode

Instrument ovoga istraživanja je anonimni anketni upitnik koji sadrži 65 pitanja. Početni dio upitnika sadrži pitanja o sociodemografskim podacima: godine starosti, spol, bračno stanje, radni status, materijalni status, mjesto stanovanja i dio koji ispunjava istraživač: medicinska dijagnoza. Drugi dio upitnika sadrži ljestvicu svakodnevnog duhovnog iskustva koja se sastoji od 16 pitanja, Beckovog samoocjenskog upitnika za depresiju od 21 pitanja i Beckovog samoocjenskog upitnika za anksioznost od 21 pitanja. Ljestvicu svakodnevnog duhovnog iskustva validirali su: Ž. Rakošec, Š. Mikšić i B. Juranić.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike u kategorijskim podacima testirane su Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele kontinuiranih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Zbog raspodjele kontinuiranih varijabli koje ne slijede normalnu razdiobu, kontinuirani podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenila se povezanost varijabli. Unutarnja pouzdanost upitnika prikazala se koeficijentom Cronbach Alpha. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 20.026 (*MedCalc*

Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2022) i SPSS ver. 23 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS, Ver. 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.)

4. REZULTATI

4.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 182 ispitanika, od kojih je 107 (58,8 %) muškaraca i 75 (41,2 %) žena. Medijan dobi ispitanika je 61 godina (interkvartilnog raspona od 49 do 67 godina) u rasponu od 25 do najviše 80 godina. S obzirom na bračni status 111 (61 %) ispitanika je u braku, 65 (35,7 %) ih radi, a 91 (50 %) ispitanik je u mirovini. S obzirom na materijalni status 143 (78,6 %) ispitanika procijenilo je svoj materijalni status kao prosječan. Mjesto u kojem žive ima 50 001 do 100 000 stanovnika, u slučaju 73 (40,1 %) ispitanika (Tablica 1).

Tablica 1. Ispitanici prema osnovnim obilježjima.

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	107 (58,8)
Žene	75 (41,2)
Bračni status	
Neudana/neoženjen	17 (9,3)
Udana/oženjen	111 (61)
Rastavljena/rastavljen	25 (13,7)
Udovica/udovac	21 (11,5)
Izvanbračna zajednica	8 (4,4)
Radni status	
Nezaposlen/nezaposlena	14 (7,7)
Zaposlen/zaposlena na puno radno vrijeme	65 (35,7)
Zaposlen/zaposlena na pola radnog vremena	3 (1,6)
Radim na ugovor	5 (2,7)
Umirovljenica/umirovljenik	91 (50)
Ostalo	4 (2,2)
Materijalni status	
Nizak	18 (9,9)
Ispodprosječan	14 (7,7)
Prosječan	143 (78,6)
Iznadprosječan	7 (3,8)
Mjesto u kojem žive ima	
Manje od 1 000 stanovnika	21 (11,5)
Od 1 001 do 10 000 stanovnika	59 (32,4)
10 001 do 50 000 stanovnika	29 (15,9)
50 001 do 100 000 stanovnika	73 (40,1)

Prema medicinskoj dijagnozi, najviše je zastupljena arterijska hipertenzija kod 95 (52,2 %) ispitanika te infarkt miokarda sa ST elevacijom (STEMI) u 48 (26,4 %) slučajeva. Samo su dva (1,1 %) ispitanika imala *St. post CABG* (Tablica 2).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika prema medicinskoj dijagnozi.

Medicinska dijagnoza	Broj (%) ispitanika
<i>STEMI</i>	48 (26,4)
<i>St. post STEMI</i>	16 (8,8)
<i>NSTEMI</i>	18 (9,9)
<i>St. post NSTEMI</i>	25 (13,7)
<i>Cardiomyopathia</i>	33 (18,1)
<i>Hypertensio arterialis</i>	95 (52,2)
<i>Mb. Coronarius</i>	13 (7,1)
<i>St. post CABG</i>	2 (1,1)
<i>Fibrillatio atriorum</i>	12 (6,6)
<i>Diabetes mellitus</i>	15 (8,2)

4.2. Procjena depresije i anksioznosti (BDI i BAI)

Beckovom skalom ocijenila se razina anksioznosti i depresije. Koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha kod depresije je 0,895 a anksioznosti 0,923 što znači da je upitnik dobar alat za procjenu anksioznosti i depresije na našem uzorku.

4.2.1. Procjena depresije

Najviše je izražena razdražljivost, odnosno 15 (8,2 %) ispitanika navodi da ih više ne diraju stvari koje su ih prije ljutile, a potpuno zanimanje za seks izgubilo je 18 (9,9 %) ispitanika. Ako bilo što rade, umori se 28 (15,4 %) ispitanika. Lakše se razljute negoli prije 92 (50,5 %) ispitanika, a 139 (76 %) ih ne misli da loše izgleda (Tablica 3).

Tablica 3. Samoprocjena depresije.

	Broj (%) ispitanika				Ukupno
	0	1	2	3	
Poremećaj raspoloženja	119 (65)	57 (31,3)	6 (3,3)	0	182 (100)
Gubitak nade	125 (69)	42 (23,1)	11 (6)	4 (2,2)	182 (100)
Osjećaj odbačenosti	127 (70)	51 (28)	4 (2,2)	0	182 (100)
Nesposobnost uživanja	100 (55)	70 (38,5)	8 (4,4)	4 (2,2)	182 (100)
Osjećaj krivnje	132 (73)	45 (24,7)	5 (2,7)	0	182 (100)
Potreba za kaznom	130 (71)	38 (20,9)	5 (2,7)	9 (4,9)	182 (100)
Mržnja prema sebi	146 (80)	35 (19,2)	0	1 (0,5)	182 (100)
Samoosušivanje	138 (76)	29 (15,9)	8 (4,4)	7 (3,8)	182 (100)
Sklonost samoubojstvu	164 (90)	12 (6,6)	5 (2,7)	1 (0,5)	182 (100)
Plaćljivost	142 (78)	34 (18,7)	0	6 (3,3)	182 (100)
Razdražljivost	71 (39)	92 (50,5)	4 (2,2)	15 (8,2)	182 (100)
Poremećaj u odnosu s drugim ljudima	108 (59)	63 (34,6)	10 (5,5)	1 (0,5)	182 (100)
Neodlučnost	98 (54)	63 (34,6)	21 (11,5)	0	182 (100)
Negativna slika o sebi	139 (76)	23 (12,6)	19 (10,4)	1 (0,5)	182 (100)
Nesposobnost za rad	83 (46)	79 (43,4)	14 (7,7)	6 (3,3)	182 (100)
Poremećaj sna	79 (43)	79 (43,4)	13 (7,1)	11 (6)	182 (100)
Umor	48 (26)	103 (56,6)	28 (15,4)	3 (1,6)	182 (100)
Oslabljen tek	115 (63)	48 (26,4)	18 (9,9)	1 (0,5)	182 (100)
Gubitak na težini	132 (73)	29 (15,9)	21 (11,5)	0	182 (100)
Hipohondrija	130 (71)	34 (18,7)	17 (9,3)	1 (0,5)	182 (100)
Oslabljen libido	73 (40)	73 (40,1)	18 (9,9)	18 (9,9)	182 (100)

0 – nije izraženo; 3 – u potpunosti izraženo

Kod anksioznosti, 61 (33,5 %) ispitanik navodi da ih je nervoza opterećivala umjereno ili puno vremena. Umjereni strah od iščekivanja loših događaja imalo je 47 (25,8 %) ispitanika, dok ih je 76 (41,8 %) navelo da se nisu mogli opustiti, iako ih to nije opterećivalo niti mučilo. Po 135 (74 %) ispitanika navodi da nije imalo drhtanje tijela ili nesvjesticu (Tablica 4).

Tablica 4. Samoprocjena anksioznosti

	Broj (%) ispitanika				
	0	1	2	3	Ukupno
Ukočenost ili trnjenje	67 (37)	64 (35,2)	44 (24,2)	7 (3,8)	182 (100)
Osjećaji vrućine	71 (39)	64 (35,2)	44 (24,2)	3 (1,6)	182 (100)
Nemir u nogama (tresenje nogom)	101 (55)	60 (33)	15 (8,2)	6 (3,3)	182 (100)
Nesposobnost opuštanja	67 (37)	76 (41,8)	37 (20,3)	2 (1,1)	182 (100)
Strah od iščekivanja loših događaja	69 (38)	63 (34,6)	47 (25,8)	3 (1,6)	182 (100)
Vrtoglavica ili omaglica	80 (44)	65 (35,7)	31 (17)	6 (3,3)	182 (100)
Ubrzano lupanje srca (tahikardija)	68 (37)	65 (35,7)	38 (20,9)	11 (6)	182 (100)
Osjećaj nestabilnosti	93 (51)	59 (32,4)	28 (15,4)	2 (1,1)	182 (100)
Zaprepaštenost ili strah	80 (44)	64 (35,2)	36 (19,8)	2 (1,1)	182 (100)
Nervoza	48 (26)	73 (40,1)	51 (28)	10 (5,5)	182 (100)
Osjećaj gušenja	118 (65)	35 (19,2)	24 (13,2)	5 (2,7)	182 (100)
Drhtanje ruku	120 (66)	48 (26,4)	12 (6,6)	2 (1,1)	182 (100)
Drhtanje tijela	135 (74)	36 (19,8)	9 (4,9)	2 (1,1)	182 (100)
Strah od gubitka kontrole	94 (52)	57 (31,3)	26 (14,3)	5 (2,7)	182 (100)
Poteškoće sa disanjem	80 (44)	61 (33,5)	35 (19,2)	6 (3,3)	182 (100)
Strah od smrti	112 (62)	49 (26,9)	17 (9,3)	4 (2,2)	182 (100)
Ustrašenost	104 (57)	55 (30,2)	21 (11,5)	2 (1,1)	182 (100)
Zatvor (problemi sa stolicom)	101 (55)	53 (29,1)	20 (11)	8 (4,4)	182 (100)
Nesvjestica	135 (74)	38 (20,9)	9 (4,9)	0	182 (100)
Crvenjenje lica	105 (58)	47 (25,8)	29 (15,9)	1 (0,5)	182 (100)
Toplo/hladno preznojavaње	81 (45)	65 (35,7)	33 (18,1)	3 (1,6)	182 (100)

0 – nije izraženo; 3 – u potpunosti izraženo

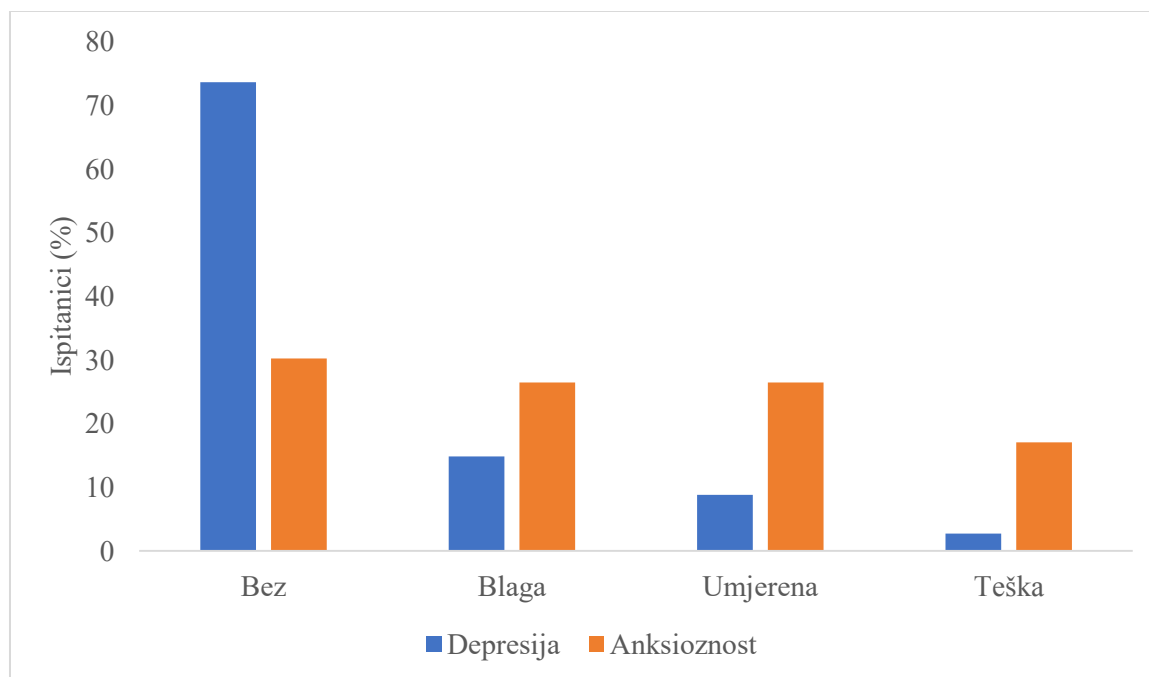
Raspon bodova kreće se od 0 do 3, a ukupne skale anksioznosti ili depresije od 0 do 63. Medijan ocjene skale depresije je 9 (interkvartilnog raspona od 4 do 15), a anksioznosti 12 (interkvartilnog raspona od 6 do 22) (Tablica 5).

Tablica 5. Ocjene depresije i anksioznosti (Beck).

	Medijan (interkvartilni raspon)	Raspon između najmanje i najveće vrijednosti
Depresija	9 (4 – 15)	0 – 44
Anksioznost	12 (6 – 22)	0 – 46

S obzirom na ocjene depresije uočavamo da tešku depresiju ima 5 (2,7 %) ispitanika, umjerenu njih 16 (8,8 %), blagu 27 (14,8 %) ispitanika, a kod 134 (73,6 %) ispitanika nema depresije.

U slučaju anksioznosti, 31 (17 %) ispitanik je s jako izraženom anksioznošću, po 48 (26,4 %) ispitanika ima umjerenu ili blagu anksioznost, a 55 (30,2 %) ih je bez izražene anksioznosti (Slika 1).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema izraženosti depresije i anksioznosti.

4.3. Procjena svakodnevnog duhovnog iskustva

Svakodnevno duhovno iskustvo procijenili smo upitnikom koji ima 16 čestica. Unutarnja pouzdanost upitnika Cronbach Alpha je 0,972 što znači da je upitnik dobar alat za procjenu svakodnevnog duhovnog iskustva.

Gotovo nikad, ili nikad, 36 (20 %) ispitanika čezne za tim da bude bliže Bogu ili božanskome, 28 (15 %) ne osjećaju Božju prisutnost. Nekoliko puta mjesečno 40 (22 %) ispitanika tijekom bogoslužja, ili u drugim prigodama kada su povezani s Bogom, osjećaju radost koja ih izdiže iznad svakidašnjih briga, a njih 38 (20,9 %) osjeća duboki unutarnji mir ili sklad. Svaki dan po 78 (42,9 %) ispitanika zahvalno je za svoje blagoslove i osjećaju nesebičnu brigu za druge.

Mnogo puta dnevno, 32 (18 %) ispitanika navodi da osjeća povezanost sa svim živim oko sebe, a 23 (13 %) izravno osjeća Božju ljubav prema njima (Tablica 6).

Tablica 6. Samoprocjena svakodnevnog duhovnog iskustva.

	Broj (%) ispitanika						Ukupno
	mного puta dnevno	svaki dan	nekoliko puta tjedno	nekoliko puta mjesečno	jednom mjesečno ili rjeđe	gotovo nikad ili nikad	
Osjećam Božju prisutnost.	24 (13)	62 (34,1)	22 (12,1)	18 (9,9)	28 (15,4)	28 (15)	182 (100)
Osjećam povezanost sa svim živim oko sebe.	32 (18)	64 (35,2)	23 (12,6)	21 (11,5)	25 (13,7)	17 (9)	182 (100)
Tijekom bogoslužja ili u drugim prigodama, kada sam povezan(a) s Bogom, osjećam radost koja me izdiže iznad svakidašnjih briga.	18 (10)	32 (17,6)	17 (9,3)	40 (22)	40 (22)	35 (19)	182 (100)
Pronalazim snagu u svojoj religiji ili duhovnosti.	21 (12)	60 (33)	23 (12,6)	20 (11)	26 (14,3)	32 (18)	182 (100)
Pronalazim utjehu u svojoj religiji ili duhovnosti.	19 (10)	64 (35,2)	23 (12,6)	25 (13,7)	22 (12,1)	29 (16)	182 (100)
Osjećam duboki unutarnji mir ili sklad.	16 (9)	59 (32,4)	25 (13,7)	38 (20,9)	26 (14,3)	18 (10)	182 (100)
Tražim Božju pomoć tijekom svakidašnjih aktivnosti.	22 (12)	53 (29,1)	29 (15,9)	23 (12,6)	24 (13,2)	31 (17)	182 (100)
Osjećam Božje vodstvo tijekom svakodnevnih aktivnosti.	19 (10)	58 (31,9)	21 (11,5)	22 (12,1)	29 (15,9)	33 (18)	182 (100)
Izravno osjećam Božju ljubav prema meni.	23 (13)	54 (29,7)	22 (12,1)	24 (13,2)	27 (14,8)	32 (18)	182 (100)
Osjećam Božju ljubav prema meni kroz druge osobe.	15 (8)	54 (29,7)	29 (15,9)	27 (14,8)	24 (13,2)	33 (18)	182 (100)
Duhovno sam dirnut(a) ljepotom stvaranja.	19 (10)	60 (33)	20 (11)	29 (15,9)	31 (17)	23 (13)	182 (100)
Zahvalan/zahvalna sam za svoje blagoslove.	19 (10)	78 (42,9)	20 (11)	20 (11)	24 (13,2)	21 (12)	182 (100)
Osjećam nesebičnu brigu za druge.	25 (14)	78 (42,9)	32 (17,6)	21 (11,5)	14 (7,7)	12 (7)	182 (100)
Prihvaćam druge čak i kada rade stvari koje smatram pogrešnima.	19 (10)	75 (41,2)	31 (17)	21 (11,5)	22 (12,1)	14 (8)	182 (100)
Čeznem za time da budem bliže Bogu ili božanskome.	19 (10)	54 (29,7)	32 (17,6)	20 (11)	21 (11,5)	36 (20)	182 (100)

Boga 115 ispitanika doživljava (63,2 %) vrlo bliskim ili koliko god je moguće bliskim, da im je donekle blizak navodi ih 41 (22,5 %), dok ih 26 (14,3 %) navodi da im nije blizak (Tablica 7).

Tablica 7. Samoprocjene doživljavanja Boga.

	Broj (%) ispitanika				Ukupno
	nije mi blizak	donekle bliskim	vrlo bliskim	koliko god je moguće bliskim	
Općenito, koliko bliskim doživljavate Boga?	26 (14,3)	41 (22,5)	57 (31,3)	58 (31,9)	182 (100)

Ukupna vrijednost skale je u rasponu od 1 do 6, gdje viši broj označava bolju povezanost s Bogom. Medijan skale svakodnevnog duhovnog iskustva je 3,1 (interkvartilnog raspona od 2,1 do 4,3) u rasponu od najmanje 1 do najviše 6.

4.4. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva, ocjene anksioznosti i depresije s obilježjima ispitanika

Značajno više izraženu depresiju imaju udovci/udovice i neudani/neoženjeni u odnosu na druge oblike bračnog statusa (Kruskal Wallis test, $P = 0,03$). S obzirom na radni status najizraženiju depresiju imaju oni ispitanici koji su zaposleni na pola radnog vremena, oni koji rade na ugovor i koji su nezaposleni (Kruskal Wallis test, $P = 0,006$). Ispitanici s niskim i ispodprosječnim materijalnim statusom, imaju značajno jače izraženu depresiju u odnosu na ostale ispitanike (Kruskal Wallis test, $P = 0,001$). Nema značajnih razlika u procjeni depresije u odnosu na spol i na mjesto u kojem žive.

Anksioznost je značajnije više izražena kod ispitanika s niskim i ispodprosječnim materijalnim primanjima (Kruskal Wallis test, $P = 0,02$), dok u drugim obilježjima nema značajnih razlika u ocjeni anksioznosti (Tablica 8).

Tablica 8. Povezanost općih obilježja s ocjenom depresije i anksioznosti.

	Depresija		Anksioznost	
	Medijan (interkvartilni raspon)	<i>P</i>	Medijan (interkvartilni raspon)	<i>P</i>
Spol				
Muškarci	8 (4 – 13)	0,52*	11 (6 – 22)	0,20*
Žene	9 (4 – 16)		14 (7 – 23)	
Bračni status				
Neudana/neoženjen	11 (4,5 – 16,5)	0,03[†]	20 (6,5 – 23,5)	0,45 [†]
Udana/oženjen	8 (4 – 12)		11 (6 – 21)	
Rastavljena/rastavljen	10 (4 – 16,5)		11 (7 – 21)	
Udovica/udovac	12 (8,5 – 21)		18 (8,5 – 28)	
Izvanbračna zajednica	8,5 (1,8 – 15,3)		11 (5,3 – 26,5)	
Radni status				
Nezaposlen/nezaposlena	11,5 (4,8 – 20,8)	0,006[†]	17,5 (8 – 27,3)	0,07 [†]
Zaposlen/zaposlena na puno radno vrijeme	6 (2,5 – 9)		9 (4 – 18,5)	
Zaposlen/zaposlena na pola radnog vremena	17 (0 – 23)		23 (2 – 23)	
Radim na ugovor	12 (4 – 16,5)		8 (5 – 15)	
Umirovljenica/umirovljenik	10 (6 – 16)		14 (8 – 25)	
Ostalo	8 (5,8 – 13,3)		12,5 (6,3 – 21,8)	
Materijalni status				
Nizak	13 (6 – 19,3)	0,001[†]	21,5 (12,5 – 27,3)	0,02[†]
Ispodprosječan	17 (9 – 26,5)		23 (8 – 33,8)	
Prosječan	7 (4 – 12)		10 (6 – 21)	
Iznadprosječan	9 (6 – 13)		15 (11 – 19)	
Mjesto u kojem žive ima				
Manje od 1 000 stanovnika	6 (3 – 10,5)	0,49 [†]	10 (6 – 18,5)	0,47 [†]
Od 1 001 do 10 000 stanovnika	8 (4 – 13)		9 (5 – 22)	
10 001 do 50 000 stanovnika	11 (5 – 16)		14 (9,5 – 23,5)	
50 001 do 100 000 stanovnika	9 (5 – 15)		15 (7 – 23)	

*Mann Whitbney U test; [†]Kruskal Wallis test

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost dobi ispitanika s ocjenom depresije i anksioznosti te možemo zaključiti da su i depresija ($Rho = 0,232$, $P = 0,002$) i anksioznost ($Rho = 0,174$, $P = 0,02$) u pozitivnoj, slaboj i značajnoj vezi s dobi. Znači, što su ispitanici stariji to su depresija i anksioznost izraženije.

Medicinska dijagnoza nije povezana s ocjenom depresije. U slučaju ocjene anksioznosti, samo su ispitanici sa STEMI značajno manje anksiozni (Mann Whitney U test, $P = 0,02$). Iako su uz prisutnost većine medicinskih dijagnoza povišene i ocjene anksioznosti i depresije, razlika, iako postoji, nije značajna (Tablica 9).

Tablica 9. Povezanost medicinske dijagnoze s ocjenom depresije i anksioznosti.

Medicinska dijagnoza	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Nema	Ima	
Depresija			
<i>STEMI</i>	9 (5 – 15)	6 (2 – 12)	0,07
<i>St. post STEMI</i>	8 (4 – 15)	9 (7 – 15)	0,41
<i>NSTEMI</i>	8 (4 – 14)	11 (4 – 17)	0,34
<i>St. post NSTEMI</i>	9 (4 – 15)	7 (5 – 12)	0,52
<i>Cardiomyopathia</i>	8 (4 – 14)	10 (5 – 17)	0,15
<i>Hypertensio arterialis</i>	8 (4 – 13)	9 (5 – 15)	0,19
<i>Mb. Coronarius</i>	9 (4 – 15)	8 (4 – 16)	0,98
<i>St. post CABG</i>	9 (4 – 15)	12 (8 – 10)	0,43
<i>Fibrillatio atriorum</i>	8 (4 – 13)	16 (6 – 22)	0,07
<i>Diabetes mellitus</i>	8 (4 – 14)	9 (3 – 17)	0,58
Anksioznost			
<i>STEMI</i>	15 (7 – 23)	10 (4 – 18)	0,02
<i>St. post STEMI</i>	12 (6 – 22)	18 (9 – 23)	0,34
<i>NSTEMI</i>	12 (6 – 22)	11 (5 – 27)	0,97
<i>St. post NSTEMI</i>	12 (6 – 22)	9 (7 – 22)	0,99
<i>Cardiomyopathia</i>	12 (6 – 22)	14 (7 – 24)	0,53
<i>Hypertensio arterialis</i>	10 (5 – 20)	15 (8 – 23)	0,08
<i>Mb. Coronarius</i>	12 (7 – 22)	11 (5 – 27)	0,97
<i>St. post CABG</i>	12 (6 – 22)	18 (3 – 23)	0,89
<i>Fibrillatio atriorum</i>	12 (6 – 22)	19 (8 – 26)	0,23
<i>Diabetes mellitus</i>	12 (7 – 22)	10 (4 – 25)	0,63

*Mann Whitney U test

Umjerenu ili tešku depresiju značajnije više imaju ispitanici koji su rastavljeni, udovci ili neudani/neoženjeni (Fisherov egzaktni test, $P=0,007$). Značajno su više teško depresivni oni ispitanici koji imaju nizak, ispodprosječan ili prosječan materijalni status (Fisherov egzaktni test, $P=0,007$). Nema značajne razlike u raspodjeli ispitanika prema jačini depresije u odnosu na spol, radni status i na broj stanovnika u mjestu u kojem žive (Tablica 10).

Ispitanici s fibrilacijom atrijske imaju značajno više umjerenu ili tešku depresiju u odnosu na one koji nemaju fibrilaciju atrijske (Fisherov egzaktni test, $P=0,03$) (Tablica 11).

Tablica 10. Raspodjela ispitanika prema izraženosti depresije i općih obilježja.

	Broj (%) ispitanika s obzirom na depresiju					P*
	Bez	Blaga	Umjerena	Teška	Ukupno	
Spol						
Muškarci	83 (62)	12 (44)	8 (50)	4 (80)	107 (59)	0,24
Žene	51 (38)	15 (56)	8 (50)	1 (20)	75 (41)	
Bračni status						
Neudana/neoženjen	10 (7)	6 (22)	0	1 (20)	17 (9)	0,007
Udana/oženjen	90 (67)	12 (44)	9 (56)	0	111 (61)	
Rastavljena/rastavljen	17 (13)	4 (15)	2 (13)	2 (40)	25 (14)	
Udovica/udovac	11 (8)	4 (15)	4 (25)	2 (40)	21 (12)	
Izvanbračna zajednica	6 (4,5)	1 (3,7)	1 (6,3)	0	8 (4,4)	
Radni status						
Nezaposlen/nezaposlena	8 (6)	2 (7)	4 (25)	0	14 (8)	
Zaposlen/zaposlena na puno radno vrijeme	54 (40)	9 (33)	1 (6)	1 (20)	65 (36)	0,06
Zaposlen/zaposlena na pola radnog vremena	1 (1)	1 (4)	1 (6)	0	3 (2)	
Radim na ugovor	3 (2)	2 (7)	0	0	5 (3)	
Umirovljenica/umirovljenik	65 (48,5)	12 (44,4)	10 (62,5)	4 (80)	91 (50)	
Ostalo	3 (2,2)	1 (3,7)	0	0	4 (2,2)	
Materijalni status						
Nizak	10 (7)	4 (15)	3 (19)	1 (20)	18 (10)	0,007
Ispodprosječan	5 (4)	4 (15)	3 (19)	2 (40)	14 (8)	
Prosječan	113 (84)	18 (67)	10 (63)	2 (40)	143 (79)	
Iznadprosječan	6 (4)	1 (4)	0	0	7 (4)	
Mjesto u kojem žive ima						
Manje od 1 000 stanovnika	17 (13)	2 (7)	2 (13)	0	21 (12)	0,89
Od 1 001 do 10 000 stanovnika	45 (34)	6 (22)	6 (38)	2 (40)	59 (32)	
10 001 do 50 000 stanovnika	19 (14)	7 (26)	2 (13)	1 (20)	29 (16)	
50 001 do 100 000 stanovnika	53 (40)	12 (44)	6 (38)	2 (40)	73 (40)	

*Fisherov egzaktini test

Tablica 11. Raspodjela ispitanika prema izraženosti depresije i medicinske dijagnoze.

	Broj (%) ispitanika s obzirom na depresiju					P*
	Bez	Blaga	Umjerena	Teška	Ukupno	
Medicinska dijagnoza						
STEMI	38 (28)	5 (19)	2 (13)	3 (60)	48 (26)	0,13
St. post STEMI	12 (9)	3 (11)	1 (6)	0	16 (9)	0,94
NSTEMI	11 (8)	5 (19)	2 (13)	0	18 (10)	0,31
St. post NSTEMI	20 (15)	2 (7)	3 (19)	0	25 (14)	0,58
Cardiomyopathia	22 (16)	6 (22)	4 (25)	1 (20)	33 (18)	0,67
Hypertensio arterialis	68 (51)	16 (59)	9 (56)	2 (40)	95 (52)	0,78
Mb. Coronarius	9 (7)	2 (7)	2 (13)	0	13 (7)	0,73
St. post CABG	2 (1)	0	0 (0)	0	2 (1)	>0,99
Fibrillatio atriorum	5 (4)	4 (15)	2 (13)	1 (20)	12 (7)	0,03
Diabetes mellitus	10 (7)	2 (7)	3 (19)	0 (0)	15 (8)	0,40

*Fisherov egzaktini test

Umjerenu ili tešku anksioznost značajnije više imaju ispitanici koji su u mirovini (Fisherov egzaktni test, $P=0,04$). Značajno su više teško anksiozni oni ispitanici koji imaju nizak, ispodprosječan ili prosječan materijalni status (Fisherov egzaktni test, $P=0,003$). Nema značajne razlike u raspodjeli ispitanika prema jačini anksioznosti u odnosu na spol, bračni status i na broj stanovnika u mjestu u kojem žive (Tablica 12).

Nema značajne razlike u raspodjeli ispitanika prema medicinskoj dijagnozi i izraženosti anksioznosti (Tablica 13).

Tablica 12. Raspodjela ispitanika prema izraženosti anksioznosti i općih obilježja.

	Broj (%) ispitanika s obzirom na anksioznost					P^*
	Bez	Blaga	Umjerena	Teška	Ukupno	
Spol						
Muškarci	36 (65)	28 (58)	28 (58)	15 (48)	107 (59)	0,49
Žene	19 (35)	20 (42)	20 (42)	16 (52)	75 (41)	
Bračni status						
Neudana/neoženjen	5 (9)	1 (2)	9 (19)	2 (6)	17 (9)	0,09
Udana/oženjen	36 (65)	32 (67)	26 (54)	17 (55)	111 (61)	
Rastavljena/rastavljen	7 (13)	7 (15)	9 (19)	2 (6)	25 (14)	
Udovica/udovac	4 (7)	6 (13)	3 (6)	8 (26)	21 (12)	
Izvanbračna zajednica	3 (5,5)	2 (4,2)	1 (2,1)	2 (6,5)	8 (4,4)	
Radni status						
Nezaposlen/nezaposlena	2 (4)	4 (8)	4 (8)	4 (13)	14 (8)	0,04
Zaposlen/zaposlena na puno radno vrijeme	27 (49)	15 (31)	18 (38)	5 (16)	65 (36)	
Zaposlen/zaposlena na pola radnog vremena	1 (2)	0	2 (4)	0	3 (2)	
Radim na ugovor	1 (2)	3 (6)	1 (2)	0	5 (3)	
Umirovljenica/umirovljenik	22 (40)	26 (54,2)	21 (43,8)	22 (71)	91 (50)	
Ostalo	2 (3,6)	0	2 (4,2)	0	4 (2,2)	
Materijalni status						
Nizak	3 (5)	2 (4)	7 (15)	6 (19)	18 (10)	0,003
Ispodprosječan	2 (4)	4 (8)	1 (2)	7 (23)	14 (8)	
Prosječan	49 (89)	39 (81)	37 (77)	18 (58)	143 (79)	
Iznadprosječan	1 (2)	3 (6)	3 (6)	0	7 (4)	
Mjesto u kojem žive ima						
Manje od 1 000 stanovnika	9 (16)	6 (13)	2 (4)	4 (13)	21 (12)	0,11
Od 1 001 do 10 000 stanovnika	24 (44)	11 (23)	13 (27)	11 (35)	59 (32)	
10 001 do 50 000 stanovnika	4 (7)	11 (23)	9 (19)	5 (16)	29 (16)	
50 001 do 100 000 stanovnika	18 (33)	20 (42)	24 (50)	11 (35)	73 (40)	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 13. Raspodjela ispitanika prema izraženosti anksioznosti i medicinske dijagnoze.

	Broj (%) ispitanika s obzirom na anksioznost				Ukupno	P*
	Bez	Blaga	Umjerena	Teška		
Medicinska dijagnoza						
<i>STEMI</i>	18 (33)	16 (33)	9 (19)	5 (16)	48 (26)	0,15
<i>St. post STEMI</i>	3 (5)	4 (8)	7 (15)	2 (6)	16 (9)	0,42
<i>NSTEMI</i>	7 (13)	4 (8)	3 (6)	4 (13)	18 (10)	0,66
<i>St. post NSTEMI</i>	7 (13)	7 (15)	7 (15)	4 (13)	25 (14)	>0,99
<i>Cardiomyopathia</i>	9 (16)	9 (19)	8 (17)	7 (23)	33 (18)	0,89
<i>Hypertensio arterialis</i>	22 (40)	26 (54)	28 (58)	19 (61)	95 (52)	0,17
<i>Mb. Coronarius</i>	5 (9)	3 (6)	1 (2)	4 (13)	13 (7)	0,27
<i>St. post CABG</i>	1 (2)	0	0	1 (3)	2 (1)	0,54
<i>Fibrillatio atriorum</i>	2 (4)	4 (8)	3 (6)	3 (10)	12 (7)	0,63
<i>Diabetes mellitus</i>	6 (11)	2 (4)	4 (8)	3 (10)	15 (8)	0,64

*Fisherov egzaktni test

Ocjena svakodnevnog duhovnog iskustva značajno je veća kod ispitanika s ispodprosječnim i s iznad prosječnim materijalnim statusom (Kruskal Wallisov test, $P = 0,03$). Također, s obzirom na broj stanovnika mjesta u kojem živi ispitanik, značajno su više ocjene svakodnevnog duhovnog iskustva u mjestima s brojem stanovnika od 50 001 do 100 000 stanovnika (Kruskal Wallis test, $P = 0,04$) (Tablica 14).

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost dobi ispitanika s ocjenom svakodnevnog duhovnog iskustva i možemo zaključiti da nema značajne povezanosti dobi s ocjenom svakodnevne duhovne povezanosti ($Rho = 0,070$ $P = 0,35$).

Nema značajnih razlika u ocjeni svakodnevnog duhovnog iskustva u odnosu na medicinske dijagnoze (Tablica 15).

Tablica 14. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva s ocjenom svakodnevnog duhovnog iskustva.

	Medijan (interkvartilni raspon) svakodnevno duhovno iskustvo	<i>P</i>
Spol		
Muškarci	3,2 (2,1 – 4,8)	0,07*
Žene	2,9 (2,1 – 3,7)	
Bračni status		
Neudana/neoženjen	3,3 (2,6 – 3,9)	0,45 [†]
Udana/oženjen	2,9 (2 – 4,3)	
Rastavljena/rastavljen	3,6 (2,2 – 5)	
Udovica/udovac	3,1 (2,2 – 4,6)	
Izvanbračna zajednica	2,3 (1,7 – 4,5)	
Radni status		
Nezaposlen/nezaposlena	3,3 (2,2 – 3,9)	0,65 [†]
Zaposlen/zaposlena na puno radno vrijeme	2,9 (2,2 – 4,4)	
Zaposlen/zaposlena na pola radnog vremena	2,4 (1,9 – 3,5)	
Radim na ugovor	3,6 (3,3 – 5,1)	
Umirovljenica/umirovljenik	2,8 (2 – 4,3)	
Ostalo	3,5 (2,2 – 5,4)	
Materijalni status		
Nizak	2,8 (2 – 3,7)	0,03[†]
Ispodprosječan	4,3 (3 – 5,1)	
Prosječan	2,8 (2,1 – 4,1)	
Iznadprosječan	5,1 (2,9 – 5,6)	
Mjesto u kojem žive ima		
Manje od 1 000 stanovnika	3 (2,1 – 3,7)	0,04[†]
Od 1 001 do 10 000 stanovnika	2,6 (2 – 3,8)	
10 001 do 50 000 stanovnika	2,5 (2 – 5)	
50 001 do 100 000 stanovnika	3,5 (2,3 – 4,7)	

*Mann Whitney U test; [†]Kruskal Wallis test

Tablica 15. Povezanost medicinske dijagnoze s ocjenom svakodnevnog duhovnog iskustva.

Medicinska dijagnoza	Medijan (interkvartilni raspon)		<i>P</i> *
	Nema	Ima	
Svakodnevno duhovno iskustvo			
<i>STEMI</i>	3,2 (2,2 – 4,3)	2,5 (2,0 – 4,3)	0,24
<i>St. post STEMI</i>	3,2 (2,1 – 4,3)	2,3 (2,1 – 3,7)	0,34
<i>NSTEMI</i>	3,2 (2,1 – 4,3)	2,7 (2,1 – 3,6)	0,36
<i>St. post NSTEMI</i>	3,0 (2,1 – 4,3)	3,3 (2,0 – 4,2)	0,85
<i>Cardiomyopathia</i>	3 (2,1 – 4,3)	3,1 (2,0 – 4,1)	0,86
<i>Hypertensio arterialis</i>	2,8 (2,0 – 4,3)	3,2 (2,2 – 4,3)	0,49
<i>Mb. Coronarius</i>	3,1 (2,1 – 4,3)	3,9 (2,3 – 4,7)	0,32
<i>St. post CABG</i>	3,1 (2,1 – 4,3)	3,4 (1,7 – 3,7)	0,87
<i>Fibrillatio atriorum</i>	2,9 (2,1 – 4,3)	3,7 (3,1 – 5,4)	0,11
<i>Diabetes mellitus</i>	3,1 (2,1 – 4,3)	2,6 (2,1 – 4,3)	0,78

*Mann Whitney U test

4.5. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva, s anksioznosti i depresijom

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost dobi ispitanika s ocjenom svakodnevnog duhovnog iskustva te možemo zaključiti da nema značajne povezanosti svakodnevnog duhovnog iskustva s ocjenom anksioznosti i depresijom.

Jedina značajna i jaka pozitivna veza je veza između anksioznosti i depresije, odnosno ispitanici s izraženijom anksioznošću imaju i izraženiju depresiju i obratno ($Rho = 0,722$) (Tablica 16).

Tablica 16. Povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva s anksioznošću i depresijom.

	Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost)		
	Anksioznost	Depresija	Svakodnevno duhovno iskustvo
Anksioznost	-		
Depresija	0,722 (<0,001)	-	
Svakodnevno duhovno iskustvo	0,074 (0,32)	0,002 (0,98)	-

5. RASPRAVA

Rezultati istraživanja provedenog u KBC-u u Osijek, na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila pokazali su da je kod procjene depresije kardioloških bolesnika najviše izražena razdražljivost 8,2 % ispitanika, a potpuno zanimanje za seks izgubilo je 9,9 % ispitanika. Ako bilo što rade, umori se 15,4 % ispitanika, a lakše se razljute negoli prije 50,5 % ispitanika. Uzevši u obzir ocjene depresije, tešku depresiju ima 2,7 % ispitanika, umjerenu 8,8 %, a blagu 14,8% ispitanika. Kod procjene anksioznosti kardioloških bolesnika 33,5% ispitanika navodi da ih je nervoza opterećivala umjereno ili puno vremena. Uzevši u obzir ocjenu anksioznosti, 17 % ispitanika ima jako izraženu anksioznost, 26,4% umjerenu ili blagu. Depresiju značajno više izraženu imaju udovci/udovice i neudani/neoženjeni u odnosu na druge oblike bračnog statusa, s obzirom na radni status najizraženiju depresiju imaju oni ispitanici koji su zaposleni na pola radnog vremena, oni koji rade na ugovor i koji su nezaposleni, s niskim i ispodprosječnim materijalnim statusom. Anksioznost je značajnije više izražena kod ispitanika s niskim i ispod prosječnim materijalnim primanjima. Što su ispitanici stariji to su izraženije depresija i anksioznost.

Iz podataka dobivenih istraživanjem potvrdila se prisutnost depresije i anksioznosti kod kardioloških bolesnika te činjenica da anksioznost i depresija predstavljaju neovisan čimbenik rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti. Potreba za rješavanjem psihosocijalnih čimbenika trebala bi biti prepoznata unutar sestrinske kardiološke skrbi u svrhu poboljšanja kvalitete života bolesnika. Intervencije usmjerene na smanjenje depresije važne su zbog usporavanja procesa bolesti i boljeg pridržavanja terapije što doprinosi pozitivnim zdravstvenim ishodima te smanjenju smrtnosti.

Opažajno presječna studija s kontrolom provedena u KBC-u Split na 222 ispitanika hospitaliziranih na kardiološkom i gastrointestinalnom odjelu, pokazala je statistički značajnu razliku između pojavnosti depresije kod bolesnika koji su se liječili na Odjelu za kardiologiju u odnosu na one bolesnike koji su se liječili na Gastroenterologiji. Isto je istraživanje potvrdilo kako je depresija povezana sa starijom dobi. Mnoge studije potvrdile su da sa starenjem raste i prevalencija poput karcinoma, bolesti srca i krvnih žila, moždanog udara, Parkinsonove bolesti, artritisa i Alzheimerove bolesti. Studija koja je provedena u Americi također dokazuje povezanost depresije, vaskularnih bolesti i komorbiditeta. Komorbiditet kod starijih utječe na stupanj depresije i njeno pogoršanje (4).

Studija provedena u Maleziji na 108 kardiovaskularnih bolesnika hospitaliziranih u tercijarnoj bolnici pokazala je da su nevjenčani pacijenti imali višu razinu depresije te su ispitanici s komorbiditytama isto tako pokazali veći stupanj depresije (13).

Bolest je značajan i uznemirujući životni događaj. Nakon dijagnoze bolesti bolesnici se suočavaju s novim situacijama koje za njih predstavljaju izazov. Narušena kvaliteta života povezana je s visokim stopama hospitalizacije i mortaliteta kardioloških bolesnika (14). Sestrinske intervencije usmjerene na uključivanje i podršku obitelji i okoline mogu dovesti do ublažavanja lošeg raspoloženja i smanjenja dugotrajnog stresa. Socijalna podrška važna je za prilagodbu na bolest, te poboljšanje društvenih i psiholoških funkcija kardioloških bolesnika (15).

Boga doživljava vrlo bliskim 63,2 % ispitanika ili koliko je god moguće bliskim, dok ih 14,3% navodi da im nije blizak. Svakodnevno duhovno iskustvo značajno je veće kod ispitanika s ispodprosječnim i iznad prosječnim materijalnim statusom te u mjestima s brojem stanovnika od 50 000 do 100 000. Nema značajne povezanosti svakodnevnog duhovnog iskustva s ocjenom anksioznosti i depresije.

Studija provedena u Indoneziji ispitivala je povezanost između sedam dimenzija duhovnosti i negativne emocije kod ispitanika s kardiovaskularnim bolestima. Sedam dimenzija duhovnosti uključivalo je: smislenost, povjerenje, prihvaćanje, brigu za druge, povezanost s prirodom, transcendentna iskustva i duhovne aktivnosti. Rezultati su pokazali da je viša razina povjerenja značajno povezana s manje depresivnih simptoma i manje anksioznosti. Viša razina brige za druge i duhovne aktivnosti povezana je s manje tjeskobe, a viša razina povezanosti s prirodom povezana je s manje ljutnje (16).

Rezultati deskriptivne studije provedene u Iranu pokazali su da duhovno zdravlje ima značajnu pozitivnu korelaciju s prilagodbom na bolesti srca. Duhovnost i duhovno blagostanje pomažu pojedincu da postigne veću biološku, psihološku i društvenu ravnotežu snagom integriranja vlastitog odnosa s različitim životnim aspektima. Ova integracija povećava snagu prihvaćanja i prilagodbe osobe na ozbiljna stanja opasna po život kao što su bolesti srca, a rezultira većom prilagodbom osobe na bolest. Duhovnost poboljšava snagu prilagodbe na bolest i brzinu oporavka kroz opuštanje. Također, dovodi do poboljšanja pacijentove snage u pojednostavljenju regulacije negativnih emocija čineći strategije suočavanja s bolešću učinkovitima i sprječavajući širenje negativnih emocija poput depresije i frustracije (17).

Studija provedena u San Diegu na 132 ispitanika s asimptomatskim zatajenjem srca, ispitivala je povezanost između simptoma depresije, duhovnog blagostanja, sna, umora, funkcionalne

sposobnosti i upalnih biomarkera. Analiza podataka pokazala je da su duhovni osjećaji smisla i mira, ali ne i vjere, povezani s manje simptoma depresije (10).

S obzirom da cjelovita skrb za bolesnik mora sagledati sve dimenzije čovjeka i njihov međusobni odnos, duhovnost ima važnu ulogu u suočavanju i prilagodbi s novim iskustvima te oporavku od bolesti. Pristup skrbi usmjeren na osobu omogućuje rješavanje duhovnih potreba i vrijednosti bolesnika (18). Duhovnost pojedincima omogućuje da izdrže patnju i pomaže im da pronađu smisao u izazovnim vremenima (19). Pružanje duhovne skrbi zahtijeva od medicinskih sestara razvoj komunikacijskih vještina u kontekstu duhovne skrbi kao što su: neverbalna komunikacija, slušanje i razgovor o emocijama bolesnika (20). Specifične dimenzije duhovnosti važne su zbog neovisne zaštite od negativnih emocija. Medicinska sestra primjenjujući specifična znanja koja sadrže koncept duhovnosti, pomaže bolesniku u uspostavljanju duhovne ravnoteže te promicanju zdravlja i dobrobiti.

6. ZAKLJUČAK

Provedenim istraživanjem i dobivenim rezultatima možemo zaključiti:

8,2 % ispitanika navodi da ih više ne diraju stvari koje su ih prije ljutile.

Potpuno zanimanje za seks izgubilo je 9,9 % ispitanika.

Ako bilo što rade, umori se 15,4 % ispitanika.

Lakše se razljute negoli prije 50,5 % ispitanika, a 76 % ih ne misli da loše izgleda.

Nervoza je umjereno ili puno vremena opterećivala 33,5 % ispitanika.

Umjeren strah od iščekivanja loših događaja imalo je 25,8 % dok ih je 41,8 % navelo da se nisu mogli opustiti, iako ih to nije opterećivalo niti mučilo.

Drhtanje tijela ili nesvjesticu nije imalo 74 % ispitanika.

Tešku depresiju ima 2,7 % ispitanika, umjerenu njih 8,8 %, a 73,6 % ispitanika nema depresiju.

Kod procjene anksioznosti, s jako izraženom anksioznošću je 17 % ispitanika

26,4 % ispitanika ima umjerenu ili blagu anksioznost, a 30,2 % ih je bez izražene anksioznosti.

Kod procjene svakodnevnog duhovnog iskustva, 63,2 % ispitanika Boga doživljava vrlo bliskim ili koliko je god moguće bliskim, 22 % ispitanika navodi da im je donekle blizak, dok ih 14,3 % navodi da im nije blizak.

Između svakodnevnog duhovnog iskustva te anksioznosti i depresije nema značajne povezanosti.

Ispitanici s izraženijom anksioznošću imaju i izraženiju depresiju i obratno.

7. SAŽETAK

Uvod: Kardiološki bolesnici često imaju neprepoznate simptome depresije. Pružanje duhovne zdravstvene skrbi smatra se zaštitom od razvoja simptoma depresije.

Cilj istraživanja: Ispitati povezanost svakodnevnog duhovnog iskustva i depresije kod kardioloških bolesnika.

Ispitanici i metode: Na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila Kliničkog bolničkog centra Osijek, provedena je presječna studija. Kriterij za uključivanje bio je prisutnost kardiološke bolesti. U istraživanju su sudjelovala 182 ispitanika. Instrument istraživanja je anonimni anketni upitnik koji sadrži sociodemografske podatke, ljestvicu svakodnevnog duhovnog iskustva i Beckov samoocjenski upitnik za depresiju i anksioznost.

Rezultati: Tešku depresiju ima 5 (2,7 %) ispitanika. U slučaju anksioznosti 31 (17 %) ispitanik je s jako izraženom anksioznošću. Boga vrlo bliskim ili koliko god je moguće bliskim doživljava 115 (63,2 %) ispitanika, da im je donekle blizak navodi ih 41 (22,5 %) dok ih 26 (14,3 %) navodi da im nije blizak. Nema značajne povezanosti svakodnevnog duhovnog iskustva s ocjenom anksioznosti i depresijom. Jedina značajna i jaka pozitivna veza je veza između anksioznosti i depresije, ispitanici s izraženijom anksioznošću imaju i izraženiju depresiju i obratno.

Zaključak: Iz podataka dobivenih istraživanjem potvrdila se prisutnost depresije i anksioznosti kod kardioloških bolesnika te činjenica da anksioznost i depresija predstavljaju neovisan čimbenik rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti. Potreba za rješavanjem psihosocijalnih čimbenika trebala bi biti prepoznata unutar sestrinske kardiološke skrbi u svrhu poboljšanja kvalitete života bolesnika. Medicinska sestra/tehničar primjenjujući specifična znanja koja sadrže koncept duhovnosti pomaže bolesniku u uspostavljanju duhovne ravnoteže te promicanju zdravlja i dobrobiti.

Ključne riječi: depresija; duhovnost; kardiovaskularne bolesti

8. SUMMARY

Daily Spiritual Experience and Symptoms of Depression Among Cardiac Patients

Introduction: Cardiac patients often suffer from unrecognised symptoms of depression. The provision of spiritual healthcare is regarded as a form of prevention of symptoms of depression.

Research objective: To examine the correlation between daily spiritual experience and depression among cardiac patients.

Subjects and methods: A cross-sectional study was carried out at the Institute for Cardiovascular Diseases of the Clinical Hospital Centre Osijek. The inclusion criterion was the presence of cardiovascular disease. There were 182 subjects participating in the study. The research instrument was an anonymous survey, which included sociodemographic data, the daily spiritual experience scale and the Beck Depression and Anxiety Inventory.

Results: Five subjects (2.7%) suffered from severe depression, while 31 subjects (17%) suffered from severe anxiety. 115 subjects (63.2%) felt very close or as close as possible to God, 41 subjects (22.5%) felt somewhat close to God, while 26 subjects (14.3%) did not feel close to God. There was no significant correlation between daily spiritual experience and the anxiety and depression assessment. The only significant and strong positive correlation is the correlation between anxiety and depression – subjects suffering from more severe anxiety also suffer from more severe depression and vice versa.

Conclusion: Based on the data obtained in this research, it has been confirmed that depression and anxiety are present among cardiac patients and that they represent an independent risk factor for the onset of cardiovascular diseases. The need to address psychosocial factors must be recognised by cardiac care nurses in order to improve the patients' quality of life. By applying specific knowledge involving the concept of spirituality, nurses help patients achieve spiritual balance and promote health and well-being.

Key words: depression; spirituality; cardiovascular diseases

9. LITERATURA

1. Kralj V, Sekulić K. i Šekerija M. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2013.
2. Hare D. L, Toukhsati S. R, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J*. 2014 Jun; 35(21): 1365-1372.
3. Hudolin V. Rječnik psihijatrijskog nazivlja. 4. Dop. Izdanje. Školska knjiga, Zagreb; 1991.
4. Tasovac D, Vlastelica M, Matijević V. Depresija u kardioloških bolesnika: presječna studija. *Soc. Psihijatrija*. 2015; vol. 43 (2): 87-94.
5. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>. Datum pristupa 10.08.2022.
6. <https://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>. Datum pristupa 10.08.2022.
7. Janssen Niemeijer A. J, Visse M, Van Leeuwen R, Leget C, Cusveller B. S. The Role of Spirituality in Lifestyle Changing Among Patients with Chronic Cardiovascular Disease: A Literature Review of Qualitative Studies. *J Relig Health*. 2017; 56: 1460-1477.
8. Sessana L, Finnell D, Jezewski M. A. Spirituality in Nursing and Health- Related Literature: A Concept Analysis. *J Holist Nurs*. 2007 Dec; 25 (4) : 252-262.
9. Chitra G. P. V, Treschuk J. V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion and Spirituality. *J Holist Nurs*. 2020 March; 38 (1): 107-113.
10. Delaney C, Barrere C, Helming M. The Influence of a Spirituality – Based Intervention on Quality of Life, Depression, and Anxiety in Community – Dwelling Adults With Cardiovascular Disease: A Pilot Study. *J. Holist Nurs*. 2011 Mar; 29(1): 21-32.
11. Mills P. J, Wilson K, Iqbal N, Iqbal F, Alvarez M, Pung M. A. i sur. Depressive symptoms and spiritual wellbeing in asymptomatic heart failure patients. *J. Behav. Med*. 2015 Jun; 38 (3): 407-415.
12. Papathanasiou I. V, Papathanasiou C, Malli F, Tsaras K, Papagiannis D, Kontopoulou L. i sur. The Effect of Spirituality on Mental Health Among Hypertensive Elderly People: A Cross- sectional Community – based Study. *Mater Sociomed*. 2020 Sep; 32 (3) : 218-223.

13. Eng H. S, Chee Yean L, Das S, Letchmi S, Sin Yee K, Bakar R. A. i sur. Anxiety and Depression in Patients with Coronary Heart Disease: A Study in a Tertiary Hospital. *Iran J Med Sci.* 2011 Sep; 36 (3): 201-206.
14. Komalasari R, Yoche M. M. Quality of life of people with cardiovascular disease: a descriptive study. *Asian Pac Isl Nurs J.* 2019; 4 (2): 92-96.
15. Su S. F, Chang M, He C. Social Support, Unstable Angina and Stroke as Predictors of Depression in Patients With Coronary Heart Disease. *J Cardiovasc Nurs.* 2018 Mar/Apr; 33 (2): 179-186.
16. Ginting H, Naring G, Kwakkenboss L, Becker E. S. Spirituality and Negative Emotions in Individuals With Coronary Heart Disease. *J Cardiovasc Nurs.* 2015 Nov/Dec; 30 (6): 537-545.
17. Besharat M. A, Ramesh S, Moghimi E. Spiritual health mediates the relationship between ego-strenght and adjustment to heart disease. *Health Psychol Open.* 2018 Jan/Jun; 5 (1) : 1-8.
18. Lalani N. Meanings and Interpretations of Spirituality in Nursing and Health. *Religions.* 2020 Aug; 11 (9): 428-442.
19. Agrimson L. B, Taft L. B. Spiritual crisis: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009 Feb; 65 (2) : 454-461.
20. Panczyk M, Iwanow L, Musik S, Wawrzuta D, Gotlib J, Jaworski M. Perceiving the Role of Communication Skills as a Bridge between the Perception of Spiritual Care and Acceptance of Evidence- Based Nursing Practice- Empirical Model. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Dec; 18 (23) : 12591. Dostupno na adresi: <https://doi.org/10.3390/ijerph182312591>. Datum pristupa 13.08.2022.

11. PRILOZI

11.1. Zaključak Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Osijek



Klinički bolnički centar Osijek
Povjerenstvo za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara
za zdravstvenu njegu

Broj: R1-4636-3/2022.
Osijek, 08.04.2022.

Temeljem točke III Odluke o imenovanju Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek na svojoj 11. sjednici održanoj 08.04.2022. godine pod točkom 3 dnevnog reda donijelo je slijedeći:

ZAKLJUČAK

Temeljem uvida u zamolbu s priloženom dokumentacijom koju je ovom Povjerenstvu predala Mihaela Roguljić, studentica sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo Slavonski Brod, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, a u svrhu provođenja istraživanja vezanog uz izradu diplomskog rada pod nazivom: „**Svakodnevna duhovnost i simptomi depresije kod kardioloških bolesnika**”, mentor/ komentor prof.prim.dr.sc. Aleksandar Včev/ Brankica Juranić, mag.med.techn, Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara KBC Osijek izražava mišljenje, na svojoj 11. sjednici održanoj dana 08.04.2022. godine zaključilo je:

- ✓ Da studentica Mihaela Roguljić kao istraživač, posjeduje odgovarajuće stručne i znanstvene kompetencije za korektnu i uspješnu realizaciju predloženog istraživanja;
- ✓ Da predloženo istraživanje može rezultirati novim znanstvenim/stručnim spoznajama u tome području;
- ✓ Da su plan rada i metode istraživanja u skladu s etičkim i znanstvenim standardima;
- ✓ Da su plan rada i metode istraživanja, ukupan broj, odabir, uključivanje, obaviještenost i suglasnost ispitanika/zakonskih zastupnika, u skladu s etičkim i znanstvenim standardima;
- ✓ Da su predvidivi rizici i opasnosti u odnosu prema pretpostavljenoj znanstvenoj koristi, osmišljeni uz najmanje moguće izlaganje riziku i/ili opasnosti po zdravlje istraživača, suradnika u istraživanju i opće populacije, u skladu s temeljnim etičkim principima i ljudskim pravima u biomedicinskim istraživanjima u području medicine i zdravstva, uključujući standarde korištenja i postupka s humanim biološkim materijalom u znanstvenim i stručnim biomedicinskim istraživanjima.

Temeljem gore navedenog, Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara izražava mišljenje:



Klinički bolnički centar Osijek
Povjerenstvo za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara
za zdravstvenu njegu

Da su tema i predloženo istraživanje pristupnice Mihaele Roguljić u svrhu provođenja istraživanja vezanog uz diplomski rad, multidisciplinarno etički prihvatljivi, s napomenom da za svako eventualno odstupanje od najavljenog istraživanja „Svakodnevna duhovnost i simptomi depresije kod kardioloških bolesnika” kao istraživač mora promptno obavijestiti i ponovno zatražiti mišljenje i suglasnost Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek.

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

N. Farčić

O tome obavijest:

1. Predlagatelj Mihaela Roguljić putem elektroničke pošte
2. Pismohrana Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara