



HRVATSKO
KATOLIČKO
SVEUČILIŠTE
Z A G R E B
UNIVERSITAS
STUDIORUM
CATHOLICA
CROATICA
Z A G R A B I A

DOKTORSKI STUDIJ

Vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu

Brankica Rimac

**DUHOVNOST I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM
BOLESNIKA S KRONIČNIM BOLESTIMA**

Doktorski rad

Zagreb, siječanj 2024.

BRANKICA RIMAC
DOKTORSKI RAD
2024.



DOKTORSKI STUDIJ
Vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu

Brankica Rimac

**DUHOVNOST I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM
BOLESNIKA S KRONIČNIM BOLESTIMA**

Doktorski rad

Mentor: prof. dr. sc. Stješan Kušar
Komentor: prof. dr. sc. Gordan Črpić

Zagreb, siječanj 2024.

Doktorski studij:

Sociologija: vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu

Brankica Rimac



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da je moj doktorski rad:

Duhovnost i zadovoljstvo životom bolesnika s kroničnim bolestima
Spirituality and Life satisfaction of Patients with Chronic Diseases
(naslov doktorskog rada na hrvatskom i engleskom jeziku)

izrađen pod mentorstvom/komentorstvom:

prof. dr. sc. Stjepana Kušara (mentor) i prof. dr. sc. Gordana Črpića (komentor)
(navesti imena mentora/komentora)

i obranjen:

(napisati datum, mjesto i vrijeme obrane doktorskog rada)

isključivo rezultat mog vlastitog i samostalnog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i objavljenoj literaturi, a dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te navedeni u popisu literature.

Izjavljujem da niti jedan dio doktorskog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranog rada te niti jedan dio doktorskog rada ne narušava ičija autorska prava.

Izjavljujem da niti jedan dio doktorskog rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi u Republici Hrvatskoj i inozemstvu.

U Zagrebu, _____ 2024.

(vlastoručni potpis)

Doktorski studij (*molimo upišite*):

Sociologija: vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu

Brankica Rimac



IZJAVA O ISTOVJETNOSTI SADRŽAJA DOKTORSKOG RADA

kojom izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da je sadržaj mojeg doktorskog rada:

Duhovnost i zadovoljstvo životom bolesnika s kroničnim bolestima
Spirituality and Life Satisfaction of Patients with Chronic Diseases
(*naslov doktorskog rada na hrvatskom i engleskom jeziku*)

izrađen pod mentorstvom/komentorstvom:

prof. dr. sc. Stjepana Kušara (mentor) i prof. dr. sc. Gordana Črpića (komentor)
(*navesti imena mentora/komentora*)

i obranjen:

(*napisati datum, mjesto i vrijeme obrane doktorskog rada*)

koji dostavljam u elektroničkoj verziji u PDF inačici na CD-u/DVD-u, istovjetan tiskanoj verziji mog doktorskog rada (koji dostavljam u dva (2) tiskana primjerka, tvrdi uvez).

U Zagrebu, _____ 2024.

(vlastoručni potpis)

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

Naslov doktorskog rada	Duhovnost i zadovoljstvo životom bolesnika s kroničnim bolestima
Autor	Brankica Rimac
Mentor Komentor/komentor 2	prof. dr. sc. Stjepan Kušar, mentor prof. dr. sc. Gordan Črpić, komentor
Ključne riječi	duhovnost, kronična bolest, zadovoljstvo životom, duhovne potrebe, duhovne vrijednosti, društvo, stil života.
Povjerenstvo za ocjenu doktorskog rada	1. prof. dr. sc. Siniša Zrinščak, predsjednik 2. prof. dr. sc. Krunoslav Nikodem, član 3. prof. dr. sc. Gordan Črpić, član
Povjerenstvo za obranu doktorskog rada	1. _____, predsjednik 2. _____, član 3. _____, član 4. _____, član 5. _____, član
Ustanova koja je dodijelila akademski stupanj doktora znanosti	HRVATSKO KATOLIČKO SVEUČILIŠTE
Doktorski studij	<i>Sociologija: vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu</i>
Mjesto	Zagreb
Država obrane	Republika Hrvatska
Znanstveno područje	Društvene znanosti
Znanstveno polje	Sociologija
Znanstvena grana (<i>ako ima</i>)	
Vrsta studija	Sveučilišni
Razina studija	Poslijediplomska
Akademski stupanj	Doktor znanosti
Kratica akademskog stupnja	dr. sc.
Vrsta rada	Doktorski rad
Jezik pisanja doktorskog rada	Hrvatski
Jezik na kojem je doktorski rad obranjen	
Datum obrane doktorskog rada	

BASIC DOKUMENTATION CARD

Thesis Title	Spirituality and Life Satisfaction of Patients with Chronic Diseases
Author	Brankica Rimac
Mentor Co-mentor/Co-mentor 2	Stjepan Kušar, PhD Gordan Črpić, PhD
Key words	spirituality, chronic disease, life satisfaction, spiritual needs, spiritual values, society, lifestyle.
Thesis Evaluation Committee	1. Siniša Zrinščak, PhD, president 2. Krunoslav Nikodem, PhD, member 3. Gordan Črpić, PhD, member
Thesis Defense Committee	1. _____, president 2. _____, member 3. _____, member 4. _____, member 5. _____, member
The Institution Awarding the Academic Degree	CATHOLIC UNIVERSITY OF CROATIA
Doctoral Study	<i>Sociology: Values, Identity and Social Changes in Croatian Society</i>
Location	Zagreb
Country of Defense	Republic of Croatia
Scientific Area	Social Sciences
Scientific Field	Sociology
Scientific Branch (if any)	
Type of Study	University
Level of Study	Postgraduate
Academic Degree	PhD Degree
Abbreviated Academic Degree Title	PhD
Type of Thesis	Postgraduate Thesis
Language of Thesis (written)	Croatian
Language of Thesis (defenced)	
Date of Thesis Defense	

SAŽETAK

U posljednjim dekadama 20-og stoljeća vidljiv je sve veći interes za boljim poznavanjem duhovnosti, prisutnosti duhovnosti u čovjeku, kao i za pozitivan utjecaj duhovnosti na život čovjeka opterećenog bolestima i pogođenog raznim teškim izazovima u životu. Smatra se da duhovnost ima značajnu ulogu u životu čovjeka općenito pa samim time utječe i na zadovoljstvo životom bez obzira u kakvim se teškim i zahtjevnim prilikama ljudi nalazili.

Na tom tragu je i ovo istraživanje o prepoznavanju duhovnih potreba osoba s kroničnim bolestima. Nastojimo otkriti važnost duhovnosti ispitanika koji boluju od kroničnih bolesti bubrega i od mišićno-koštanih bolesti, prepoznati njihovo zadovoljstvo životom i sve ono što utječe na njihov život pritisnut bolestima.

Kako bismo se približili i upoznali mišljenja, osjećaje, spoznaje ljudi kao i utjecaj na njihovu duhovnost, potrebno je obuhvatiti široki spektar znanstvenih područja: od društvenih znanosti kao što su sociologija, psihologija, filozofija, antropologija pa sve do biomedicinskih znanosti. Pritom dolazi do izražaja kako je važno proučavati duhovnost i ukazivati na njezinu važnost u životu čovjeka.

Odnos između duhovnosti i zdravlja i zadovoljstva životom posebno je izražen kod osoba s kroničnim bolestima i neizvjesnošću koju kronične bolesti nose sa sobom; smatra se da duhovnost može u određenoj mjeri olakšati teret bolesti između ostalog i tako što može pomoći u otkrivanju nematerijalnog, dobrog i lijepog u bolesnikovoj svakodnevici. Stoga se nastojalo otkriti i prepoznati potrebe za duhovnim vrijednostima (dobrota, istina, ljepota, ljubav, umjetnost) koje su temeljene na civilizacijskim, vjerskim i kulturnim dostignućima.

U suočenju čovjeka s duhovnim i tjelesnim potrebama i da bi otkrio zadovoljstvo životom tijekom bolesti potrebna je spoznaja vlastite duhovnosti; ona čini život ugodnijim, zadovoljnijim. Rezultati našeg istraživanja ukazuju na pozitivnu povezanost socijalne dimenzije duhovnosti sa zadovoljstvom i socijalnom podrškom u životu. Duhovnost shvaćena kao odnos prema drugim ljudima važna je za zadovoljstvo u životu, dok vjera u Boga i veza s prirodom to nisu. Nadalje, rezultati pokazuju da je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti negativno povezana s rizičnim oblicima ponašanja, poglavito s obzirom na

konзумaciju alkohola. No, rezultati pokazuju da duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti nije povezana s redovitim korištenjem lijekova.

Temeljem dobivenih rezultata i trenutne znanstvene spoznaje o važnosti primanja i pružanja duhovne skrbi, ovaj rad daje okvir za moguće nove obrazovne sadržaje namijenjene zdravstvenom osoblju.

Ključne riječi: duhovnost, kronična bolest, zadovoljstvo životom, duhovne potrebe, duhovne vrijednosti, društvo, stil života.

SUMMARY

In the last decades of the 20th century, an ever-growing interest in better comprehension of spirituality, its presence in mankind, and its beneficial impact on life of an individual burdened with illnesses and stricken by a variety of serious life-imposed challenges has been witnessed. It is believed that spirituality plays a significant role in human life in general, and therefore also in the degree of life satisfaction regardless of heavy and demanding circumstances people might find themselves under.

This research also follows the path of recognition of spiritual needs of individuals suffering from chronic diseases. We hereby strive to uncover the importance of spirituality for subjects suffering from chronic diseases, as well as to recognise the degree of their life satisfaction and all factors impacting their disease-burdened lives.

In order to approach people and gain insight into their thoughts, feelings, notions and influences on their spirituality, a wide spectrum of science fields should be employed, ranging from social sciences like sociology, psychology, philosophy, and anthropology, to biomedical sciences. Along that path, the importance of spirituality studying and the importance of emphasising its relevance for human life comes to light.

The relationship between spirituality on one side, and health & life satisfaction on the other, is particularly pronounced in persons suffering from chronic diseases and burdened by uncertainty in their wake. Among other, spirituality alleviates the disease-inflicted burden because it aids in uncovering the non-tangible, good, and beautiful components of patient's everyday life. Therefore, efforts have been made to identify and recognise the needs for spiritual values (kindness, truth, beauty, love, art) underpinned by civilisational, religious, and cultural achievements.

In order to find satisfaction in life during the course of illness, when facing own spiritual and carnal needs one has to unmask own spirituality that makes life more pleasant and more satisfactory. The results of our research indicate a positive connection of the social dimension of spirituality with satisfaction and social support in life. Spirituality understood as a relationship with other people is important for satisfaction in life, while faith in God and connection with nature are not. Furthermore, the results show that the spirituality of patients suffering from chronic diseases is negatively related to risky behaviors, especially with regard

to alcohol consumption. However, the results show that the spirituality of patients suffering from chronic diseases is not related to the regular use of drugs.

Based on the obtained results and the state-of-the-art notions on the importance of receipt and delivery of spiritual care, this study provides a framework for possible novel educational topics to be taught to healthcare personnel.

Keywords: spirituality, chronic disease, life satisfaction, spiritual needs, spiritual values, society, lifestyle.

O mentoru:

Stjepan Kušar, (1950) – redoviti profesor na Hrvatskom katoličkom sveučilištu. Nakon mature studirao je teologiju na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Zagrebu i na Papinskom Gregorijanskom Sveučilištu u Rimu. Godine 1973. diplomirao je na Filozofskom fakultetu Gregorijanskoga Sveučilišta, a 1976. na njegovu Teološkom fakultetu. Magisterij iz teologije postiže na istom sveučilištu 1978., a doktorat iz teologije 1984. radom o spoznaji Boga u filozofiji religije njemačkog filozofa i teologa Bernharda Weltea, objavljenom na njemačkom i na hrvatskom jeziku. Predavao je filozofske i teološke predmete na Katoličkom bogoslovnom fakultetu i Filozofsko-teološkom institutu Družbe Isusove u Zagrebu. Godine 1991. izabran je za asistenta pri katedri za filozofiju na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Zagrebu, 1995. za višega asistenta, a 1997. za docenta. Od 1999. docent je na Katedri za dogmatiku na istom fakultetu, u jesen 2000. izabran je u zvanje izvanrednoga profesora. Od 2013/14. predaje u zvanju redovitoga profesora na Odjelu za povijest i Odjelu za sociologiju Hrvatskoga katoličkoga sveučilišta. Od 1995. do 2001. bio je urednik časopisa *Bogoslovska smotra*, a od 2001. do 2013. bio je zaposlen u izdavačkoj kući "Kršćanska sadašnjost" kao urednik-redaktor. Prevodi tekstove s latinskog, njemačkog, talijanskog i francuskog jezika. Važniji su mu radovi: kao autor: *Dem göttlichen Gott entgegen denken. Der Weg von der metaphysischen zu einer nachmetaphysischen Sicht Gottes in der Religionsphilosophie Bernhard Weltes*, Freiburg i.Br 1986; *Spoznaja Boga u filozofiji religije. B. Welte i božanski Bog*, Zagreb 1996; *Filozofija u srednjem vijeku*, Zagreb 2015; kao urednik: *Srednjovjekovna filozofija*, Zagreb 1996. Prevoditelj i komentator: *Augustin: O slobodi volje*, Zagreb 1998; *Bonaventura: Tria opuscula. Breviloquium. Itinerarium mentis in Deum. Reductio ad theologiam*, uvod, prijevod i komentar, Zagreb 2009; *Anselmo Canterburyjski: Cur Deus homo – Zašto je Bog postao čovjekom*, uvod, prijevod i komentar, Zagreb 2014. Upisan u registar znanstvenika pri Ministarstvu znanosti, obrazovanja i športa R. H. pod brojem 184181. Sudjelovao je u projektima „Vjera i moral u Hrvatskoj“ te „European Values Study – Croatia“ pri Katoličkom bogoslovnom fakultetu 1998 – 2000. Član je Hrvatske sekcije Europskoga društva za katoličku teologiju.

O kometoru:

Prof. dr. sc. Gordan Črpić diplomirao je 1990. godine elektrotehniku na Višoj tehničkoj školi „Rade Končar“ u Zagrebu. Godine 1996. diplomirao je teologiju na Institutu za teološku kulturu laika Katoličkoga bogoslovnoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, a 1997. sociologiju na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Magisterij znanosti, područje društvenih znanosti, polje sociologija, stekao je 2002. godine na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u

Zagrebu. Na istom je Fakultetu stekao i titulu doktora znanosti, područje društvenih znanosti, polje sociologija, grana posebne sociologije 2009. godine. Njegov magistarski rad bio je na temu „Religioznost studenata u Republici Hrvatskoj“, a doktorat na temu „Utjecaj religioznosti na individualnu i socijalnu dimenziju morala u Hrvatskoj“. Prije zaposlenja na Hrvatskom katoličkom sveučilištu, do 2014. godine, radio je u Centru za promicanje socijalnog nauka Crkve Hrvatske biskupske konferencije: od 1997. do 2003. godine kao tajnik, a od 2004. do 2014. godine kao pročelnik Centra (od 2011. godine, prelaskom na Hrvatsko katoličko sveučilište ovu službu obnaša volonterski). Od 1998. do 2003. radio je kao urednik socijalnog programa Hrvatskoga katoličkoga radija. Član je Međunarodnog društva za sociologiju religije (ISSR), Međunarodnog društva za proučavanje religije u Istočnoj i Središnjoj Europi (ISORECEA). Upisan je u registar znanstvenika pri Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske pod brojem 248676. Dio njegovih radova ulazi u interdisciplinarno područje sociologije, socijalnog nauka Crkve i socijalne politike, a odnosi se na teme siromaštva, solidarnosti, dobrovoljnosti, supsidijarnosti, pomirenja i opraštanja te drugih aktualnih društvenih pitanja. U tekstovima ovoga tematskog kruga, dr. sc. Gordan Črpić pokazuje i usmjerenost k promišljanju konkretnih modela promjena, odnosno poboljšanja društvene stvarnosti Hrvatske u kontekstu ukupnih europskih društvenih procesa.

ZAHVALE:

Svoj rad posvećujem svima koji prepoznaju i žive duhovnost.

Zahvaljujem na podršci i poticaju svim dragim i dobrim ljudima.

SADRŽAJ

UVOD	1
1. TEORIJSKI OKVIR I METODA ISTRAŽIVANJA – DRUŠTVO I DUHOVNOST	8
1.1. Teorijski pristupi suvremenom društvu	8
1.1.1. Modernizacija i teorije moderniteta	8
1.1.1.2. Primjeri analize modernizacije i moderniteta u sociologiji	11
1.1.2. Sekularizacija kao znak moderniteta	19
1.1.2.1. Uvid u neke teorije sekularizacije	20
1.1.2.2. Kritičke opaske spram teorija sekularizacije	24
1.1.3. Modernitet i postmodernitet	26
1.1.4. Duhovnost u modernitetu i postmodernitetu	30
1.2. Suvremeni govor o duhovnosti	36
1.2.1. Termin i pojam duhovnosti	37
1.2.2. Sociološki pogled na duhovnost	41
1.2.3. Antropološki pogled na duhovnost	47
1.2.4. Duhovnost u okviru medicinskih znanosti	51
1.2.5. Duhovnost u okviru sestrinstva	54
1.2.6. Holistička skrb u pružanju formalne i neformalne podrške	58
1.3. Zadovoljstvo životom i kvaliteta života	64
1.4. Kronične bolesti	69
1.4.1. Pojam i razvoj kroničnih bolesti	69
1.4.2. Kronične bolesti bubrega (KBB)	76
1.4.3. Kronične mišićno–koštane bolesti (MKB)	78
1.5. <i>Spiritual care</i> – skrb za duhovno zdravlje bolesnika	82
1.6. Sadržaj istraživanja, istraživačka pitanja i ciljevi, hipoteze	92
1.7. Ispitanici	94
1.8. Metode istraživanja	96
1.8.1. Odabir istraživačkih metoda i instrumenata	96
1.8.1.1. Upitnici	96
1.8.2. Dopusnica Etičkog povjerenstva	97
1.8.3. Informirani pristanak	98
1.8.4. Pohrana upitnika	98
1.8.5. Tijek istraživanja	98
1.8.5.1. Izazovi u istraživanju	98
1.8.5.2. Utjecaj pandemije SARS – CoV 19 virusom na provedbu istraživanja	99

2. REZULTATI I RASPRAVA	101
2.1. Opće značajke ispitanika	101
2.1.1. Ispitanici prema dvije skupine bolesti i njihova osnovna obilježja.....	102
2.1.2. Pregled konfesionalne pripadnosti.....	104
2.1.3. Pregled religijske samoidentifikacije	105
2.2. Dimenzije duhovnosti i njihove osnovne značajke	107
2.2.2. Osobni osjećaj duhovnosti	112
2.2.3. Duhovne potrebe.....	118
2.3. Duhovnost, socijalna podrška i zadovoljstvo životom.....	123
2.3.1. Socijalna podrška - osnovne značajke.....	123
2.3.2. Zadovoljstvo životom - osnovne značajke.....	125
2.3.3. Povezanost duhovnosti, socijalne podrške i zadovoljstva životom.....	128
2.4. Duhovnost, životni stilovi i korištenje lijekova.....	134
2.4.1. Životni stilovi i osnovne značajke ispitanika	134
2.4.2. Korištenje lijekova i osnovne značajke ispitanika	143
2.4.3. Povezanost duhovnosti, životnih stilova i korištenja lijekova	152
2.5.1. Stanje bolesti i osnovne značajke ispitanika	160
2.5.2. Simptomi bolesti - osnovne značajke	167
2.5.3. Povezanost duhovnosti, stanja bolesti i simptoma bolesti.....	173
ZAKLJUČAK	185
Extended Abstract	192
POPIS TABLICA.....	206
LITERATURA.....	210
PRILOZI.....	232
ŽIVOTOPIS	245

UVOD

Zdravlje, kao i bolest, neosporni su momenti ljudskoga postojanja. Budući pak da je čovjek slobodno i misaono biće kojemu je cilj svoj život ispuniti smislom, on se oduvijek kroz svu svoju povijest i u svakom kulturnom krugu i na različitim znanstvenim područjima pitao o tome kako oblikovati i izgrađivati vlastiti život tako da sve sastavnice njegove cjelovitosti budu uravnotežene. Kako objasniti bolest i naći njezine uzroke, što je potrebno poduzeti kako bi se ponovno uspostavilo zdravlje, kakva je skrb potrebna za bolesne i one koji pate i trpe bol? Nijedan čovjek sam nije u stanju riješiti te probleme. Biomedicinski model pristupa zdravlju s filozofskim ishodištem u Descartesovu dualizmu i u strogoj odvojenosti, "duše" i "tijela", ponekad i u njihovoj isključivosti i suprotstavljenosti, doveo je do pasivne predaje bolesnika profesionalcima koji su preuzeli formalnu brigu o zdravlju i skrbi za bolesnu populaciju. U visoko profesionaliziranom društvu, kakvo se izgradilo u vremenu moderniteta kroz kojih nešto više od dvjesto godina, izgubio se osjećaj za cjelovitost ljudskoga bića, a bolest se smatrala i još se uvijek ponajčešće smatra slomom ljudskoga tijela jer ga sprječava u njegovu normalnom funkcioniranju pa se naglasak uglavnom stavlja samo na liječenje bolesti kako bi tijelo ponovo postalo funkcionalno (Staničić, 2001)

Shvaćanje da se tijelom može manipulirati, da se bolest može istražiti i liječiti izolirano, tj. zanemarujući druge sociokulturne i religijsko-svjetonazorske čimbenike, danas je izloženo sve većim kritikama. Osobito važan prigovor jest činjenica da bolesnik ne smije biti pasivan objekt nego cjelovita osoba koju je moguće uspješno liječiti samo kada ga se doživljava kao misaono, sposobno biće koje ima vlastitu osobnost, vlastiti pogled na svijet, vlastite vrijednote i stavove te kao takvo može utjecati na procese vlastitoga ozdravljenja. S pravom se postavlja pitanje zašto se znanstvena otkrića i tehničko-tehnološki napredak biomedicinskih i mnogih drugih znanosti u većoj mjeri ne temelji na znanostima koje više uvažavaju etičku i humanu dimenziju čovjeka kao osobe (Molina-Mula, Gallo-Estrada 2020) Čini se da je upravo stoga interes pojedinaca, a i znanstvenika, sve više usmjeren ka komplementarnoj medicini koja dovodi u pitanje monopol i dominaciju biomedicinskoga modela zdravlja (Giddens, 2007: 142).

Posljednjih desetljeća posebno su intenzivirana istraživanja religioznosti i duhovnosti (Jacobs, 2012; Ančić, 2013), duhovnoga blagostanja (Fisher, 2011), duhovnih potreba (Bussing, 2018), duhovne dobrobiti (Gomez, Fisher, 2005), duhovnih dimenzija (Benner Carson &

Konning 2008) u liječenju bolesnih osoba. Brojne publikacije, od znanstvenih i preglednih članaka, poglavlja u knjigama, objavljenih radova s raznih kongresa i simpozija pa do knjiga na temu duhovnosti, rezultat su iznimne zainteresiranosti pojedinaca i društva za proučavanje duhovnosti. Uzevši u obzir ove publikacije mogu se posve sumarno i okvirno-orientativno razlučiti tri momenta u značenju termina duhovnost; to je važno ovdje istaknuti da bi se znalo u kojem smislu se taj termin rabi u prvim dijelovima ovoga rada. Duhovnost se tiče, ponajprije općenito religiozno, čovjekova odnosa s nekim višim bićem odnosno sa sferom svetoga i božanskoga; duhovnost se referira također na posebnu kvalitetu života koja prožima cijelo čovjekovo biće tako da mu integrira sve dimenzije nadilazeći samo one fiziološke i psihološke uzete zasebno; i na kraju, duhovnost izražava također čovjekovu potrebu da daje i prima ljubav, da čuva nadu i pouzdanje, da nađe smisao života i njegovih teških momenata (nesreće, bolest, smrt) na osobnom životnom putu (engl. *way of life*) s ciljem samorealizacije i zadovoljstva životom. Iz svega je vidljivo da je pojam duhovnosti neutralan s obzirom na vjeru u Boga – niti ju nužno uključuje, niti ju isključuje, ovisi o životnim kontekstima i egzistencijalnim opredjeljenjima ljudi.

Uočava se i porast važnosti religije za globalno zdravlje (Winigen & Peng-Keller, 2021; Kleinman, 2011; Farmer 2011; Stewart, Keusch & Kleinman 2010) što se može pratiti kroz rad Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) kao najvažnije globalne zdravstvene organizacije kada su u pitanju postavljanje normi i standarda zdravlja.

Prvih 30 godina nakon osnutka (1948) SZO bila je zaokupljena iskorjenjivanjem zaraznih bolesti s tek otkrivenima antibioticima, cjepivima i insekticidima, a tek 70-ih godina razvijeni su modeli sveobuhvatne skrbi. Takvim modelima nastojalo se smanjiti teret pojedinačnih bolesti u mnogim zemljama te su se uz medicinske stručnjake koristili lokalni resursi kao što su tradicionalne primalje, tradicionalni iscjelitelji i vjerski službenici (Curlin, 2005; Mahler, 1977). Prvi takav model razvila je *Cristian Medical Commission* (CMC) 1968., koju je osnovao *World Council of Churches* (WCC), što dovodi do jačanja suradnje između zagovornika kršćanskoga socijalnoga evanđelja i zdravstvenih stručnjaka koji su u to vrijeme radili na izradnji globalne strategije zdravlja do 2000 godine. U konačnici to je uvelike utjecalo na Povelju iz Alma Ate iz 1978. godine, što je bio i prijelomni trenutak u razvoju primarne zdravstvene zaštite (Litsios, 2004; Swezy, 2008).

Prepoznata je potreba da se globalna strategija «Zdravlje za sve» (engl. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*) (HFA) osnaži s novom, duhovnom dimenzijom zdravlja koja

je bila percipirana kao "faktor X" koji nedostaje u razvoju univerzalne zdravstvene skrbi (Bisht, 1985). Pojam duhovnosti se u promišljanju o zdravlju uvodi kao sveobuhvatni etički okvir za globalno zdravlje oplemenjeno idejom humanih kvaliteta, suosjećanja s ugroženima, bolesnima te željom za socijalnom pravdom (SZO, 1984). Duhovna dimenzija zdravlja u zdravstvenim programima pojedinih zemalja usklađuje se s njihovim društvenim i kulturnim okruženjem (SZO, 1984). Važnost osobnih uvjerenja vezanih za zdravlje osobito dolazi do izražaja u skrbi za bolesnike čija bolest nije reagirala na konvencionalno liječenje. Prisjetimo se pionirke hospicijskog pokreta Cicely Saunders (1918 – 2005) koja je skovala pojam *totalne boli* u koju je uključivala i duhovnu bol, što je kasnije u definiciji palijativne skrbi bila bitna odrednica aktivne potpune skrbi za bolesnike. Slijedom toga palijativna skrb definirana je kao sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb sa ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja značajno skraćuje životni vijek (SZO, 1989).

Iz osobnoga, dugogodišnjega iskustva prakticiranja zdravstvene njege te nedavnoga iskustva pripremanja bolničkoga osoblja za rad na odjelima na kojima se pruža zdravstvena skrb oboljelima od SARS – CoV19 virusa, odnosno Covida, spoznala sam kako su osobna uvjerenja ljudi u suočavanju s bolesnicima i bolestima vrlo važna i izražena. „*Da, definitivno u našoj smo [sestrinskoj] struci često i psiholozi i jedine koje dajemo svu moguću psihološku podršku jer su sestre najviše uz pacijenta u svojim tim najtežim trenutcima i upravo to što je čovjek bolesniji to mu treba više razgovora....*“ , kazala je u našoj fokus grupi jedna medicinska sestra upućujući nas na važnost promatranja života i zadovoljstva životom iz jedne drukčije perspektive koja ostavlja mogućnost profesionalcima da kroz razgovor uvažavaju osobna uvjerenja ljudi i njihova razmišljanja o životu, a što znači da se osjeća kako valja povesti računa o njihovim duhovnim potrebama.

Znanje i vještine zdravstvenih djelatnika, osobito medicinskih sestara kao nositelja najzastupljenijeg oblika zdravstvene skrbi za bolesnike, tj. zdravstvene njege, potrebno je kontinuirano razvijati i prilagođavati potrebama samih bolesnika što je veliki izazov za obrazovne sustave. „Jedinstvena funkcija medicinske sestre je pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili njegovom oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje.“ (Henderson, 1997:12)

Stoga je i razumljiv interes istraživača iz različitih znanstvenih disciplina (biomedicinskih znanosti, psihologije, sociologije, filozofije, teologije, sestrinstva) za dodatnim

razumijevanjem potreba bolesnika općenito te posebice onih koji su oboljeli od kroničnih bolesti. Uz uobičajenu medicinsku skrb, koja ništa ne gubi na svojoj važnosti, sve više u prvi plan dolazi potreba za duhovnom skrbi te shvaćanje važnosti i uloge duhovnosti i religioznosti u bržem postizanju samostalnosti i poboljšanja zdravlja.

Duhovno blagostanje je uz biološku, psihološku i socijalnu dimenziju ljudskoga postojanja, četvrta dimenzija kojom se naglašava holistički pristup bolesnom čovjeku. Istraživanjem će se nastojati naći povezanost duhovnosti i zadovoljstva životom, opisati duhovno iskustvo i potrebe, procijeniti stupanj zadovoljstva i životnu perspektivu bolesnika te procijeniti prisutnost psihološke prilagodbe na kroničnu bolest. U pitanju je dakle važnost primanja i pružanja također duhovne njege (*spiritual care*) bolesnicima (Nissen, 2021; Hvidt, 2020).

U ovoj disertaciji kanimo analizirati povezanost duhovnosti i zadovoljstva životom bolesnika s kroničnim bolestima. Nastoje se prepoznati potrebe za duhovnim vrijednostima (dobro, dobrota, istina, ljepota, ljubav, umjetnost), temeljenih na civilizacijskim, vjerskim i kulturnim dosezima, te ishod udovoljavanja duhovnim potrebama u zadovoljstvu životom bolesnika s kroničnim bolestima, povezano s medicinskom skrbi za njih. U tu svrhu provedeno je istraživanje na dvije skupine ispitanika s kroničnim bolestima i to s bubrežnim bolesnima (KBB) i s mišićno–koštanim bolestima (MKB).

Cilj ove doktorske disertacije je istražiti i analizirati povezanost duhovnosti i zadovoljstva životom u bolesnika s kroničnim bolestima. Pritom smo duhovnost koncipirali, a u skladu s korištenim upitnikom koji je preuzet iz međunarodnog istraživanja, kao višedimenzionalni fenomen koji se sastoji od tri područja: ono što je idealno za duhovno zdravlje, ono što je važno za osobni osjećaj duhovnosti i ono što predstavlja duhovne potrebe. U prva dva područja ispituje se, na istom instrumentu koji se sastoji od 22 čestice, što ispitanici misle da je idealno za duhovno zdravlje i kako se oni osjećaju spram duhovnosti, a u trećem području ispituju se duhovne potrebe na instrumentu od 27 čestica. Svako od ova tri područja obuhvaća više dimenzija duhovnosti, što je kasnije i potvrđeno faktorskom analizom

Provedba istraživanja, obrada i rezultati te prikaz svega toga zahtijevaju prethodno teorijsko utemeljenje u kojem valja podastrijeti obuhvatno tumačenje glavnih pojmova - u prvom redu pojma duhovnosti - te postaviti teorijski okvir istraživanja, a iz pregleda relevantne literature izvesti odgovarajuće radne hipoteze koje će biti provjerene (potvrđene ili

opovrgnute) rezultatima istraživanja. Iz takve impostacije proizlaze dva glavna dijela ovoga doktorskoga rada.

Prvi dio (Teorijski okvir i metoda istraživanja – društvo i duhovnost) donosi, u povijesno-sustavnom vidiku, pregled nastanka, smisla i uporabe termina ‘duhovnost’. Ta po karakteru jezična razmatranja otvaraju potrebu izričitoga tematiziranja i promišljanja antropološkoga vidika duhovnosti: pod razložnom pretpostavkom da samo čovjek ima duhovnost valja reći što odatle slijedi za njegovo korektno razumijevanje. Pritom u prvi plan dospijeva neizbježna konačnost ljudskoga bića, njegova ranjivost (čija je bolest jedan od eminentnih izraza) i na kraju smrtnost. Imajući to u vidu otvara se potreba promišljanja duhovnosti u kontekstu medicinske skrbi za bolesne osobe. Izostanak duhovne skrbi, koja nije sinonim za bolničku pastoralnu skrb i ne može se povjeriti samo djelatnicima zaduženim za pastoralnu skrb, osvijestio je potrebu istraživanja duhovnosti, njezinoga okvira i traženja mogućnosti za njezino pružanje na odgovarajući način. Odatle je razvidna potreba istraživanja poput ovoga našega pa će na kraju tog prvog dijela biti riječ o naravi ovoga istraživanja i o njegovoj metodi (1.7. i 1.8.).

U *drugom dijelu* (Rezultati i rasprava istraživanja i zadovoljstvo životom) prikazat će se dobiveni rezultati i rasprava provedenoga istraživanja na uzorku od 508 ispitanika koji boluju od bubrežnih i mišićno-koštanih kroničnih bolesti, a koji su u fokusu našega istraživanja. Rezultati dobiveni istraživanjem dijelom potvrđuju postavljene hipoteze i ciljeve koji se odnose na:

- 1.) Odnos duhovnosti bolesnika i zadovoljstva životom kod kroničnih bolesti;
- 2.) Odnos duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestim i socijalne podrške koju imaju u svom životu;
- 3.) Odnos duhovnosti bolesnika i rizičnih oblika ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola, nedostatak fizičke aktivnosti);
- 4.) Odnos duhovnosti kroničnih bolesnika i adherencije, odnosno redovitog korištenja lijekova;
- 5.) Odnos duhovnosti bolesnika, stanja bolesti i simptoma bolesti.

U disertaciji postavljamo sljedeće radne hipoteze:

H 1. Polazimo od pretpostavke kako postoji pozitivna povezanost duhovnosti bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti s osjećajem zadovoljstva u životu.

H 2. Polazimo od pretpostavke kako je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti pozitivno povezana sa socijalnom podrškom koju imaju u svojem životu.

H 3. Polazimo od pretpostavke kako je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti negativno povezana s rizičnim oblicima ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola, nedostatak fizičke aktivnosti).

H 4. Polazimo od pretpostavke da postoji pozitivna povezanost duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestima s njihovim fizičkim i rekreacijskim aktivnostima.

H 5. Polazimo od pretpostavke kako je duhovnost bolesnika s kroničnim bolestima pozitivno povezana s redovitim korištenjem lijekova.

H 6. Polazimo od pretpostavke da je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti pozitivno povezana s redovitim odlascima k liječniku na preglede.

H 7. Polazimo od pretpostavke da je duhovnost bolesnika s kroničnim bolestima negativno povezana sa simptomima bolesti.

Pritom biva vidljivom svrha ovoga rada: prikazati neke aspekte skrbi koji uzimaju u obzir odnos duhovnosti bolesnika i zadovoljstva životom kod bolesnika s kroničnim bolestima, odnos duhovnosti sa socijalnom podrškom i s rizičnim oblicima ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola, nedostatak fizičke aktivnosti) te odnos duhovnosti i korištenja lijekova, i odnos duhovnosti i stanja bolesti i simptoma bolesti.

Ovakvim pristupom ovaj rad se naslanja na projekt u kojemu sudjeluje nekoliko zemalja (Brazil, Portugal, Litva, Njemačka, Turska, Iran, Hrvatska) koristeći identičnu metodologiju istraživanja i upitnike. Osnovne informacije o projektu mogu se naći na mrežnim stranicama: <https://orcid.org/0000-0002-0847-824X>.

U ovom radu će se kao eksplanatorni mehanizmi koristiti različiti teorijski pristupi kako bi se sam pojam duhovnosti što jasnije utvrdio i definirao te kako bi se odnos između duhovnosti i zadovoljstva životom bolesnika s kroničnim bolestima dodatno rasvijetlio. U konačnici i u daljnjoj perspektivi želi se u budućnosti osposobiti bolničko osoblje da umije prepoznati duhovne potrebe i na njih adekvatno odgovoriti.

U *zaključnom dijelu* kanimo proširiti naš vidik refleksijom na rezultate istraživanja te istaknuti mjesto i važnost duhovnosti i duhovne njege u sustavu obrazovanja i zdravstva. Rezultati idu u prilog onoga što bi bilo poželjno za izobrazbu osoblja u zdravstvu (liječnika,

sestara, tehničara i dr.). Na to se nadovezuje opširan zaključak na engleskom jeziku, popis literature te prilozi i životopis autorice istraživanja.

1. TEORIJSKI OKVIR I METODA ISTRAŽIVANJA - DRUŠTVO I DUHOVNOST

Poimanje duhovnosti i uopće njezinu problematiku valja nam smjestiti u kontekst suvremenog sociološkog poimanja društva jer su bolesnici i medicinska skrb za njih bitne komponente tog društva. Društvo se međutim mijenja kroz vrijeme, ono je povijesno, pa valja razvidjeti barem neke najvažnije teorijske pristupe njegovu razumijevanju kako ih je razradila suvremena sociologija. Te promjene shvaćaju se u sociologiji kao proces modernizacije društva pa se stanje u kojem se društvo nalazi može nazvati modernost ili modernitet. U skladu s naravljom ovog istraživanja prikaz toga bit će okviran i orijentativan, a ne iscrpno-kritičan s obzirom na održivost dotičnih teorija. Time se kani dati okvir i ujedno orijentativne naznake koje valja uzeti u obzir kad se govori o duhovnosti u suvremenom društvu na našim geografskim širinama, tj. u Europi i Sjevernoj Americi. Pojam duhovnosti pak treba biti obuhvatno prikazan, s posebnom pozornošću spram njegova značenja i važnosti u medicinskoj skrbi općenito te za bolesnike s kroničnim bolestima posebno. Na to se potom nadovezuje prikaz ciljeva i metode istraživanja; ovaj rad naime nije čisto teorijske naravi nego kani 'snimiti' stanje stvari u vezi s medicinskom skrbi za bolesnike s kroničnim bolestima i razvidjeti važnost duhovnosti u njihovu životu, tj. njezin odnos spram zadovoljstva životom i njezinu ulogu u održanju kvalitete života pod uvjetima kronične bolesti.

1.1. Teorijski pristupi suvremenom društvu

1.1.1. Modernizacija i teorije moderniteta

Teorijski okvir ove disertacije čine teorije modernizacije koje ćemo ukratko prikazati. One pretpostavljaju ono što se obično naziva predmodernom društvom kojim dominira tradicija, tj. prenošenje vrijednosti, običaja, načina ponašanja, međugeneracijskih odnosa, načina proizvodnje dobara i njihova razmjena te čvrsti ustroj društva koje – uz vrlo rijetke izuzetke uz neke gradove-države na Apeninskom poluotoku (Venecija, Genova, Firenza...) – ima monarhijski politički ustroj. Religija (ovdje mislimo na kršćanstvo) legitimirala je ustroj društva i političku vlast u njemu. Taj ustroj počinje se mijenjati početkom novog vijeka, u događajima koje običavamo svrstati pod nazive „renesansa“ (na općem kulturnom planu) te „reformacija“ na specifično religijskom (kršćanskom) planu. Društvene i političke promjene na svoj su način ubrzali religijski ratovi druge polovice 16. i prve polovice 17. stoljeća. Usljed

svoga toga u prvi plan postupno dolazi svijest da je suvereni narod izvor vlasti pa imamo začetke nacionalnih država doduše u monarhijskoj formi, ali se već javlja parlamentarizam i ideje o podjeli vlasti na zakonodavnu, izvršnu i sudsku; nadalje, tu je i svijest da je pravo ona instancija koja regulira društvene i političke odnose te da si suvereni narod daje zakone koji vrijede; i na kraju, da su sve forme društva, društvenih odnosa i vrijednosti provideni indeksom povijesnosti: oni su povijesno dani i kao takvi načelno promjenjivi, bez potrebe za nekim religijskim utemeljenjem i opravdanjem (Gauchet, 1985).

Modernizaciju dakle shvaćamo kao proces važnih promjena u kulturnom, ekonomskom, političkom i tehnološkom te posredno i na religijskom području koje su posebno široko i duboko zahvatile europska društva i države tijekom 18. i 19. stoljeća.

- U ekonomskom području te promjene označavaju specijalizaciju kroz podjelu rada, razvoj nacionalnih i međunarodnih tržišta, industrijalizaciju i komercijalizaciju, ekonomski rast, smanjivanje broja radnika u području poljoprivrede i povećanje državne kontrole nad ekonomskim aktivnostima.
- U području tehnologije razvijaju se sve složenije tehnologije proizvodnje i distribucije dobara, stavlja se naglasak na primijenjeno znanje, stvara se tehnološka infrastruktura i povećava mogućnost ljudske kontrole okoliša putem tehnologije.
- U području kulture važni su procesi sekularizacije i individualizacije religijskih i moralnih vrijednosti, racionalizacija društva, razvoj informacijskih sustava i potrošačke kulture. Tu je i snažan naglasak na općem i dostupnom obrazovanju, uskoj specijalizaciji zanimanja, te na socijalnoj mobilnosti i razvoju urbanizacije.
- U području politike modernizacija pretpostavlja političku participaciju građana, razvoj birokracije i formiranje interesnih grupa, te razvoj država-nacija (Ester, Halman, de Moor, 1994:3).

Sve u svemu, modernizacija pokazuje ne samo opće društvene, ekonomske, kulturne, demografske i religijske promjene, već i promjene u zdravstvu i pristupu bolesnicima. Modernizacijski procesi i razvoj društva, između ostalog, donose produženje prosječnog životnog vijeka što onda ima za posljedicu starenje populacije, a to znači i porast kroničnih bolesti u populaciji. Time se sve više ističe i važnost zdravlja te zadovoljstva životom. Ove sumarne naznake valja sustavnije razraditi i konkretizirati u ovome što slijedi.

1.1.1.1. Dva pristupa procesu modernizacije

Pobliže gledano, u određivanju osnovnih karakteristika procesa modernizacije najčešće se navode dva pristupa: prvi, koji modernizaciju shvaća u sklopu procesa industrijalizacije, urbanizacije, razvoja nacionalne države, liberalne demokracije i kapitalizma, masovnog obrazovanja, sekularizacije, znanosti i tehnologije itd; i drugi, koji modernizaciju shvaća kao proces prevladavanja i zamjene tradicionalnih vrijednosti modernim vrijednostima, a temelji se na isticanju važnosti društvene promjene i ekonomskog rasta (Jary, 2000:392).

Prvi pristup naglašava važnost različitih *sociokulturnih procesa*, od kojih Lee i Newby (Haralambos, Holborn, 2002:8) navode četiri:

- **Industrijalizacija** – Ona označava proces povezan s industrijskom revolucijom koncem 18. i u 19. stoljeću gdje privredu temeljenu na manufakturi zamjenjuje privreda temeljena na industrijskoj proizvodnji u tvornicama.
- **Kapitalizam** – On označava sustav rada za nadnicu i poslovanje koje se vodi u svrhu stvaranja profita. Kapitalizam je oblik privrede gdje su sredstva za proizvodnju i sam kapital u privatnom vlasništvu i pod privatnom kontrolom. Dvije temeljne društvene grupe predstavljaju radnici i kapitalisti, tj. vlasnici sredstava za proizvodnju. Cilj proizvodnje u kapitalizmu je prodaja roba na slobodnom tržištu i ostvarivanje profita.
- **Urbanizacija** – Kroz razvoj industrije i kapitalizma događaju se i velike promjene u smislu selidbe iz ruralnih u urbana područja. Porast gradskog stanovništva i smanjivanje seoskog stanovništva donosi cijeli niz pitanja i prijevora kao što su nezaposlenost, siromaštvo, kriminal, pojava tzv. masovne kulture, isticanje ekoloških problema, otuđenje itd.
- **Liberalna demokracija** – Razvoj moderne, predstavničke demokracije kao „vladavine naroda“ predstavlja jednu od ključnih promjena, ne samo u razlikovanju starog, tradicionalnog i novog, modernog svijeta, već i u razvoju ljudskih društava. Demokracija kao politički poredak podrazumijeva najvišu vlast (suverenitet) naroda, vladavinu temeljenu na pristanku i sudjelovanju onih kojima se vlada, jamstvo osnovnih ljudskih prava, jednakost pred zakonom, pluralizam, zaštitu prava manjina, ustavna ograničenja vlasti (trodioba vlasti) itd. Demokracija kao politički poredak pretpostavlja na zakonu utemeljenu jednakost građana/državljana i time se bitno oslanja na konsenzus, povjerenje i solidarnost (Haralambos, Holborn, 2002:8).

Drugi pristup modernizaciju shvaća kao proces *prevladavanja i zamjene tradicionalnih vrijednosti modernim vrijednostima* i temelji se na isticanju važnosti društvene promjene i ekonomskog rasta. Za primjer ovog drugog pristupa navodimo rad Neila J. Smelsera koji piše o četiri bitna prijelaza, odnosno promjene u sklopu procesa modernizacije i ekonomskog razvoja:

- u području *tehnologije* dolazi do prijelaza od jednostavnih i tradicionalnih tehnika ka znanstvenoj spoznaji;

- u *poljoprivredi* dolazi do promjene u smislu razvoja poljoprivredne proizvodnje za tržište;

- u *industriji* ljudsku i životinjsku snagu zamjenjuje „snaga stroja“, radnici rade za plaću, a roba se prodaje izvan zajednice koja je proizvela tu robu;

- u *ekološkom* smislu dolazi do premještanja stanovništva iz ruralnih u urbana područja. Za Smelsera je dakle proces modernizacije blisko vezan uz proces ekonomskog razvoja, te prije svega označava ove promjene: u političkom smislu – od sustava seoskih autoriteta do predstavničke demokracije i birokracije; u obrazovnom smislu – smanjivanje nepismenosti i povećanje ekonomski isplativih zanimanja i vještina; u religijskom smislu – od tradicionalnih religija ka sekulariziranim sustavima vjerovanja;

 - u obiteljskom smislu – „smanjivanje“ odnosno svođenje obitelji na mikro-obitelj,

 - u stratifikacijskom smislu – slabljenje odnosa između geografske i društvene pokretljivosti i statičnog, pripisanog hijerarhijskog sustava (Smelser, 1966:110-111).

Također, u smislu promjena vrijednosti uslijed razvoja društva i društvenih promjena važna je teorija Ronalda Ingleharta koja ističe promjene od materijalističkih vrijednosti, kao što su fizička i ekonomska sigurnost, prema postmaterijalističkim vrijednostima kao što su sloboda i kvaliteta života (Inglehart, 1977:5).

1.1.1.2. *Primjeri analize modernizacije i moderniteta u sociologiji*

Prethodno kratko prikazane teorijske pristupe procesu modernizacije i modernitetu kao stanju društva kanimo dodatno konkretizirati kratkim prikazom analiza moderniteta u trojice društvenih znanstvenika koji spadaju u red njegovih najmjerodavnijih teoretičara: britanski sociolog Anthony Giddens (1938.), njemački sociolog Ulrich Beck (1944. – 2015.) i poljski sociolog Zygmunt Bauman (1925. – 2017. djelovao u Velikoj Britaniji).

1. Za *Anthonya Giddensa* modernitet „referira načine društvenog života i organizacija koji se javljaju u Europi negdje u 17. stoljeću i koji postaju, više ili manje, globalni“ (Giddens,

2003:1). Po njemu, važne karakteristike moderniteta su brzina promjena, globalno područje promjena i unutrašnja priroda modernih institucija. Ono dakle što razlikuje moderno društvo od tradicionalnog društva jesu brze promjene u svim područjima ljudskog života, ističe Giddens u svojem djelu „Posljedice moderniteta“ (Giddens, 2003:6). Pod utjecajem razvoja prijevoza i komunikacijskih sredstava te promjene postupno poprimaju globalne razmjere. Moderne institucije su usmjerene refleksivnosti, odnosno preispitivanju vlastitog djelovanja. Razdoblje moderniteta prema Giddensu važno je promatrati kroz razvoj industrije, kapitalizma, nadzora i vojne moći. To su organizacije i institucije koje razlikuju moderno društvo od tradicionalnog društva. Za Giddensa dinamizam moderniteta proizlazi iz odvajanja vremena i prostora te njihova rekombiniranja u oblike koji omogućavaju precizno „zoniranje“ društvenog života; rastvaraju se dotadnji društveni sustavi te se refleksivno uspostavlja novi poredak u društvu (Giddens, 2003:16-17). Usavršavaju se metode i instrumenti mjerenja vremena pa dolazi do njegove standardizacije; stoga suvremeni univerzalni sustav kalendara i globalno standardizirane vremenske zone predstavljaju veliku novost u odnosu na predmoderno razdoblje.

Kao drugu važnu karakteristiku dinamičnosti moderniteta Giddens navodi dva tipa „rastvarajućih mehanizama“: simboličke oznake i sustavi stručnjaka. Te mehanizme analizira kao apstraktne sustave (Giddens, 2003:26-27). I simboličke oznake i sustavi stručnjaka donose standardizaciju neovisnu o kontekstu, te otvaraju pitanje povjerenja. Giddens definira povjerenje kao „pouzdanost u postojanost osobe ili sustava s obzirom na zadane ishode ili događaje, gdje ta pouzdanost izražava vjeru u poštenje ili ljubav drugoga, ili u korektnost apstraktnih principa (tehničkog znanja)“ (Giddens, 2003:34). Nadalje, za Giddensa je modernitet dvostrani fenomen. S jedne strane tu su moderne institucije koje pružaju mogućnost razvoja, dobrog i sigurnog života, no, s druge strane tu su nedemokratski politički sustavi i ratovi (Giddens, 2003:9). Priroda modernih institucija povezana je s mehanizmima povjerenja u apstraktne sustave, posebno u sustav stručnjaka.

S time u skladu Giddens razlikuje predmoderne i moderne kulture upravo s obzirom na odnose prema povjerenju, što se daje shematski prikazati u ovom prikazu:

|

Prikaz 1. Okružja povjerenja i rizika u pred-modernim i modernim kulturama

	PRED-MODERNO <i>Opći kontekst: naglasak na lokaliziranom povjerenju</i>	MODERNO <i>Opći kontekst: odnosi povjerenja izgubljeni u rastvarajućim apstraktnim sustavima</i>
Okružje povjerenja	1. Odnosi srodstva organizirani u svrhu stabiliziranja društvenih veza kroz vrijeme-prostor	1. Osobni odnosi prijateljstva ili spolne intimnosti kao sredstva stabiliziranja društvenih veza
	2. Lokalna zajednica kao „mjesto“ koje pruža poznatu okolinu	2. Apstraktni sustavi kao sredstva stabiliziranja odnosa kroz beskonačni vrijeme-prostor
	3. Religijske kozmologije kao načini vjerovanja i rituala koji pružaju božansku interpretaciju ljudskog života i prirode	3. Proračunata misao okrenuta budućnosti, kao način povezivanja prošlosti i sadašnjosti
	4. Tradicija kao sredstvo povezivanja sadašnjosti i budućnosti	
Okružje rizika	1. Prijetnje i opasnosti proizlaze iz prirode	1. Prijetnje i opasnosti proizlaze iz reflektivnosti moderniteta
	2. Prijetnja ljudskog nasilja od pljačkaških vojski, lokalnih „gospodara rata“ i sl.	2. Prijetnja ljudskog nasilja proizlazi iz industrijalizacije rata
	3. Rizik „ispadanja“ iz religijske milosti ili „upadanja“ pod magijski utjecaj	3. Prijetnja osobnog besmisla proizlazi iz reflektivnosti moderniteta primijenjene na jastvo

Izvor: (Giddens, 2003:102).

Giddensova teorija moderniteta važna je u kontekstu naše teme jer je zdravstveni sustav dobar primjer apstraktnog i ekspertnog sustava gdje su od velike važnosti stručno znanje i povjerenje u to znanje. Kako navodi Giddens: „[...] priroda modernih institucija duboko je povezana s mehanizmima povjerenja u apstraktne sustave, posebno povjerenja u ekspertne sustave“ (Giddens, 2003:83). U tom kontekstu Giddens ističe kako je religija važan čimbenik povjerenja jer ona, između ostalog, predstavlja „institucionalnog čuvara“ vjere koju pretpostavlja povjerenje (Giddens, 2003:103-104)¹. Ono što također predstavlja važnu karakteristiku moderniteta kako ga opisuje i analizira Giddens je promjena intimnosti gdje se jastvo javlja kao reflektivni projekt. „Konstrukcija jastva kao reflektivni projekt, jedan je od

¹ Giddens ne pita može li i kako religija ispuniti tu svoju ulogu pod uvjetima moderniteta u kojem se sve mijenja (pa i religija). – Usput, znakovito je s tim u vezi da je u 90-tim godinama prošlog stoljeća američki politolog Francis Fukuyama smatrao potrebnim da nakon svojeg proklamiranja „kraja povijesti“ napiše knjigu o povjerenju koje po svemu sudeći opada, ali je baza za povijest koja ipak ide dalje pa se pritom opširno osvrće također na religijske tradicije čovječanstva (usp. Fukuyama 2000).

osnovnih dijelova refleksivnosti moderniteta gdje pojedinac mora pronaći svoj identitet usred strategija i opcija koje pružaju apstraktni sustavi“ (Giddens, 2003:124). Konstrukcija jastva kao refleksivnog projekta povezana je i s težnjom za samoostvarenjem i sa skrbi za samoispunjenjem. A upravo su te koncepcije povezane s duhovnošću koja usmjeruje pojedinca na njega samoga u njegovu traganju za ispunjenim životom, što god taj izraz pobliže značio.

2. Njemački sociolog *Ulrich Beck* u svojoj knjizi „Pronalaženje političkoga. Prilog teoriji refleksivne modernizacije“ razlikuje dvije epohe modernosti, jednostavnu industrijsku i refleksivnu (Beck, 2001:19). Društva prvog moderniteta su društva država-nacija određena teritorijalnim granicama, a određuje ih programska individualizacija gdje su svi pojedinci teorijski (tj. pred zakonom) slobodni i jednaki, no njihova sloboda i jednakost oblikovana je društvenim institucijama. To su društva rada i zaposlenosti, sa specifičnim konceptom prirode utemeljenim na iskorištavanju. Karakterizira ih znanstveno određena koncepcija racionalnosti koja naglašava instrumentalnu kontrolu i racionalni napredak kao proces demistifikacije koji nema ograničenja. Također ih karakterizira razvoj na principu funkcionalne diferencijacije. Beck navodi da je prvi modernitet postavljen kao vrhunac i kraj povijesti, kao vječiti društveni oblik. No izazovi i dinamike drugog moderniteta takvo određenje dovode u pitanje. Procesi globalizacije potkopavaju ekonomske temelje prvog moderniteta, a time i ideju društva koje je politički uobličeno kao država-nacija. Beck ističe također posljedice procesa individualizacije u smislu promjene rodni uloga i gubitka legitimiteta različitih obrazaca kolektivnog života, te rastuću globalnu ekološku krizu (Beck, Bonss, Lau, 2003:4-7).

Za razliku od Giddensovog pojma „institucionalne refleksivnosti“ Beck određuje „refleksivnu modernizaciju“ kao proces, tj. nehotičan i nezamijećen prijelaz iz industrijske epohe moderniteta u epohu rizika koji se, u sklopu osamostaljene dinamike modernizacije, odvija po modelu latentnih usputnih posljedica. Pojam „refleksivne modernizacije“ označava refleksan prijelaz iz industrijskog društva u društvo rizika i samosučeljavanje s posljedicama takvog društva (Beck, 2001:42-43).

Pobliže gledano, Beck razgraničava jednostavnu i refleksivnu modernizaciju u šest točaka:

1. Ponajprije, umjesto modela linearnosti i vjere u napredak nastupaju samopromjene, samougrožavanja i samorastvaranja temelja racionalnosti: društvo samo sebe mijenja i otkriva se da je promijenjeno. To je nekontrolirana posljedica osamostaljene modernizacije

(„modernizacije moderniteta“) koja vodi u neizvjesnost pa je budućnost nepredvidiva i puna rizika.

2. Za razliku od jednostavne modernizacije, koja je društvene promjene promatrala u kategorijama svrhovite racionalnosti, reflektivna modernizacija promatra društvene promjene u kategorijama usputnih posljedica, odnosno u kategorijama onoga što se „ne vidi“ i ne reflektira, ali se eksternalizira i doživljava kao samopromjena.

3. Sociologija jednostavne modernizacije analizirala je industrijsko društvo kao moderno društvo u općem smislu. No, sociologija reflektivne modernizacije otkriva da je industrijsko društvo zapravo proturječan spoj modernoga i protumodernoga koje se daljnjom modernizacijom mijenja u neke drugačije moderne i protumoderne društvene oblike.

4. Sve većom postaje suprotnost između kategorija i teorija makrogrupa i teorija individualizacije pa se time zaoštravaju društvene nejednakosti.

5. Funkcionalnu diferencijaciju autonomnih područja djelovanja zamjenjuju funkcionalna koordinacija, umrežavanje i stapanje izdiferenciranih podsustava.

6. Političke orijentacije „ljevice“ i „desnice“, karakteristične za industrijsko društvo, zamjenjuju sučeljavanja na dihotomijama „sigurno-nesigurno“, „unutra-van“, „političko-nepolitičko“ (Beck, 2001:103-105).

„Refleksivnu modernost“, prema Becku, karakterizira samosučeljavanje, odnosno sučeljavanje s vlastitim temama (Beck, 1994:5). Osnovni pokretači promjena nisu više čimbenici racionalizacije već „sporedni učinci“ razvoja kao što su rizici, individualizacija i globalizacija (Beck, 1996:15). Iskustva života u „društvu rizika“ posljedično vode „izgubljenoj sigurnosti i nepovjerenju“ (Beck, 1996:28). Odatle važno pitanje: kako živjeti zajedno u istome društvu uz poštivanje razlika? I dalje: koji je odnos individualne slobode i žuđene sigurnosti?

S obzirom na temu disertacije posebno je važan dio Beckovog rada o individualizaciji za koju on smatra da je „sama društvena struktura druge modernosti“, te da označava institucionalnu neravnotežu između iskorijenjenog pojedinca i globalnih problema u globalnom društvu rizika (Beck, Beck-Gernsheim, 2002). Za Becka individualizacija predstavlja dezintegraciju prethodno postojećih društvenih formi, kao što su klasa, društveni status, rodne uloge, obitelj i sl., što otvara pitanje nadolazećih novih oblika života izvan životnog okvira koji su određivali tradicija, religija, država. Ti se novi oblici života temelje na strategiji „uradi sam!“ (Beck, Beck-Gernsheim, 2002:2-3). „Mi živimo u doba u kojem je društveni poredak nacionalne države, klase, etniciteta i tradicionalne obitelji u opadanju. Etika individualnog samoispunjenja i postignuća je najsnažnija struja modernog društva“ (Beck,

Beck-Gernsheim, 2002:22). Za našu temu važan je ovaj navod jer on upućuje na to da bi duhovnost – upravo kao traganje za tim samoispunjenjem – mogla biti možda čak presudni dio individualnog samoispunjenja. Naime, Beck povezuje procese individualizacije i sekularizacije te ističe kako „se u procesu sekularizacije vjerovanje u Boga, vječnost i iskupljenje slama u mnogim dijelovima populacije. Ono što ostaje je pojedinac, unutar 'sada' i 'ovdje' gdje se nalaze sve njegove nade i svi njegovi napori. Kada je vjerovanje u život poslije smrti izgubljeno, zdravlje poprima novo značenje i najvišu vrijednost, ono postaje sekularno očekivanje spasenja“ (Beck, Beck-Gernsheim, 2002:141). Duhovnost ima šansu da bude uzeta kao važna komponenta samoga zdravlja upravo stoga što je jasno da se čovječji život i zdravlje ne može svesti na besprijeekorno funkcioniranje čovječjeg tijela koje se nereflektirano shvaća po modelu stroja.

3. Treći autor koji analizira modernitet i čija je analiza važna ne samo za temu naše disertacije već i za šire razumijevanje suvremenog društva je poljski sociolog *Zygmunt Bauman*. U svojoj knjizi „Tekuća modernost“ on razlikuje „čvrsti“ i „tekući“ modernitet te ističe dvije pojave koje bitno karakteriziraju „novo stanje“ moderniteta:

1. Veliki raspad i opadanje iluzije ranog moderniteta, odnosno uvjerenja da postoji kraj puta (*telos* procesa modernizacije) u smislu nekog „stanja savršenosti“ i „dobrog društva“ koje će se ostvariti u određenom vremenskom periodu;

2. Deregulacija i privatizacija modernizacijskih zadataka i obveza. Ideje „poboljšanja i usavršavanja“ ostaju na pojedincu.

U analizi razlika između „čvrstog“ i „tekućeg“ moderniteta Bauman koristi pet temeljnih pojmova: emancipacija, individualnost, vrijeme/prostor, rad i zajednica (Bauman, 2011:15).

1. Vezano uz proces *emancipacije* Bauman navodi da je osjećaj slobode vezan uz odnos mašte i stvarnih želja gdje mašta ne smije biti veća, a ni mašta ni želje ne smiju premašivati sposobnost djelovanja. Ravnoteža se može uspostaviti ili reduciranjem želja/mašte, ili širenjem sposobnosti djelovanja. Bauman proces emancipacije veže uz proces individualizacije: „Oblikovanje pripadnika u pojedince je znak modernog društva. No to oblikovanje nije bilo jednokratno čin, to je aktivnost koja se svakodnevno iznova izvodi. Moderno društvo postoji u svojoj neprestanoj aktivnosti 'individualiziranja' isto kao što se aktivnosti pojedinaca sastoje od svakodnevnog preoblikovanja i određivanja pravila mreže zamršenih uzajamnih veza koja se zove 'društvo'“ (Bauman, 2011:36).

2. Odmah povezano s tim je i drugi pojam važan za Baumanovu analizu moderniteta, a to je *individualnost*. Bauman navodi da razvoj individualnosti označava prijelaz iz zadanoga u zadaću (Bauman, 2011:37). To znači da danas ništa više nije zadano, a time i sigurno, sve je na izbor i nesigurno. Sve je ostavljeno na pojedincu i na njemu je sva odgovornost za uspjeh ili neuspjeh. Ta je individualnost za Baumana kulturno nametnuta i nije stvar izbora: „U svijetu individualne slobode izbora, opcija izbjegavanja individualizacije i odbijanja sudjelovanja u igri individualizacije izričito nije na dnevnom redu“ (Bauman, 2011:39). Nadalje Bauman upozorava da dolazi do sve većeg jaza između individualnosti kao usuda i sudbine i individualnosti kao praktične i zbiljske sposobnosti za samoafirmaciju (Bauman, 2011:39). Upravo je duhovnost jedan od čimbenika koji može pomoći u smanjivanju tog jaza.
3. Nadalje, pojam je *vrijeme/prostor*. Bauman razlikuje „čvrsti“ i „tekući“ modernitet, a ključnu razliku vidi u konceptima vremena i prostora. „Čvrsti modernitet“ karakterizira rutinizirano vrijeme, koje veže rad i kapital za određeno mjesto i koncepcija osvajanja prostora, a „tekući modernitet“ karakterizira nova irelevantnost prostora kroz poništavanje važnosti vremena, što je po njemu posljedica razvoja interneta i digitalne tehnologije. Bauman ističe zavodljivu lakoću postojanja u virtualnom svijetu, bez početka i bez kraja, gdje dugotrajnost zamjenjuje kratkotrajno iskustvo trenutka. „Trenutnost“ tog vremena znači neposredno, „na licu mjesta“ ispunjenje želje, ali također i neposredno iscrpljivanje i gubljenje interesa. Za Baumana više nema jasnog protoka vremena, već postoje samo „trenutci – točke bez dimenzije“ (Bauman, 2011:116-117). Bauman također navodi kako je u kontekstu „tekućeg moderniteta“ besmisleno razmišljati i djelovati dugoročno. „'Dugi rok' je, premda se po navici još na njega referiramo, šuplja ljuštura bez ikakvog značenja; ako je beskraj, poput vremena, trenutačan, ako ga treba na licu mjesta upotrijebiti i odmah zatim ga se riješiti, onda 'više vremena' ne može mnogo pridodati onome što je trenutak već ponudio. Nema bogzna kakve koristi od 'dugoročnih' razmišljanja“ (Bauman, 2011:123).
4. Pojam *rad* gdje Bauman upozorava na razlike između „čvrstog moderniteta“ i „tekućeg moderniteta“ u smislu da kategorija rada gubi središnje mjesto u životu pojedinaca i nije više izvor smisla života. To je i logično jer je „tekući modernitet“ društvo potrošnje, a ne društvo rada. „Od rada se gotovo nikad ne očekuje da 'oplemeni' one koji ga obavljaju, da od njih napravi 'bolja ljudska bića' i rijetko ga se voli i hvali iz tog razloga. On se mjeri i procjenjuje po svojoj sposobnosti da bude zabavan i uveseli te da zadovolji ne toliko etički, prometejski poziv svog proizvođača

i tvorca koliko estetske potrebe i želje potrošača, tragača za senzacijama i kolekcionara doživljava“ (Bauman, 2011:137).

5. I na kraju, peti pojam je *zajednica*. Bauman ističe neizvjesnost, nesigurnost i nezaštićenost kao važne karakteristike života u „tekućem modernitetu“ koje, između ostalog, dovode u pitanje i samu ljudsku društvenost i ono poznato određenje da je čovjek „društveno biće“. Također navodi i suprotstavljanje slobode i sigurnosti gdje u uvjetima „tekućeg moderniteta“ pitanje sigurnosti postaje sve važnije (Bauman, 2011:177). Bauman koristi nekoliko naziva u opisu zajednice u „tekućem modernitetu“ pa tako razlikuje „eksplozivne“, „garderobne“ i „karnevalske“ zajednice. „Eksplozivne“ zajednice su one vezane uz teritorij i sklone nasilju. „Garderobne“ zajednice Bauman određuje kroz metaforu kazališta, predstave i spektakla, a „karnevalske“ uz metaforu karnevala (Bauman, 2011:190-193). – Završno, Bauman konstatira kako je „živjeti među mnoštvom konkurentskih vrednota, normi i načina života, bez čvrstog i pouzdanog jamstva da ste u pravu, pogibeljno i ubire visok psihološki danak“ (Bauman, 2011:207). Kad se sve rečeno uzme u obzir, razložnim se čini pitanje može li pozornost spram duhovnosti i briga oko nje dati neku protutežu toj nesigurnosti tekuće modernosti.

U smislu *zaključka* možemo navesti sljedeće glavne značajke moderniteta, povezane u perspektivi razvitka (modernizacijski procesi) i u perspektivi funkcioniranja (modernitet kao stanje): Modernizacija je spor i dugotrajan proces koji traje stoljećima i obuhvaća više generacija, a odvija se u odijeljenim fazama te se čini da je ireverzibilan. On također označava proces homogeniziranja u smislu da društva zahvaćena modernizacijom čini sve sličnijima; on se može shvatiti kao 'amerikanizacija' ili 'europizacija', ovisno o tome koje se društvo uzima kao uzor. Modernizacijske promjene zahvaćaju sve aspekte i strukture funkcioniranja društva te ih transformiraju: stare strukture i vrijednosti zamjenjuju se novima, a promjene u jednom području društvenog života neizbježno potiču promjene i u drugim područjima društvenog života (Zeman, 2004:158-160). Jedan bitan vid tih promjena sažet je u pojmu sekularizacije koji se odnosi na religiju kao društveni fenomen (ovdje mislimo u prvom redu na kršćanstvo); to je povezano s duhovnošću i to stoga što je ona, uzeta kao termin i pojam, najprije bila vezana uz religiozni kontekst, ali je u posljednjih nekoliko desetljeća sve očitija tendencija njezine 'emancipacije' iz religioznoga konteksta – o čemu će još biti govora u kasnijim dijelovima ovog rada.

1.1.2. Sekularizacija kao znak moderniteta

Procesi modernizacije i razdoblje moderniteta usko su vezani uz proces sekularizacije; tim terminom se obično naziva smanjivanje političke, društvene pa i individualne važnosti religije. U europskoj sociologiji smatralo se da će razvojem modernog društva religija, brže ili sporije, nestati iz društva.

U korijenu naziva 'sekularizacija' nalazi se latinska riječ *saeculum*, koja znači svijet pa onda i trajanje svijeta odnosno neko razdoblje njegova trajanja (stoljeće). Naziv 'sekularizacija' izvedenica je iz lat. pridjeva *saecularis*, svjetovan u protimbi *religiosus*, redovnik; stoga je sekularizacija najprije značila laicizaciju redovnika koji napušta svoj red i odlazi u 'svijet, *saeculum* te postaje *saecularis*, svjetovan, laik. U slijedu toga *saeculum* i *saecularis* označuju također svijet 'tamo izvan', tj. u smislu razlikovanja života monaha ili redovnika koji su zatvoreni pod određenim pravilima života i života župnih svećenika koji služe ljudima 'vani u svijetu' – pa su oni 'svjetovni svećenici'. Od 18. st. pa dalje sekularizacija znači razvlaštenja crkvenih posjeda i njihov prijelaza u 'državno' (svjetovno, tj. carsko, grofovsko itd.) vlasništvo (Jukić, 1997:179). S tim je povezano općenito razlikovanje onog građanskog i onog crkvenog (prava, zemlje, imovine itd.).

Nadalje, sekularizacija označava također prjelazak djelovanja i ustanova (školskih, bolničkih, socijalnih) iz sfere utjecaja Crkve prema drugim (svjetovnim, državnim) područjima koja isključuju svaku referenciju na ono religiozno (Swatos, Christiano, 1999:211). U posljednja dva stoljeća, s rastućim intenzitetom, sekularizacija označava također proces posvemašnjeg odvajanja (kojiput nazvanog i desakralizacija) aktivnosti koje su, posve ili djelomično, bile vezane uz religiju: umjetnost, politika, tehnika, ponašanje, etičke i pravne norme itd. Sve to, kao i razne znanstvene prakse, postupno se sve jače shvaćalo kao izričito suprotstavljeno bilo kojoj religiji (posebice kršćanstvu; u tom smislu se govori o sekularizmu) bilo pak kao indiferentno spram religioznih normi. Kad se sve to sabere, može se reći da sekularizacija označava posvemašnju autonomiju svijeta (društva, države, ljudskih aktivnosti...) koji se shvaća autonomno, tj. polazeći od samoga sebe i bez odnosa s bilo kako shvaćenom sferom sakralnog, svetog ili božanskog koje ima pretenziju da normira ono svjetovno (heteronomija). U tom se smislu, s Maxom Weberom, može govoriti o raščaranosti svijeta (*Entzauberung der Welt*) (Weber, 2006).

1.1.2.1. Uvid u neke teorije sekularizacije

Očito je da je sekularizacija vrlo složeni fenomen koji valja zahvatiti s više strana pa primjerice *J. Beckford* navodi šest teorijskih pristupa sekularizaciji. Prvi pristup temelji se na procesu strukturalne diferencijacije gdje se analiziraju društvene promjene od jednostavnijih prema složenijim društvima i gdje religija postupno prestaje biti sveobuhvatna i postaje jedno od područja unutar cjelokupnog društva.

Drugi pristup proizlazi iz razvoja znanosti i empirizma, gdje se naglašava slabljenje svjetonazorske funkcije religije i jačanje mišljenja temeljenog na iskustvu i razumu.

Treći pristup analizira unutrašnju dinamiku religije (kršćanstva), a četvrti pristup temelji se na liberalnih pretpostavkama

Peti pristup predstavlja marksizam gdje se ističe potreba pune emancipacije i ostvarenja ljudskih potencijala oslobođanjem od religije, a šesti pristup proizlazi iz teorija Sigmunda Freuda koji je smatrao da će odrastanjem i racionalnošću ljudska bića nadići neurotičnu ovisnost o religijskim fantazijama i mitovima (Beckford, 2003:35-39).

Izlišno je da ih ovdje tek nabrajamo jer nam se čini svrsishodnijim ukratko prikazati tri cjelovita teorijska modela koji kušaju sociološki zahvatiti sekularizaciju te se na kraju osvrnuti na kritike samog tog koncepta i njegove uporabe u teorijama društva. Time ćemo ujedno upozoriti i na one momente koji otvaraju mogućnost razumijevanja duhovnosti i njezine eventualne potrebe u društvima (post)moderniteta.

Naš prikaz započinjemo s jednim od poznatijih teoretičara sekularizacije, to je britanski sociolog *Bryan Wilson*. Za Wilsona sekularizacija označava smanjivanje društvenog značaja religije, te odvajanje političke moći i vlasništva od religijskih čimbenika, sekularno preuzimanje kontrole nad različitim djelatnostima i funkcijama religije, opadanje vremena, energije i resursa koje ljudi posvećuju nad-empirijskim čimbenicima, opadanje utjecaja religijskih institucija (Wilson, 1982:149). Wilson svodi taj proces na sedam točaka:

1. Promjena crkvene u civilnu kontrolu vlasništva i upravljanja vlasništvom
2. Promjena crkvene u civilnu kontrolu socijalizacijskih čimbenika (lokalna vlast, sustav obrazovanja, porezni sustavi)
3. Opadanje obveza naroda (ekonomskih i moralnih) spram natprirodnih uzroka
4. Opadanje religijskih institucija
5. Promjena od religijskih prema tehničkim motivima individualnog ponašanja

6. Promjena svijesti iz jednog općeg religijskog okvira prema empirijskoj, racionalnoj i instrumentalnoj orijentaciji, povezano s opadanjem važnosti religijskih simbola i obreda

7. Odvajanje osjećaja i razuma od percepcija i analize (Wilson, 1982:153-168).

Čini nam se da bi upravo ovdje moglo biti mjesto na kojem se javlja potreba za duhovnošću i to stoga što tako duboko rasparcelirani svijet – koji zasigurno ima i svoje znanstveno opravdanje – ipak i usprkos svim tako stečenim spoznajama ostavlja čovjeka s teškim pitanjem o povezanosti svega toga i o smislu cjeline stvarnosti i čovjekova mjesta u njoj. Religija naime nije imala samo pretenziju da objašnjava svijet, nego je išla i ide u prvom redu za tim da čovjeku otvori pogled za njegovo mjesto i za način njegova obitavanja u svijetu, uz poruku da on nije zarobljen svijetom nego ga nadilazi. U tom smjeru pak pokazuju također razne forme duhovnosti.

Poznati američki sociolog *Peter Berger* navodi da je sekularizacija proces uklanjanja dominacije religijskih institucija i simbola iz različitih područja društva i kulture. Sekularizacija predstavlja povlačenje kršćanskih crkava iz onih područja koja su prije bila pod bitnim crkvenim utjecajem, primjerice odvajanje crkve i države, preuzimanje crkvenih posjeda i emancipacija obrazovanja od crkvenog autoriteta. Sekularizacija, za Bergera, utječe na cjelovitost kulturnog života i može se promatrati kao opadanje religijskih sadržaja u umjetnosti, filozofiji, književnosti, a prije svega kao razvoj znanosti i jedne autonomne, sekularne perspektive svijeta. No prema Bergeru proces sekularizacije ne proizvodi samo društveno-objektivne posljedice, već i individualno-subjektivne. Osim sekularizacije društva i kulture suvremenog Zapada, razvija se i sekularizacija svijesti, odnosno raste broj onih pojedinaca čiji svjetonazori više nisu vezani uz religijske interpretacije. Berger ističe da sekularizacija vodi pluralizmu, a ključna karakteristika pluralizma je neodrživost religijskog monopola na vjernost „klijenata“. Vjernost (privrženost) postaje dobrovoljna i time nesigurna, što posljedično vodi otvaranju religijskog tržišta. Za Bergera, ključna sociološka i socio-psihološka karakteristika pluralizma je da religija više ne može biti nametnuta, već mora „biti na tržištu“ (Berger, 1990:107-135). Njoj se pak pridružuju u posljednjih tridesetak godina također razne forme duhovnosti, bilo da se poslužuju elementima s religijskog tržišta, bilo da idu neovisno o tome u smjeru ateističke duhovnosti.

Jedan od najpoznatijih suvremenih zagovornika teorije sekularizacije je škotski sociolog *Steve Bruce*. Za Brucea sekularizaciju karakterizira opadanje važnosti religije za odvijanje ne-religijskih uloga i institucija, opadanje društvenog ugleda religijskih uloga i institucija, te

opadanje stupnja uključenosti u religijske prakse i opadanje iskazivanja religijskog vjerovanja i njegova utjecaja religijskog vjerovanja na druga područja ljudskog života.

Bruce navodi da procesi modernizacije donose strukturalnu i funkcionalnu diferencijaciju, odnosno fragmentaciju društvenog života i specijalizaciju uloga i institucija za posebne funkcije koje je prije obavljala jedna uloga ili institucija. Strukturalna diferencijacija povezana je sa socijalnom diferencijacijom jer, suprotno Durkheimovim stajalištima, sve veći stupanj specijalizacije funkcija u društvu donosi i sve veći stupanj odvojenosti ljudi. Vjerodostojnost jednog moralnog univerzuma unutar kojeg svi ljudi imaju svoje mjesto ovisila je o relativno stabilnoj društvenoj strukturi. Razvojem novih društvenih uloga i povećanom mobilnošću tradicionalne integracijske koncepcije zajednice i moralnog i natprirodnog poretka počinju se raspadati.

Proces societalizacije socijalizacije, kako ga Bruce naziva, označava promjene od koncepcije zajednice prema koncepciji društva u Tonniesovom smislu. Posljedica procesa diferencijacije i socijalizacije je opadanje vjerodostojnosti jednog sveobuhvatnog moralnog i religijskog sustava, kojeg zamjenjuju kompetitivne koncepcije. Te kompetitivne koncepcije sve više se povezuju s privatiziranim, individualiziranim iskustvom, i raskidaju veze s društvenim ulogama i djelovanjem društvenih sustava.

Religija je u tom smislu zadržala subjektivnu vjerodostojnost za neke ljude, no izgubila je svoju činjeničnu ozbiljnost i objektivnost. Religija više nije stvar nužnosti, već pitanje izbora. Ključnim elementom sekularizacijske paradigme Bruce označava individualni odgovor na procese diferencijacije, socijalizacije i pluralizma. Privatizacija i individualizacije religije vode u relativizam. Oslanjajući se na prethodnike, posebno na Wilsona, Bruce ističe da individualizam, različitost i egalitarizam u kontekstu liberalne demokracije potkopavaju autoritet religijskih vjerovanja (Bruce, 2002:2-30).

Za Brucea procesi socijalne i strukturalne diferencijacije, societalizacije, racionalizacije, individualizacije te sve veće društvene i kulturalne različitosti smanjuju društvenu (i individualnu) važnost religije, osim u slučaju kada religija, i uslijed modernizacijskih procesa, uspije preuzeti određene ne-religijske uloge. Takve slučajeve on naziva „kulturnom obranom“ i „kulturnim prijelazom“, gdje se pod prvim smatra stanje kada religija predstavlja izvor obrane nacionalne, lokalne i etničke kulture, odnosno važan dio kolektivnog identiteta, pod prijetnjom „strane“ religije ili radikalnog sekularizma. „Kulturni prijelaz“ označava procese

tranzicije koji, između ostalog, ugrožavaju socijalni identitet, a gdje se onda religija javlja kao pomoć u lakšem usvajanju tih prijelaza i kao temelj za uspostavljanje novog osjećaja vrijednosti (Bruce, 2002: 30-34). Kad je o ovom posljednjem riječ, može se razložno pretpostaviti također raznovrsna ponuda 'duhovnih usluga' najrazličitije provenijencije.

1.1.2.2. Kritičke opaske spram teorija sekularizacije

Važnost teorije sekularizacije, kao i njene pomalo kontroverzne postavke, privukla je brojne kritike, većim dijelom iz američke sociologije. Jedan od važnijih kritičara teorije sekularizacije je **Jeffrey K. Hadden** koji ističe nekoliko osnovnih elemenata za kritiku sekularizacije: sekularizacija je prije skup neprovjerenih ideja koje se oslanjaju na parcijalne podatke negoli sustavna teorija; naime postojeći rezultati empirijskih istraživanja uglavnom ne potvrđuju procese sekularizacije, a pojava i razvoj novih religijskih pokreta, od šezdesetih godina 20. stoljeća do danas, ukazuje na suprotne zaključke od onih sadržanih u teorijama sekularizacije. Šire gledano, u svijetu raste broj zemalja u kojima je religija bitno uključena u društveno-politička događanja.

Hadden ističe da su sekularizacijske teorije prije svega proizvod društvenog i kulturnog konteksta Europe sredinom 19. stoljeća, s dominacijom evolucijskog modela modernizacije i sukoba između religije i liberalne kulture. Sučeljavanja nadolazećeg poretka liberalne demokracije i tržišne privrede te starog poretka stvorila su klimu za prihvaćanje pretpostavke o opadanju važnosti religije, bez ikakvih uvjerljivih znanstvenih dokaza (Hadden, 1987:588-602).

Nadalje, **Rodney Stark** navodi pet ključnih točaka sekularizacijske teorije i svoju kritiku na njihov račun prije svega, sve teorije o sekularizaciji ističu bitnu povezanost procesa modernizacije i sekularizacije, odnosno da su procesi modernizacije pokretači sekularizacije. No ta obrnuto recipročna veza nije dokazana u stvarnosti, posebno ne s obzirom na SAD. Prema njemu sekularizacijske teorije ne ističu samo institucionalno diferenciranje i odvajanje crkve i države, već često naglašavaju povezanost opadanja društvene važnosti religije i smanjivanja religioznosti pojedinaca. Tako postavljeni, tzv. „ortodoksni model“ sekularizacije nema potporu u suvremenim religijskim promjenama (usp. razvoj novih religijskih pokreta, ali i najnoviji probuđeni interes za duhovnost koji se ne može svesti na 'povratak religije', ali ispunja neke od njezinih funkcija). Većina sekularizacijskih teorija ističe znanost kao područje koje ima „najpogubnije posljedice za religiju“. No prema Starku jasno je da su znanost i religija dva komplementarna, a ne suprotstavljena područja promišljanja stvarnosti. Stark odbacuje tvrdnju da je proces sekularizacije ireverzibilan, tj. da ne postoji mogućnost religijske revitalizacije; društveno-političke promjene u većem dijelu istočne Europe od 90-tih godina prošlog stoljeća naovamo pokazuju suprotno.

Stark također razlaže dva mita, mit o „opadanju religioznosti“ i mit o „pobožnoj prošlosti“. U razlaganju prvog mita Stark upozorava da je David Martin još sredinom šezdesetih godina predlagao odbacivanje teze o sekularizaciji iz socioloških rasprava, te da nema znanstveno valjanih dokaza dugoročnog pada religioznosti. Drugi mit predstavlja bitan dio sekularizacijskih teorija i uglavnom se svodi na stajalište o vrlo religioznoj Europi koja se, kroz procese modernizacije, sekularizira. Stark želi pokazati kako srednjovjekovna Europa i nije bila toliko religiozna, ili konkretnije, ističe da je religijska praksa u sjevernoj i zapadnoj Europi bila vrlo niska i prije „naleta modernizacije“. (Stark, 1999:249-263).

Njemački autor Gert Pickel navodi pet pogrešnih pretpostavki koje sadrži teorija sekularizacije, a koje onda otvaraju prostor za kritičko preispitivanje te teorije. Prva je o univerzalnom odnosu modernizacije i sekularizacije. Pickel ističe da religijska vitalnost nekog društva prije svega ovisi o specifičnom političkom kontekstu, a ne nužno o stupnju modernizacije. Druga je o empirijskoj validnosti sekularizacije. Ukratko, rezultati istraživanja, pogotovo ako promatramo globalni kontekst, ne potvrđuju teoriju sekularizacije. Kao treću pogrešnu pretpostavku teorije sekularizacije Pickel navodi mogućnost gubitka osobne religioznosti, što se nije dogodilo ni u većini zemalja Europe koja je više sekularizirana od ostalih dijelova svijeta. Četvrta pretpostavka je o „zlatnom dobu vjere“, gdje se ističe kontinuirano opadanje religioznosti. No Pickel upozorava na to da je takav pristup ahistorijski te da „zlatno doba vjere“ nikada nije postojalo. Peta pretpostavka je o javnom gubitku društvenog značaja. Referirajući druge autore Pickel navodi da je to pogrešno i da je religija danas važan čimbenik u javnom životu (Pickel, 2011:6-8).

Nakon ovih i drugih kritika sekularizacijske teorije u sociologiji dio njihovih autora revidira, ili čak napušta, teoriju sekularizacije. Navodimo ranije spomenutog *Petera Bergera* koji je u svojim kasnijim radovima priznao nedostatke teorije sekularizacije; čini se da ju on napušta koristeći pojam „desekularizacije svijeta“. To napuštanje obrazlaže činjenicom da empirijski pokazatelji iz različitih dijelova svijeta sve manje podupiru teoriju sekularizacije (Berger, 2002.:292). Uz njega jedna od utjecajnijih revizija sekularizacijske teorije jest ona koju daju Ronald Inglehart i Pippa Norris; oni ističu važnost egzistencijalne sigurnosti i kulturne tradicije, gdje „sigurnost“ označava slobodu od raznih oblika rizika i opasnosti, a „kulturna tradicija“ označava povijesno i kulturno naslijeđe određenog društva (Inglehart i Norris, 2007.:24-29). Osnovna postavka njihove teorije, koju temelje i na rezultatima empirijskih istraživanja, je da su društva niske razine egzistencijalne sigurnosti i društva čijim povijesno-

kulturnim naslijeđem dominira religija sklonija religioznosti i jačem naglašavanju važnosti religije u svim područjima društvenog života i obrnuto (Inglehart i Norris, 2007.:192-193).

Bez obzira na brojne kritike i revidirane verzije teorije sekularizacije u sociologiji, ili barem u europskoj sociologiji, i dalje prevladava stajalište da ona ostaje kao osnovni teorijski okvir religijskih promjena u suvremenom društvu makar i uz stanovite ograde i dodatna pojašnjenja. U svakom slučaju valja ju uzeti u obzir kod teme kao što je ova kojom se bavimo u našem radu.

1.1.3. Modernitet i postmodernitet

Ako se proces modernizacije odnosio na važne promjene u kulturnom, ekonomskom, političkom i tehnološkom području koje se javljaju u Europi u 18. i 19. stoljeću, onda se proces postmodernizacije odnosi na važne promjene u svim tim područjima koje se javljaju u drugoj polovici 20. stoljeća; odatle i potreba da se govori o radikalnom modernitetu ili postmodernitetu. U ekonomskom području to prije svega znači razvoj jedne ekonomije koja se temelji na potrošnji, a ne više na radu i proizvodnji. Posljedično to znači i sve veći broj zaposlenika u uslužnim djelatnostima i sve manji broj zaposlenika u industriji, kao i sve veći broj općenito nezaposlenih ili „nesigurno“ zaposlenih. To je i razdoblje dominacije globalnog tržišta. U području tehnologije razdoblje postmodernog stanja društva karakterizira brzi razvoj interneta i njegova primjena u svim područjima ljudskog života. To se posebno odnosi na društvene mreže na internetu. U području kulture još snažnije se razvija potrošačka kultura temeljena na individualizaciji i subjektivizaciji, a posljedično se razvija i duhovnost više zainteresirana za ono imanentno negoli za transcendentno u religijskome smislu. U području politike razvijaju se iliberalni sustavi demokracije, gdje jačaju autoritarna stajališta i opća politička pasivnost građana. Uz to važno je navesti i posebnu postmodernu osjetljivost za pitanja klimatskih promjena i zaštite okoliša.

U našem prikazu socioloških pozicija Ulricha Becka i Zygmunta Baumana već su bili vidljivi pomaci prema razumijevanju postmoderne (refleksivna i tekuća modernost). Modernitet i postmodernitet mogu se shvatiti također kao epohe, razdoblja gdje prva počinje s Renesansom, a druga počinje u drugoj polovici 20. stoljeća i to stoga što je riječ o procesima relativno dugog trajanja (pri čemu se još ne zna trajanje postmoderniteta). Prvi povezan s industrijalizacijom i drugim već navedenim procesima, a drugi povezan s razvojem računalne tehnologije i potrošačke kulture. Modernizam i postmodernizam shvaćaju se također kao umjetnički pokreti i pogledi na svijet (Featherstone, 2007:5-7). U ovome pak što slijedi

referiramo pokušaje izričite tematizacije postmoderniteta u nekih značajnih društvenih znanstvenika koji su toj tematici posvetili posebnu pozornost.

Britanski sociolog *Simon Susen* nastoji karakterizirati postmodernitet na više različitih razina.

- Na *ekonomskoj razini* – razvoj postmoderniteta povezan je s procesima deindustrijalizacije. Ubrzani razvoj postindustrijskog kapitalizma označava jednu od ključnih sila razdoblja postmoderniteta gdje informacijska, tehnološka i kulturna dobra postaju osnovni izvori ekonomske proizvodnje, distribucije i potrošnje.

- Na *epistemičkoj razini* – razvoj deracionaliteta, ne u smislu smanjivanja važnosti znanosti općenito, već u smislu da znanost postaje samo još jedna „jezična igra“ u mnoštvu drugih. Razdoblje postmoderniteta karakterizira policentričnost gdje niti jedan izvor smisla ne može održati epistemički monopol na interpretaciju stvarnosti.

- Na *političkoj razini* – razdoblje postmoderniteta karakteriziraju procesi deideologizacije. To prije svega znači da su velike političke ideologije, kao što su anarhizam, komunizam, socijalizam, liberalizam i fašizam, izgubile većinu nekadašnjeg utjecaja.

- Na *organizacijskoj razini* – primjetne su tendencije prema debirokratizaciji. To ne znači da birokratska organizacija djelovanja nestaje, već da više nije toliko dominantna u postmodernom kontekstu kratkoročnosti, rizika i individualne odgovornosti.

- Na *kulturnoj razini* – razdoblje postmoderniteta karakterizira visoko izražena individualizacija. Ako je u razdoblju tradicionalnog društva dominirao „kult Boga“, u razdoblju moderniteta „kult jedinstvenog subjekta“ onda u postmodernitetu dominira „kult fragmentiranog pojedinca“. U razdoblju postmoderniteta i potrošačkog društva od pojedinaca se ne očekuje da biraju dijelove osobnog i socijalnog identiteta iz različitih izvora, već da postoje kao fluidna, pluralna i kontradiktorna jastva (Susen, 2015:34-36).

I drugi britanski sociolog Mike Featherstone razlikuje osnovne izvedenice pojmova moderno-postmoderno, kao što su modernitet-postmodernitet, modernizacija-postmodernizacija i modernizam-postmodernizam (Featherstone, 2007:2). Modernitet i postmodernitet su epohe, razdoblja gdje prva počinje s Renesansom, a druga počinje u drugoj polovici 20. stoljeća. Modernizacija i postmodernizacija su procesi. Prvi povezan s industrijalizacijom i drugim već navedenim procesima, a drugi povezan s razvojem računalne tehnologije i potrošačke kulture. Modernizam i postmodernizam su umjetnički pokreti i pogledi na svijet (Featherstone, 2007:5-7).

U općem razlikovanju možemo navesti dihotomizirani shematski pristup američkog književnog teoretičara Ihaba Hassana koji razlikuje modernizam i postmodernizam:

Prikaz 2. Shematsko razlikovanje modernizma i postmodernizma

<i>Modernizam</i>	<i>Postmodernizam</i>
Romantizam/simbolizam	Dadaizam
Forma (dosljedna, dovršena)	Antiforma (nedosljedna, otvorena)
Svrha	Igra
Plan	Slučajnost
Hijerarhija	Anarhija
Vještina/logos	Iscrpljenost/tišina
Umjetnost kao završeno djelo	Proces/izvedba/događanje
Distanca	Participacija
Kreacija/totalitet/sinteza	Dekreacija/dekonstrukcija/antiteza
Prisutnost	Odsutnost
Centriranost	Raspršenost
Žanr	Tekst
Semantika	Retorika
Paradigma	Sintagma
Selekcija	Kombinacija
Ukorijenjenost/dubina	Površina
Označeno	Označitelj
Narativ/velike priče	Anti-narativ/male price
Bog Otac	Sveti Duh
Transcendencija	Imanencija

Izvor: (Hassan, 1987.)

Američki politolog Ronald Inglehart analizira proces postmodernizacije kao veliku i široku promjenu u svjetonazoru koju, između ostalog, karakterizira promjena od materijalističkih vrijednosti prema postmaterijalističkim vrijednostima. Postmodernizacija za njega znači opadanje važnosti ekonomskog rasta, znanstvenog i tehnološkog razvoja, i jačanje usmjerenosti prema maksimizaciji subjektivnog dobra (Inglehart, 1997:36). Postmodernizacija znači i smanjivanje važnosti obitelji i religije, a jačanje važnosti pojedinca i duhovnosti (Inglehart, 1997:69).

Kad se sve to sagleda, za pojedinca postaje hitnim pitanje o tome kako integrirati sve dimenzije vlastitoga bića u jednu suvislu cjelinu. Ako je put prema tradicionalnim religijama za sekulariziranog pojedinca jedva prihvatljiv ili posve neprihvatljiv, nude mu se zadnja dvatri desetljeća razni tipovi duhovnosti kao put nalaženja samoga sebe i osmišljenja vlastite egzistencije.

Jedan od najpoznatijih teoretičara postmoderniteta je francuski filozof **Jean-Francois Lyotard** koji 1979. godine objavljuje knjigu „Postmoderno stanje. Izvještaj o znanju“. Osnovno stajalište od kojeg Lyotard polazi u svojoj analizi je da dolazi do promjene statusa znanja u društvu koje iz industrijskog prelazi u postindustrijsko razdoblje. Lyotard ističe da će se znanje u budućnosti proizvoditi uglavnom zbog prodaje i zbog valorizacije u novoj proizvodnji. Znanje je postalo roba (Lyotard, 2002:5). Ključno određenje postmodernog stanja društva prema Lyotardu označeno je krizom u legitimizaciji znanosti, tehnologije i društva općenito koja nastupa propašću velikih priča koje su činile temelj modernog društva. Nakon što su te velike priče propale dolazi do novog modela u kojem, na području znanosti, više nije bitno proizvesti odgovarajuće modele stvarnosti, već proizvesti što više znanja i što više informacija (Lyotard, 2002:31-39). Tako niti jedna forma diskursa više nije važnija ili iznad druge, već postoji jedan multiplicitet raznih jezičnih igara. Razumijevanje značenja određenog pojma unutar jezičnih igara određeno je njegovom funkcijom unutar ljudske interakcije. Lyotard traži legitimnost kroz performativnost „malih priča“, što vodi raspršenosti znanja gdje više ne vrijede univerzalna pravila. Znanost se, u postmodernom stanju, legitimira kroz *paralogije* koje označavaju proizvodnju znanja koje potkopava prijašnja shvaćanja i traži legitimaciju putem novih pragmatičnih iskaza. Takvo novo znanje vrijedi samo u ograničenom periodu i onda biva prevladano novim destabilizirajućim otkrićem (Lyotard, 2002:60-61).

Drugi francuski filozof koji je također vrlo poznat analitičar postmoderniteta je **Jean Baudrillard** koji smatra da je osnovna karakteristika postmodernog stanja društva dominacija simulakruma - simulacije koja predstavlja stvaranje zbilje po modelima bez porijekla i bez stvarnosti (Baudrillard, 2001a:8). Baudrillard navodi kako četiri povijesna poretka, sukladna sukcesivnim fazama slika o stvarnosti, karakteriziraju zapadnu kulturu. Te poretke određuje u sučeljavanju prikazivanja, koje polazi od načela istoznačnosti znaka i stvarnosti, i simulacije koja polazi od korjenitog nijekanja znaka kao vrijednosti.

Prvi poredak je feudalizam gdje je slika refleksija stvarnosti, drugi poredak je razdoblje oponašanja ili imitacije koji počinje s Renesansom i traje do prve industrijske revolucije (19. st.). Ovdje slika skriva i izvrće stvarnost. Treći poredak je poredak «proizvodnje» koji se odnosi na industrijsko društvo gdje slika skriva odsutnost i udaljavanje od stvarnosti. Četvrti poredak je poredak „simulacije“ koji je karakteristika suvremene faze razvoja društva – ovdje slika nema nikakve veze sa stvarnošću. To je treći poredak *simulacruma* gdje dominira moć simulacije, a čiji početak Baudrillard smješta u Renesansu. U razdoblju postmoderne nema više temeljne stvarnosti na koju bi se objekti i njihovi znakovi mogli referirati (Baudrillard,

2001a:14). Možda smo se tim pokušajem približili s druge strane Baumenovoj koncepciji tekuće modernosti – u oba slučaja nema neke temeljne stvarnosti na koju bi se pojedinac referirao, odnosno ona je tekuća pa mu izmiče.

U prikazu i izlaganju koncepata moderniteta, sekularizacije i postmoderniteta upozorili smo na mjesta koja upućuju na duhovnost kao mogući cilj prema kojem (post)moderni pojedinac manje ili više svjesno teži. Pokazalo se naime u svim referiranim teorijama da povlačenje religije ostavlja prazninu koja pojedinca suočava s pitanjem smisla vlastite egzistencije i s duhovnošću kao mogućim praktičnim odgovorom na to pitanje. U smislu provizornog zaključka ovog dijela rada razvidjet ćemo ukratko relaciju duhovnosti i (post)moderniteta te time otvoriti perspektivu za obuhvatnije razmatranje stvarnosti i pojma duhovnosti.

1.1.4. Duhovnost u modernitetu i postmodernitetu

Već letimični pogled u odgovarajuće leksikone obilato pokazuje da je duhovnost sastavni dio svih religijskih tradicija kao i to da mu je terminološko 'mjesto rođenja' kršćanstvo (Schütz 1988:1170-1216; Solignac 1990:1142-1160). No u drugoj polovici 20. stoljeća sve se više na Zapadu razvija i dobiva društvenu važnost duhovnost koja nije nužno povezana s religijskim tradicijama i institucijama. Kontekst toga razvoja označen je procesima emancipacije od uspostavljenog poretka, nepovjerenjem spram dominantnih vrijednosti te pojavom raznih pokreta (feminizam, razni smjerovi psihoterapije ili counseling itd.) od kojih je zasigurno najpoznatiji New Age (Bochinger 1995; Heelas 2008). Na duhovnost se pozivaju također pripadnici ateističkog humanizma (Solomon 2002; Comte-Sponville 2006). Postmoderna šarolikost prožeta je zahtjevom za duhovnošću, a govor o njoj u najrazličitijim kontekstima individualnog i društvenog života otežava korektno razumijevanje njezinog pojma (toj problematici posvećen je sljedeći dio ovog rada).

Razumljivo da su se i sociolozi dali na istraživanje tog fenomena te ga nastojali u prvom redu razlučiti od religioznosti, dakako ne niječući povezanost i preklapanje s njome. Razlučivanje omogućuje istraživanje i 'mjerjenje' duhovnosti kao držanja i stava kojim ljudi oblikuju svoj život. Pritom je ključni proces koji je potaknuo razvoj duhovnosti u razdoblju postmoderniteta proces individualizacije, na što je svojedobno upozorio američko-austrijski sociolog Thomas Luckmann koji razvija teoriju privatizacije/individualizacije religioznosti u

analizi odgovora pojedinaca na dvije važne karakteristike modernizacije društva koje proizlaze iz funkcionalne diferencijacije, a to su razvoj funkcionalne specijalizacije i pluralizam (Luckmann, 1999: 253). Osnovni problem institucionalne specijalizacije religije za Luckmanna proizlazi iz činjenice da se „službeni“ model religije mijenja znatno sporije nego „objektivni“ društveni uvjeti koji suodređuju dominantne individualne sustave „konačnog“ značenja. Time institucionalno specijaliziranje religije, kao i specijalizacija drugih institucija, potiče razvoj koji mijenja religiju u subjektivnu i privatnu stvarnost (Luckmann, 1967:83,86).

Dok sekularizacijske teorije pretpostavljaju da modernizacijski procesi dovode do opadanja religioznosti na institucionalnoj, društvenoj i individualnoj razini, teorija individualizacije pretpostavlja opadanje religioznosti na institucionalnoj i društvenoj razini, ali ne i na individualnoj, privatnoj razini. Teorija individualizacije naime ne odnosi se samo na područje religije već obuhvaća cjelokupni društveni sustav i određuje individualizaciju kao proces jačanja autonomije pojedinaca u razvijanju njihovih vlastitih vrijednosti i normi koje će biti oslobođene utjecaja religije i tradicionalnih moralnih normi. Individualizacija se promatra kao društveni i povijesni proces u kojem su vrijednosti, vjerovanja, stavovi i ponašanje temeljeni na osobnom izboru i sve manje ovisni o tradiciji i društvenim institucijama. Područjem vrijednosti više ne dominira institucionalna religija, već osobni izbor, a samorazvoj i osobna sreća postaju vodeći principi za individualno djelovanje (Ester, Halman i De Moor, 1994.:7). Proces individualizacije npr. za Ulricha Becka je „institucionaliziran“ i ključan za razumijevanje suvremenog društva. „Živimo u razdoblju kada je društveni poredak nacionalne države, klase, etniciteta i tradicionalne obitelji u opadanju. Etika individualnog samoispunjenja i postignuća najsnažnija je struja u modernom društvu. Osnovna odrednica našega vremena je ljudsko biće koje bira, odlučuje i mijenja te teži biti autor vlastitog života i kreator individualnog identiteta“ (Beck i Beck-Gernsheim, 2002.:22-23). Jedna od osnovnih pretpostavki teorije individualizacije jest da proces individualizacije vodi razvoju individualizma kao uvjerenja i stava o punoj autonomiji pojedinca (Halman, 1996.:198).

Sociokulturni kontekst razvoja duhovnosti na Zapadu izrazito je individualistički, a kod pojedinih autora i subjektivistički. U tom smislu za razvoj duhovnosti važan je i određeni sinkretizam kao spajanje različitih dijelova raznih religijskih tradicija u jednu, ne uvijek koherentnu, priču koja teži obuhvatiti individualni smisao života. Tako dvoje britanskih sociologa, Paul Heelas i Linda Woodhead, zastupaju teoriju o subjektivizaciji religije. Osnovna ideja te teorije jest da je ključna sociokulturna promjena u suvremenom društvu „veliki subjektivni zaokret“, od života u uvjetima izvanjskih i objektiviziranih uloga i obveza prema

životu koji se uglavnom referira na osobno, subjektivno iskustvo. „Subjektivni zaokret“ predstavlja promjenu od „života kao“ prema „subjektivnom životu“. Osnovna karakteristika „života kao“ je pripadnost utvrđenom i „datom“ poretku stvari koji osnovne „izvore smisla“ temelji na transcendentnom Bogu. U tom smislu važno je živjeti kao pripadnik zajednice ili tradicije u bilo kojem obliku, od srodstva, feudalnog sustava, države-nacije, do klase i određene religije. Naglasak je na poslušnosti življenju života čiji smisao nadilazi individualno jastvo. Viši autoriteti određuju život pojedinca i vrednuju ga u skladu s obavljanjem dužnosti i ispunjavanjem obveza. U „subjektivnom životu“ subjektivnost svakog pojedinca postaje jedinstveni izvor značenja, smisla i autoriteta. Dobar život sastoji se u življenju vlastitog života u punoj samosvijesti, u obogaćivanju vlastitog iskustva, poboljšanju kvalitete života, pronalaženju vlastitog puta i sl. Ključna vrijednost „života kao“ je poslušnost prema izvanjskom autoritetu, a ključna vrijednost „subjektivnog života“ je izvorna povezanost s unutrašnjim, vlastitim jedinstvom života-u-odnosu. Heelas i Woodhead ne tvrde kako je „subjektivni život“ isključivo karakteristika postmodernog stanja društva, već da dolazi do naglašavanja subjektiviteta zbog sve većeg nepovjerenja u društveni sustav (Heelas, Woodhead, 2005).

Slično ovim stajalištima je i teorijski pristup američke sociologinje i antropologinje Meredith McGuire koja duhovnost određuje kao otvorena, nedovršena, razvojna i dinamična iskustva, a religioznost promatra kroz koncepte vjerske prakse, vjerovanja i moralnih vrijednosti (McGuire, 2008). Uzimajući kao primjer društvo SAD-a McGuire ističe povezanost duhovnosti i zdravlja u suvremenom postmodernom kontekstu. Sintezi zdravlja i duhovnosti, prema McGuire, prijete procesi institucionalne diferencijacije i racionalizacije kao ključni procesi modernizacije. No razvoj postmodernog društvenog konteksta donosi pluralizam duhovnih ponuda, temeljenih na holističkom principu „uma, tijela i duha“ koji pritom iz te ponude ne isključuje ni organizirane (institucionalizirane) religije (McGuire, 1993).

Nešto drugačija stajališta od Heelas i Woodhead zastupa talijanski sociolog religije Giuseppe Giordan koji duhovnost i religioznost ne analizira kao dvije nužno odvojene pojave. Naime, Giordan, analizirajući religijsku situaciju u Italiji, smatra da duhovnost i religioznost nisu nužno međusobno isključive pojave kao što to analize Heelasa i Woodhead pokazuju za Veliku Britaniju. No i Giordan, kao i drugi autori, ističe da su to dva različita puta prema svetome (Giordan, 2007). Giordan ističe da je koncept duhovnosti, u suvremenom smislu, upravo jedan od onih koncepata koji su obilježili prijelaz iz tradicionalnog i modernog u postmoderno društvo. Taj prijelaz legitimacije značenja od autoriteta institucije prema slobodi

pojedinaca, za Giordana, nije prošao bez posljedica za odnose institucija, vjernika i tradicije. Odnos prema svetome više se ne regulira prema moralnim zakonima i vjerovanjima Crkava već prema individualnoj kreativnosti i izričaju, te označava veliku promjenu „od institucija prema pojedincu“. Uspostavljanje prvenstva slobode izbora pojedinca i iskustva različitosti religijskog pluralizma globalizirajućeg svijeta, za Giordana, dva su važna konteksta za razumijevanje perspektive duhovnosti (Giordan, 2007).

U cjelini gledano koncept duhovnosti povezan je s različitim temama koje su važne za postmoderne sociokulturni kontekst, kao što su promjene u konstituiranju osobnog identiteta, načini i obrasci utjelovljenja jastva, kulturne promjene u vrijednosnom smislu, te isticanje rodni pitanja. Uz to ide i proces individualizacije religijskih osjećaja, subjektivizacija i privatizacija vjerovanja. Sve to omogućuje da se idealno-tipski sagleda razlikovanje religioznosti i duhovnosti što ga je ponudila Eileen Barker, jedna od poznatijih sociologinja koja se bavi pitanjima duhovnosti u suvremenom društvu.

Prikaz 3. Ideal-tipsko razlikovanje religioznosti i duhovnosti, na temelju pretpostavljenih suprotnosti u teološkim i društvenim orijentacijama (Izvor: Barker, 2004:26).

	RELIGIOZNOST	DUHOVNOST
<i>Božanstvo</i>	Transcendentno i partikularno	Imanentno i kozmičko
<i>Izvor</i>	Izvan	Unutra
<i>Porijeklo</i>	Stvoreni svijet	Stvaranje/kreativnost
<i>Izvor spoznaje</i>	Pismo/otkrivenje	Iskustvo/misticizam
<i>Autoritet</i>	Dogma/svećenstvo/tradicija	Osobno iskustvo
<i>Teodiceja</i>	Zlo/griješ/sotona	Nedostatak sklada, uravnoteženosti i znanja
<i>Život poslije smrti</i>	Spasenje/uskršnuće/prokletstvo	Reinkarnacija/mokša
<i>Vrijeme</i>	Temporalno/povijesno	Vječno/apovijesno
<i>Promjena</i>	inearno:prošlost/sadašnjost/budućnost	Cikličko:nekad/sada/nekad
<i>Perspektiva</i>	Analitička	Holistička/sinkretistička
<i>Antropologija</i>	Čovjek na sliku Božju	Ljudi kao dio prirode
<i>Razlike</i>	Dihotomne: oni/mi	Komplementarnost:mi (oni=oni/mi)
<i>Spol/rod</i>	Muško/žensko	Ženskost-muškost
<i>Odnosi</i>	Kontrolirajući	Relacijski
<i>Društveni identitet</i>	Grupa (pripadnost tradiciji)	Unutrašnje 'ja'/'istinsko jastvo'
<i>Kontrola</i>	Izvanjski autoritet	Unutrašnja odgovornost
<i>Organizacijska jedinica</i>	Institucija/obitelj	Pojedinac
<i>Mjesto šovanja</i>	Crkva, sinagoga, hram	Neformalne zgrade
<i>Komunikacija</i>	Vertikalna hijerarhija	Horizontalno umrežavanje

Ovaj pregledni prikaz pokazuje da je za religioznost, prije svega Zapadnoga svijeta pa time i kršćanstva, važna koncepcija transcendentnoga Boga, dok je kod duhovnosti više izražena imanencija božanskog i/ili neka kozmička koncepcija božanskog. Izvor spoznaje za religioznost jest Božja objava uobličena u knjigu, a kod duhovnosti, sukladno navedenom značaju procesa individualizacije, to je osobno iskustvo koje predstavlja i temeljni autoritet. Za religioznost autoritet se određuje kroz dogme (neupitne vjerske istine), Crkvu i tradiciju što veže vjernike u jednu zajednicu. Koncepcija života poslije smrti kod religioznosti vezana je uz koncepcije spasenja i grijeha, dok je kod duhovnosti više zastupljena koncepcija zapadnom individualizmu prilagođene reinkarnacije, preuzete iz hinduističke i budističke tradicije.

Iz svega se čini da duhovnost dolazi do izražaja u kasnom modernitetu ili postmodernitetu kao odgovor na problem radikalno shvaćenog individualizma. Shema E. Barker daje vidjeti da je duhovnost naglašeno holistička, usredotočena na pojedinca i na njegovu osobnu dobrobit. U tomu je velika razlika spram kršćanske poruke koja inzistira na

zajedništvu i na raspoloživosti za drugog čovjeka pa i po cijenu zapostavljanja vlastitih individualnih interesa. Takvo stanje stvari svakako zahtijeva da se detaljnije razmotri pojam duhovnosti u svojoj povijesnoj i suvremenoj perspektivi.

Kada navedene teorije promatramo u kontekstu suvremenog hrvatskog društva onda je važno naglasiti kako je ono, kao i mnoga druga društva, obilježeno spletom tradicionalnosti, modernosti i jednim manjim dijelom postmoderniteta. U posljednjih dvadesetak godina s jedne strane vidljiva su obilježja sekularizacije, koja se više veže uz crkvenu a manje uz osobnu religioznost, a s druge strane, iako u nešto kraćem vremenskom periodu, vidljiv je i manji rast individualiziranog pristupa religioznosti (Nikodem, Zrinščak, 2019.). Naime rezultati međunarodnog istraživanja *Europsko istraživanje vrijednosti* pokazuju kako se između 2008. i 2018. godine u Hrvatskoj malo povećao postotak (s 34% na 35%) onih koji se slažu s tvrdnjom da „imaju vlastiti način za uspostavu veze s božanskim, bez crkve ili vjerskih obreda“ (Nikodem, Zrinščak, 2019:381). Nadalje, rezultati istog istraživanja, na pitanju o slici Boga u kojega se vjeruje, pokazuju da oko 38% građana Hrvatske vjeruje „da postoji neka vrsta duha ili životne sile“ (Baloban, Črpić, Ježovita, 2019:92). To ukazuje da, iako je hrvatsko društvo većim dijelom i dalje tradicionalno u smislu religije, ipak postoji i određeni prostor interesa za duhovnost.

1.2. Suvremeni govor o duhovnosti

Dosadašnja izlaganja pokazala su veoma šaroliku uporabu i značenja termina duhovnost. Odatle se nameće potreba detaljnijeg i sustavnijeg razviđanja njegova značenja. Očito je njegovo podrijetlo u kršćanskom kontekstu kao što je također očito njegovo manje ili više radikalno odvajanje od tog konteksta u jezičnoj uporabi i životnoj praksi u naše doba. To međutim ne priječi da se duhovnost i dalje shvaća i uzima također u religioznom smislu. Drugim riječima, pretpostavljena postmoderna autonomija duhovnosti ne eliminira njezinu vezanost uz religiozni kontekst, koliko god bila korisna idealno-tipska razlučivanja tog dvojeg radi potreba socioloških istraživanja 'na terenu'. Na kraju krajeva, neće se moći zanijekati da je religiozno iskustvo – što god taj termin značio – također neko duhovno iskustvo, tj. spada u duhovnost. Naime, religiozno iskustvo daje onom duhovnom stanovite kognitivne sadržaje (vjerovanja), obrede, tradiciju i smješta ga u kontekst zajednice. Prema tome ono religiozno daje se shvatiti kao ono duhovno koje ima svoj primjereni okvir te je organizirano i orijentirano prema nekoj cjelovitoj formi života. Istodobno valja povesti računa o onome što prekoračuje granice tog shvaćanja: postoji ono nereligiozno duhovno pa se odatle može govoriti o duhovnosti u radu, duhovnosti u ljubavi, o duhovnosti u bolesti i u odnosu spram smrti, itd., a da se pritom ni najmanje ne misli na bilo kakvu religioznost – ali ju načelno ni ne isključuje, barem ne posvuda i ne uvijek. Ako išta, postmoderna pokazuje upravo tu šarolikost.

Razvidno je dakle da ono duhovno prekoračuje granice onog religioznog i može se 'upisati' u sva polja ljudske aktivnosti. Ono se u naše doba ne shvaća više kao jedna od dimenzija ljudskoga bića, koja se može, ali ne mora poklapati s religioznošću, nego prožima cijelo čovjekovo biće te je u stanju da ga dubinski preobrazi. Odatle proizlaze sve poteškoće korektnog razumijevanja duhovnosti. Stoga nam se čini uputnim krenuti od leksičke obrade i kulturno-povijesne uporabe termina duhovnost te s tim povezati sociološki i antropološki pogled na nju. Na to će se nadovezati pogled na uporabu pojma duhovnosti i njezina značenja u kontekstu medicine i sestrinstva.

1.2.1. Termin i pojam duhovnosti

U hrvatskom jeziku riječ duhovnost vrlo je tijesno vezana uz kršćanstvo (Ančić, 2016; 39), ali se ta veza u najnovije vrijeme pokazuje sve labavijom. Prema *Hrvatskom enciklopedijskom rječniku* (Anić, 2004) imenica duhovnost dolazi od riječi „duh“ i terminološki je određena kao svojstvo onoga što je duhovno ili što postoji na duhovan način, dok imenica „duh“ – povezana s riječju „dah“ – ima čitavu lepezu značenja, od kojih prva dva najbolje odgovaraju našem kontekstu: svijest, moć ili sposobnost mišljenja i spoznaje; zatim opće prevladavajuće psihičko i moralno stanje; temeljno, misaono, spoznajno, moralno ili koje drugo svojstvo; duh je nadalje bestjelesno biće, a u pučkom praznovjerju duh je biće tajanstvene tjelesnosti, često s nadnaravnim snagama i znanjem, prikaza, sablast, priviđenje. Srodnost s imenicom „duša“ očita je, a u pozadini stoje glagoli disati i puhati. To se može proširiti u smjeru manifestacije života, pri čemu se duh odnosi više na intelektualnu sferu, ali uvijek u jedinstvu s dušom koja više ističe osjećaje i težnje ili žudnje. Sve se to izražava kroz tijelo – govorom, mimikom, gestama. No, da bismo zahvatili puninu značenja termina duhovnost, trebamo krenuti od njezinog latinskog konteksta u kojem je nastala i iz kojeg se proširila svim europskim jezicima.

Latinski termin za duhovnost je *spiritualitas*, a nastao je u kontekstu kršćanstva u ranom srednjem vijeku i to polazeći od pridjeva *spiritualis* (duhovan) koji se, kao i imenica *spiritus* primarno odnosi se na disanje, ali i na dušu, život; uzdisanje, uzdah; uzdisaj; jak duh, hrabrost, srčanost; pouzdanje u sebe, samosvijest; oholost, obijest, prkos (Divković, 1997). Sva ta značenja upućuju na to da je duhovnost izraz za čovjekovu nutrinu, za njegovu unutarnju dispoziciju ili raspoloženje, za njegov 'duh' u kojem on shvaća sebe i svoj život, čime se on osjeća nadahnut za postupanje i u čijem ozračju gleda i tumači svoje opstojanje u svijetu i daje formu svojem životu.

Kada se govori o pojmu duhovnosti, mnogi se slažu da sam pojam svoje podrijetlo vuče iz židovske i kršćanske kulturne baštine (Jacobs, 2013. prema Downey, 1997; Haldane, 2003; Miller, 2005.) te je u pojašnjenju samog pojma neizbježno početi s odgovarajućom riječju iz Biblije. U hebrejskom jeziku izraz „duh“ (hebr. *ruah*) označava „dah u pokretu“ (Božji dah) koji je ušao i postao dio ljudske osobe, ali se istovremeno može odnositi i na element ličnosti. Riječ *ruah* je izraz za ljudsku svijest, za duh. U *Rječniku biblijske teologije* navode se različita tumačenja riječi „duh“, od vinskog duha do čovjekova duha. Duh uvijek teži označiti ono što je ljudskom biću bitno i neuhvatljivo, od čega ono živi i što bez njegove volje isijava iz njega. „Dah u pokretu“ uključuje ono emocionalno, kao element energije i moći pa čak i

temperament, strast, bijes, ljubomoru i depresiju. Duša pak opisuje čitava čovjeka ako ga oživljava "duh života". Snagom veze s Božjim duhom duša naznačuje u čovjeku njegovo duhovno podrijetlo; ali ta je "duhovnost" također duboko ukorijenjena u konkretan, tj. materijalan svijet (Leon-Dufour, 1969). Različita tumačenja često dovode do preklapanja duhovnosti s pojmom religioznosti, ali uvijek naglašavajući samu suštinu pojma koja se tiče odnosa osobe s Bogom, odnosno šire onog božanskog u čovjeku i svijetu (Jacobs, 2013). Ove općenite terminologijske naznake potrebno je specificirati u ovom što slijedi.

U svojem kršćanskom značenju termin duhovnost (*spiritualitas*) ističe unutarnji i osobni stav i njegovu realizaciju u postupanju, stav koji proizlazi iz nasljedovanja Isusa Krista pod vodstvom njegova i Očeva Duha, a manifestira se u zajednici vjernika (Crkva) i u ljudskom društvu, pri čemu uvijek valja uzeti u obzir povijesne okolnosti u kojima Kristov vjernik živi; suprotnost tomu je *carnalitas* (putenost, u Pavlovu smislu Rm 8 kao 'život po tijelu'). Duhovnost se dakle uzima u kontekstu najšireg kršćanskog značenja, kao naziv za čovjekov način života u skladu s Božjim duhom ili Duhom Isusa Krista. To se u prvom redu odnosi na čovjekov unutrašnji svijet, svijet njegova duha, što nužno ima također svoje izražajne oblike u načinu kako čovjek kao kršćanski vjernik uređuje i vodi svoj osobni život te u ponašanju, religioznim praksama i općenito u njegovim interakcijama s drugima u društvu. Time nisu isključeni ni "vrhunski oblici" duhovnosti u kršćanskoj mistici (Matanić, 1994:39; Jakobs, 2013).

Šire religiozno gledano duhovnost obuhvaća u raznim religijama mjerodavne sadržajne i metodičke poticaje u smjeru religioznog života koji dopiru sve do u svakodnevni život religioznog čovjeka. Te religiozno intonirane duhovne prakse možemo ugrubo podijeliti u tri skupine:

- molitva, meditacija, recitiranje ili pjevanje sakralnih tekstova, meditativno poniranje u njih te razne forme pouka;

- manuelni i intelektualni rad povezan s čitanjem i proučavanjem mjerodavnih tekstova dotične religijske tradicije te razne vrste dobrih djela, pomaganje i socijalni angažman motiviran osobnim religioznim uvjerenjem;

- razmišljanje o svaki puta vlastitoj religiji i njezinu značenju za osobni i zajednički život u društvu te susreti i razmjene s pripadnicima drugih religija (međureligijski dijalog).

Neke od tih djelatnosti jesu individualne, stvar pojedinaca, dok su druge kolektivne, stvar posebnih skupina unutar neke religije. Uz to su i forme života: monaške, tj. povučene iz uobičajene i bučne javnosti; ili redovničke, tj. prisutne u javnosti društva kao i one koje su

institucionalno prisutne u civilnom društvu (razne forme socijalnog rada i rada u sustavima obrazovanja). Neke su aktivnosti naglašeno kontemplativne, druge su orijentirane više praktički i socijalno. Izbor aktivnosti i relativno značenje koje se svakoj od njih pridaje u kontekstu življene ili 'practicirane' religije omogućuje da se razlikuju s tim povezane forme duhovnosti. Duhovnost je naime istodobno izvor djelovanja i povratno je uobličena formom djelovanja, može se dakle s razlogom govoriti o raznim duhovnim usmjerenjima ili smjerovima. Spomenute i druge moguće aktivnosti koje postoje u religijskim zajednicama izričito su određene i organizirane kad se dotična duhovnost prakticira i živi u krilu opatije ili samostana (ekvivalenti su tomu ashrami u Indiji ili bratstva, npr. derviška ili sufijska u islamu). Zadaće i aktivnosti vezane uz opskrbu živežnim namirnicama i pripremu hrane te uređenja nastambi uključene su u duhovnu praksu i određene monaškim ili redovničkim pravilima. Rad također u svojim fizičkim oblicima bitna je sastavnica duhovnosti: ova se ne samo reflektira u njemu nego uobličuje također unutrašnju formu ili 'duh' u kojem se rad obavlja (usp Schütz 1988:1170-1216).

Duhovnost nije ograničena samo na vjerski nauk i njegovo razumijevanje, pouku o njemu i komunikaciju drugima. To su njezini važni momenti, ali s njima je povezano i ono što nije manje važno, naime duhovno iskustvo kojemu vrhunac može biti mistično iskustvo, povratak u nutrinu i spoznaja samoga sebe, iskustvo transcendencije, mudrost te nadilaženje ograničenja karakterističnih za naše ljudsko stanje – sve je to nerazdvojno povezano s intelektualnim nastojanjima i radom u kontekstu religijskih zajednica. To je razlog zašto duhovnost uvire u razne tjelesne, emocionalne i mistične prakse (usp. joga, zen-meditacija i dr.) u kojima se uobličuje i izražava relacija (u skladu s jednim od značenja riječi 'religije') s Bogom, sa Svesviješću, dušom svijeta, svijetom u cjelini, bivanjem, vlastitom dubljom nutrinom itd. S tim je dakako tijesno povezano ono što se voli isticati kao cilj duhovnosti: dubinsko istraživanje čovječje nutrine što vodi k duhovnom buđenju, intimno obraćenje i radikalna promjena života (načina života, njegovih ciljeva i praksa) te pristup u stanje promijenjene svijesti i trajnog ostajanja u toj promjeni (Filiot, 2022:161-168.187-202).

U filozofskom smislu *spiritualitas* označuje duhovnost duše, tj. onu crtu ljudskog bića koja je na djelu pri spoznavanju i svjesnom htijenju te ga razlikuje od materijalnosti; suprotnost tomu je *corporalitas* (tjelesnost, materijalnost tijela) (Salignac, 1990). Riječ je o široko shvaćenom životu duha kako u spoznavanju stvarnosti i čovjeka u njezinu krilu tako i o etici čovječjeg djelovanja. Filozofija dakako nije samo i u prvom redu puka teorijska konstrukcija koncepata i njihovih relacija, ona je također – već od početka kod Grka – praksa koja ide za

transformacijom čovjeka u njegovu postojanju, te traganje za „dobrim životom“. Zato je ona od početka pa sve do danas predlagala i predlaže svojevrsne nereligiozne 'duhovne vježbe'. Filozof nije stranac za duhovni život (u smislu: život duha u traganju za mudrošću i dobrim životom) pa razne forme filozofske mudrosti mogu biti smatrane formama duhovnosti, a da nisu pridružene nikakvoj religioznoj tradiciji ni vjeri u Boga. U tom smjeru ide suvremena filozofska refleksija na temu 'vođenje života' (Lebensführung) koja se inspirira na antičkim uzorima. Ovdje možemo na to samo upozoriti te pritom uputiti na najnoviju literaturu koja danomice raste (Comte-Sponville, 2006; Hadot, 2002; Schmid, 1998; Greisch, 2015).²

U najnovije vrijeme duhovnost se u suvremenoj jezičnoj praksi europskih naroda te u Sjevernoj Americi često suprotstavlja religiji i religioznosti jer se ove smatra skučenom u institucionalne okvire religijskih zajednica i njihovih ustanova. Za razliku od toga za duhovnost bi bilo bitno to da vodi računa u prvom redu o nezamjenjivoj individualnosti svake osobe i izražava ju upravo kao takvu (Ančić, 2016.:29). Poblje gledano, od 80-tih godina 20. st. termin duhovnost – ostajući i dalje u uporabi u religioznoj sferi kršćanstva (u međuvremenu je termin ušao u uporabu u predstavljanju naučavanja i prakse drugih religija) – sve jače prodire u profanu uporabu te se odnosi na promjenjive izraze mentaliteta u zapadnim društvima, tijesno se veže uz ezoterijske krugove, a najčešće se veže uz svojevrsnu vagabundirajuću (lutajuću) religioznost koja nije vezana ni institucionalno ni dogmatski (u smislu vjerskog naučavanja i prakse), nego se poslužuje svim raspoloživim 'artiklima' iz religijskih nauka i praksa (pogotovo iz budizma i hinduizma), iz psihologije i psihoterapije, usp. npr. *New Age* i razne oblike alternativne religioznosti u sektama. Termin se dakle sve jače rabi u odmaku od svake religioznosti i religijske pripadnosti, sve do u ateističku duhovnost odnosno duhovnost bez Boga, među znanstvenicima, ali i među filozofima – uvijek s naglaskom na individualnom iskustvu i vrlo često u protimbi etabliranoj religiji i njezinu naučavanju (usp. napose Comte-Sponville, 2006; Schmid, 1998).

Za temu našeg rada važno je istaknuti da se termin duhovnost javlja već od 60-tih godina također u medicinskoj skrbi te se sve više probija također u shvaćanje zdravlja i procesa ozdravljenja bolesnika, posebice u kontekstu holistički shvaćene medicinske skrbi. Kulminaciju tog usmjerenja u uporabi pojma duhovnosti predstavlja engl. izraz *spiritual care*: čovjek – bolesnik je shvaćen kao psihosomatsko jedinstvo koje uz tjelesne i čuvstvene ima

² Solignac (1990) spominje također juridički smisao termina *spiritualitas*; on se odnosi na duhovna dobra (*spiritualia*, npr. sakramenti, redovnički život itd.) u suprotnosti s vremenitim dobrima (*temporalia*, imovina, bogatstvo itd).

također naglašene duhovne potrebe na koje medicinsko osoblje treba biti pozorno i umjeti na njih prikladno odgovoriti. Tu se *spiritual care* dodiruje, a možda dijelom i preklapa s tradicionalnim bolničkim dušobrižništvom; ne smije ga se ipak svesti na to nego polazeći od bolesnika valja detektirati njegove duhovne potrebe koje ne moraju biti religiozne naravi, a ipak treba na njih odgovoriti (Desmet, 2020).

Sve u svemu, može se reći da danas termin 'duhovnost' u najširem smislu označuje jedan mentalitet koji nastoji nadići ili prevladati fiksaciju čovjeka na puku materijalnost i usmjerava pojedinca na život u skladu s nekim vrijednostima za koje se on opredijelio (bez obzira odakle mu došle) i koje mu osmišljavaju život te vode njegovo odlučivanje, postupanje i rad u svagdašnjem životu, ali i u graničnim situacijama bolesti i tzv. udaraca sudbine. Kao takva duhovnost ima važnu ulogu u nastojanju oko kvalitete života i u zadovoljstvu životom. U svemu tome čovjek stječe iskustvo vlastite nutrine i usklađenosti sa samim sobom i s drugima oko sebe, a krajnji obzor u kojem se on kreće može se izraziti raznim imenima, npr. duhovna energija, svejedinstvo, kozmička svijest, duh-atman, buda-narav, network, bitak, božansko biće, Bog, praznina (nirvana), istina itd. (Filliot, 2022: 165-168, 187-192).

Ove dimenzije pojma duhovnosti potrebno je specificirati u sociološkom, antropološkom i medicinskom vidiku.

1.2.2. Sociološki pogled na duhovnost

Religija je od početka bila temom sociologije kao znanosti o društvu; ona je naime eminentno društvena pojava i tipično ljudski fenomen. Stoga sociologija obiluje literaturom na tu temu. Budući da je duhovnost sve do u najnovije vrijeme bila izričito religiozna kategorija, očekivalo bi se da je sociologija religije i njoj posvetila dužnu pozornost. No najviše što se može reći jest to da ju je ona registrirala pod oblicima religioznog postupanja (praksa), u analizi religioznosti i religioznog iskustva, ali ju nije izričito tematizirala (Aquaviva, Pace, 1996). Tek u zadnjih tridesetak godina ona ju također zasebno tematizira (Knoblauch, 2004; Baier 2006a). Stoga je potrebno, uz ono ranije rečeno i u skladu s naravi ovoga rada, također toj temi posvetiti potrebnu pozornost.

Otkad su u 80-tim godinama prošlog stoljeća vođene ankete o novim religioznim pokretima, od ankete do ankete rastao je broj onih koji su se deklarirali kao duhovni, a opadao

je broj onih koji su se deklarirali kao religiozni. Ljudi su očito tražili i traže sve više odgovore koji su im važni za život izvan religioznih ustanova koje doživljavaju kao uske i zastarjele. To međutim ne znači da se oni u svakom slučaju priključuju nekom pokretu; čitanje odabranih tekstova, osobne prakse, seminari i kursevi koji im se s raznih strana nude, čini se da zadovoljavaju njihovu duhovnu glad. Ti se ljudi kreću u zonama slobodne duhovnosti u kojoj se afirmira ideal unutrašnjeg iskustva bez veze (ili eventualno sam s vrlo labavom vezom) s religioznim autoritetima i s organiziranim formama vjerovanja (Zinnbauer, 1997). Na djelu je rastava između religije i duhovnosti; sekularizacija s jedne strane, razočaranost religioznim institucijama s druge, stvara sve veću skupinu onih koji se smatraju duhovnima, ali ne i religioznima, *spiritual but not religious* (SBNR, engleska kratica). Poznati Pew Research Center objavio je 2017. da se otprilike jedna četvrtina SAD-građana svrstava u tu kategoriju (Lipka, Gecewicz, 2017).

Sve veći broj tzv. distanciranih vjernika (kršćana) i brzi pad povjerenja u religiozne institucije predstavlja dijelom početak tzv. alternativnih duhovnosti koje s vremenom postaju vrlo raširene i popularne, a imaju odjeka i među tradicionalnim vjernicima (Knoblauch, 2013). Na djelu su također vrlo aktivni laicistički orijentirani pobornici „nove svijesti“ koji pozivaju da se prestaje miješati ono religiozno (i njegovo funkcioniranje) s duhovnošću te inzistiraju na obrnutoj perspektivi: „Religija je maligna izraslina koja živi na račun duhovnosti, a ne obrnuto“ (Frischknecht, 2011).

Duhovnost se sve više modelira individualno pa je teško točno identificirati njezine crte. Inzistira se na subjektivnim iskustvima i autonomiji pojedinca u duhovnom području, uz distancu spram npr. kršćanskih dogmi i institucija. No, taj pojedinac nipošto nije usredotočen samo na sebe i bez veze s drugima; naprotiv, njegova je individualnost popraćena osjećajem univerzalnosti upravo zato što je prekoračio sve granice koje nameće pripadnost skupini ili zajednici. Pa ako i postoji neka forma pripadnosti, ona je labava i efemerna – vidljivo je ono *believing without belonging*, vjerovanje bez pripadanja (Knoblauch, 2005).

Odsutnost rituala, koje ima na raspolaganju religija, kompenzirana je među SBNR ponudom ceremonija po mjeri; njih predano i sa svom ozbiljnošću obavljaju laički stručnjaci i savjetnici za ritual, pogotovo pri sprovodu. Vrlo šarolika ponuda savjeta, vježbi i iskustava koja pokriva sva područja života (rad, harmonija, seksualnost, žalost zbog gubitka drage osobe, prehrana, opuštenost, meditacija itd.). Često izgleda kao svojevrsni duhovni šoping; no to ne bi smjelo spriječiti pogled na ozbiljne duhovne tražitelje. Izbor individualnih modaliteta

u duhovnoj ponudi – što nipošto ne isključuje odlazak u mir crkvenoga prostora npr. radi smirenja i jasnijeg sagledavanja vlastite situacije u miru i tišini – obogaćuje svakodnevni život slobodnih duhovnih tražitelja i bez problema se uklapa u sekularizirani i pluralistički postmoderni ambijent. Pritom se kultivira osjećaj osobne slobode i iskustvo nadilaženja religioznih granica jer se njeguje duhovnost bez granica.

Taj novi tip veoma šarolike duhovnosti pokazuje se također npr. kao preferencija za humanizam koji može imati po koju nejasnu religioznu crtu ili biti naprosto ateistički. Izvor takve promjene, kako je ranije bilo pokazano, jest u činjenici sekularizacije društva. S druge pak strane religioznost kao unutrašnje držanje vjernika raznih religijskih zajednica počinje također davati sve veću važnost duhovnosti i duhovnom iskustvu što može ići sve do individualnih mističkih iskustava, dok je u ranijim stoljećima (npr. u raznim kršćanskim zajednicama kroz srednji vijek i kasnije) tendencija bila prema sve jasnijoj vidljivosti onog religioznog u sferama društva, uz relativno jak utjecaj religije čak i na političku strukturaciju ljudskih društava (Gauchet 1999).

U drugoj polovici 20. st. pa nadalje počele su se razvijati razne forme i pristupi duhovnosti koji se svjesno odmiču od religijskih tradicija ili preuzimaju religijske i mudrosne elemente iz indijske religioznosti i nekih dalekoistočnih kultura (Kina, Japan), sve pomiješano s uvidima iz raznih smjerova psihologije i psihoanalize. S tim u vezi posebno je zanimljiv slučaj *New Agea* (Drazenovich, 2004; Heelas, 2008). Dok Drazenovich ostaje u svom prikazu informativno općenit, Heelas je objavio knjigu „Duhovnost života“ gdje ističe kako je upravo duhovnost vezana uz *New Age* pokret koji je važan kao opozicija suvremenom kapitalizmu. Naime mnogi teoretičari tvrde da je *New Age* duhovnost povezana s potrošačkim obrascima života, posebno u vidu „kulture subjektivnog dobra“ kao primjera kupovanja želja i da je takva duhovnost integralna sila kapitalizma (Bauman, 2007). Na te tvrdnje Heelas odgovara da ako promatramo duhovnost života kao naslijeđe prosvjetiteljstva (moderniteta i kapitalizma) i dio potrošačkog narcizma, onda su mogućnosti „napretka ljudskog života“ u tom smislu ograničene. No, ako promatramo duhovnost života kao dio naslijeđa romantizma i ekspresizma onda postoje mogućnosti za „istinski napredak“. U razmatranju mogućnosti duhovnosti života Heelas navodi primjer Shirley MacLaine i njezinu rečenicu – „Sve počinje s jastvom“. Kao iskustvena duhovnost *New Age* duhovnost života teži povećanju kvalitete osobnog, subjektivnog života. Kao jedna ekspresivna duhovnost *New Age* duhovnost života teži poboljšanju kvalitete osobnih odnosa, individualne kreativnosti i samoodgovornosti u odnosima s drugima. Kao humanistička i egalitarna duhovnost *New Age* duhovnost života teži

povećanju ljudskoga dobra u svim njegovim aspektima, takoreći onkraj religioznosti i bilo kakve veze s religijskim ustanovama (Heelas, 2008).

U svom teorijskom pokušaju definiranja 'duhovnosti života' Heelas, nadalje, ističe da se ona odnosi na sva ona učenja i prakse koja duhovnost smještaju u same dubine života. Duhovnost je izjednačena sa samim životom, kao djelovanje koje održava život, duhovnost se može pronaći unutar dubina subjektivnog života, odnosno najvrjednijeg ljudskog osjećaja o tome što znači biti živ. U svim svojim oblicima duhovnost života može biti suprotstavljena oblicima duhovnosti koja dolazi izvan onoga što život na ovom svijetu može ponuditi. Korijeni *New Age* duhovnosti života, po njemu, su u romantizmu gdje se duhovnost postavlja u samo središte života, u „sada i ovdje“. Duhovnost je sam život, „životna sila“ ili „energija“ koja teče kroz sav ljudski život, koja održava život i kroz iskustvo ga budi. Duhovnost je istina subjektivnog života, istina izražajnosti, ljubavi, sklada, osnovna istina o tome što znači biti živ. Heelas pritom razlikuje „duhovnost za život“ i „duhovnost života“, prije svega zbog razlikovanja *New Age* duhovnost života i duhovnost u monoteističkim religijama, a pod kojima uglavnom misli na kršćanstvo. Duhovnost transcendentnog teizma su duhovnosti „za život“, koje ne mogu postojati bez Boga. Uklanjanjem koncepcija Boga, prema Heelasu, duhovnost života ipak ostaje nepromijenjena. Njihovi izvori su dubine života unutar „sada i ovdje“. Heelas također ističe da duhovnost „za život“ karakterizira poslušnost prema Bogu i Crkvi. S druge strane, duhovnost života karakterizira izražajna jedinstvenost i sloboda, što je u potpunoj suprotnosti s konformizmom duhovnosti „za život“ (Heelas, 2008). Ovdje se čini da je za taj stav bazična pretpostavka radikalno dijeljenje onog religioznog i onog duhovnog. Ta pretpostavka može opstati samo ako se ne uzmu u obzir momenti religiozne duhovnosti koji nisu bez onih učinaka koje Heelas zahtijeva samo za svoj pojam duhovnosti. To međutim – kako pokazuje naš prikaz termina duhovnost u povijesnoj perspektivi – nipošto nije isključeno.

New Age i slični pokreti mogu se nazvati mistično-ezoterijskim oblakom nove religioznosti za koju je tipično pridavanje primata osobnom iskustvu i individualnom duhovnom putu slobodnom od religijske vezanosti. U to je uključena skrb za zdravlje (razne terapije) i za zemaljsko blagostanje, monistička koncepcija svijeta bez razdvajanja prirodne i nadprirodne sfere, važnost znanosti kombinirane s religijskim momentima itd. Ta postmoderna duhovnost ističe se posebice kroz dvije glavne tendencije: povezati se s vlastitim dubinskim sebstvom ili se približiti i povezati s onim drugim. Funkcija tog duhovnog puta jest upravo u povezivanju: gorljivo težiti za onim drugim, bio to Bog, duhovi, pokojnici ili

kozmičko svejedinstvo (vertikalna vezanost) ili priroda odnosno neka stvar za koju individuum misli da ima smisla za nju se zauzimati: klima, zaštita okoliša, tzv. ekologizam, a što se može nazvati horizontalnom vezanošću (Waaajman, 2002).

Među tim novim pojavnim oblicima duhovnosti posebno se ističe jedan smjer koji se može nazvati laička duhovnost. Ona zamišlja postojanje neke duhovne intuicije koja povezuje cjelokupno čovječanstvo te je u stanju razviti pravu duhovnu znanost ili znanstvenu duhovnost. Ta se tendencija voli kititi demokratizacijom duhovnosti koja uvire u svjetovnu duhovnost oslobođenu bilo kakve religiozne vezanosti i kontrole od strane religijskih ustanova (Comte-Sponville, 2006; Solomon, 2002). To je potraga za temeljem čovječe duhovnosti, svojevrsna 'prva filozofija', nerijetko vrlo bliska nekim osnovnim budističkim konceptima. Budizam je naime od samog svojeg početka pokazivao potrebu obnove duhovnosti izvan okvira vedskih dogmi koje su dominirale Indijom sredinom prvog tisućljeća pr. Krista. Prema mišljenju Matthieua Ricarda, francuskog budista i interpretatora 14-og Dalai Lame, poglavar tibetskih budističkih zajednica veoma je privržen pojmu laičke duhovnosti i to stoga što smatra da je religija pitanje osobnog izbora pojedinca te da polovica čovječanstva ne prakticira nikakvu religiju, ali da su vrednote ljubavi, tolerancije, sućutnosti koje propovijeda budizam takve da se tiču svih ljudi i svakog čovjeka; kultivirati ili njegovati te vrednote samo po sebi nije povezano s činjenicom je li netko vjernik neke religije ili nije; prakticirati te vrednote svakomu je dostupno (Ricard, 1999:213, 398-402).³

Na kraju, budući da je fenomen kojim se bavimo dovoljno široko zahvatio zapadna društva te se potvrdio u svojem trajanju i živosti, vrijedno je pogledati jednu noviju tipologiju SBNR-a. U svojoj knjizi „Vjera bez granica“ Linda Mercadante razlikuje pet tipova onih koji su duhovni a nisu religiozni.

- Na prvom su mjestu *disidenti*, tj. oni koji su se udaljili od religioznih ustanova zbog svojih negativnih iskustava s njima ili zbog teoloških razlika pa su se uputili u osobna duhovna traganja.

³ U 20. st. javlja se novopoganstvo: riječ je ne samo o etnološkom interesu nego i o pravom oživljavanju vjerovanja i praksi koje su prethodile kršćanstvu i bile veoma žive sve do pred kraj 4. st. po Kr., kad ih je kršćanstvo postupno posve istisnulo. Adekvatno vrijedi i za religijske prakse i vjerovanja koja su pripadnici novonadošlih naroda prakticirali prije negoli su od 5. st. po Kr. nadalje počeli stizati na teritorij današnje Europe i primati kršćanstvo ('kristijanizacija barbara'); usp. za prvu informaciju „Modern Paganisme“ https://en.wikipedia.org/wiki/Modern_paganism. Osim toga također <https://www.relinfo.ch/lexikon/neuheidentum/> te u nas <https://nova-akropola.com/kulture-i-civilizacije/religije-i-kultovi/nasa-stara-vjera/> .

- Potom je najbrojnija grupa onih koji su *okazionalni*, tj. koji ne stavljaju duhovnost u središte svojega života, nemaju nekih teoloških interesa i problema, ali su od mladosti slabo religiozno socijalizirani pa posiju za religioznom ili duhovnom ponudom kad za to osjećaju potrebu.

- Malobrojniji od tih, ali vrlo zauzeti duhovnim traganjima, jesu *istraživači*: oni daju veliku važnost duhovnosti, ali se ponašaju poput turista koji traže uvijek nešto novo a da nemaju nakane da se time vežu kada to nađu. Oni idu dalje...

- Isto su tako uporni, ali prilično malobrojni *tražitelji*, tj. oni kojima je stalo do toga da nađu neki duhovni dom, ali ga najčešće ne nalaze.

- Peti tip predstavljaju *emigranti*: oni su našli svoj duhovni dom ili duhovno ognjište, ali su na mucu kad se radi o tome da se u nj integriraju jer im je mnogo više stalo do vlastite duhovne neovisnosti pa se prije ili kasnije vide prinuđenima emigrirati... (Mercadante, 2014:50-67).

Iz izloženoga proizlazi dvoje: pojam duhovnosti široko zahvaća religioznu i nereligioznu sferu s napredujućom tendencijom smanjenja utjecaja velikih religija i njihovih ustanova upravo u individualnoj sferi ljudskog života. Ta ekstenzija pojma ide ukorak s njegovom intenzijom, tj. onim momentom njegova sadržaja u kojem se u naše doba koncentriraju srž njegova značenja – riječ je o individualizaciji: duhovnost je put individualnog ljudskog života na temelju osobnog razvitka i osobne odluke. Ona ima danas auru osobnog i autentičnog, ona obilježuje stil života u kojem se čovjek autonomno i odgovorno odnosi prema sebi i svojim životnim mogućnostima imajući u vidu također druge oko sebe. Tako shvaćena individualizacija u kontekstu duhovnosti ne vodi nužno u izolaciju pojedinca od socijalnih kontakata i odnosa sa zajednicom, nego ona proširuje prostore osobnog odlučivanja. To može uroditi napetostima, sve do napuštanjem zajednice, ali to nije nikakva nužnost. U slijedu toga individualizacija zahtijeva od velikih religijskih zajednica da se i one restrukturiraju te ljudima ponude (ili im omogućće oblikovanje toga) različite forma zajedništvovanja (male skupine, pokreti, kursevi, seminari, *retreats*, *events* itd.).

Zbog svega toga pojam duhovnosti omogućuje u suvremenim društvenim okolnostima prikladno razlikovanje komunitarnog od personalnog momenta ljudskog života, a da ih nužno ne rastavlja u dvije posve odijeljene cjeline. Bili ljudi religiozni ili ne, svi su oni manje ili više dodirnuti ili čak vitalno pogođeni duhovnošću čim se pitaju ima li im život (egzistencija) smisla, postoje li druge razine stvarnosti osim onih na kojima se u svagdanu

kreću te jesu li se zaista založili u pravome radu na samima sebi – da budu autentični i spremni priznati i dati drugima ono što sami za sebe zahtijevaju (Baier, 2006: 29-31).

1.2.3. Antropološki pogled na duhovnost

Dosadašnja izlaganja pokazuju da je duhovnost bitna dimenzija ljudskoga života koja se manifestira na mnoge i raznovrsne načine. Odatle se javlja potreba antropološkog pristupa duhovnosti: kako valja razumjeti čovjeka, njegovu ljudsku kondiciju (*condition humaine*) da bismo odatle mogli pravo shvatiti fenomen duhovnosti, vidljiv na individualnom i društvenom planu egzistencije čovjeka?

U svemu je do sada postalo vidljivo da je čovjek individualno (pojedinačno, zasebno) biće i biće s drugim bićima različitima od sebe (priroda) i sa sebi sličnima (društvo). Čovjek *zna* da je takvo biće i on komunicira s drugima to svoje znanje u koje je uključeno također znanje o svemu ostalome što ga okružuje (priroda, zajednica, šire društvo). U tom smislu je on *homo sapiens*, ljudsko biće koje zna i u komunikaciji s drugima razmjenjuje to znanje. No povrh svega toga, on *zna da zna*, tj. on je *homo sapiens sapiens*; on se refleksivno odnosi prema svemu tomu i prema samome sebi (Anzenbacher, 1992: 158-161). Odatle je u samoj svojoj osnovi, između ostalog, razumljiv govor o refleksivnom modernitetu (Beck, 1994: 5). Ovdje je pretpostavljeno kao neupitno da je čovjek živo tjelesno biće koje ne samo ima znanje, nego ima i svoja čuvstva, svoje osjećaje, svoje osjete posredovane osjetilima te sposobnost djelovanja na prirodu, na druge ljude i na sebe samoga. Ta sposobnost u njega je refleksivna, tj. on promišlja-odvaga-odlučuje-izvršava odlučeno i svemu tomu pridaje neki vrijednosni indeks u smislu poželjnoga ili nepoželjnoga, prihvatljivoga ili neprihvatljivoga, dobroga ili lošega. I za sve to skupa i u pojedinostima on također zna – i zna da zna. U svemu tomu na djelu je čovjekova duhovnost, to su naime njezini izrazi.

To drugim riječima znači da je čovjek jedinstveno duhovno-tjelesno biće. U razradbi tog iskustva i uvida okušali su se svi smjerovi filozofskog mišljenja, čemu su također dale i daju bitne doprinose humanističke, društvene i prirodne znanosti (Anzenbacher, 1992: 83-95. 157-161. 183-188). Tu jedinstvenost pokušavalo se shvatiti kao tripartitnu ili kao dvopartitnu kombinaciju: tijelo, duša, duh ili tijelo i duh. Ne ulazeći u svu vrlo složenu problematiku koja se ovdje otvara i koju referira Anzenbacher, važno je ovdje istaknuti jedinstvo ljudskoga bića te razvidjeti kako se to jedinstvo može misliti. Nije naime riječ o tri dijela ili čak o tri različite supstancije, nego o jednome biću koje svoju životnost (tj. ono biti-živo) očituje na mnogostruke

načine. To se može sažeti u dva neraskidivo povezana pojma, u pojam animalnosti i u pojam duhovnosti shvaćene u smislu subjektiviteta (tj. čovjeku je vlastito biti-subjekt, nositelj svojih čina).

U čovjeku dakle, razlikujemo njegovu animalnost i njegovu duhovnost – to su dva pola jednoga ljudskoga bića i oko njih kruži sav problem čovjeka. Animalnost znači da je riječ o osjetilnom živom biću kojemu je vlastito osjetilno spoznavanje, osjetilna težnja i samokretanje, tj. on se sam iz sebe kreće, raste, mijenja mjesto i položaj. Po svojoj animalnosti čovjek spada u red prirodnih bića; on je osjetilni organizam kojemu je vlastita protežnost, kretanje, aktivnost, izmjena tvari, rast i rasplodnja (Anzenbacher, 1990: 92-95). Sve je to izraz onoga što bismo mogli nazvati animalna duša (lat. *anima*), pri čemu je duša princip onog živog u svakom živom biću; po tome je čovjek dio prirode kao i sva druga živa bića u prirodi.

Drugi pol tvori čovjekova duhovnost ili subjektivitet: čovjek je subjekt, 'ja'. To znači: u svem svojem znanju o prirodi i o sebi samom on razlikuje sve to kao predmet svog znanja i samoga sebe kao nositelja – subjekt – tog znanja. Filozofskim rječnikom rečeno, riječ je o razlici između 'ja' koje zna sve to i 'ja' koje zna da zna; Kantovim riječnikom rečeno: empirijsko 'ja' i transcendentno 'ja'. Ovo drugo 'ja' je „ono jastveno, subjektno koje je ne-empirijski uvjet svega empirijskoga [...] Samo zbog te razlike transcendentnosti i zbog transcendentnosti sebe kao ljudi možemo govoriti o dostojanstvu ljudske osobe“ koja samu sebe određuje za djelovanje „iz svoje nutarnje slobode“ pa je stoga odgovorna za ono što čini (Anzenbacher, 1992: 101.193).

Ta dva pola – animalnost i duhovnost – potrebno je razlikovati, ali ne i dijeliti, rastavljati jedno od drugoga. To se razlikovanje u odgovarajućoj literaturi izražava i tumači tako da se kaže kako je čovjek utjelovljeni duh, „osobno jedinstvo“ (Anzenbacher, 1992: 183). Odatle se daje razumjeti ono što se u medicini naziva holistički pristup bolesnom čovjeku, o čemu će još iscrpno biti riječi. Termin 'duh' dakle sabire i sažimlje *sve* manifestacije čovjekove životnosti (od osjetilnosti do intelektualnosti), on je ujedno i njihovo izvorište. Time se nastoji prevladati novovjekovni kartezijanski dualizam protežnog tijela ili stvari (*res extensa*) i stvari koja misli (*res cogitans*) (Anzenbacher, 1992: 185). U području medicine stoga se voli isticati čovjekovo psihosomatsko jedinstvo. Prvi dio te sastavljene riječi (psiho-) odnosi se na tipično čovječju dušu (*anima humana*) kojoj je vlastito sve ono što je ranije bilo spomenuto u pojmu animalne duše, ali skupa sa sposobnošću spoznavanja i razumskoga htijenja (volja). U tom je smislu riječ o duhu. Taj termin sada znači cjelinu jednoga ljudskog bića sagledavanog polazeći

od onih njegovih sposobnosti koje su samo njemu vlastite te predstavljaju načelnu razliku prema sposobnostima svih drugih bića u prirodi ne isključujući neke sličnosti u manifestacijama njihove životnosti s manifestacijama čovječe životnosti. To se daje opisati kako slijedi: čovjek ne samo zna da zna, on zna da osjeća, on zna da teži i žudi, on zna da ga obuzimaju čuvstva (od ugodnih do neugodnih), on zna da hoće, on zna da svoje htijenje udjelotvoruje u svojim postupcima i djelima, on zna da podnosi ono što ga pogađa i on zna da trpi, on zna da sve to skupa vrednuje, tj. on prema svemu tomu zauzima vrednujući stav te se time pokazuje kao bitno etička egzistencija – u najširem smislu: on zna da *on* zna. Ili kako je bilo ranije rečeno: svemu tomu znanom i znatljivom prethodi njegovo ne-empirijsko (transcendentalno) 'ja', što znači da je čovjek sebesvjesni subjekt čije djelovanje i ponašanje ima neukidivi etički ili moralni indeks.

Sve to sažimlje se u izrazu da je čovjek utjelovljeni duh, jedno i jedinstveno biće. Čovječja duša je duhovna duša, duh; on, duh, sabire i izvršava sposobnosti i funkcije svih 'nižih' razina čovjekove životnosti. Drugim riječima, ljudski je duh „duhovna duša“. Ona je slobodno ja (transcendentalnost) koje ima svoje tijelo i koje od prirode može učiniti oruđe. No ona je ujedno i život organizma koji od tijela čini ljudsko tijelo, od osjetilne spoznaje ljudsku spoznaju, od nagona problem, od spolnosti susret nekog ja s nekim ti, od rasta proces čovjekova sazrijevanja i od prehrane „objed“ (Anzenbacher, 1992: 188).

Kad se sve to ima u vidu, što bi onda bila duhovnost? To je dakako „svojestvo onoga što je duhovno“ (Anić, 2003: 281). Potrebno je međutim sagledati i raščlaniti sadržaj „onoga što je duhovno“ i pojmiti duhovnost u svim njezinim vidovima. Posebice valja istaknuti da pojam duhovnosti kao bitne čovjekove odrednice uključuje cjelinu čovjekova bića i ne smije se gledati u suprotnosti spram tijela. Duh se izražava kroz tijelo i tijelo je izraz duha; stoga se može reći da je duhovnost djelo duha. Čovjek je duh u tijelu i u tom smislu duhovan i tjelesan ujedno i nerastavljivo, jedno i jedinstveno biće. Stoga sve što on čini i način kako on egzistira, kako sebe formira (odgoj i samoodgoj) može se s pravom shvatiti kao manifestacija njegova duha, očitovanje njegove duhovnosti. U tom širokom smislu jesu izrazom čovjekove duhovnosti religije, filozofije, umjetnosti, društvene i kulturne institucije, sve organizacijske forme njegova života, njegova komunikacija sa sebi sličnima i s drugim živim bićima, sva njegova djela. Zahvaljujući duhovnosti možda su najočitiji primjeri nerastavljive povezanosti stvari i duha upravo umjetnička djela, nezamisliva bez stvari i ujedno načelno i beskrajno više negoli puka stvar.

Sljedeći Solignaca, koji se poziva na H. U. von Balthasara (Solignac, 1990: 1151), može se sada duhovnost opisati kao temeljno praktično ili egzistencijalno držanje čovjeka koje je konsekvencija i izraz njegova etičkog angažmana (ili, eventualno, religiozne egzistencije čiji je dio također etički angažman); to temeljno držanje jest čovjekovo sebeodređenje koje se očituje kako u zasebnim činima, postupcima i djelima tako i u habitualnoj ugođenosti ili 'uštimanosti' njegova života koja proizlazi iz njegovih temeljnih ili krajnjih uvida i odluka, tj. iz onoga što se može nazvati njegovom fundamentalnom opcijom. U tome su dakako uključeni i putevi na kojima čovjek prispjeva k tim uvidima i odlukama kao i različiti načini kako si on uprisutnjuje krajnji i obuhvatni smisao vlastitog života i zbilje u cjelini te kako ga on u postupanju utvrđuje – ili također opovrgava. To posljednje naime znači: duhovnost uključuje krize koje nastaju kad se krajnji i obuhvatni smisao čovjekova života s raznih razloga (npr. zbog bolesti i tzv. udaraca sudbine, društvenih i prirodnih katastrofa itd.) lomi i kad čovjeka pohodi osjećaj besmisla, apsurdna; duhovnost stoga uključuje i traganje za putovima izlaska iz tih kriza kao i efektivno nalaženje tih putova.

Pomalo shematski može se reći da duhovnost, kao manifestacija i djelo čovjeka kao utjelovljena duha, uključuje traganje za istinom egzistencije u odnosu spram apsoluta (Bog, bogovi, božansko, nirvana, sve svijest ili kozmička svijest itd.): kao *polet* ljubavi i želje, kao put u nutrinu, kao prisjećanje prošlog i nada u buduće. Ona uključuje također čovjekovu (ne toliko reflektiranu koliko uključno u svemu prisutnu i življenu) egzistencijalnu *odluku* za ostvarenjem samoga sebe u djelu kroz splet odnosa sa sebi sličnima, s prirodom i uopće sa svijetom; tako nastaje kultura kao djelo duha. I na kraju, tu je i dimenzija *opuštenosti i prepuštenosti* samoga sebe onom Višem i Većem (univerzalni duh, Bog, iskušana neizreciva punina, nirvana itd.) kojim se čovjek daje pogoditi, što je zapravo suptilna aktivnost u pasivnosti, posve očito na djelu u mističnom iskustvu (Filliot, 2022: 119-124). Tu izlazi na vidjelo misterijska dimenzija ljudskog bića, osobe: on se stalno izriče u komunikaciji s drugima, ponire u sebe, nadilazi sebe, ali u biti ostaje nikad do kraja izrečen i sam sebi prozračan. Čovjek, osoba je misterij.

Tako široko shvaćena duhovnost omogućuje da se s razlogom govori o njezinim najrazličitijim formama, koje smo na više mjesta ranije spominjali, od onih religioznih pa sve do ateističkih. Ona također omogućuje da se i u kontekstu medicinske skrbi vodi o njoj računa baš zato što bolestan čovjek nije samo puko tijelo (živa tvar) koje loše funkcionira nego je subjekt, osoba koja pati i koja teži zdravu životu – i ujedno ima neku manje ili više mutnu

svijest kako joj je život neukidivo ograničen. Odatle ima duhovnost svoje mjesto također u čovjekovu susretanju sa smrću, smrću njegovih bližnjih i njegovom vlastitom.

1.2.4. Duhovnost u okviru medicinskih znanosti

Brojne publikacije, od znanstvenih i preglednih članaka, separata u knjigama, objavljenih radova s raznih kongresa i simpozija, knjiga na temu duhovnosti, rezultat su iznimne zainteresiranosti pojedinca i društva za proučavanjem duhovnosti. Stoga ne čudi sustavna zainteresiranost za duhovnost u medicini jer se uvijek traži više u liječenju sve izazovnijih i težih tjelesnih i duševnih bolesti, uzimajući u obzir cjelovito ljudsko biće uz tjelesno i duhovno zdravlje, odnosno potrebe zadovoljenja kako tjelesnih tako i duhovnih potreba pojedinca zdravog ili bolesnog. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO, 1984.) naglašava razumijevanje duhovne dimenzije te pritom podrazumijeva pojavu koja nije materijalne prirode – carstvo ideja, vjerovanja, vrijednosti i etike nastalih u umovima i savjestima ljudskih bića.

Klasična je medicina proistekla iz prirodne medicine, ali se sve više udaljavala od svojega izvora umjesto da bi također u njemu tražila podršku – koristeći sve ono što je, unatoč protoku dugog vremena, ostalo dobro. Još je Hipokrat, “otac znanstvene medicine”, prije dvadeset i pet stoljeća zastupao tezu da “najprije treba liječiti dušu, a tek onda tijelo” te da bolesniku treba “ponuditi najprije riječ, a tek nakon toga i lijek”. Nažalost, kako se suvremena medicina razvijala, tako je učinila i odmak od tih Hipokratovih načela. Od Descartesa (XVII. st.), koji je tumačio da je ljudsko tijelo poput mehaničkog stroja koji funkcionira po principima zakona fizike u što, ni u jednom trenutku, nije uključen psihički element, medicina je krenula putem koji ju je odveo u pojedinačni pristup ljudskom zdravlju, kroz dijelove fizičkog tijela – baš isto onako kako neki mehaničar popravljiva pokvareni dio stroja, mehanizma (Komadina, 2016;670).

Takvo se stanje stvari pokazalo i sve se više pokazuje kao nezadovoljavajuće pa ne čudi da je duhovnost ušla u područje medicinske skrbi, posebice intenzivno u posljednjih dvadesetak godina (Koenig, Büssing, Jacobs, Riklikiene). To je npr. u Njemačkoj rezultiralo uspostavom katedre za *Spiritual Care* na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Münchenu 2010. godine (Peng-Keller, 2017). Intenzivira se suradnja s drugim katedrama te se naglašava razlika između bolničke duhovne i pastoralne skrbi: “Duhovna skrb nije sinonim za bolničku

pastoralnu skrb i ne može se povjeriti djelatnicima zaduženim za pastoralnu skrb” (Frick, 2012;223). Dvije godine kasnije počeo je na njemačkom i engleskom izlaziti istoimenu časopis.

Učestala su također medicinsko–sociološka istraživanja na temu duhovnosti (Fisher, Büssing, Gomez, Riklikiene, Abreu). U nas se pak već ranije počelo pisati o odnosu religije i zdravlja općenito (Nikić, 2011.; Ančić, 2016). Ove i razne druge publikacije pokazuju da se duhovnost postepeno sve više osamostaljuje od povezanosti s religioznošću; ako se pak ova spominje – npr. u formi klasičnoga bolničkoga dušobrižništva – onda ju se uzima kao jednu od mogućih dimenzija duhovnosti (Weiher, 2015). Otuda proizlazi potreba za primjerenim razgraničenjem kako pojmova tako i – pogotovo – prakse i kompetencija u kontekstu medicinske skrbi.

U kulturno isprepletenom i pluralističkom svijetu, egzistencijalna orijentacija, bilo da je ona sekularna, duhovna ili religiozna, za neke je svjestan izbor, a za druge nije (Taylor, 2007). Za neke je nebitno, za druge je Arhimedova točka oko koje se sve ostalo vrti (Damberg Nissen, 2018). Međutim, kad se suočimo s bolešću opasnom po život, ta egzistencijalna pitanja imaju snažnu tendenciju izbijanja na površinu (Hvidt, 2017).

Stvarne potrebe za duhovnom njegom ili za duhovnom skrbi posve su očite, ali je pitanje prepoznaje li ih medicinsko osoblje te umije li odgovoriti na njih. Korisno je s tim u vezi upozoriti da je na potrebu pozornosti spram duhovnosti u medicinskom osoblju upozorio generalni direktor Svjetske zdravstvene organizacije Haldan Mahler već 1984. godine. To je našlo svoj izraz u službenom dokumentu SZO-e: *The Spiritual dimension in the global strategy for Health for all by the year 2000. Resolution of the World Health Assembly, thirty–seventh World Health Assembly, WHA37.13,1984*. Nakon intenzivne rasprave naglašena je važnost duhovne dimenzije u zdravstvenoj politici kao i neke važne općenite konture pojma duhovnosti shvaćenog u kontekstu medicinske skrbi, sve to koncentrirano u 19. točki: „Duhovna dimenzija u globalnoj strategiji za zdravlje sve do 2000. godine“. Preporuka generalnog direktora sadržana je u rezoluciji EB73.R3. U njoj se posebno ističe sljedeće:

„Razumijevanje duhovne dimenzije podrazumijeva pojavu koja nije materijalne naravi, nego spada u područje ideja, vjerovanja, vrijednosti i etike nastalih u umovima i savjestima ljudskih bića; to su posebno oplemenjujuće ideje“. One su potaknule „nastanak zdravstvenih ideala koji su vodili k praktičnoj strategiji zdravlja za sve; ta strategija upućuje na postignuće cilja koji ima materijalnu i nematerijalnu komponentu“. Priznaje se da „materijalna komponenta može biti pružena ljudima, ali ona nematerijalna ili duhovna jest

nešto što se mora pojaviti u ljudima i u zajednicama u skladu s njihovim socijalnim i kulturnim obrascima. Smatra se da će ostvarenje zdravstvenih ideala koji predstavljaju moralnu osnovu cilja zdravlja za sve do 2000. godine samo po sebi doprinijeti osjećaju dobrobiti ljudi“. Stoga „duhovna dimenzija igra veliku ulogu u motiviranju ljudi pri ostvarenju ciljeva u svim aspektima života“. Drugim riječima, „oplemenjujuće ideje nisu samo potaknule djelovanje u prilog zdravlju diljem cijeloga svijeta, nego su također dale zdravlju - kako je definirano u Ustavu SZO-e - dodatnu duhovnu dimenziju“. I na kraju dokumenta generlani direktor „poziva države članice da - u skladu sa svojim socijalnim i kulturnim obrascima - razmotre uključivanje u svoje strategije zdravlja za sve duhovnu dimenziju kako je definirana u ovoj rezoluciji“. (Document EB73/1984/REC71, Annex1, *Twelfth plenary meeting*, 15 May 1984 A37/VR/12).

To je programski tekst čija pretpovijest zahtjeva doduše detaljnija istraživanja, ali se može smatrati osnivačkom poveljom koja postavlja normativni okvir za ono što je uspostavljeno sljedećih godina pod nazivom *spiritual care*, duhovna skrb ili duhovna njega (Keller-Peng, 2012).

1.2.5. Duhovnost u okviru sestrinstva

U znanstvenom pristupu različitim bolestima, duhovnost je – u slijedu ovoga što je bilo netom istaknuto – počela zauzimati sve važniju ulogu u zdravstvenoj njezi osoba s kroničnim bolestima te u promišljanju utjecaja zajednice na bolesnog pojedinca; o tome će naime dijelom ovisiti njegovo zadovoljstvo životom. Kao primjer isticanja praktične strane duhovnosti u svakom pojedincu i koristi za zajednicu može se uzeti sestrinstvo i zdravstvena njega koju ono pruža.

Utemeljiteljica modernog sestrinstva Florence Nightingale (1820.-1910.) u svojim „Zapisima o sestrinstvu“ navodi četiri osnovne ideje koje, sjedinjene, čine sestrinstvo: osoba, okruženje, zdravlje i zdravstvena njega. Njezin je rad bio inspiracija za prvu sestrinsku etičku prisegu iz koje proizlazi da visoka moralna zrelost, dobro poznavanje njege bolesnika i stalno usavršavanje u struci nisu samo preduvjeti dobrog funkcioniranja sestrinstva kao djelatnosti, nego najprije moralna dužnost koju je medicinska sestra ulaskom u tu humanu djelatnost preuzela (Kalauz, 2012:163). Nightingale je ujedinjavala svoja teistička uvjerenja s interesom za Platonovu filozofiju te je stavljala težište na vjeru u Boga kao posebnu vrlinu u sestrinstvu. Prema njezinim riječima pozivanje na vjeru i život u skladu s njom utječu na oblikovanje karaktera i bolji život u Božjem i ljudskom smislu, a posjedovanje takvih vrлина put je do dobroga sestrinstva.

Nužna pozornost spram duhovne dimenzije u zdravstvenoj njezi od temeljene je važnosti u radu Florence Nihtingale i u njezinu shvaćnju sestrinstva. Ona je bila jedna od obrazovanijih žena 19. stoljeća čije je poznavanje matematike, filozofije, religije i jezika imalo značajan utjecaj na njezin kasniji rad i život. Odrastala je u viktorijskom aristokratskom društvu, razvila je osjećaj i potrebu da njezin život bude koristan te se usmjerila pomaganju potrebnima, bolesnima i ranjenima. Poznata je i kao junakinja Krimskoga rata (1853-1856). Njezinu ostavštinu mnogi su povjesničari, osobito povjesničari sestrinstva, pažljivo proučavali. Najopsežniji prikaz njezinog svjetonazora, religijske i teološke misli te duhovnosti sadržan u knjizi *Florence Nightingale's Theology Essays, Letters and Journal Notes* (McDonald, 2000). U toj je knjizi prikazan opsežan pregled njezina života s fokusom na njena religijska i teološka uvjerenja, te uvod u njezinu duhovnost. U svojim dnevničkim bilješkama napisala je: „Bog mi se obratio i pozvao me služiti mu“ (Holliday Parker, 1997). Odrastajući kao pripadnica engleske anglikanske crkve nije se slagala s mnogim njezinim doktrinama, prvenstveno s konzervativizmom. Transformirala je kršćansku dimenziju duhovnosti u

dimenziju društvenoga zanimanja kroz naglašavanje holističkoga pristupa u njegovanju bolesnih (Narayanasamy, 1999). Za nju je duhovnost svojstvena, odnosno intrinzična ljudskoj prirodi; duhovnost predstavlja unutarnju vezu iz koje dolazi kreativna energija, uvid, osjećaj svrhe i životnoga smjera, razumijevanje činjenica kao što su bolest i zdravlje te znanje koje možemo dobiti iz naših najdubljih izvora kada trebamo ozdravljenje. Ono u čemu je bila dosljedna od djetinjstva bilo je uvjerenje da je vjera općenito, bez obzira koja, temelj praktičnoga djelovanja te da su ljudi pozvani na suradnju s Bogom čineći dobro upravo proučavanjem društvenih i fizičkih zakona i prije svega poštujući prirodne zakone. Način i duh rada Florence Nightingale u sestrinstvu neki autori vide kao nasušno potrebnu i konstitutivnu dimenziju koja prožima sestrinstvo, a koju je uznapredovala profesionalizacija svjesno potisnula ili zanijekala (Matulić, 2012;237).

Prema gotovo svim teorijama zdravstvene njege bolesnik bi trebao biti centar kojem su usmjereni različiti pristupi, a on bi kao ravnopravni sudionik svojega liječenja trebao odabirati one postupke koji su iz njegove perspektive najbolji mogući. Kako je zapazila Sonja Kalauz (2012;25) mnogi autori se slažu da takav sveobuhvatan, holistički pristup, odnosno pristup čovjeku kao psihofizičkom, duhovnom i socijalno egzistirajućem totalitetu jest temelj za razvoj sestrinstva kao profesije.

Martha Rogers (1970), poznata kao pionir modernog sestrinstva, zastupala je mišljenje da se sestrinstvo sastoji u kreativnoj primjeni znanja sa ciljem pomaganja čovjeku te mora biti zasnovano na činjenicama koje proizlaze iz istraživanja; slijedom toga edukacija medicinskih sestara ojačava identitet sestrinstva. Polazila je od teze da je u središtu sestrinstva čovjek, shvaćen kao cjelovito biće te da je čovjek svrha, cilj i predmet sestrinstva. Početkom sedamdesetih godina prošlog stoljeća izjavila je: "Sestrinska praksa mora biti kreativna i fleksibilna, individualizirana i socijalno orijentirana, suosjećajna i vješta. Profesionalne medicinske sestre moraju znati primjenjivati svoja znanja u svrhu pomoći čovjeku" (Kalauz, 2012;26).

Stoga ne čude brojni napori i istraživanja na području duhovnosti i zdravlja, zdravlja i religije. Većina religija pokušava regulirati individualne životne stilove i zdravstvena ponašanja usmjerena na odgovoran odnos vjernika prema njihovom tijelu i općenito zdravstvenom stanju (Levin, 2001). Religioznost može promovirati pozitivnu samopercepciju, specifične resurse suočavanja s problemima, poticati određene osjećaje pojedinca kao što su

sreća, utjeha, nada te time doprinijeti boljem mentalnom, ali i fizičkom zdravlju (Koenig, 1998).

Velika Britanija koja se smatra kolijevkom sestrinstva, preko svog udruženja sestara *Royal College of Nursing*, napravila iskorak u duhovnosti u sestrinstvu. Duhovnost je stavljena unutar zdravstvenog sustava, kako bi bolesnici mogli dobiti duhovnu pomoć, na adekvatan način. Budući da formalno obrazovanje u većini zemalja Europe duhovnost nije uvrstilo u programe obrazovanja medicinskih sestara, *Royal College of Nursing* (RCN) naručio je internetsko istraživanje o duhovnosti, tj. o potrebama za novim znanjima na području njege bolesnika, posebice duhovne njege. To se dogodilo nakon što su mediji skrenuli pozornost na potencijalni sukob koji može postojati između osobnih i duhovnih vrijednosti/uvjerenja medicinskog osoblja i njihove prakse. Istraživanje se sastojalo od nekoliko setova pitanja.

Prvi set odnosio se na razumijevanje same riječi duhovnost i duhovne njege, a sastojao se od primjerice pitanja:

- Vjerujem da sestra može organizirati posjet bolničkog kapelana, ako to zatraži bolesnik?
- Vjerujem da sestra duhovnu njegu iskazuje ljubaznošću, brigom, vedrinom?
- Vjerujem da je duhovnost pronalaženje smisla u dobrim i lošim događajima u životu?
- Vjerujem da se duhovnost odnosi na osjećaj nade u život
- Vjerujem da duhovnost uključuje moralne ljude

Drugi set odnosi na pitanja iz njihove sestrinske prakse, npr.:

- Kako prepoznajete bolesnikove duhovne potrebe?
- Što mislite tko je odgovoran za provođenje duhovne njege? Ponuđeni odgovori su: sestre, kapelan, ostali bolesnici, obitelj i prijatelji, zdravstveni djelatnici ili kombinacija svih
- Da li osjetite kada brinete o svom bolesniku, njegove duhovne potrebe?

Treći set pitanja odnosi se na akcije koje smatraju potrebnim:

- Vjerujem da je duhovnost i duhovna njega temeljni aspekt sestrinstva (potpuno se slažem do potpuno se ne slažem).
- Vjerujem da duhovnost i duhovna njega ne treba rješavati unutar programa sestrinske edukacije (potpuno se slažem do potpuno se ne slažem) (RCN, 2010).

Istraživanje je pokazalo da sudionici (njih 4036) žele u biti tri važne stvari: više obrazovanja o duhovnoj skrbi; pojašnjenje osobnih i profesionalnih granica; podršku u rješavanju duhovnih pitanja. Ovo istraživanje potom je rezultiralo izdanjem džepnog vodiča "Duhovnost u sestrijskoj skrbi" objavljenog 2011. godine. Vodič sadrži:

- definiciju duhovne skrbi
- na što se odnosi duhovnost (nadu i snagu, smisao i svrhu, oprost, vjera, vjera u sebe, druge, vjera u božanstvo/višu silu, vrijednosti naroda, moralnost...)
- što nije duhovna skrb (samo o vjerskim uvjerenjima i običajima, isključiva odgovornost kapelana...)
- vježbanje duhovne skrbi (upoznavanje ljudi na mjestu najveće potrebe, "biti s" njima, tretiranje duhovnih potreba s istom razinom pažnje kao i tjelesne potrebe)
- što ja moram znati/imati (usvojiti brižni stav i raspoloženje, davanje vremena za slušanje o individualnim potrebama, biti svjestan potrebe drugog izvora primjerice kapelana...).
-

U džepnom vodiču nalaze se i praktični savjeti za prepoznavanje duhovnosti i pružanje duhovne njege bolesnicima (RCN, 2011).

1.2.6. Holistička skrb u pružanju formalne i neformalne podrške

Kako bi se moglo detaljnije promotriti potrebe zdrave ili bolesne osobe i pružiti potrebnu pomoć poslužit ćemo se holističkim pristupom. Tako bi duhovnost bila četvrti element u bio – psiho – socijalnoj definiciji zdravlja (Peng-Keller, 2017). Bez obzira na to što duhovnost nije ušla u definiciju zdravlja SZO-e, naknadno se, iz retrospektive, može reći da je – kao termin – dobila svoje čvrsto mjesto u govoru, obrazovanju i proučavanju svega što spada na medicinsku skrb. Stoga je u znanstvenom pristupu liječenju različitih bolesti ona počela igrati sve važniju ulogu. A kada se radi o osobama s kroničnim bolestima, o utjecaju zajednice na pojedinca ovisit će njihovo zadovoljstvo životom. Kao primjer isticanja praktične strane duhovnosti u svakom pojedincu i koristi za zajednicu, uzima se upravo sestrinstvo.

Cjelovita/holistička njega je još uvijek pomalo nejasan koncept, različito se definira i slabo je razumljiv (Tjale, & Bruce, 2007). Autori navode kako holistička njega obuhvaća dvije dimenzije: dimenziju cjelovite/potpune osobe i dimenziju tijela, duše i duha. Cjelovita osoba uključuje stoga: fizičke ili biološke, psihičke/emocionalne i duhovne dimenzije koje su međusobno ovisne (McGeorge, 2010). Na biološkom planu (tijelo) terapijski uspjesi su znatni i neosporni. Na psihičkom planu riječ je o kognitivnim i afektivnim te psihosocijalnim i racionalnim momentima, pri čemu je mjerodavnost psihijatrije i psihoterapije neosporna. Ostaje duhovni plan u koji uviru prethodna dva i koji se u njima odražava; on može ali ne mora biti religiozan. Za nj su bitni momenti mudrosti i sućuti, istine i ljubavi, svojevrsna globalna empatija koja vodi računa o svem trojem spomenutom, ali se mjerodavnost za nj ne može delegirati samo na bolničko dušobrižništvo nego i na medicinsko osoblje, prvenstveno sestre. Bolničko osoblje treba biti u stanju pružiti prikladnu duhovnu pomoć (*spiritual care*), prema potrebi također u suradnji s dušobričnikom.

Smatra se da je utemeljiteljica sestrinstva, Florence Nightingale, transformirala kršćansku dimenziju duhovnosti u dimenziju društvenog zanimanja kroz naglašavanje holističkog pristupa u njegovanju bolesnih (Narayanasamy, 1999). Kako je bilo ranije rečeno, za nju je duhovnost intrinzična ljudskoj prirodi te predstavlja unutarnju vezu iz koje dolazi kreativna energija, uvid, osjećaj smisla života i životnog usmjerenja, razumijevanje činjenica kao što su bolesti ali i znanja koje možemo dobiti iz naših najdubljih izvora kada težimo ozdravljenju uz pomoć medicine. To nije daleko od onoga što se danas shvaća pod pojmom holističke skrbi. Nije lako definirati holizam i holističku njegu ili skrb, budući da proizlazi iz

filozofije holizma i humanizma (Frisch & Rabinowitsch, 2019). U bliskoj prošlosti holistička njega povezuje se s integrativnom zdravstvenom njegoj/skrbi koja dodaje novu dimenziju. Holizam i integrativna njega usmjerava skrb na bolesnog čovjeka kao jedinstvenu cjelinu te ga smatra ravnopravnim partnerom uključenim u planiranje njegove skrbi (Garmy, 2021, Morgan & Yoder, 2012). Kroz holističku skrb naglašena je važnost perspektive u stavovima, normama, zakonima i smjernicama koje utječu na skrb.

U svom pionirskom radu o holističkoj njezi/skrbi „Teorija holističkog sestrinstva“ Barbara Dossey ukazuje na skrb usmjerenu na osobu te pokazuje važnost medicinske sestre profesionalno i društveno. Holističko sestrinstvo usmjereno je na vrijednosti, integralnost i svijest o cjelovitosti osobe u međusobnoj povezanosti (Dossey, 2020).

Dossey u „Teoriji holističkog sestrinstva“ ističe pet komponenti u holističkoj njezi/skrbi:

Liječenje – prva komponenta u holističkoj teoriji sestrinstva uključuje znanje, sposobnost i stav. Liječenje se događa na fizičkoj, mentalnoj, društvenoj, duhovnoj i egzistencijalnoj razini. Razvoj znanja, sposobnosti, stavova.... cjeloživotni je proces za postizanje dubljeg znanja gdje se susrećemo sa svojim strahovima, učimo o životu, kreativnosti, strasti, ljubavi...

Metaparadigma – teorija sestrinstva je druga komponenta; ona uključuje konsenzus unutar sestrinstva (medicinska sestra, osoba, zdravlje, okoliš). Pojmovi su koherentni i međusobno ovisni. Cilj holističkog sestrinstva je osoba koja se osjeća cjelovita i u ravnoteži. Zdravlje se promatra kroz fizičke, mentalne, emocionalne, socijalne i egzistencijalne dimenzije. Okoliš ugodan oku povezan je s boljim zdravljem.

Obrasci znanja – treća komponenta koja se odnosi na: osobno, empirijsko, estetsko, etičko znanje, kao i na ono društveno i političko.

Kvadranti – četvrta komponenta, gdje je stvarnost uokvirena s četiri perspektive koje se međusobno povezuju. One uključuju unutarnje i vanjske aspekte kao i individualne i kolektivne.

Svi kvadranti, sve razine, jesu peta komponenta. Razumijevanjem složenosti ove komponente produbljuju se kroz osobnu i profesionalnu zrelost razvoj kompetencija. Holistička teorija sestrinstva može koristiti koncepte i praksu povezanu s tijelom, sobom i duhom integrirani u sebstvo, kulturu i prirodu. Prvi princip uključuje “sebe” ili „sebstvo“ (subjektivni prostor). Drugi princip uključuje “mi”, tj. odnos u intersubjektivnom području (susret s patnjom koja se susreće na dubljoj razini). Treći princip “to” individualno je i objektivno područje (uključuje

profesionalnost, ponašanje, zdravi stilovi života). Četvrti princip "svoje" uključuje vanjske čimbenike (zdravstvo i političko okruženje) (Garmy, 2021; 221)



rosa t i
 komuni Prikaz 4. U četvrtoj komponenti, Dossey je prilagodila Wilberov model (1999) gdje se stvarnost opisuje iz četiri perspektive s međusobnim odnosima. Ove su perspektive vidljive u četiri kvadranta i uključuju unutarnje i vanjske aspekte, kao i individualne i kolektivne. dnostimovrijednost i komunikacijske vještine. BJEKTIVNO, POJEDINAČNO)

U holističkoj skrbi prepoznaje se cjelovitost ljudskog bića, a sestrinska profesija tomu pridaje osobitu važnost oslanjajući se na znanje, teorije i vještine. Postoji potreba za brzim i sveobuhvatnim definiranjem koncepta holističkog sestrinstva kako bi se osigurala dosljednost i osnova za kvalitetnu primjenu u kurikulumu sestrinstva (Cohen& Boni, 2018). Stručna i znanstvena literatura s područja sestrinstva od 1980. do danas bilježi postojan interes i razvoj koncepta holističkog sestrinstva. Tijekom desetljeća postaje sve jasnijim konsenzus da holistička skrb ima veze s njegom cijele osobe. Holistička sestra ima u vidu složenost za ljudskog bića u stanju bolesti. Autori Sarkis i Skoner (1987) primijetili su da je holizam obrađivan u psihološkoj i filozofskoj literaturi prije negoli se pojavio u sestrinstvu. Oni su zaključili da: „holizam u sestrinstvu zahtjeva mnogo veće razumijevanje, te ističu kako intuiciju, subjektivnost, vrijednost pojedinca, brigu, toplinu i suosjećanje treba zadržati u onome što je u međuvremenu postalo sestrinstvo temeljeno na istraživanjima” Sarkis i Skoner (1987; 63). Isti autori primijetili su da neki pisci uključuju također upotrebu komplementarnih i alternativnih terapija u praksi holističke skrbi Sarkis i Skoner (1987; 66).

Postavlja se pitanje u SAD-u vezano uz holističku njegu, koje postavlja autor Rosa W. (2017): „Da li je holistička njega kako je definirana i opisana rezervirana samo za bogate” (Rosa, 2017:185). On opisuje rad u Ruandi: „Sestrinstvo je još uvijek usredotočeno na izvršavanje zadataka, na pridržavanje naloga liječnika i na točnu pravodobnu procjenu vitalnih znakova“

(Rosa, 2017:188). Ne čini se da je to dovoljno, holistička skrb stavlja u prvi plan sklad tima i povjerenje unutar tima koji se brine o bolesniku.

Tijekom povijesti njege i brige za bolesnog čovjeka mijenjali su se načini skrbi i njege bolesnih. Holizam do punog značenja dolazi kod osoba koje boluju od kroničnih nezaraznih bolesti. Zadnjih desetljeća prošlog stoljeća u Sjedinjenim američkim državama pojavljuje se na sceni zdravstvene njege novi oblik pružanja brige za bolesne ljude – holistički pristup bolesniku. Njega bolesnika se gleda u cjelini, s njegovim fizičkim, psihičkim i duhovnim potrebama. Holistički pristup usredotočuje se na liječenje osobe u cjelini, a ne samo na liječenje simptoma njegovog ili njezinog trenutnog stanja. Njega je usmjerena na um–tijelo–duh–emocije i taj se način primjenjuje u praksi. Ta 'filozofija holističkog pristupa' zahtijeva također duhovnu njegu bolesne osobe. Stoga se medicinske sestre nakon završetka školovanja dodatno educiraju i polažu ispite iz područja holističke njege i dobiju licencu Nacionalnog vijeća da su osposobljene za pružanje holističke njege (*The National Council Licensure Examination /NCLEX-RN*).

Udruga *American Holistic Nurses Association* (AHNA) okuplja medicinske sestre koje prakticiraju holističku njegu/skrb. AHNA je 1998. godine ponudila definiciju holističke njege: „Sva sestrinska praksa koja za cilj ima ozdravljenje cijele osobe“ (AHNA, 2003, str. 50) Stoga je holističko sestrinstvo također stav, filozofija i način postojanja koji zahtijeva od medicinskih sestara da u svoje živote integriraju također brigu o sebi, samoodgovornost i duhovnost. To dovodi medicinsku sestru do veće svijesti o povezanosti nje same s drugima, s prirodom i s globalnom zajednicom.

Holistička se njega dakle ne usredotočuje samo na simptom, na fizičku nesposobnost osobe, već je povezana sa cjelovitom skrbi; to uključuje ljubaznost, suosjećanje, ustrajnost te se razvija uključivanjem u ideje filozofije, sistemskih teorija i holističkog procesa brige (Montgomery Dossey, Keegan, & Guzzetta, 2005). Medicinske sestre koje prakticiraju holistički pristup u njezi koriste znanje, teorije, stručnost i vještine kako bi prepoznale i njegovale osobe sa svim njihovim osobinama. One njeguju cjelovitost, mir, ozdravljenje, one vode brigu o fizičkim, mentalnim, duhovnim i ekološkim potrebama i izazovima svake osobe, poštujući njezine vrijednosti, zdravstvena uvjerenja i zdravstveno iskustvo (AHNA 2003).

Uz tradicionalnu zapadnjačku medicinu u holističkom pristupu često se koriste i alternativni medicinski postupci kao što su akupunktura, akupresura, terapijska masaža, meditacijska terapija, a uključeni su i savjeti o prehrani.

Zdravstvena njega treba dakle biti cjelovita – holistička. Filej & Kaučić (2019) navode u svom radu kako je bolesnik cjelina te stoga zdravstvena njega treba biti cjelovita – holistička. Miles, & Vallish, (2010) u prakticiranju cjelovite zdravstvene njege podrazumijevaju osam dimenzija:

1. dostupnost njege
2. poštivanje bolesnikovih prava
3. prioritarno izražene potrebe
4. koordinirana i integrirana skrb
5. informiranje i obrazovanje
6. fizička udobnost
7. emocionalna podrška i smanjenje straha i tjeskobe, uključivanje obitelji i prijatelja
8. postojanost i promjena

U pružanju cjelovite zdravstvene njege potrebno je uključiti multidisciplinarni tim koji će u suglasju pružati najbolju moguću njegu bolesniku u okviru datih mogućnosti, uzimajući u obzir njegove fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe. Suvremena specijalistička medicinska praksa usmjerena samo na 'dio' čovjekova tijela koji treba 'popraviti', mora se proširiti u smjeru holizma i graditi smisao medicine u cijelosti, odnosno prepoznavati zdravlje kao stanje cjelovitoga tjelesnoga, psihičkoga, emocionalnoga i duhovnoga blagostanja.

U jednom djelu svijeta s različitim kulturološkim dostignućima čovjeka se doživljava cjelovito i o njemu se skrbi u potpunosti, dok se u drugom dijelu svijeta takva njega ne pruža u potpunosti. U Hrvatskoj su primjetne različitosti od cjelovite do parcijalne skrbi koja ponekad i ponegdje obuhvaća samo tjelesni odnosno fizički problem. „Medicina se tako u novije vrijeme razvija ne pridajući gotovo nikakvu važnost duhovnoj i duševnoj, psihičkoj komponenti nastanka i liječenja bolesti tijela, jer se svaka bolest poimala i tumačila fizičkim uzrocima i posljedicama. Kao da je ljudsko tijelo 'stroj' koji se može 'dorodom ili izmjenom dijelova' vratiti u prvobitno stanje funkcioniranja ili barem popraviti da služi još neko vrijeme (Komadina, 2016;617). To je redukcionistički pristup koji dijeli cjelinu na njezine sastavne dijelove kako bi razumio svaki dio zasebno (Priest H, 2010). Razvoj medicinske specijalizacije i subspecijalizacije doveo je medicinu do molekule DNA, kao svekolike osnove, ali je pritom

izgubljena, točnije rečeno – zanemarena – čovjekova cjelovitost, odnosno holistički pristup (Ostojić, 2017).

Holistička njega nije samo sjevernoamerički koncept, postoji i njegoa europska verzija nazvana integrativna njega (engl. *Integrative care*), što je povezano s Poveljom Europske unije o temeljnim pravima (engl. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*, 2007); ona afirmira prava svake osobe. Pravo se pak odnosi na poštivanje tjelesne i duhovne cjelovitosti u području medicine, od slobodnih pristanaka na postupke do zabrane reproduktivnog kloniranja. Ta odredba dijelom ulazi u holistički pristup što znači da se poštuje tjelesna i duhovna cjelovitost osobe. Prema tome tijelo (tjelesni, fizički, biološki pogled) nije puka nakupina mehaničkih sistema sastavljenih iz stanica, tkiva i biokemije, dakle tijelo shvaćeno kao stroj bez emocija i duše (Tjale, Bruce, 2007). Europska integrativna njega ide za tim da na temelju dobre prakse pruži svu potrebnu zdravstvenu njegu uključujući i socijalnu skrb. Glavno područje djelovanja temelji se na liječnju kroničnih bolesti, a naglasak se stavlja na usluge zdravstvenih djelatnika i suradnika kroz proaktivnu zaštitu, unapređenje zdravstvene zaštite i postupke za olakšavanje koordinacije skrbi unutar i među organizacijama, razvijanje strategije za podršku.

Holističku skrb potrebno je primijeniti prema svakoj osobi, sagledati cjelovitost osobe, djeteta, stare osobe, trudnice, osobe oboljele od različitih bolesti - dakle svakoga koji zahtijeva pomoć druge osobe. Holističko sestrinstvo sporo se razvija izvan SAD-a, osobito u našoj zemlji. Slovenija je objavila nekoliko istraživačkih radova na području holizma, od više autora (Fijej, Kaučić, 2015), dok je u Hrvatskoj holizam još uvijek dijelom nepoznat većini djelatnika u zdravstvenom sustavu. Stoga su istraživanja na području holizma odnosno integrativne njege potrebna za razvoj profesije, ali i za bolje ishode liječenja i zadovoljstva životom.

Dosadašnja istraživanja pokazuju da je duhovna skrb kao sastavni dio cjelovitoga sestrinstva osobito važna, gotovo neizostavna kada se razmatra holistička njega (Oake, 2021; Southard, 2020). Kao odgovor na potrebe snažnijega razvoja i širenja holističke njege razvijen je izborni predmet „Duhovnost i zdravlje“ na preddiplomskom studiju zdravstvene njege kako bi pomogao sudionicima u rješavanju duhovnih potreba i mobiliziranju duhovnih snaga u bolničkom osoblju, bolesnicima, ali i na radnom mjestu (Barss, 2020).

Uzimajući u obzir duhovnost i kronične bolesti, svijest o velikoj prisutnosti kroničnih bolesti u populaciji i sve teže nošenje s bolestima koje dugo traju, uz produženje životnog

vijeka ljudi, potrebno je proučavati i pronalaziti načine kako bi ljudi - zdravi i bolesni - u sebi pronašli motiv, okosnicu, volju za prevladavanjem zdravstvenih tegoba, ali i osnažili volju za sutrašnjim danom, za ljepotom življenja.

1.3. Zadovoljstvo životom i kvaliteta života

Zadovoljstvo životom je mjera spoznajne procjene kvalitete ukupnih životnih okolnosti u kojima pojedinac živi (Anderson, 2012). Pojam subjektivne dobrobiti podrazumijeva afektivne i kognitivne procjene koje neka osoba donosi o kvaliteti svog života (Korajlija i drugi, 2019). Tako ona uključuje doživljavanje ugodnih emocija, nisku razinu neugodnih raspoloženja i visok stupanj zadovoljstva životom (Diener, 2002). Zadovoljstvo životom kao kognitivna komponenta subjektivne dobrobiti evaluacijski je proces kojim osoba ocjenjuje kvalitetu svog života prema vlastitom jedinstvenom setu kriterija. Čine ga dva aspekta: globalni osjećaj zadovoljstva životom i zadovoljstvo pojedinim područjima života. *Globalni* osjećaj zadovoljstva životom podrazumijeva širu, kognitivno utemeljenu evaluaciju pojedinca o kvaliteti života u cjelini. Zadovoljstvo *pojedinim* područjima života predstavlja evaluaciju specifičnih aspekata života. Upravo zbog različitih standarda usporedbe između pojedinaca prigodom procjene zadovoljstva životom važno je ispitati globalnu procjenu nečijeg života, a ne samo zadovoljstvo pojedinim aspektima života (Pavot, 1993). Osoba može biti zadovoljna u većini područja svog života, ali zbog nezadovoljstva u samo jednom području ipak sveukupno biti nezadovoljna. Globalna procjena zadovoljstva životom povezanija je s područjima koja su pojedincu važnija, nego s onima manje njemu važnima (Schimmack, 2002).

Diener i suradnici (2002) navode definiciju zadovoljstva kao „opaženu razliku između aspiracija i dostignuća, koja se kreće od percepcije ispunjenosti pa do percepcije zabrinutosti” (Diener, 2002;66-67). Oni zadovoljstvo životom promatraju kao kognitivnu komponentu subjektivne dobrobiti, dok sreću promatraju kao iskustvo osjećaja ili čuvstva. Lucas i suradnici (1996) navode da se zadovoljstvo životom može razlikovati od optimizma i samopoštovanja, a zadovoljstvo životom definiraju kao „globalnu evaluaciju neke osobe o svom životu”. (Lucas, 1996:619). Definicija pokazuje da pri evaluaciji zadovoljstva životom osoba ispituje određene aspekte svoga života, uspoređuje dobro s lošim te dolazi do ukupne procjene zadovoljstva životom. Stoga se može pretpostaviti kako je globalna narav ove procjene donekle stabilna i da ne ovisi potpuno o čuvstvenom stanju osobe u trenutku prosudbe.

Stručnjaci se uporno zalažu za uključivanje mjere zadovoljstva životom u strategije javnih politika. Tako Francuska od 2010. g., a Velika Britanija od 2011. g. sustavno mjere stupanj zadovoljstva životom svojih građana koristeći rezultate kao smjernice za različite strateške odluke. Vlada SAD-a provodi projekt *Healthy People 2020* čiji je cilj promocija kvalitete života, a u kojem je jedna od mjera i zadovoljstvo životom. Podatci o zadovoljstvu životom koriste se u svrhu mjerenja kvalitete života, praćenja socijalnog napretka, evaluacije politika i identificiranja uvjeta dobrog života (Korajlija i drugi, 2019).

Zbog svog iznimnog značenja mjera zadovoljstva životom uključena je i u sveobuhvatna društvena istraživanja. Primjer takvih mjera su panel studije poput *Germany Socio-Economic Panel (GSOEP)*, *British Household Panel Study*, *Swiss Household Panel* i *Australian Household, Income and Labour Dynamics (HILDA)* te međunarodna istraživanja političkih, socijalnih, ekonomskih i kulturoloških determinanti kvalitete života poput *Gallup World Poll*, *World Values Survey* te *European Social Survey*. Zadovoljstvo životom se često mjeri samo s jednom česticom koja u pravilu glasi „Koliko ste zadovoljni svojim životom kao cjelinom“, a odgovara se na ljestvici čiji se broj stupnjeva razlikuje od istraživanja do istraživanja (Korajlija i drugi, 2019).

Istraživanja sustavno pokazuju važnost konstrukta zadovoljstva životom, jer je snažno i konzistentno povezan s pozitivnim životnim ishodima poput zdravlja, prihoda i bolje radne učinkovitosti (Korajlija i drugi, 2019; Diener, 2013). Zadovoljstvo životom jedan je od nekoliko aspekata mentalnog zdravlja. Zadovoljstvo životom pozitivno je povezano s općim zdravljem, optimizmom, samoučinkovitošću i samopoštovanjem, a negativno s depresivnošću, anksioznošću i općim psihološkim distresom te negativnim afektom (Korajlija i drugi, 2019).

Prema nekim definicijama zadovoljstvo životom se može definirati kao ukupna procjena osjećaja o nečijem životu u određenom trenutku u rasponu od negativnih do pozitivnih (Beutell, 2006) ili stupanj do kojeg osoba pozitivno ocjenjuje ukupnu kvalitetu svog života u cjelini, odnosno koliko se osobi sviđa život koji vodi (Veenhoven, 1996). Mnogi čimbenici doprinose zadovoljstvu životom poput prijateljstva, odnosa unutar obitelji, zdravlja, romantičnih veza, poslova.

Kvaliteta života dio je općeg koncepta zadovoljstva životom; on se odnosi specifično na zdravlje osobe, a označava mjerenje funkcioniranja blagostanja i opće percepcije zdravlja bolesnika u svakoj od tri domene: fizičkoj, mentalnoj i socijalnoj (German Petrović, 2010).

Procjena kvalitete života uvjetovane zdravljem uključuje utjecaj zdravlja na opće stanje bolesnika u ključnim područjima svakodnevnog funkcioniranja: tjelesnog i mentalnog zdravlja, društvenog života, uloge u društvu i općeg osjećaja zdravlja. Bazira se na subjektivnoj ocjeni stanja bolesnika i uključuje minimum osnovnih svakodnevnih funkcija u životu. Obuhvaća simptome bolesti, funkciju spavanja i sna, kognitivne funkcije, seksualne funkcije i drugo.

Kvaliteta života pojedinca ovisi o njegovoj mogućnosti nadoknađivanja nedostataka koji ga opterećuju i korištenju prednosti koje mu se pružaju, što omogućuje postizanje ravnoteže između očekivanja i realizacije. Sve navedeno jednostavno upućuje na to da je nemoguće procijeniti kvalitetu života pojedinca na osnovi poznavanja objektivnih uvjeta u kojima živi ili objektivnih poteškoća koje ga opterećuju kao što su starost, bolest ili briga o drugoj osobi (Brajković, 2010). Krizmanić i Kolesarić (1989) i u svom radu; Pokušaji konceptualizacije pojma „Kvaliteta života“ definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitoga života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njezina specifičnoga životnog iskustva.

Kvaliteta života kao višedimenzionalni pojam koji ujedinjuje dostojanstvo osobe s emocionalnim, duhovnim, psihološkim i fizičkim sastavnicama osobnosti, značajno je narušena u kroničnih transplantiranih bolesnika i to vrlo često u svim aspektima. Analiza kvalitete života u transplantiranih bolesnika zahtijeva analizu međusobnog odnosa i komunikacije bolesnika na svim razinama: sa zdravstvenim osobljem, unutar obitelji, prijateljima i ako je bolesnik radno sposoban među osobama na radnom mjestu. Osim međusobne komunikacije, jednu od značajnih, ali ne i presudnih sastavnica čini standard, odnosno sustav pružanja zdravstvenih usluga definiran materijalnim izdvajanjima za zdravstvo na razini preventivne i kurativne medicine, duhovno ozračje, mediji, socijalna i zdravstvena politika države (Markeljević, 2007).

Problem kvalitete života dade se prikladno konkretizirati na primjeru kroničnih bubrežnih bolesnika (KBB); nešto tomu slično dalo bi se učiniti i kod većine drugih bolesti. Psihološko zdravlje u bolesnika na dijalizi i kod bolesnika s transplantiranim bubrezima promjenljivo je zbog straha od mogućih komplikacija i promjena u funkcionalnom statusu. Poboljšanje kvalitete života kroz individualni pristup bolesniku predstavlja osnovu dobre kliničke prakse i primjerenog liječenja bolesnika s kroničnim bubrežnim zatajenjem, kao i

bolesnika liječenog različitim metodama nadomještanja bubrežne funkcije (Germin Petrović, 2010).

Prema istraživanjima, u bolesnika na dijalizi kvaliteta života je značajno niža u odnosu na opću populaciju. Transplantacija bubrega nudi bolju kvalitetu života od dijalize, dok između bolesnika na hemodijalizi i onih na peritonejskoj dijalizi nema značajne razlike u kvaliteti života povezanoj sa zdravljem (engl. *Health-related quality of life/HRQOL*). Dobra klinička praksa u liječenju bolesnika na dijalizi zasniva se na individualnom pristupu i poboljšanju kvalitete života, za što je nužna suradnja obiteljskih liječnika i konzultanata-nefrologa. U svakodnevnoj praksi, korištenjem upitnika o kvaliteti života bolesnika na dijalizi povećala bi se svijest o iznimno važnom segmentu skrbi za bolesnike na hemodijalizi, jer je kvaliteta života mjera ishoda liječenja tih bolesnika. U prvom i drugom stadiju KBB bolesnici se u pravilu kontroliraju kod obiteljskog liječnika. U trećem stadiju KBB, koji već postaje kronično bubrežno zatajenje (KBZ), potrebno je obratiti pozornost na rane metaboličke komplikacije kao što su anemija i poremećaj mineralnog metabolizma. Četvrti stadij KBZ je uvod u završni stadij KBB, a u tom stadiju bolesnika je potrebno podrobno upoznati s metodama nadomjesne terapije bubrežne funkcije – hemodijalizom (HD), peritonejskom dijalizom (PD), transplantacijom bubrega ili pak konzervativnim zbrinjavanjem (Rački, 2010; Snyder, 2005).

Prema tome, optimalno je djelovanje na percepciju bolesti u ranijem stadiju KBB (Clarke, 2017)). Bolesnici u dobi preko 80 godina su najviše rastući segment populacije sa stadijem pet (5) KBZ, kada započinju dijalizu. Unatoč brojnim prednostima koje za njih pruža PD, nedovoljno se koristi u starijih (Lenci, 2012). Problemi starijih poput anksioznosti, depresije, demencije, vizualnih oštećenja, kognitivnih oštećenja utječu na samostalno obavljanje PD. Pomoć kućne njege i članova obitelji može riješiti ovaj problem. PD u domovima za starije nudi terapiju za starije bez potpore obitelji. U ovom smislu, automatizirana PD ili noćna PD oslobađa bolesnikovo dnevno vrijeme za aktivnosti u domu za starije, povećava socijalizaciju i nudi bolju rehabilitaciju koja poboljšava njihovu kvalitetu života (engl. *Quality of life*, skraćenica QOL). Bolja komunikacija između njegovatelja i tima ključna je za poboljšanje povjerenja osoblja i doprinijet će većem korištenju PD u domovima za starije (Kes, 2012).

Mjerenje kvalitete života vezane za zdravlje ima značajnu prediktivnu vrijednost na preživljavanje i hospitalizaciju, posebno u pacijenata s kroničnom bubrežnom bolesti (KBB).

Rutinsko korištenje HRQOL upitnika općenito o kvaliteti života je percipirana kvaliteta svakodnevnog života pojedinca, odnosno procjena njihovog blagostanja ili nedostatka. To uključuje sve emocionalne, socijalne i fizičke aspekte života pojedinca.

HRQOL u procjeni u skrbi za bolesnike s KBB predstavlja važnu priliku za nefrologe da bolje ugrade vrijednosti i brigu za bolesnike u svoju skrb (Hrvatski registar, 2008). HRQOL postao je prepoznati ishod u studijama bolesnika na HD. Uspoređujući rezultate u razmaku od 13 godina nije nađena razlika u kvaliteti života, ali usporedbom s općom populacijom u Danskoj kvaliteta života ostaje ozbiljno narušena u 2015. g. Prema tome, potrebno se usmjeriti na intervencije koje mogu povećati kvalitetu života u bolesnika na HD (Knudsen, 2016). Skrb o kroničnom bubrežnom bolesniku zahtijeva kompleksni timski pristup kao i suradnju obitelji, bolesnika i zdravstvenih radnika, a posebno obiteljskog liječnika i nefrologa odnosno sestre/tehničara na dijalizi. Kvaliteta života bolesnika na dijalizi vezana je za komunikaciju između primarne i sekundarne skrbi, što treba dodatno razvijati kao i unaprijediti edukaciju obiteljskih liječnika. Dobra klinička praksa u liječenju bolesnika na hemodijalizi zasniva se na individualnom pristupu i poboljšanju kvalitete života. Povećanje kvalitete života bolesnika na hemodijalizi usmjereno je prije svega rješavanju zdravstvenih komplikacija: malnutricije, anemije, nesаницe, depresije i nedostatka fizičke aktivnosti, te prema potrebi i ostalih komorbiditetnih bolesti. U pogledu kvalitete života, za bolesnika sa zatajenjem bubrežne funkcije najbolje rješenje je transplantacija bubrega, pa je nužno i nadalje ulagati napore da se čekanje na transplataciju bubrega maksimalno smanji. U svakodnevnoj praksi, korištenjem upitnika o kvaliteti života bolesnika na dijalizi povećala bi se svijest o iznimno važnom segmentu skrbi za bolesnike na hemodijalizi, jer je u ovih bolesnika kvaliteta života mjera ishoda liječenja.

1.4. Kronične bolesti

Bolest je poremećaj normalnih odnosa u organizmu sa specifičnim uzrokom i prepoznatljivim simptomima i znakovima. Nastaje kao reakcija organizma na različite unutarnje ili vanjske štetne činitelje. Prema trajanju i žestini, bolesti se dijele na akutne i kronične. Mogu, nadalje, biti organske ili funkcionalne, opće ili lokalne, nasljedne ili stečene, zarazne ili nezarazne itd. Često ih se dijeli prema zahvaćanju nekoga organskog sustava (npr. bolesti bubrega, mišićno–koštane bolesti, dišnog sustava), prema patološko-anatomskom zbivanju (upale, tumori), prema karakterističnoj skupini oboljelih (dječje, ženske, profesionalne, socijalne bolesti).

1.4.1. Pojam i razvoj kroničnih bolesti

U medicinskoj praksi bolesti se prepoznaju (*dijagnoza*) prema tegobama što ih bolesnik osjeća ili promjenama koje se na njemu opažaju (subjektivni ili objektivni znakovi bolesti, *simptomi*), a to često ovisi o uzroku (*etiologija*). Bitne se pojedinosti saznaju iz bolesnikova iskaza (*anamneza*). Početak očigledne bolesti ne mora se poklapati sa stvarnim početkom patološkog zbivanja, koje može početi već ranije (npr. *inkubacija* kod zaraznih bolesti), a katkad se bolest u početku javlja netipičnim uvodnim znacima (*prodromi*). Kad se jednom očituje, bolest poprima svoj prirodni tijek (*dekurzus*), ali na nj valja djelovati liječenjem (*terapija*) kako bi se izbjegle *komplikacije* i postiglo željeno ozdravljenje (*sanacija*). Prema određenim značajkama u očitovanju i tijeku te u prirodi same bolesti može se predvidjeti njezin ishod (*prognoza*), bolesnik ozdravi (ali do potpuna oporavka često još mora proći vrijeme *rekonvalescencije*, u kojem je katkad nužna *medicinska rehabilitacija*), ili zaostanu trajne posljedice (npr. *invalidnost*), ili pak bolest završi smrtnim ishodom. Preboljela se bolest može opet vratiti (*recidiv*). Stupanj sklonosti ili otpornosti prema nekoj bolesti ovisi o dobi, spolu, preboljelim bolestima, naslijeđenim osobinama, psihofizičkoj kondiciji, socijalnom statusu. Osim toga, na pojavnost neke bolesti utječe i raspodjela ostalih bolesti u istoj populaciji u određenom vremenu i prostoru; na tu međuovisnost u *patocenozi*, tj. zajednici svih patoloških stanja, prvi je upozorio hrvatski znanstvenik M. D. Grmek koji je osmislio pojam patocenoza, koji obilježava zajednicu, tj. pojavnost i međudnos različitih bolesti na nekom području u nekom određenom razdoblju (Grmek, 1989).

Kroničnu bolest često prati bol (od koje dolazi naziv bolest); ona upozorava da se u tijelu nešto događa i da je to nevolja koju valja nadvladati uz pomoć svih dostupnih mogućnosti (klasične medicine, njege, alternativne, komplementarne medicine).

Bol upozorava čovjeka na neželjena zbivanja u tijelu, ali i u duši. Stoga je bol, kao i liječenje boli usko povezano s kroničnim bolestima. Pogađa i velik dio stanovništva, stvarajući značajnu individualnu nevolju i značajan teret za zajednicu (apsentizam...), dok se istovremeno bol uvijek ne tretira kao važan element u liječenju. Kada se govori o liječenju same boli potrebno je sveobuhvatno multidisciplinarno liječenje koje se temelji na biopsihosocijalnom modelu liječenja boli pokazuje se klinička učinkovitost, isplativost, ali nije široko dostupno uključujućena. Ljudi se općenito boje lijekova osobito nuspojava lijeka, ali i smatraju da zdravstvenim djelatnicima nedostaje relevantnog znanja. Također smatraju da liječnici opće prakse liječenju boli daju nizak prioritet, te da nema dovoljno sredstava. Stručnjaci za bol navode nepridržavanje liječenja temeljenog na dokazima, neoptimalno propisivanje lijekova za kroničnu bol koja se sama po sebi ne smatra bolešću. Ljudi korisnici zdravstvenih usluga smatraju da medicinske sestre, ljekarnici, vještine fizioterapeuta nisu u potpunosti iskorištene, te da se psihološka terapija koristi rijetko i često prekasno (Kress, 2015).

U kontekstu starenja stanovništva i sve veće prisutnosti kroničnih nezaraznih bolesti vidljive su potrebe za povećanom skrbi i pomoći od strane zdravstvenih radnika, ali i od strane društva i zajednice u kojoj bolesnici žive. Svjetska zdravstvena organizacija na zasjedanju u Cairu, na sastanku za Istočno Mediteransku regiju raspravljala je o kroničnim bolestima i o duhovnosti. Uzimajući u obzir duhovnost i kronične bolesti te svijest o velikoj raširenosti kroničnih bolesti u populaciji i sve teže nošenje s bolestima koje dugo traju, uz produženje životnog vijeka ljudi SZO preporuča potrebu proučavanja, ali i pronalaženja načina kako bi zdravi i bolesni ljudi u sebi pronašli motiv, okosnicu, volju za prevladavanjem zdravstvenih tegoba i osnažili volju za sutrašnjim danom i za ljepotom življenja (SZO, 2006).

Uočene su značajne spolne razlike u prevalenciji multimorbiditetnih obrazaca, žene su pokazale veću prevalenciju kroničnih bolesti uključujući i multimorbiditet. Uzrok tome je vjerojatno duži životni vijek i/ili lošije zdravlje. Buduće studije o obrascima multimorbiditeta trebale bi uzeti u obzir te razlike i stoga bi proučavanje multimorbiditeta i njegovog utjecaja trebalo biti stratificirano prema dobi i spolu (Abad-Díez, 2014).

Što sve može dovesti do kronične bolesti? Kronične bolesti dugo traju, sporo napreduju te uključuju genetske, fizičke, bihevioralne i okolišne čimbenike. Međutim, siromaštvo i nekvalitetna hrana, slaba mobilnost i nedostatak tjelesne aktivnosti također su ozbiljni problemi u zemljama s visokim dohotkom.

U djetinjstvu mogu se pojaviti rizici kroničnih bolesti zbog lakog pristupa nezdravoj hrani i pićima. To dovodi do visokog broja djece s prekomjernom tjelesnom masom i pretilošću (Dietz, 1998). Nakon te faze života, mladi ljudi u fazi adolescencije mogu steći nove i štetne navike, poput pušenja i pijenja alkohola, što može značajno doprinijeti riziku nastanka kroničnih bolesti (Mikkelsen, 2019; Pechmann, 2005). Ove loše navike mogu se nastaviti tijekom odrasle dobi s dodatnim aspektima s kojima se odrasli suočavaju na radnom mjestu, uključujući financijske stresore, nezaposlenost, nezadovoljavajuću karijeru i nisku društvenu angažiranost, što utječe na napredak kroničnih nezaraznih bolesti (KNB), (Mikkelsen, 2019; SZO, 2018). Odlazak u mirovinu i napuštanje radnog mjesta može predstavljati nove izazove među starijim osobama i utjecati na razvoj kroničnih bolesti. Loša prehrana, nedostatak tjelesne aktivnosti, korištenje alkohola i duhana, socijalna izolacija i financijski stres izravno utječu na starije ljude i snažno promiču kronične bolesti (Mikkelsen, 2019).

I danas bi trebali biti na snazi uvjeti koji su predloženi i to najmanje pet primjera socijalnih politika koje bi mogle poboljšati zdravlje smanjenjem socioekonomskih razlika, a to su: ulaganje u razvoj ranog djetinjstva, programe prehrane, poboljšanje kvalitete radnog okruženja, smanjenje nejednakosti dohotka i veća politička pravednost (Kennedy, 2004).

Neki su kritičari zabrinuti da su recepti politike previše dalekosežni bez dovoljno dokaza o njihovom učinku na zdravlje stanovništva (Pockets, 2004). Drugi primjećuju, na primjer, da prijedlozi politike koji se odnose na društvenu nejednakost i zdravlje moraju usporediti zdravlje stečeno gospodarskim rastom povezanim s društvenom nejednakošću sa zdravljem koje bi se steklo potpunom društvenom jednakošću. Ove vrste usporedbi potrebne su za potpuno razumijevanje neto učinaka mjera politike (Kamm, 2001).

Kada bi se dogodila, preraspodjela dohotka može uvelike pomoći u poboljšanju zdravlja, također mora biti „istovremena pozornost na promjeni drugih društvenih i zdravstvenih politika.... Ne postoji jednostavno rješenje za smanjenje sustavnih zdravstvenih nejednakosti” (Starfield, 2004). Neki autori iznijeli su slične stavove i dodali zabrinutost zbog

političkih problema povezanih sa strategijom eliminacije svih socioekonomskih nejednakosti (Ezekiel, 2004; Marmor, 2000).

Kronične nezarazne bolesti više su proširene u razvijenim zemljama. Zapadnjački način života u zemljama s niskim i srednjim dohotkom, zbog starenja globalnog stanovništva i komercijalnih pritisaka za nezdravu prehranu i cigarete, pridonosi rastu kroničnih nezaraznih bolesti (The Lancet, 2018). Postoji izravna veza između lošeg zdravlja i niskih primanja, što uz psihosocijalne čimbenike doprinosi siromaštvu u hrani i kupovini jeftinijih i nezdravih prehrambenih proizvoda. Osobe s niskim primanjima imaju osjećaj da zauzimaju niži status u društvu, što im onemogućuje sudjelovanje u društvenom životu.

Postoji rastući trend da se društveni, politički i ekonomski sustavi smatraju kritičnim čimbenicima koji utječu na kronične bolesti osim individualnog ponašanja i životnog stila (Yang, 2018). Kriegerova ekosocijalna teorija naglašava distribuciju ekosocijalnih bolesti koja opisuje kako raznolikost između povijesnih, društvenih i ekoloških uvjeta značajno pridonosi promjenama zdravstvenih ishoda različitih društvenih skupina (Krieger, 2001).

Glavni čimbenici rizika koji pridonose nastanku kroničnih nezaraznih bolesti uključuju nezdravu prehranu, tjelesnu neaktivnost, pušenje i zlo uporabu alkohola. Stoga se većina ovih bolesti može spriječiti jer na kraju napreduju u ranom životu zbog raznih vidika životnog stila ljudi (Noor, 2014).

Imajući u vidu porast kroničnih nezaraznih bolesti i starenje stanovništva, suočavamo se s novim izazovima u društvu i zdravstvenom sustavu. Biološki čimbenici jesu npr. prekomjerna tjelesna težina, dislipidemija, hiperinzulinemija i hipertenzija. K tomu dolaze čimbenici ponašanja kao što su prehrana, nedostatak tjelesne aktivnosti, pušenje duhana i konzumacija alkohola. Tu su i društveni čimbenici koji uključuju složene kombinacije međusobno povezanih socioekonomskih, kulturnih i okolišnih parametara (Krieger, 2004).

Centar kompetencija Svjetske zdravstvene organizacije za predviđanje kroničnih nezaraznih bolesti povezuje megatrendove; demografiju, nejednakost, konzumerizam koje dovode do globalnog rasta kroničnih bolesti. Dr. Iveta Nagyova u *The European Journal of Public Health*, kao predsjednica Europske udruge za javno zdravstvo i članica Savjetodavnog vijeća za kronične nezarazne bolesti (KNCB), pisala je o potrebi za konkretnim i usporedivim zdravstvenim pokazateljima koje svaki zdravstveni djelatnik u europskoj regiji SZO-a može

koristiti u svakodnevnom životu i radu, naglašava kako se danas odluke u području prevencije kroničnih nezaraznih bolesti još uvijek donose na temelju povijesnih razina smrtnosti, bez ikakvog pozivanja na preciznije podatke.

Veliki izazov još uvijek predstavljaju kronične nezarazne bolesti koje s produljenjem životnog vijeka postaju sve veće opterećenje za zdravstveni sustav, ali i za ekonomiju svake zemlje. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz travnja 2021. godine navodi se sljedeće:

- Od kroničnih nezaraznih bolesti umre svake godine 41 milijun ljudi (ekvivalent 71% svih smrti)
- Svake godine umre 15 milijuna ljudi između 30 i 69 godina (85% «preranih» smrti, u zemljama s niskim i srednjim dohotkom)
- 77 % svih KNB smrti je u zemljama s niskim i srednjim dohotkom
- Otkrivanje, probir i liječenje KNB, kao i palijativna skrb, ključne su komponente odgovora na kronične nezarazne bolesti.

Stoga je važno promotriti društveno-ekonomski učinak kroničnih nezaraznih bolesti. One prijete napretku prema Agendi za održivi razvoj do 2030. godine (engl. *The Sustainable Development Agenda*) koja uključuje cilj smanjenja prerane smrti od KNB za jednu trećinu do 2030. godine (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>).

S njima je usko povezano siromaštvo. Predviđa se da će brzi porast KNB spriječiti inicijative za smanjenje siromaštva u zemljama s niskim dohotkom, posebice povećanjem troškova kućanstava povezanih sa zdravstvenom skrbi. Ranjive i socijalno ugrožene osobe oboljevaju i umiru prije nego osobe s višim društvenim položajima, posebno zato što su izložene većem riziku od izlaganja štetnim proizvodima, poput duhana ili nezdrave prehrane, te imaju ograničen pristup zdravstvenim uslugama.

U okruženjima s niskim resursima, troškovi zdravstvene skrbi za KNB brzo iscrpljuju resurse kućanstva. Preveliki troškovi KNB, uključujući liječenje koje je često dugotrajno i skupo, u kombinaciji s gubitkom prihoda, tjeraju milijune ljudi godišnje u siromaštvo i guše razvoj.

Agenda za održivi razvoj 2030. prepoznaje kronične nezarazne bolesti kao veliki izazov za održivi razvoj. Kao dio Agende, čelnici država i vlada obvezali su se razviti ambiciozne

nacionalne odgovore, do 2030., kako bi prevencijom i liječenjem smanjili za jednu trećinu preranu smrtnost od KNB ciljevi održivog razvoja (*Sustainable Development Goals/SDG*).

Cilj je osigurati zdrav život i promicati dobrobit za sve u svim godinama. Do 2030. smanjiti za jednu trećinu preranu smrtnost od kroničnih nezaraznih bolesti prevencijom i liječenjem te promicati mentalno zdravlje i dobrobit. Ovaj cilj dolazi sa sastanaka na visokoj razini Opće skupštine Ujedinjenih naroda o kroničnim nezaraznim bolestima kad je 2011. i ponovo 2014. bila potvrđena vodeća koordinacijska uloga SZO u promicanju i praćenju globalnog djelovanja u pojavljivanju i liječenju kroničnih nezaraznih bolesti.

Europska komisija u svom programu *Znanje za politiku*, daje osvrt na promjene zdravstvenih izazova jer su znanost i bolji životni standard smanjili broj zaraznih bolesti. S druge pak strane nezdrav način života, zagađenje i drugi antropogeni uzroci pretvaraju se u teret zdravlja. Primjerice pretilost postaje globalni zdravstveni problem, a pothranjenost u dijelu svijeta i dalje ostaje.

Podatci koji su dostupni na stranicama SZO ukazuju na smrtne ishode uslijed sljedećih čimbenika:

- Duhan uzrokuje više od 7,2 milijuna smrtnih slučajeva svake godine, uz predviđanje povećanja
- Prekomjerni unos soli/natrija uzrokuje 4,1 milijun smrti godišnje
- Konzumaciji alkohola može se pripisati 3,3 milijuna smrti (uključujući i rak)
- Nedovoljnoj tjelesnoj aktivnosti se pripisuje 1,6 milijun smrtnih slučajeva
- Metabolički čimbenici koji doprinose povećanju rizika od kroničnih nezaraznih bolesti su u prvom redu: povišen krvni tlak, pretilost, hiperglikemija, hiperlipidemija.

Spomenuti uzroci nastanka kroničnih bolesti imaju usku vezu sa siromaštvom. Poznato je da ranjive i socijalno ugrožene osobe oboljevaju i umiru ranije u odnosu na bogate, jer su više izložene štetnim proizvodima duhan, prehrana i imaju ograničen pristup zdravstvenim uslugama. SZO u prevenciji i kontroli kroničnih bolesti naglašava sveobuhvatni pristup koji zahtjeva uključenje zdravstva, financija, prometa, obrazovanja (SZO, 2021).

Najboljom strategijom upravljanja prevencijom u nastanku kroničnih bolesti smatra se uključivanje pojedinca koji će upravljati stilom života, društvenim (upravljanje svijesti), nacionalnim (odluke o zdravstvenoj politici) i globalnim (zdravstvena strategija) elementima, sa ciljanim akcijama, kao što su višesektorsko partnerstvo, upravljanje znanjem i

informacijama te inovacije. Najučinkovitija preventivna strategija je ona koja dovodi do promjene načina života s obzirom na prehranu, tjelesne aktivnosti, prestanak pušenja i kontrolu metaboličkih poremećaja (Budreviciute, 2020).

Kronične bolesti promatrane u ovom istraživanju nisu bolesti koje idu u prvih pet bolesti na listi kroničnih bolesti koje uzrokuju smrtne ishode. Hrvatska je prošla «demografsku tranziciju» i ubraja se među zemlje sa «starim stanovništvom» s visokim udjelom stanovništva starijeg od 65 godina (Kralj, 2015).

Kad se govori npr. o mišićno-koštanim bolestima (MKB) one su među najčešćim skupinama kroničnih bolesti koje su vjerojatno radi visoke incidencije i niske stope smrtnosti vrlo osjetljive na multimorbiditet. Kompleksni bolesnici, neki s multimorbiditetom impliciraju zabrinutost u ishodima liječenja. Posljedice boli i patnje prisutne su kod bolesnika unutar njegovog društvenog, obrazovnog, kulturnog, bihevioralnog, ekonomskog i okolišnog konteksta, što utječe na upravljanje bolešću (Simões, 2020).

Osobe s kroničnim bolestima bubrega doživotno ovise o medicinskom osoblju i bolnicama. Osoblje, kao i medicinska aparatura, sredstva su za poboljšanje i održavanje života, ali ako zataje ili ih nema mogu biti potencijalni izvor smrti. Takav položaj apsolutne ovisnosti u mnogih bolesnika budi i razbuktava specifične psihološke pojave. Većina bolesnika do dolaska na hemodijalizu psihološki su zdrave osobe koje su najčešće iznenada, neočekivano, suočene s ogromnim stresom i zahtjevima koji se pred njih postavljaju. Život bolesnika na hemodijalizi često uključuje uzimanje čak 15-ak različitih medikamenata, uz povremene bolove i umor, nesigurnost u budućnost, strogu dijetu, ovisnost o drugim osobama za najosnovnije životne potrebe, suočavanje s dugim transplantacijskim listama i, najvažnije od svega, s mogućnošću smrti.

Samo produljenje ljudskoga vijeka dovelo je do značajnoga porasta kroničnih nezaraznih bolesti koje značajno narušavaju kvalitetu života pojedinca, a za zajednicu predstavljaju javnozdravstveni problem čije rješavanje ovisi o mnogim čimbenicima (raspolaganje zdravstvenim resursima, financijskim sredstvima, kulturološkim determinantama zdravlja i bolesti...). Zadovoljstvo živom je u snažnoj korelaciji s čimbenicima povezanim sa zdravljem poput kroničnih bolesti (Strine, 2008).

1.4.2. Kronične bolesti bubrega (KBB)

Kronična bubrežna bolest (KBB) je jedan od vodećih javno zdravstvenih problema u svijetu. Istraživanja provedena na različitim populacijama i u različitim dijelovima svijeta pokazala su da otprilike jedna od 10 odraslih osoba ima neki oblik oštećenja bubrega. Globalna prevalencija kroničnih bubrežnih bolesti standardizirana prema dobi je stabilna (1,2% -1,1 do 3,5 CKDC, 2020).

Kronična bubrežna bolest je stanje u kojem bubrezi gube sposobnost uklanjanja otpadnih produkata metabolizma i suviška tekućine iz organizma. Nagomilavanje ovih tvari može dovesti do oštećenja drugih organa i organskih sustava te narušiti funkcioniranje cijelog organizma. Vrlo je česta i u većoj ili manjoj mjeri javlja se u jedne na 10 odraslih osoba. Uglavnom se radi o stadijima 1-3 (od 5), no ponekad ona napreduje do završnog stadija (stadij 5) uz potpuno propadanje bubrežne funkcije kada više ne pomaže niti jedna terapijska opcija izuzev nadomještanja bubrežne funkcije. Dva najvažnija uzroka KBB su šećerna bolest i arterijska hipertenzija (povišen arterijski krvni tlak).

Kako je ova bolest u svojim ranim stadijima praktički bez simptoma, osobe se ne javljaju liječniku te tijekom vremena bolest postepeno napreduje te u konačnici može dovesti do potpunog i trajnog zatajenja bubrežne funkcije (završnog stadija KBB). Međutim, usprkos liječenju i redovitim kontrolama u nekih bolesnika dolazi do postepenog trajnog pogoršanja KBB i nepopravljivog narušavanja bubrežne funkcije do stadija u kojem je potrebno razmotriti početak njenog nadomještanja. U kroničnom bubrežnom zatajenju (KBZ) oštećene su sve bubrežne funkcije. Klinički je sindrom definiran postupnim i ireverzibilnim propadanjem svih bubrežnih funkcija što znači da je u ovom stadiju funkcija bubrega toliko narušena (bubrezi imaju $\leq 10\%$ normalne funkcije) da je potrebno razmotriti početak nadomještanja bubrežne funkcije dijalizom ili transplantacijom, presađivanjem bubrega (Morović-Vergles, 2008). Stanje u kojem bolesnik treba dijalizu ili transplantaciju nazivamo terminalno bubrežno zatajenje (TBZ).

Opsežno istraživanje provedeno u 13 europskih zemalja pokušaj je pažljivoga karakteriziranja prevalencije kroničnih bubrežnih bolesti. U Europi identificirane su značajne varijacije u prevalenciji KBB za koje se čini da su posljedica različitih čimbenika: dijabetesa, hipertenzije i pretilosti (Brück, 2015).

Najbolji način nadomještanja bubrežne funkcije jest transplantacija bubrega, no ona nije moguća u svih bolesnika zbog njihovih ostalih bolesti (komorbiditeta). U bolesnika koji nisu pogodni za transplantaciju ili do same transplantacije potrebno je početi nadomještanje bubrežne funkcije hemodijalizom.

Prilagodba na dijalizu je dugotrajan proces koji se odvija u tri stupnja: razdoblje medenog mjeseca, razdoblje razočaranja i obeshrabrenosti i razdoblje dugotrajne prilagodbe. Psihološko prilagođavanje u tako drastično izmijenjenim životnim uvjetima većini bolesnika moguće je jedino angažiranjem mehanizama obrane, među kojima su najčešće: poricanje, pomicanje i izolacija afekta, intelektualizacija, regresija, projekcija, pretjerana religioznost (Gregurek, 2011). Najčešća psihička komplikacija liječenja dijalizom smatra se depresija. Bolesnici „prilično glasno“ komentiraju da takav život nije vrijedan življenja, čak 20 % njih izabrat će radije smrt nego nastaviti takvo „liječenje“. Prekidanje liječenja hemodijalizom u SAD drugi je uzrok smrtnosti, odmah iza kardiovaskularnih incidenata. Prema Gregureku nije rijetka pojava u medicini da tehničke inovacije, koje produžavaju život bolesnika inače neumitno osuđenog na smrt, istovremenom pokreću nove probleme psihološke, socijalne, i etičke prirode (Gregurek, 2011).

Transplantacije organa produžuju život uz česte kontrole i korekcije terapije te promjene načina života. Stoga su i etičke rasprave o problematici presađivanja organa postale jednim od važnijih polja za razmišljanje u bioetici. Kompleksnost tehnologije, moguća banalizacija ili manipulacija, rizik povezan s pritiskom tržišnoga mentaliteta, otvorene perspektive daljnjega istraživanja, sve su to teme o kojima treba razmišljati. S obzirom na to da zadire u brojna pitanja kao što su čovjekov integritet, njegovo dostojanstvo, pitanje zdravlja i liječenja neminovno traži od kršćanske etike određene naputke i pravila postupanja. Etika, kao etika solidarnosti, postaje stvar čitave osobe i svodi se na brigu o sebi i o drugome i na kraju o životu kao takvom. S tim je povezana i vjerojatno najcitiranija rečenica na području darivanja organa jest ono pape Ivana Pavla II: „Sve što može poslužiti životu grijeh je pokopati“ (18 Svjetski transplantacijski kongres, Rim, 2000.) I druge crkve i vjerske zajednice u darivanju organa vide čin ljubavi i plemenitost (Grbac, 2013).

Ako duhovnost predstavlja sposobnost i mogućnost čovjeka da nadilazeći svoja bolešću uvjetovana ograničenja, on duhom sudjeluje u onome što se nalazi iznad njega samoga i njegova neposrednoga i eventualno sebičnoga interesa. Stoga se može reći da duhovno zdravlje znači mogućnost izlaska iz sebe samih, stupanje u ispravan odnos s okolinom te

komuniciranje na kreativan način. Duhovno zdravlje uključuje prisutnost istinske ljubavi, opraštanja, zahvalnosti, mira i miroljubivosti (Franjković, 2014).

1.4.3. Kronične mišićno-koštane bolesti (MKB)

Staromodni izraz "reumatizam", što znači bol u zglobovima, još uvijek utječe na razumijevanje artritisa: ljudi su skloni razmišljati o artritisu i reumatološkim stanjima kao o bolovima. Neka stanja postaju sve češća kako starimo, uključujući giht, osteoartritis i reumatoidni artritis. No, mnoga mišićno-koštana stanja pogađaju i mlade ljude: 7% odraslih u SAD-u u dobi od 18 do 44 godine izjavilo je da im je dijagnosticiran artritis. Reumatoidni artritis može zahvatiti 0,2% ljudi u 20-im i 30-im godinama, a do 10% ljudi u 40-ima ima osteoartritis koljena koji se može vidjeti na rendgenskom snimku. Zbog nerazumijevanja možemo zanemariti simptome i odgoditi liječenje reumatskih bolesti, izlažući se riziku za dugotrajne bolove i oštećenja zglobova.

Mišićno-koštane bolesti su među najstarijim priznatim bolestima. Klasifikacija tih bolesti ponekad je teška zbog nepoznate etiologije i heterogenosti u njihovoj kliničkoj prezentaciji. Osteoartritis (OA) i reumatoidni artritis (RA) dvije su najčešće reumatske bolesti koje čine veliki postotak invaliditeta u cijelom svijetu, a uz pridruženu križobolju uzrokuju najveću pojavnost mišićno-koštanih bolesti. Ekonomski i društveni teret ovih bolesti je velik. Njihov utjecaj na pojedince i društvo rezultat je smanjene kvalitete života, gubitka produktivnosti i povećanja troškova zdravstvene skrbi. Bez odgovarajućih pristupa liječenju bolesnika i kontroli ovih bolesti može se očekivati da će se ovaj učinak povećati kako stanovništvo stari. Jedan od izazova u proučavanju OA i RA te reumatskih bolesti općenito izvodi epidemiološke podatke koji se mogu koristiti za bolje razumijevanje čimbenika koji doprinose nastanku i napredovanju ovih bolesti. Samo uz takvo razumijevanje može se postići značajan napredak u dijagnostici, terapiji i liječenju tih bolesnika (Sangha, 2000).

Uzroci mišićno-koštanih bolesti često su nepoznati, dok su za neke od njih poznati uzroci ili barem rizični čimbenici. Oni sežu od ozljeda (prijelomi, uganuća, iščašenja, udarci, ozljede koje nastaju zbog trzajnih pokreta), posturalnih opterećenja, ponavljajućih pokreta i prekomjernoga korištenja pojedinih dijelova mišićno-koštanog sustava, dugotrajne imobilizacije, pa sve do reumatskih bolesti među kojima se razlikuju skupine neupalnih

zglobnih bolesti, upalnih zglobnih bolesti, izvanzglobni reumatizam, metaboličke bolesti i bolesti nakupljanja, regionalni bolni sindromi ili prošireni bolni sindromi. Mišićno–koštane bolesti su skupina bolesti u kojih prvenstveno dolazi do oštećenja i ograničene funkcije zglobova i struktura oko zgloba. Radi se o vrlo velikoj skupini bolesti (više od 150 entiteta) različitoga uzroka, koje su obično progresivne. Nema jedinstvene klasifikacije tih bolesti, ali općenito ih se može podijeliti na sljedeće kategorije: neupalne zglobne bolesti (degenerativne bolesti – osteoartritis), upalne reumatske bolesti koje se mogu prvenstveno manifestirati na zglobovima (reaktivni i infektivni artritis, ankilozantni spondilartritis, psorijatični artritis) ili na više organa i organskih sustava (reumatoidni artritis, juvenilni artritis, sistemni lupus eritematosus, polimiozitis, dermatomiozitis, sicca syndrome, polimialgija reumatika, nodozni eritem), izvanzglobni reumatizam, metaboličke bolesti s manifestacijom na zglobovima ili na kostima, artritis povezan s endokrinološkim bolestima i poremećajima i bolestima nakupljanja (giht, amiloidoza, hematološke bolesti, hipertireoza, dijabetes), regionalne bolne sindrome ili proširene bolne sindrome (Singh, 2012).

Kronične mišićno–koštane bolesti usko su povezane s bolnim simptomima i spadaju u najčešće razloge traženja liječničke pomoći, a zbog porasta prevalencije i povezanih troškova kronična mišićno–koštana bol globalni je javnozdravstveni problem. Na porast prevalencije utječe starenje populacije te epidemija debljine i nekretanja. Reumatska kao i mišićno–koštana bol prisutna je u svim dobnim skupinama, a učestalost se povećava s porastom životne dobi. U ordinacijama obiteljske medicine dvije trećine bolnih stanja uzrokovano je bolestima mišićno–koštanog sustava.

Gotovo polovicu svih bolovanja u Europskoj uniji uzrokuju mišićno–koštane bolesti, a one su ujedno i najčešći razlog invalidnosti u zemljama Europske unije. Mišićno–koštani bolni simptomi spadaju u najčešće razloge traženja liječničke pomoći uopće. Oko 20 % europske populacije ili više od sto milijuna ljudi u Europi ima mišićno–koštanu bol, a u svijetu gotovo svaki četvrti čovjek ima tegobe povezane s bolestima mišićno–koštanog sustava. U SAD-u oko 33 % odrasle populacije javlja se liječniku zbog kroničnih zglobnih bolesti i artritisa (CDC 2003).

Mišićno–koštana bol, posebice kronična, globalni je javnozdravstveni problem. Kronična bol je vodeći uzrok radne nesposobnosti (Mrduljaš-Đujić, 2011; Babić-Naglić 2012). Mišićno – koštane bolesti kao najčešći uzrok kronične nemaligne boli i politopna distribucija boli izravno su povezane s gubitkom funkcionalne sposobnosti i kvalitete života (Babić-

Naglić, 2012). Pri tome se kao razlozi onesposobljenosti posebno specificiraju: osteoartritis, reumatski artritis, osteoporoza i križobolja (SZO, 2002). Križobolja je i najčešći mišićno-koštani problem od kojeg u svakom trenutku boluje 4–33 % populacije (Babić-Naglić, 2012).

Iako se učestalost mišićno-koštane boli povećava s porastom životne dobi, prisutna je u svim dobnim skupinama (Babić-Naglić, 2012; Grazio, 2013). Zbog porasta prevalencije i povezanih troškova kronična mišićno-koštana bol globalni je javnozdravstveni problem unatoč brojnim istraživanjima i sve većem broju farmakoloških i nefarmakoloških postupaka (Fejer, 2012). Starenje populacije sigurno je jedan od uzroka porasta učestalosti mišićno-koštane boli u svijetu, ali i drugi čimbenici utječu na opterećenje populacije ovim zdravstvenim problemom, posebice debljina i nedovoljna tjelesna aktivnost kao problemi epidemijskih razmjera (Mork, 2011; Grazio, 2009).

Kao primjer navodimo da je u Hrvatskoj u 2012. godini od ukupno utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine skupina bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva iznosi 10% i nalaze se na trećem mjestu iza bolesti dišnog sustava (17%) i bolesti srca i krvnih žila (11 %) (HZJZ, 2012).

Istraživanja su pokazala da napadaji proširene mišićno-koštane boli umanjuju proces zdravog starenja neovisno o drugim čimbenicima kao što su spol, dob, pušenje, pijenje alkohola, tjelesna neaktivnost (Wilkie, 2013). Utvrđeno je također da žene češće imaju politopnu kroničnu mišićno-koštanu bol (Wijnhoven, 2006).

U bolesnika s mišićno-koštanom boli u liječenju primjenjujemo dodatno osim mišićnih relaksatora i antikonvulzive te antidepressive. Mirovanje i poštudni položaji trebaju što prije biti kombinirani s aktivnostima i medicinskim vježbama preporučenima od obiteljskog liječnika. Tjelovježba utječe na ublažavanje boli i funkcionalnu sposobnost. Bolesnika kod kojeg ne dolazi do kliničkog poboljšanja, ili izvor bolova i nakon primijenjenih dijagnostičkih postupaka nije jasan, upućuje se na dodatne dijagnostičke pretrage te na fizikalnu terapiju, ako bolesnik za tu metodu liječenja nema kontraindikacija zbog istodobnih drugih bolesti, a što treba uvijek imati na umu.

Osim farmakoloških metoda u liječenju mišićno-koštane boli svoje mjesto imaju i nefarmakološke metode liječenja: fizikalna terapija (vježbe istezanja i jačanja mišića, različite

procedure elektroterapije kao što je: ultrazvuk, laser, magnetoterapija, akupunktura, psihoterapija.

Već pri prvoj obradi bolesnika važno je prepoznati i izdvojiti one s rizikom za razvoj kronične boli, a kod razvijene kronične boli otkriti reverzibilne parametre i tako prevenirati posljedice kronične boli na pojedinca i društvo. Intervencije u životni stil (*engl. Lifestyle*) kao što su održavanje idealne tjelesne težine, tjelesna aktivnost i redovite vježbe, izbjegavanje pušenja i alkohola, unos uravnotežene prehrane i hranjivih tvari te unos kalcija i vitamina D, izmjene radnog okoliša i izbjegavanje određenih repetitivnih aktivnosti pridonose sprječavanju mišićno-koštane boli i razvoja bolesti kao što je osteoartritis, osteoporoza, reumatoidni artritis, giht i različiti drugi bolni sindromi.

Prethodna su obrazlaganja kroničnih bolesti bila potrebna stoga što se naše istraživanje uključuje u veliko paneuropsko istraživanje o prisutnosti i utjecaju duhovnosti na bolesnike s kroničnim bolestima. Dobivenim rezultatima želi se doprinjeti proširenju i poboljšanju zdravstvene skrbi. Istraživanjem je obuhvaćen široki spektar kroničnih bolesti na način da države sudionice u svoja istraživanja uključuju ispitanike s različitim kroničnim bolestima. Tako primjerice istraživanje u Portugalu obuhvaća osobe s kroničnim psihičkim bolestima (alzheimer, demencija) (Abreu, Abreu, 2021), u Litvi istražuju odnos duhovnosti i onkoloških bolesti (Riklikiene, O. i drugi, 2020)., u Hrvatskoj su uključeni ispitanici s kroničnim bubrežnim bolestima i mišićno-koštanim bolestima.

Sva ta istraživanja imaju jedinstveni cilj: pripremiti na temelju dobivenih rezultata sveobuhvatni, multikulturalni model za edukaciju zdravstvenih djelatnika, kako bi imali znanje i bili ojačani novim spoznajama, vještinama i stavom što podiže mogućnosti pružanja zahtjevne pomoći potrebnima.

1.5. *Spiritual care* – skrb za duhovno zdravlje bolesnika

Prethodna razmatranja ocrtała su društveni okvir unutar kojega se postavlja pitanje o duhovnosti i njezinu mjestu unutar zdravstvene skrbi za bolesne osobe. Istaknute su društvene promjene u modernitetu i sekularizacija u smislu opadanja i gubitka relevantnosti religije (misli se u prvom redu na kršćanstvo) u životu naših zapadnih društava, pri čemu se autori ne slažu je li taj gubitak u jednakoj mjeri važan i na individualnom planu ljudskog života. Čini se da na tom planu religija kao društvena institucija gubi relevantnost, ali ju ne gubi religioznost, tj. osobno religiozno opredjeljenje pojedinaca sa slabom ili nikakvom vezom s religioznim institucijama. U tom kontekstu postupno sve više dolazi u prvi plan pozornosti duhovnost.

Pritom duhovnost nije neki nadomjestak za gubitak važnosti religije u društvenom i barem dijelom u individualnom životu, nego je ona autentična ljudska potreba i autentičan izraz ljudske duhovno-tjelesne naravi. Neosporna je naime činjenica da se ona kao naziv i pojam najprije javlja unutar kršćanstva, ali se postepeno i sve više prema kraju XX. stoljeća i dalje, odvaja od religijskog konteksta te se shvaća zasebno. Imamo dakle čitav dijapazon stavova i mišljenja s obzirom na to što je duhovnost: od tipično kršćanske kategorije pa sve do laičke i ateističke duhovnosti.

Nadalje, duhovnost se u posljednjih tridesetak godina sve intenzivnije spominje u kontekstu biomedicine i zdravstvene skrbi za bolesne. Na početku je i tu bilo (i dalje ostaje prisutno) bolničko dušobrižništvo, čiji su nositelji razne kršćanske Crkve i zajednice odnosno njihovi delegirani službenici. Imala ga je u vidu Virginia Henderson kad je pedesetih godina prošlog stoljeća razradila svoju teoriju sestrinstva odnosno sestrinske skrbi kao odgovor na temeljne potrebe svih bolesnika. U sestrinsku skrb, smatra Henderson, spada također pomoć koju ona treba pružiti bolesniku da bi „prakticirao“ svoju vjeru (religiju). Radi se o postupanju koje odgovara bolesnikovu pravu da bude i živi u skladu s naučavanjem svoje religije za vrijeme boravka u bolnici: „Respektirati duhovne potrebe bolesnika i bdjeti nad time da ih oni mogu zadovoljiti u bilo kojim okolnostima spada u bazičnu sestrinsku skrb“ (Henderson 1960:51). Čini se da je to po prvi put u modernom dobu da sestrinstvo kao zdravstvena profesija integrira u sebe religiozno ili duhovno pitanje bolesnika kao predmet svog bavljenja. (Prisutnost bolničkog dušobrižnika kao takvog nije konstitutivni moment zdravstvene profesije niti je dušobrižnik član zdravstvenog tima; njega se pozvalo kad je to bolesnik

zatražio ili mu se dopustilo da u dogovoru s upravom bolnice obilazi bolesnike i pruži im utjehu vjere ako oni to zažele).

Duhovna potreba u medicinskoj skrbi nije ostala vezanom za religiozni kontekst nego se iz njega odvojila pa zadnjih tridesetak godina ima također svoje humanističko, od religije odvojeno značenje – slično kao što ga ima i pojam duhovnosti. Kad se to uzme u obzir i imajući u vidu prethodne izvode o suvremenom govoru o duhovnosti – posebice imajući u vidu radove s područja sociologije duhovnosti (Knoblauch 2004; Heelas, Woodhead 2005; Heelas 2008; Baier 2011; Filliot 2022), onda se s razlogom može reći da je duhovnost viđena kao pojava koja je šira i obuhvatnija od religijskoga fenomena.

To u naše vrijeme veoma rašireno gledanje dopušta da se s razlogom misli kako je duhovnost (duhovni život) dimenzija izravno vezana uz ljudsku narav kao takvu dok bi religije, filozofije, umjetnosti itd. bile povijesni i kulturni izrazi duhovnosti. Tako duhovnost poprima crte univerzalnosti i trajnosti sučelice historijskoj relativnosti religijskih tradicija: ona prožima cijelo ljudsko biće, a religija je jedan od njezinih važnih kulturalnih izraza. Na taj se način u procesu duhovne skrbi prihvaća razumijevanje svijeta kao kulturno isprepletenog i pluralističkog (Taylor, 2007; Mignolo, 2011; Berger, 2014). Bez obzira na svoja svjetonazorska i životna opredjeljenja ljudi žive upleteni u svoj okolni kulturni kontekst. Oni su si susjedi, često puta kolege, putuju na posao i sjede jedni pored drugih i koriste iste usluge koje im zdravstveni sustav pruža, ali ne znaju je li netko od njih u egzistencijalnoj krizi zbog bolesti (Nissen, 2021). Slično i zdravstveno osoblje: liječnik, medicinska sestra, i dr. nemaju pristup najskrovitijim mislima i osjećajima bolesne osobe. Ipak, usprkos svoj odvojenosti ljudi (Giddens, 2018; Puchalski et al., 2009), empatija otvara mogućnost razumijevanja i podrške jednih drugima i otvara put za pružanje duhovne skrbi unutar zdravstvene skrbi.

Tako duhovni život čovjeka (duhovnost je naziv za to) postaje sidrištem i izrazom jedinstvenosti svake ljudske osobe kao takve, izraz misterija čovjeka kao osobe. U tom je smislu čovjek kao pojedinac neizreciv, ali kao osoba on je komunikator i u mreži komunikacija kroz koje se izriče; u to je uključena i duhovna komunikacija.

To vrijedi i za čovjeka ukoliko je bolestan. Upravo u toj njegovoj situaciji, u tijeku zdravstvene skrbi, valja duhovnoj dimenziji posvetiti dužnu pozornost bez obzira na različite forme u kojima se izražava duhovnost bolesne osobe. Time se vizija Virginie Henderson proširuje pa dolazimo do pojma duhovne skrbi (*spiritual care*) koju sestre, liječnici i kompetentni duhovni pratitelji trebaju iskazati bolesnoj osobi, a što ne mora nužno biti nešto religiozno. Na to je bilo upozoreno u dijelovima ovoga rada gdje je bilo riječi o duhovnosti u okviru biomedicinskih znanosti i sestinstva.

Pojam duhovnosti zadržava ovdje svoju uobičajenu polisemiju pa se u literaturi o duhovnoj skrbi opaža kako je riječ više o praktičnom negoli o čisto teoretskom konceptu: njegovo značenje proizlazi više iz njegove uporabe negoli iz neke refleksije koja je ekstrapolirana iz uporabe. Značenje joj se dakle određuje ne u prvom redu iz apstraktne konceptualizacije, nego iz praktične preokupacije. To onda znači da duhovna skrb djeluje i shvaća se na bazi širokih i otvorenih koncepata pomoću kojih se kuša izraziti smisao duhovnosti. Ta stanovita mutnoća pojma ne doživljava se u praksi i ne shvaća se kao nedostatak nego više kao prednost jer omogućuje nadilaženje razlika religijske ili općenito svjetonazorske pripadnosti odnosno opredijeljenosti (Frick, 2016; Swinton 2016: 40).

S osloncem na Eckharta Fricka (Frick, 2016) duhovna se skrb općenito određuje kao pozornost svih profesionalnih sudionika u procesu zdravstvene njege spram duhovne dimenzije bolesne osobe i spram svih postupaka koji su povezani s njegom bolesnika. Radi se o liječnicima, sestrama/tehničarima, psihoterapeutima, dušobrižnicima ili duhovnim pratiteljima itd. Duhovna skrb uzima u obzir potrebe bolesnika, vodi računa o njihovim opredjeljenjima i izborima, njihovim pravima kao i o granicama u području religije odnosno duhovnosti. Ona nije sinonim za bolničko dušobrižništvo niti je ona puki izvanjski dodatak onomu što inače spada u područje djelovanja zdravstvenog osoblja. Bazična kompetencija duhovne skrbi jest u senzibilitetu spram dimenzije misterija osobe bolesnika usred svagdašnje bolničke rutine; ta pozornost spram misterija osobe ide onkraj liječničke i njegovateljske profesionalne vještine te uključuje sposobnost opažanja i prihvaćanja bolesnika u njegovoj osobnoj neizrecivosti, u njegovim iskustvima i egzistencijalnim i svjetonazorskim opredjeljenjima (misterijska dimenzija osobe) koja zahtijeva respekt usprkos svim urgentnostima zdravstvenog stanja bolesnika te dijagnostičkim i terapijskim procedurama koje određuju postupanje medicinskog osoblja.

Drugim riječima i konkretnije, duhovna je skrb zaokupljena svim poremećajima koje je prouzročila (ili koje može prouzročiti) bolest ili handicap; ona uzima u obzir jake momente čovjekova života: rođenje, žalovanje, krize, bolesti, nesretne slučajeve, kraj života itd. U svim tim situacijama od presudne je važnosti da se osoba bolesnika osjeti prihvaćenom sa svime onime što ona jest i što proživljava u svojoj nutrini – to treba biti u središtu pozornosti duhovne skrbi odnosno profesionalnih osoba kojima je ona povjerena. Zdravstveno osoblje treba imati senzibilitet za to jer bolesnik nije sam bolesno tijelo koje treba dovesti u normalno funkcioniranje nego je osoba koja pati i cijela, u svim svojim dimenzijama, teži ozdravljenju (ili barem blaženju boli). To veoma prikladno izražava poznata engleska izreka (po formulaciji 'skrojena' na račun sestara, ali u stvarnosti pogađa i svakog drugog zdravstvenog djelatnika): engl. *She is taking care of you, but doesn't care for you* – Bavi se Vama, ali se ne brine za Vas. Stoga duhovna skrb proširuje i obogaćuje pojmove respekta pacijenata i njihovih prava te se smješta u središte onoga što se danas naziva integralna i/ili personalizirana zdravstvena njega. U njoj dolaze do izražaja sljedeći aspekti:

- suosjećajna prisutnost, pažnja i podrška prema bolesnicima u svim njihovim patnjama: fizičkim, emocionalnim i duhovnim;
- slušanje bolesnikovih strahova, nada, boli i snova;
- dobivanje duhovne povijesti;
- pozornost prema svim dimenzijama bolesnika i njihovih obitelji: tijelu, umu i duhu;
- uključivanje duhovnih praksi prema potrebi;
- uključivanje bolničkoga kapelana kao člana interdisciplinarnoga zdravstvenoga tima (Puchalski, 2001:355).

Duhovna je skrb zaokupljena duhovnim životom bolesnika. Taj se duhovni život očituje i razvija u raznim dimenzijama:

- pitanje smisla ili besmisla (bolesti, događaja, života...);
- osobno uvjerenje ili egzistencijalno opredjeljenje, nepovjerenje, odbojnost spram drugih;
- krivice: potreba za pomirenjem, dati i primiti oprostjenje;
- osjećaj dostojanstva ili posramljenosti, poniženosti ili priznanja;
- vrijednosti koje se zastupaju i brane ili su pak žrtvovane zbog nekog razloga;
- duboke aspiracije, čežnje i želje;
- osjećaj suhoće i gubitak „ukusa života“, mučnina nad samim sobom i nad drugima;
- pitanje identiteta osobe u povezanosti s onim što ju nadilazi;

- osjećaj povezanosti ili čak sjedinjenosti sa svim ljudima, s prirodom, s kozmosom, s nekom formom transcendencije (Bog, sveto, duše pokojnika, nirvana...) (Abassi i drugi, 2022: 454-455).

Sve se to dade izraziti ovim ili sličnim izrazima:

„Izgubio sam ukus života, ne živi mi se više“. „Ne nadam se više zdravlju, ali živim da pomognem unuku“. „Osjećam se mirno usprkos svemu što me snašlo“. „Htio bih oprostiti, ali...“. „Toliko želim da mi oprostite, da se pomirimo...“. „Svakom je danu dovoljna njegova muka“. „Ne znam više tko i što sam, ne prepoznajem samoga sebe“. „Mi smo za tebe tu!“ itd.

Poput svake druge krizne situacije (a možda teže i dublje) bolest nosi sa sobom duboke pomake i promjene u međuljudskim odnosima te pomiče sve ono na što se čovjek do tada, kao na čvrsto uporište, oslanjao. Duhovna skrb u tome vidi izazov i potrebu podržati vezanost osobe uz ono što joj daje oslonac, temelj, čvrstoću; zanimati se za ono što je satkalo njezin identitet uz poštivanje njezine posebnosti i integriteta. Za osobe koje se angažiraju u duhovnoj skrbi bolesnika ključno je ovo pitanje: kako čuti, oslušivati, podržavati onaj slabi dah života koji zapravo – jedini! – još uvijek sve drži?

Na to upozoravaju iskustva kliničara. Oni su opisali olakšavajuće čimbenike (podršku međuprofesionalnog tima, procjenu duhovnih potreba, duhovnu podršku koju pružaju kliničari i pružanje duhovne skrbi koja poštuje kulturu) i izazove (povezane s pružanjem duhovne skrbi koja poštuje kulturu poštujući duhovna i kulturna uvjerenja bolesnika, zagovaranje želja bolesnika) s kojima su se susreli pri rješavanju duhovnih potreba bolesnika i njegovatelja (Siler, 2019). Stoga je glavni cilj duhovne skrbi u pomaganju bolesnom pojedincu da prođe kroz krizu (Nissen, 2021). Nissen u svom istraživanju otkriva kako duhovna skrb povećava kvalitetu života, ali istodobno neuspjeh u pružanju duhovne skrbi dovodi do mogućeg nastanka depresije. Stoga Svjetska zdravstvena organizacija s razlogom naglašava da je pružanje duhovne skrbi ključno za poboljšanje kvalitete života bolesnih osoba.

Tu se postavlja pitanje o onome što je temeljno u duhovnoj skrbi kako bi se učinkovito mogle nadići razlike u duhovnim opredjeljenjima bolesnika i onih koji se posvećuju duhovnoj skrbi za njih. Ovdje priskače u pomoć sociološka analiza duhovnosti koja ističe autentičnost u dijalogu s pacijentima kao najvažniji kriterij (Nassehi, 2011). Autentičnost određuje kvalitetu duhovne komunikacije u spletu odnosa pacijenta i osobe koja pruža duhovnu skrb. Ona se ne

sastoji u nizanju dobrih profesionalnih argumenata koji idu za tim da uvjere pacijenta u potrebu određene terapije, nego u empatičnoj prisutnosti osobe osobi – osoba koja pruža duhovnu skrb bolesniku svojim autentičnim stavom, govorom i gestama (dakle, ne u prvome redu pozivanjem na profesionalne argumente) očituje empatičnu bliskost i razumijevanje bolesnikova stanja. To je posebno jasno vidljivo u procesu bolesti koji vodi prema smrti jer su sve terapijske mogućnosti iscrpljene. Tu argumentiranje nema smisla, samo još autentična empatična prisutnost i iz nje rođena komunikacija (govor, geste, šutljiva prisutnost...) pomaže bolesniku u njegovoj terminalnoj situaciji – da nije napušten od svih, sam, nego da je *kao takav* prihvaćen i praćen u svom teškom i mukotrpnom hodu...

Duhovna skrb dakako nije ograničena na takve slučajeve; ovi su ovdje navedeni da bude jače istaknuta empatična autentičnost osoba u duhovnoj komunikaciji. Duhovna skrb ima ništa manje važno mjesto u procesu zdravstvene skrbi kojoj je cilj ozdravljenje odnosno održanje kvalitete života npr. u kroničnih bolesnika. Ovdje duhovna skrb ima za cilj postizanje i održavanje duhovnog zdravlja bolesne osobe. Pritom je riječ o služenju cijeloj osobi u svim njezinim dimenzijama: fizičkoj, emocionalnoj, društvenoj i duhovnoj.

Različiti autori različito definiraju duhovno zdravlje kao vezu sa sobom (osobna dimenzija), s drugima (socijalna dimenzija), s prirodom (okolina) i s Bogom (transcendentna dimenzija) (Gomez, 2003). Kako bi doprinijeli boljem definiranju duhovnog zdravlja, postavljene su osnovne karakteristike: pravilan način života, povezanost s drugima, propitivanje o smislu i svrsi života te transcendencija (Jirásek, 2015). Duhovno zdravlje za mnoge je istraživače izuzetno važno i to do te mjere da se na njega gleda kao na jedan od ključnih aspekata zdravlja (Adib-Hajbaghery, 2015). Prema brojnim studijama provedenim na različitim ispitanicima, duhovno zdravlje dovodi do poboljšanja mentalnog zdravlja (Hilton, 2014), i pozitivno je povezano s fizičkim zdravljem, na primjer, može pomoći bolesnicima da iskuse manju bol (Hematti, 2015).

Duhovno zdravlje uključuje svrhovit život, transcendenciju i aktualizaciju različitih dimenzija i sposobnosti ljudskoga bića. Duhovno zdravlje stvara ravnotežu između fizičkih, psihičkih i društvenih aspekata ljudskoga života. Neki su ispitanici predstavili svoje viđenje duhovnoga zdravlja na sljedeći način:

„One sastavnice zdravlja koje nisu fizičke, psihičke ili socijalne mogu se staviti u kontekst duhovnoga zdravlja “

„ Duhovno zdravlje promiče ljudske sposobnosti “

„Duhovno zdravlje znači svrhovit život “

„Duhovno zdravlje uzrokuje ravnotežu između unutarnjih ljudskih mogućnosti “
(Heyt, 2018).

U studije vezane za duhovno zdravlje uključuju se stručnjaci na području duhovnog zdravlja (etike, filozofije, teologije, medicine, psihijatrije, psihologije) kako bi svojim sudjelovanjem doprinijeli stvaranju njegova opće prihvatljiva poimanja pa i definicije. U studiji ispitanici su duhovno zdravlje definirali u tri dimenzije: religijskoj, individualnoj i usmjerenoj na materijalni svijet (Ghaderi, 2018). Ghaderi u svom istraživanju iznosi kako dimenzija duhovnoga zdravlja u *religijskom* smislu znači znanje, stav i praksu temeljenu na božanskom jedinstvu da bi čovjek imao dinamičan i aktivan odnos prema sebi, drugima i prirodi jer Boga promatra u svim vezama. Sukladno ishodima istraživanja, religiozne komponente mogu biti rezultat ljudske povezanosti s Bogom, osjećaj prema Bogu, ljubav prema Bogu, molitva, osjećaj da je Bog učinkovit te prema Bogu usmjereno znanje, stav i ponašanje.

Individualna dimenzija uključuje vjerovanje u smisao i duhovnost, te odsutnost duhovnih bolesti kao što su beznađe i nedostatak ljubavi, sreće, oprosta i zdravorazumskih iskustava u interakciji s drugima. Poželjno je imati dobar moral, karakter, te pristojna uvjerenja. To se tiče onih momenata zdravlja i ljudskog postojanja koji se ne mogu objasniti samo iz fizičke, mentalne ili društvene perspektive. U individualnoj komponenti dolazi do izražaja čovjekova povezanost sa samim sobom; ona se pokazuje npr. u sljedećim momentima: samopreispitivanje, ispitivanje smisla života, nadu, samoaktualizaciju, moralne vrline, mir, odgovornost za sebe, ravnotežu, transcendenciju, vrijednosti, misticizam, kulturu i znanje, stavove i ponašanje u odnosu sa samim sobom.

Dimenzija usmjerena na *materijalni svijet* definira se kao dobronamjernost, pomaganje drugima bez očekivanja uzvraćanja usluge, osjećaj bliskosti i sklada sa svemirom, te povezanost čovjeka s drugima i prirodom temeljena na moralnim vrlinama. To stvara osjećaj

odgovornosti prema drugima, bezuvjetnu ljubav, opraštanje, pacifizam, sklad s drugima, te znanje, stav i ponašanje u odnosu s drugima (Ghaderi, 2018).

Moglo bi se reći da duhovno zdravlje spaja sve ostale dijelove zdravlja. Neki zdravstveni modeli duhovno zdravlje smatraju središtem ili najznačajnijim od svih ostalih aspekata zdravlja pa time ističu važnost duhovnoga zdravlja (Hjelm, 2010). U istom istraživanju autora Ghaderia dati su stavovi sudionika u istraživanju o razlikama između duhovnog zdravlja i duhovnosti, što se može podijeliti u dvije kategorije:

1. Većina sudionika istraživanja vjeruje da se duhovno zdravlje i duhovnost razlikuju jer:

- a) duhovnost je stanje postojanja, ali je duhovno zdravlje stanje imanjanja;
- b) duhovnost je opći pojam, a duhovno zdravlje poseban pojam;
- c) duhovnost je subjektivno pitanje, ali je duhovno zdravlje objektivno;
- d) duhovnost je sveobuhvatno pitanje, a duhovno zdravlje je podskup duhovnosti;
- e) duhovnost je potencijal, ali duhovno zdravlje je stvarno.

2. Neki su pak mišljenja da postoji relativna podudarnost između duhovnog zdravlja i duhovnosti, te da je prvo manifestacija (proizvod) drugog.

Kad se sve to sagleda, može se reći da je duhovno zdravlje onaj aspekt čovječjega blagostanja koji organizira vrijednosti, odnose, smisao i svrhu ljudskoga života. Bolesnici i zdravstveni djelatnici tijekom života iskusili su sve veće prepoznavanje važnosti duhovnog zdravlja kao temelja za fizičko zdravlje i za dobrobit bolesnika. Budući da reformirani zdravstveni sustav stavlja veći naglasak na etiologiju i prevenciju umjesto na ublažavanje simptoma, kreativna i holistička partnerstva između medicinske profesije i pružatelja duhovne skrbi mogu se i trebaju jače povezati. U proučavanju etiologije bolesti pružatelji zdravstvenih usluga trebali bi uzeti u obzir također temeljne društvene probleme koji mogu pogađati bolesnike: nasilje, razvod, nezaposlenost i niz drugih čimbenika koji dovode do raspadanja odnosa s bližnjima. U prošlosti su se mnogi liječnici i medicinske sestre suzdržavali od razgovora o duhovnim stvarima s bolesnikom. No s obzirom na važnost odnosa između fizičkog i duhovnog blagostanja, sve se jače osjeća potreba da zdravstveni djelatnici izvrše procjenu duhovnosti bolesnika u vrijeme trijaže. Medicinski karton trebao bi sadržavati reference na bolesnikovu duhovnu povijest (Seidi 1993). To bi omogućilo adekvatnije pružanje duhovne skrbi.

Ako duhovnost predstavlja transcendentnu sposobnost i mogućnost čovjeka da sudjeluje u onome što se nalazi iznad njega samoga i njegova neposrednog i sebičnog interesa, onda duhovno zdravlje znači mogućnost izlaska iz sebe samih, stupanje u ispravan odnos s okolinom te komuniciranje na kreativan način. Duhovno zdravlje uključuje prisutnost istinske ljubavi, opraštanja, zahvalnosti, mira miroljubivosti.

Kršćanskom terminologijom izraženo, duhovno zdravlje označava prisutnost plodova Duha Svetoga u životu pojedinca i zajednice, a to su „ljubav, radost, mir, strpljivost, blagost, dobrota, odanost, krotkost, uzdržljivost" (Gal 5, 22). Duhovno zdravlje uključuje rast u ljubavi i imanje udjela na božanskom životu zahvaljujući plodovima Božjega Duha. Katkada se duhovno zdravlje poistovjećuje s moralnim zdravljem. Premda se ta dva pojma u mnogome preklapaju, oni nisu identični; moralnost i duhovnost su zasebni, a ipak povezani fenomeni (Jakovljević, 2010). Imajući u vidu višeznačnosti pojma duhovnosti pojam duhovnog zdravlja imat će različita značenja za ateiste i za ljude koji vjeruju u Boga. Cilj teističke duhovnosti jest suradnja s Bogom (Jakovljević, 2010).

Duhovna briga ili skrb oko očuvanja zdravlja i nastojanje da se bolešću narušeno zdravlje ponovo vrati važna su sastavnica svih velikih religija. Religije sudjeluju u uzdizanju života i integraciji zdravlja u više i cjelovitije, duhovne perspektive značenja i vrednota (Cozzoli, 2006). U osnovi sve religije predstavljaju most prema duhovnom. Nema dobre kvalitete života bez uvažavanja religijskih uvjerenja, običaja i rituala bolesnika. No duhovna ili produhovljena kvaliteta života mnogo je više od toga. Biti duhovan znači biti u dodiru s cjelinom, imati osjećaj sebe u širem, bogatijem i smislenijem kontekstu života, a duhovna inteligencija je inteligencija duše koja nam pomaže prepoznati i kreirati pravi, autentični smisao života i povezivanja s drugima sa svrhom pomaganja i liječenja. Duhovnost ne osuđuje i ne razdvaja, ona uvijek povezuje kroz viši i zajednički smisao, čak i ono što mnogi misle da se povezati ne može (Jakovljević, 2014).

Ukratko, duhovno zdravlje je cilj i svrha duhovne skrbi, ono je neizostavni moment ljudskoga blagostanja, ono integrira sve dimenzije zdravlja: tjelesne, emocionalne, mentalne i socijalne. Duhovno zdravlje odražava ili pokazuje smisao života, njeguje altruizam i etiku, a temelji se na individualnim percepcijama koje nas uvjeravaju u našu sposobnost preživljavanja

i života u teškim situacijama. Na tome s razlogom inzistiraju također neke ustanove i službeni dokumenti kao npr. Zajedničko povjerenstvo za akreditaciju zdravstvenih ustanova JCAHO (engl. *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*); Sveobuhvatni priručnik za akreditaciju bolnice CAMH (engl. *Centre for Addiction and Mental Health*); Službeni priručnik za prava pacijenata, prepoznalo je važnost duhovne skrbi te ističe kako su za mnoge bolesnike pastoral i druge duhovne usluge sastavni dio zdravstvene skrbi i svakodnevnog života (Puchalski, 2001).

1.6. Sadržaj istraživanja, istraživačka pitanja i ciljevi, hipoteze

Dosadašnja istraživanja u području medicine, sociologije, psihologije, sestinstva kao i rad s osobama oboljelih od kroničnih bolesti pokazuju da je u njihovom liječenju teško održati zadovoljstvo životom (čimbenik ključan u svakom liječenju) uobičajenim medicinskim postupcima. Izostanak duhovne skrbi, koji nije sinonim za bolničku pastoralnu skrb i ne može se povjeriti djelatnicima zaduženim za pastoralnu skrb, osvijestio je potrebu istraživanja duhovnosti, njezinoga okvira i traženja mogućnosti da se ona na odgovarajući način uzme u obzir. Stoga se željelo ispitati duhovne potrebe osoba s kroničnim bolestima: koje su, kako se manifestiraju, kako ih bolesnici očituju, kako bolničko osoblje može i treba biti na njih pažljivo? U konačnici želi se u budućnosti osposobiti bolničko osoblje da umije prepoznati duhovne potrebe i na njih adekvatno odgovoriti.

Istraživačka pitanja odnose se na:

- 1.) Odnos duhovnosti bolesnika i zadovoljstva životom kod kroničnih bolesti;
- 2.) Odnos duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestima i socijalne podrške koju imaju u svom životu;
- 3.) Odnos duhovnosti bolesnika i rizičnih oblika ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola, nedostatak fizičke aktivnosti);
- 4.) Odnos duhovnosti kroničnih bolesnika i adhezije, odnosno redovitog korištenja lijekova;
- 5.) Odnos duhovnosti bolesnika, stanja bolesti i simptoma bolesti.

Cilj ove doktorske disertacije, kako je već navedeno, je istražiti i analizirati povezanost duhovnosti i zadovoljstva životom u bolesnika s kroničnim bolestima. Dakle, duhovnost smo koncipirali, a u skladu s korištenim upitnikom koji je preuzet iz međunarodnog istraživanja, kao višedimenzionalni fenomen koji se sastoji od tri područja: ono što je idealno za duhovno zdravlje, ono što je važno za osobni osjećaj duhovnosti i ono što predstavlja duhovne potrebe. Svako od ova tri područja obuhvaća više dimenzija duhovnosti, što je kasnije i potvrđeno faktorskom analizom.

U disertaciji postavljamo sljedeće radne hipoteze:

H 1. Polazimo od pretpostavke kako postoji pozitivna povezanost duhovnosti bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti s osjećajem zadovoljstva u životu.

Hipotezu temeljimo na rezultatima prethodno provedenih empirijskih istraživanja koja pokazuju da duhovnost olakšava tegobe oboljelih od kroničnih bolesti (O'Neill, Kenny, 1998.,

Büssing, 2010., Roger, Hatala, 2017., Klimasinski i drugi, 2022.), te da je duhovnost povezana s osjećajem zadovoljstva kod kroničnih bolesnika (Puchalski, 2001:353).

H 2. Polazimo od pretpostavke kako je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti pozitivno povezana sa socijalnom podrškom koju imaju u svojem životu.

Hipotezu temeljimo na sekundarnim analizama različitih istraživanja i studija čiji rezultati pokazuju povezanost duhovnosti i socijalne podrške u smislu osnaživanja bolesnika s kroničnim bolestima (Büssing, 2010., Roger, Hatala, 2017.)

H 3. Polazimo od pretpostavke kako je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti negativno povezana s rizičnim oblicima ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola, nedostatak fizičke aktivnosti).

Hipotezu temeljimo na dosadašnjim analizama i rezultatima empirijskih istraživanja koja ukazuju da, osim religioznosti, i duhovnost može utjecati na smanjivanje po zdravlje rizičnih navika kao što su npr. pušenje i konzumacija alkohola (Thoresen, Harris, 2002., Isaac, Hay, Lubetkin, 2016.).

H 4. Polazimo od pretpostavke da postoji pozitivna povezanost duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestima s njihovim fizičkim i rekreacijskim aktivnostima.

Hipotezu temeljimo na rezultatima prethodno provedenih istraživanja i analiza koji pokazuju jednu posrednu povezanost između duhovnosti i fizičke aktivnosti. Naime, pokazala se povezanost fizičke aktivnosti, kvalitete života i duhovnosti, gdje je povezanost same duhovnosti više izražena u smislu mentalnog zdravlja, a nešto manje u smislu fizičkog zdravlja (Konopack, McAuley, 2012.). Važno je naglasiti da odnosi između duhovnosti i fizičke aktivnosti nisu jednoznačni, već složeni i višeznačni. Rezultati pojedinih istraživanja potvrdili su tu povezanost dok drugi nisu to potvrdili (Moreira i drugi, 2020.).

H 5. Polazimo od pretpostavke kako je duhovnost bolesnika s kroničnim bolestima pozitivno povezana s redovitim korištenjem lijekova.

U našoj disertaciji postavili smo ovu hipotezu temeljem osobnog znanstvenog i stručnog interesa, a s obzirom na veliku važnost adherencije u našem zanimanju i liječenju uopće. Rezultati različitih istraživanja, za različite tipove bolesti, pokazuju i različite odnose između duhovnosti i adherencije. Sustavni pregled literature u tom smislu u nekim slučajevima navodi pozitivnu povezanost duhovnosti i adherencije, no u drugima ta veza uopće ne postoji ili je negativna (Elhag i drugi, 2022.). Tako na primjer rezultati istraživanja Alvareza i drugih

ukazuju na povezanost duhovnosti i adherencije kod srčanih bolesnika (Alvarez i drugi, 2016.), a rezultati istraživanja Irene Kretchy i drugih pokazuju da je duhovnost negativno povezana s adherencijom kod bolesnika s visokim krvnim tlakom (Kretchy i drugi, 2013.).

H 6. Polazimo od pretpostavke da je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti pozitivno povezana s redovitim odlascima k liječniku na preglede.

U trećoj smo hipotezi pretpostavili da je duhovnost bolesnika s kroničnim bolestima negativno povezana s rizičnim navikama i ponašanjem (po zdravlje). U ovoj šestoj hipotezi pretpostavljamo da je duhovnost u tom smislu pozitivno povezana sa zdravstveno proaktivnim navikama i ponašanjem (u ovom slučaju redovitim odlascima k liječniku na preglede).

H 7. Polazimo od pretpostavke da je duhovnost bolesnika s kroničnim bolestima negativno povezana sa simptomima bolesti.

Kako su u našem istraživanju, odnosno anketnom upitniku koji smo koristili, simptomi bolesti većim dijelom koncipirani tako da obuhvaćaju različite mentalne i psihosocijalne probleme, a većina studija ističe pozitivnu povezanost duhovnosti i mentalnog zdravlja (Konopack, McAuley, 2012., Moreira i drugi, 2020.) u ovoj smo hipotezi onda pretpostavili da će duhovnost biti negativno povezana s tim i takvim simptomima bolesti.

1.7. Ispitanici

Ispitanici uključeni u istraživanje jesu bolesnici s kroničnim bubrežnim i mišićno-koštanim bolestima, oba spola, stariji od 18 godina. U skupini bolesnika s mišićno-koštanim bolestima sudjelovalo je 255, a s bubrežnim bolestima 253 ispitanika. Istraživanje kod ispitanika/bolesnika s kroničnim mišićno-koštanim bolestima provedeno je u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice u reumatološkim ambulantomama i na bolesničkim odjelima. Bolesnici su bili zamoljeni da uz informirani pristanak dragovoljno ispune upitnik koji su dobili od sestara i vratili ga ispunjene sestri ili ispitivaču. Istraživanje kod ispitanika/bolesnika s kroničnim bubrežnim bolestima članova Hrvatske udruge dijaliziranih i transplantiranih bolesnika KBC Rebro, provedeno je u prostorima Udruge. Ispitivanje je trajalo od siječnja 2020. do rujna 2021. godine. Pojava pandemije SARS-CoV 19

usporila je istraživanje. S ublažavanjem epidemioloških mjera nastavljeno je istraživanje ispitanika u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice.

Uz ispunjavanje upitnika provedeno kod ispitanika s kroničnim bolestima, održana je i fokus grupa u kojoj su sudjelovale medicinske sestre iz Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice.

Usprkos vrlo zahtjevnom „novom normalnom“ vremenu prikupljeno je 508 ispunjenih upitnika. Ljudi koji ne rade u zdravstvu, a još manje mi koji smo dio zdravstvenoga sustava, teško će zaboraviti vrijeme provedeno u samoizolaciji, na liječenju, na rehabilitaciji, na bolovanju, u radu od kuće, u dnevnim i noćnim smjenama, prekovremenom radu, dolascima u različito vrijeme prema potrebi posla, rad u kombinezonu, uzimanje krvi s dvostrukim rukavicama, kroz zamagljene naočale. Usprkos izazovima kroz koje je ovo istraživanje, uz bolesnike i medicinsko osoblje, prolazilo, nastojalo se znanje i vještine u profesionalnom smislu pružiti bolesnicima uključujući i pozornost spram duhovnosti.

1.8. Metode istraživanja

1.8.1. Odabir istraživačkih metoda i instrumenata

Istraživanje je provedeno anketom, upitnicima koji su korišteni u međunarodnom projektu „*Evaluation of psychological distress and spiritual dimensions in patients with chronic diseases PSY-SC*“. Primijenjena je kvantitativna metoda, prikupljanjem podataka ispitanika i na malom uzorku ispitanika kvalitativno pomoću metode fokus grupe.

U obradi i analizi podataka primijenjene su tehnike univarijatne, bivarijatne i multivarijatne statistike. Osim deskriptivne statistike korištene su i metode bivarijatne korelacije (Pearsonov koeficijent), analize varijance, hi-kvadrat testa, t-testa, multiple regresijske analize i faktorske analize. Za utvrđivanje faktorskih struktura na instrumentima korištena je multivarijatna faktorska analiza pod komponentnim modelom uz varimax rotaciju i GK kriterij redukcije dimenzionalnosti. Za pojedine koncepte (npr. adherencija – redovito korištenje lijekova prema uputama liječnika) koristimo naredbu „compute“ za konstrukciju indeksa.

1.8.1.1. Upitnici

Upitnici koji su korišteni u ovom istraživanju korišteni su u međunarodnom projektu: „*Evaluation of psychological distress and spiritual dimensions in patients with chronic diseases PSY-SC*“. Zajednički upitnik za zemlje sudionice bio je ograničavajući faktor u prilagodbi formulacije upitnika za ispitanike u RH. Upitnik se koristi u više zemalja: Litva, Portugal, Njemačka, Brazil, Turska, Iran... Kako bi upitnik bio što prihvatljiviji za ispitanike u prijevodu upitnika sudjelovali su stručnjaci s područja etike, psihologije, engleskog jezika, kako bi se neki specifični izrazi uskladili s hrvatskim jezikom. Upitnik je preveden s engleskog jezika na hrvatski i onda s hrvatskog jezika na engleski kako bi se smanjila mogućnost greške u prijevodu.

1. *Sociodemografski upitnik* – omogućuje prikupljanje sociodemografskih podataka o sudionicima istraživanja. Sadržava podatke o: spolu, dobi, nacionalnosti, bračnom statusu, vjeri, obrazovanju, zaposlenju, te kliničke karakteristike povezane s kroničnom bolesti: povijest bolesti, trajanje bolesti, simptomi, stadij bolesti, prisutnost komorbiditeta. Sadrži 24 čestice.

2. *SHALOM* (engl. *Spiritual Health and Life – Orientation Measure*) prikuplja podatke o duhovnom zdravlju i životnom usmjerenju mjerenjem osobne, zajedničke i okolišne i nematerijalne dimenzije duhovne dobrobiti (Fisher 2016). Skala sadrži 20 čestica.

3. *BMLSS* (engl. *Brief Multidimensional Lifesatisfaction Scale*) skala duhovnih potreba i povezane sa zdravljem (Büssing, 2009). Odnosi se na unutarnje dimenzije (sebe, cjelokupni život), socijalne dimenzije (prijateljstva, obiteljski život), vanjsku dimenziju (rad, gdje živim) i dimenziju perspektive (financijska situacija, perspektive budućnosti). Skala sadrži 20 čestica.

4. *BLS* (engl. *Brief Symptom Inventory*) (Degoratis, 1993) – popis psihopatoloških simptoma. Inventar psihopatoloških simptoma (somatizacija, interpersonalna preosjetljivost, depresija, neprijateljstvo). Skala sadrži 54 čestice.

5. *MMAS* (engl. *Morisky Medication Adherence Scale*) (Morisky, Green, Levin 1986). Skala pridržavanja uzimanja propisane medikamentne terapije, portugalsko – europska verzija (Cabral, 2016). Skala sadrži 8 čestica.

6. *SpNQ* (engl. *Spiritual needs questionnaire*) (Büssing i suradnici 2018) – upitnik duhovnih potreba. Upitnik sadržava 27 čestica s mogućnošću samostalnog dodavanja potreba ispitanika.

Upitnici u prilogu.

1.8.2. Dopusnica Etičkog povjerenstva

Etičko povjerenstvo Hrvatskog katoličkog sveučilišta donijelo je Potvrdu o provođenju istraživanja te da je istraživanje u skladu s Etičkim kodeksom Hrvatskog katoličkog sveučilišta i drugim etičkim normama (URBROJ: 498-03-01-04/2-19-02).

Za istraživanje je dobivena dopusnica Etičkog povjerenstva Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju krapinske toplice, za skupinu ispitanika oboljelih od mišićno-koštanih bolesti.

Ispitanici oboljeli od kroničnih bubrežnih bolesti upitnik su ispunjavali u Hrvatskoj udruzi dijaliziranih i transplatiranih bubrežnih bolesnika KBC Rebro, koja nema Etičko povjernstvo, a u suradnji i uz pomoć vodstva Udruge.

1.8.3. Informirani pristanak

Svi ispitanici su uz upitnik i pismo ispitivača dobili na dragovoljni potpis Informirani pristanak, kojim su dali svoju privolu sudjelovanja u istraživanju. U Informiranom pristanku dani su podaci o istraživanju koje se provodi, ime mentora i komentora, podaci i kontakti doktoranda, postupku istraživanja, mogućim rizicima i neugodnostima, dobrobiti za društvo, znanost, o zaštiti podataka, o njihovu petogodišnjem čuvanju te potom uništavanju.

1.8.4. Pohrana upitnika

Ispunjeni upitnici i informirani pristanci, koji su se koristili u istraživanju, čuvaju se na za to određenom mjestu u ormaru i pod ključem, bez osobnih podataka. Nakon isteka petogodišnjeg razdoblja čuvanja, bit će uništeni rezačem papira.

1.8.5. Tijek istraživanja

Istraživanje je provedeno u vrijeme pandemije i stoga su osobni kontakti s ispitanicima bili svedeni na minimum. U planirano vrijeme početka istraživanja pojavila se naime nova zarazna bolest „Corona“, uzrokovana tada još slabo poznatim virusom koji se brzo širio. Pandemija mijenja cijelu koncepciju istraživanja od distribucije, suradnje, objašnjavanja, ispunjavanja i prikupljanja upitnika. U istraživanju bila je neophodna pomoć medicinskih sestara kako bi upitnici došli u ruke ispitanika, jer samo su one imale pristup ispitanicima. Istraživanje je provedeno kvantitativno i kvalitativno.

1.8.5.1. Izazovi u istraživanju

Istraživanje je bilo zahtjevno za bolesne ljude (prigodni uzorak). Upitnici su bili složeni u šest (6) cjelina s desecima čestica/tvrđnji na koje je trebalo odgovoriti. Neka pitanje su zahtijevala i promišljanja, a neka su zadirala u intimu ispitanika. Dio potencijalnih ispitanika vratio je upitnik vidjevši opseg i predviđeno vrijeme (cca 45 minuta) za ispunjavanje upitnika,

s odgovorom da im je „predugo i komplicirano“. Prijedlog o rješavanju upitnika u dva navrata, obično nisu prihvatili, ostali su pri svojoj prvoj odluci nesudjelovanja u istraživanju. Dio potencijalnih ispitanika vratio je upitnik kada su došli do pitanja vjeroispovijesti, smatrali su da se pitanjima ulazi u njihovu intimu. Potencijalni ispitanici, koji nisu željeli ispuniti upitnik, vratili bi ga neispunjenog.

Uz opširan upitnik, pitanja o vjeroispovijesti u vrijeme pandemije corone bili su vrlo izazovni za istraživanje na inače vrlo osjetljivoj populaciji bolesnika. Radi kompleksnosti istraživanja neprihvaćanja je bilo u obje skupine ispitanika. Kako je istraživanje fokusirano na duhovnost, kronične bolesti i zadovoljstvo životom, gotovo uvijek se pridružuje i religija. S tog razloga će se obuhvatiti i odnos vjere i duhovnosti kod ispitanika.

1.8.5.2. Utjecaj pandemije SARS – CoV 19 virusom na provedbu istraživanja

Plan istraživanja podudara se s razdobljem SARS - CoV 19 pandemije, koja se proširila u sve segmente društva, a osobito u zdravstvo, gdje je dijelom provedeno istraživanje, s malom odgodom. U zdravstvene ustanove i šire (od javnih mjesta do privatnih okupljanja) uvode se posebne stroge mjere (zabrane) koje donose nove odluke od zatvaranja, do djelomičnog popuštanja strogih mjera s ciljem suzbijanja širenja covid zaraze. Posebni režimi funkcioniranja uvedeni su u zdravstvene ustanove. Hrvatski zavod za javno zdravstvo/HZJZ gotovo na dnevnoj razini izdaje upute o ponašanju u pandemiji. Nastojalo se najosjetljiviju populaciju bolničkih pacijenata i osoblja zaštitila od zaraze i kako bi bolesnici dobili kvalitetnu uslugu, a da se pri tome osoblje ne zarazi i može nastaviti pružati skrb o bolesnim ljudima (HZJZ, 2020). Odjeli za rehabilitaciju se gotovo u potpunosti zatvaraju, rehabilitira se samo mali broj netom operiranih bolesnika u posebnim, strogo kontroliranim uvjetima. Zaustavlja se i program ortopedskih operacija i time se potpuno zaustavlja rehabilitacija svih bolesnika uključujući i bolesnike s reumatskim bolestima i oni postaju nedostupni za istraživanje. U jednom periodu nije bilo pacijenata na rehabilitaciji ni stacionarno ni ambulantno, te se istraživanje, naprosto nije moglo provoditi jer nije bilo ispitanika. Nepovoljna situacija za istraživanje trajala je od veljače 2020. pa sve do ožujka – prosinca 2021. godine uz različite epidemiološke mjere, koje su bile propisane vezano uz broj oboljelih. Kad su prvi bolesnici ujedno i ispitanici uz epidemiološke mjere počeli stizati i na rehabilitaciju, upitnici su se počeli ispunjavati. Krenulo se od malog broja bolesnika koji su dolazili zbog ograničenog broja. Ispunjavanje upitnika u ovom istraživanju bolesnika s mišićno-koštanim kroničnim bolestima, tekao je pomalo sporo. Briga za zdravlje nacije, uključujući zdravstveno osoblje

rješavala se politikama sigurnog osoblja (Lasater, 2020). Situacija nije bila dobra za istraživanja općenito; u to vrijeme provodila su se jedino istraživanja u kojima je uglavnom sudjelovalo osoblje, a odnosila su se na istraživanja povezana sa SARS - CoV 19. Sva istraživanja koja su se u to vrijeme provodila, pa tako i ovo, bila su „pospremljena u ladice”. Iz dnevnika istraživanja: „*Posjete su i danas (27.8.2021) zabranjene i kontakti osoba izvana nisu dozvoljeni osim u posebnim situacijama*” (HZJZ, 2021). Uz nemogućnost kontakta s bolesnicima, uvidjela sam svu silinu nedostatka svake blizine bolesnom čovjeku njegovih najbližih i najdražih. U jednom trenutku nitko nije mogao ni do umirućeg člana obitelji, tada su se nametala pitanja o etici u odnosu s bolesnicima koji su svi bili prijetnja jedni drugima, bolesnik - osoblju i osoblje - bolesniku. Nije bilo kontakta rukom po ruci bez rukavica, kontakta očima bez zaštitnih naočala, koje bi često bile zamagljene od kombinezona, vezira, maske (University of Glasgow, 2021). U međuvremenu počela su se provoditi brojna istraživanja organizirana u interdisciplinarnim okvirima, a ističe se i problem moguće (zlo)uporabe ICT-a i digitalne tehnologije. Ostaje pitanje i traži se pojašnjenje koja je prava ravnoteža između državnih pozitivnih akcija zasnovanih na tehnologiji u borbi protiv pandemije, s jedne strane, i zaštite ljudskih prava pojedinaca i ispunjenja posebnih potreba ugroženih, s druge strane (Rittosa, 2020).

2. REZULTATI I RASPRAVA

Istraživanje duhovnosti u smislu otkrivanja duhovnih potreba ispitanika, dimenzija duhovnosti kroz životne stilove i zdravstveno ponašanje te zadovoljstva životom oboljelih od kroničnih bolesti pokazalo se kao izazovan i zahtjevan rad. Provedenim istraživanjem dobiveni rezultati ukazuju na potrebu prepoznavanja i poznavanja pojma duhovnosti u zdravstvu. Dobiveni rezultati ukazuju na određenu povezanost duhovnosti i zadovoljstva životom, kako duhovnost utječe na stil života i adherenciju, te kako je duhovnost povezana sa socijalnom podrškom. Također, rezultati ukazuju na određenu povezanost duhovnosti i simptoma psihološkog stresa i psihopatologije. Na početku dajemo prikaz osnovnih značajki ispitanika koji su sudjelovali u našem istraživanju.

2.1. Opće značajke ispitanika

Na početku dajemo prikaz osnovnih karakteristika uzorka na kojemu je provedeno istraživanje.

Tablica 1. Ispitanici (N=508)

SPOL	N	%	STUPANJ OBRAZOVANJA	N	%
Žene	305	60	Završena osnovna škola	80	15,7
Muškarci	203	40	Završena srednja škola	293	57,7
Bez odgovora	-	-	Završena viša škola/fakultet	135	26,6
DOB	N	%	Bez odgovora	-	-
Do 29 godina	26	5,1	RADNI STATUS	N	%
Od 30 do 49 godina	81	15,9	Zaposlen/a	161	31,7
Od 50 do 64 godine	196	38,6	Nezaposlen/a	35	6,9
65 godina i više	189	37,2	Umirovljen/a (starosna)	166	32,7
Bez odgovora	16	3,1	Umirovljen/a (invalidska)	131	25,8
BRAČNI STATUS	N	%	Bez odgovora	15	3
Samac/ica	84	16,5	KONFESIONALNA PRIPADNOST	N	%
Oženjen/udata	306	60,2	Rimokatolici	289	56,9
Udovac/udovica	85	16,7	Pripadaju, ali nije navedeno	123	24,2
Razveden/razvedena	32	6,3	Ne pripadaju ni jednoj konfesiji	91	17,9
Bez odgovora	1	0,2	Ostalo	5	1

U istraživanju je sudjelovalo 508 ispitanika od čega je bilo više žena (305; 60,0%) nego muškaraca (203; 40,0%). Udio ispitanika s kroničnim bolestima bubrega bio je (253; 49,2%) i s kroničnim bolestima mišićno-koštanog sustava (MKB) bilo je 255; 50,2%), dakle podjednak.

Očekivano, ispitanici su bili srednje (od 50 do 64 godine) i starije životne dobi (65>godina). U obrazovnom smislu većina ispitanika ima završen srednji stupanj obrazovanja (57,7%), a nešto više od četvrtine ima viši stupanj obrazovanja. Većina ispitanika je u mirovini (58,5%), a zaposlenih je nešto manje od trećine ispitanika. S obzirom na bračni status većina ispitanika je u braku (60,2%), a podjednak broj je samaca i udovaca, odnosno samica i udovica (oko 17%). Među ispitanicima s obzirom na konfesionalnu pripadnost izjasnilo se oko 57% katolika i oko 24% ispitanika naveli su pripadnost nekoj konfesiji, ali nisu naveli kojoj. Oko 18% ispitanika navelo je da ne pripada nijednoj konfesiji (Tablica 1).

Nakon kratkog prikaza osnovnih karakteristika uzorka dajemo prikaz i analizu ispitanika prema dvije skupine bolesti i njihova osnovna obilježja.

2.1.1. Ispitanici prema dvije skupine bolesti i njihova osnovna obilježja

S obzirom da je naše empirijsko istraživanje provedeno na ispitanicima koji boluju od određenih bolesti, nakon kratkog prikaza samog uzorka na kojemu je istraživanje provedeno, dajemo prikaz i analizu ispitanika s obzirom na tip bolesti i njihova osnovna obilježja s tim u vezi.

Tablica 2. Ispitanici prema dvije skupine bolesti i prema spolu

	Bubrežne bolesti=253		Mišićno-koštane bolesti =255		Ukupno=508	
	N	%	N	%	N	%
Muški	133	52,6	70	27,5	203	39
Ženski	120	47,4	185	72,5	305	61

U Tablici 2 prikazana je analiza podataka prema dvije skupine bolesti i prema spolu. Rezultati pokazuju da je među ispitanicima više žena u odnosu na muškarce. U skupini ispitanika s bubrežnim bolestima nešto je više muškaraca (133; 52,6%), dok su kod ispitanika s mišićno-koštanih bolestima gotovo tri četvrtine žene (184; 72,5%). Rezultat je sukladan istraživanjima na području mišićno-koštanih bolesti, poglavito mišićno-koštanim bolestima koji ukazuju na povećanu incidenciju pobola od mišićno-koštanih bolesti upravo kod žena. Odnos muškaraca i žena kod mišićno-koštanih bolesti je 3:1 (Intriago, 2019). Prevalencija KBB obično je veća kod žena, ali bolest ima teži oblik kod muškaraca, koji također imaju veću prevalenciju

završnog stadija bubrežne bolesti. Većina dokaza u aktualnoj literaturi ukazuje na veću stopu progresije i rizik smrtnosti od KBB muškaraca u usporedbi sa ženama (Krause, 2016). I rezultati provedenog hi-kvadrat testa pokazuju da su ispitanice sklonije mišićno koštanim (reumatskim) bolestima, dok su ispitanici skloniji bubrežnim bolestima.

Tablica 3. Ispitanici prema dvije skupine bolesti, razlike prema spolu.

	Muški	Ženski
Bubrežne bolesti	65,5	39,3
Mišićno koštane bolesti (reumatske)	34,5	60,7

$\chi^2=33,393$; $df=1$; $p<0,001$

Dobiveni rezultati sukladni su onima iz literature (Tincani 2018,; Rusman 2020, Arenas 2018, Maranini 2022). Uočene su značajne razlike u prevalenciji kroničnih bolesti u žena u odnosu na muškarce: žene u svim istraživanjima pokazuju veću prevalenciju kroničnih bolesti, a uzrokom se smatra duži životni vijek i/ili lošije zdravlje žena (Abad-Diez, 2014).

Rezultati analize ispitanika prema dvije skupine bolesti a s obzirom na dob ispitanika pokazuju da su mlađi ispitanici (dvije skupine – do 29 godina i od 30 do 49 godina) skloniji bubrežnim bolestima, a ispitanici srednje životne dobi (50 do 64 godine) skloniji su mišićno koštanim bolestima.

Tablica 4. Ispitanici prema dvije skupine bolesti, razlike prema dobi.

	65 godina i više	50-64	30-49	Do 29 godina
Bubrežne bolesti	50,3	34,7	69,1	69,2
Mišićno koštane bolesti (reumatske)	49,7	65,3	30,9	30,8

$\chi^2=33,469$; $df=3$; $p<0,001$

U pogledu stupnja obrazovanja, ispitanici sa srednjim stupnjem obrazovanja skloniji su bubrežnim bolestima, a ispitanici sa osnovnim i višim stupnjem obrazovanja skloniji su mišićno koštanim bolestima.

Tablica 5. Ispitanici prema dvije skupine bolesti, razlike prema stupnju obrazovanja.

	Osnovno	Srednje	Više, visoko
Bubrežne bolesti	38,8	56,0	43,0
Mišićno koštane bolesti (reumatske)	61,2	44,0	57,0

$\chi^2=10,897$; $df=2$; $p<0,004$

U nastavku prikaza općih značajki ispitanika dajemo prikaz konfesionalne pripadnosti te religijske samoidentifikacija, koji promatramo kroz dvije skupine bolesti, spolnu i dobnu strukturu, te kroz stupanj obrazovanja ispitanika.

2.1.2. Pregled konfesionalne pripadnosti

Kako je već navedeno u istraživanju je dobiveno oko 57% katolika i oko 24% ispitanika koji su naveli da pripadaju nekoj religiji, ali nisu naveli kojoj. Dio njih vjerojatno pripada katolicima.

Tablica 6. Konfesionalna pripadnost prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne pripadaju niti jednoj konfesiji	62	24,5	29	11,4
Pripadaju, ali nije navedeno	59	23,3	64	25,1
Rimokatolici	129	51,0	160	62,7
Ostalo	3	1,2	2	0,8

Prema dvije skupine bolesti rezultati ukazuju da je među ispitanicima s mišićno-koštanim bolestima više onih koji su se izravno izjasnili kao rimokatolici, dok je među ispitanicima s bubrežnim bolestima više onih koji su izravno naveli da ne pripadaju nijednoj konfesiji.

Tablica 7. Konfesionalna pripadnost prema dobnim skupinama

%	65 godina i više	50-64	30-49	29 godina i manje
Ne pripadaju niti jednoj konfesiji	15,3	16,3	22,2	23,1
Pripadaju, ali nije navedeno	27,0	22,4	23,5	15,4
Rimokatolici	56,1	60,7	54,3	57,7

Pregled konfesionalne pripadnosti prema dobnim skupinama pokazuje da u odabranim kohortama nema bitnih razlika. Među mlađim ispitanicima nešto je više onih koji su naveli da ne pripadaju niti jednoj konfesiji.

Pregled konfesionalne pripadnosti ispitanika prema spolu ne pokazuje bitne razlike između muških i ženskih ispitanika. Nešto je više ispitanika koji su naveli da ne pripadaju nijednoj konfesiji nego ispitanica.

Tablica 8. Konfesionalna pripadnost prema spolu

	Muški N=205		Ženski N=303	
	N	%	N	%
Ne pripadaju nijednoj konfesiji	44	21,7	47	15,4
Pripadaju, ali nije navedeno	39	19,2	84	27,5
Rimokatolici	118	58,1	171	56,1

Tablica 9. Konfesionalna pripadnost prema stupnju obrazovanja

%	Završena osnovna škola	Završena srednja škola	Završena viša škola/fakultet
Ne pripadaju nijednoj konfesiji	13,8	18,8	18,5
Pripadaju, ali nije navedeno	31,3	23,5	21,5
Rimokatolici	51,2	57,0	60,0

Pregled konfesionalne pripadnosti prema stupnju obrazovanja ispitanika pokazuje nešto veći broj izravno izjašnjenih rimokatolika među onima s višim stupnjem obrazovanja.

2.1.3. Pregled religijske samoidentifikacije

Tablica 10. Religijska samoidentifikacija prema dobnim skupinama

%	65 godina i više	50-64	30-49	29 godina i manje	Ukupno %
Nisu religiozne osobe	18,0	16,8	24,7	23,1	19,5
Religiozne osobe (ali ne previše)	48,7	50,5	51,9	26,9	49,0
Religiozne osobe	32,3	32,7	23,5	50,0	31,1
Bez odgovora					0,4

U pregledu religijske samoidentifikacije prema dobnim skupinama jasno se pokazuje da je u kohorti mlađih ispitanika najviše onih koji su se odredili kao religiozne osobe. U kohorti ispitanika srednje životne dobi (30 do 49 godina) skoro je podjednako onih koji se smatraju nereligioznim i religioznim osobama.

Nadalje, pregled religijske samoidentifikacija prema dvije skupine bolesti pokazuje da je ukupno oko 80% onih koji se smatraju religioznim osobama, te oko 20% ispitanika koji navode da nisu religiozni.

Među ispitanicima s bubrežnim bolestima više je onih koji se smatraju nereligioznim osobama 26,1% u odnosu prema ispitanicima s reumatskim bolestima 12,9%. Shodno tome, među onima s mišićno-koštanim (reumatskim) bolestima više je ispitanika koji se izričito smatraju religioznim osobama nego među onima s bubrežnim bolestima (oko 23%).

Tablica 11. Religijska samoidentifikacija prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Reumatske bolesti	
	N	%	N	%
Nisu religiozne osobe	66	26,1	33	12,9
Jesu, ali ne previše	130	51,4	121	47,5
Religiozne osobe	57	22,5	101	39,6

Ukupno gledano, među ispitanicima s bubrežnim bolestima ima oko 74% onih koji se smatraju religioznima, a među ispitanicima s reumatskim bolestima takvih je oko 86%.

Tablica 12. Religijska samoidentifikacija prema spolu

	Muški N=205		Ženski N=303	
	N	%	N	%
Nisu religiozne osobe	47	23,2	52	17,0
Religiozne osobe (ali ne previše)	98	48,3	151	49,5
Religiozne osobe	58	28,6	100	32,8

Među ispitanicima nešto je više onih koji se smatraju nereligioznim osobama dok je među ispitanicima nešto više religioznih osoba.

S obzirom na religijsku samoidentifikaciju prema stupnju obrazovanja vidimo nešto veći broj onih koji se smatraju religioznim osobama među ispitanicima s nižim stupnjem obrazovanja. Onih koji se smatraju nereligioznim osobama nešto je više među ispitanicima s višim stupnjem obrazovanja.

Tablica 13. Religijska samoidentifikacija prema stupnju obrazovanja.

%	Završena osnovna škola	Završena srednja škola	Završena viša škola/fakultet
Nisu religiozne osobe	17,5	19,5	20,7
Religiozne osobe (ali ne previše)	41,3	51,5	48,1
Religiozne osobe	38,8	29,0	31,1

2.2. Dimenzije duhovnosti i njihove osnovne značajke

2.2.1. Što je idealno za duhovno zdravlje?

Prepoznavanje "onog" što su ispitanici prepoznali kao idealno za njihovo duhovno zdravlje trebalo bi poslužiti kao predložak u izradi postupnika ostvarivanja njihove dobrobiti. Ispitanike smo stoga pitali što oni misle što je idealno za njihovo duhovno zdravlje.

Tablica 14. Razvoj za idealno duhovno zdravlje (%)

U kojoj mjeri mislite da se razvijate:	Idealno za duhovno zdravlje					
	Jako nisko	Nisko	Umjereno	Visoko	Najviše	Bez odgovora
1. u ljubavi prema drugima	1,4	3,7	39,6	28,9	23	3,1
2. u osobnoj vezi s Božanstvom/Bogom	7,3	6,7	42,3	23,2	17,3	3,1
3. u opraštanju drugima	2	4,7	36,2	31,3	22,8	3
4. u povezanosti s prirodom	2,4	3,9	37,8	26	26,8	3
5. u osjećaju/jaćanju identiteta	1,6	6,9	42,9	28,3	16,9	3,1
6. u proslavljanju Stvoritelja	8,7	8,1	38,8	21,1	20,3	3,1
7. u divljenju prema pogledu koji oduzima dah	5,9	8,9	41,9	22,4	17,3	3,1
8. u povjerenju između osoba	2,8	7,7	42,7	27,4	16,3	3,1
9. u samosvijesti	2,6	5,3	41,7	28,7	18,3	3,1
10. u jedinstvu s prirodom	3,1	6,5	41,5	24	21,7	3,1
11. u jedinstvu s Bogom	8,1	6,1	39,4	20,9	22,2	3,1
12. u skladu s prirodom	2,8	6,5	40	24	23,4	3,1
13. u miru s Bogom	7,1	4,7	33,5	27	24,4	3,1
14. životnoj radosti	3	6,9	36,6	26,8	23,4	3,1
15. u molitvi i meditacijskom životu	9,3	12	38,4	20,1	17,1	3,1
16. u unutarnjem miru	3,3	6,3	37,8	27,2	22	3,1
17. u poštovanju prema drugima	2,4	3,7	30,3	31,7	28,7	3,1
18. potrazi za životnim smislom	3,7	6,1	40,9	29,3	16,7	3,1
19. u ljubaznosti prema drugim ljudima	2,6	3,1	29,3	31,9	29,9	3,1
20. u osjećaju "magičnog" u okolini	8,9	13,8	46,3	17,7	10,2	3,1
20. a) koliko Vam je važna religija u vlastitim životu	6,1	6,1	37,2	23,6	23,8	3,1
20. b) koliko Vam je važna duhovnost u vlastitom životu	4,3	4,5	35,2	26,2	26,6	3,1

Na osnovnoj razini distribucije postotaka rezultati na pitanju razvoja idealnog za duhovno zdravlje pokazuju da većina ispitanika navodi kako se razvija „u ljubaznosti prema drugim ljudima“ (oko 62%), „u poštovanju prema drugima“ (oko 61%), „u opraštanju drugima“ (oko 54%), u „povezanosti s prirodom“ i važnosti duhovnosti u vlastitom životu (oko 53%), „u ljubavi prema drugima“ (oko 52%), „u miru s Bogom“ i u životnoj radosti (oko 51%). Najniži rezultati u relativnom smislu dobiveni su na „osjećaju 'magičnoga' u okolini, gdje je oko 23% ispitanika navelo da to nije idealno za duhovno zdravlje, odnosno oko 28% ih navodi da to je idealno za duhovno zdravlje. Za 47,4% ispitanika religija je važna u njihovom životu („visoko“ + „najviše“), a za 52,8% ispitanika duhovnost je važna u njihovom životu.

U nastavku dajemo prikaz ovih rezultata prema dvije skupine bolesti. Kod obje skupine slične su stvari označene kao najmanje važne za idealno duhovno zdravlje. Najmanje važno za duhovno zdravlje kod prve skupine ispitanika je „osobna veza s Božanstvom/Bogom“, „molitva i meditacijski život“, „divljenje prema pogledu koji oduzima dah“ i „osjećaj 'magičnog' u okolini“, a kod druge skupine to je „jedinstvo s Bogom“, „osobna veza s Božanstvom/Bogom“, „molitva i meditacijski život“ i „osjećaj 'magičnog' u okolini“. Na ovoj osnovnoj dekriptivnoj analizi bubrežni bolesnici rezigniraniji su i manje otvoreni duhovnosti u odnosu na bolesnike s mišićno-koštanim bolestima. Za pretpostaviti je da je razlog tome tijek i samo liječenje bolesti. Ispitanici s mišićno-koštanim bolestima u liječenju manje su ovisni o elementima kao što su: el. energija, voda, ispravnosti aparata, a u odnosu na ispitanike koji se u glavnom liječe medikamentima, fizikalnom terapijom, u kasnijoj fazi ev. operacija zamjene „dotrajalog“ zgloba kuka ili koljena. Dakle, ispitanici u skupini KBB imaju zahtjevnije načine liječenja koje uključuje od sakokontrole prehrane, unosa tekućine do u termina odlaska na liječenje u centre ili odjele za hemodijalizu ili to mogu uz prethodnu edukaciju i nabavku aparata činiti kod kuće. Sam postupak hemodijalize zahtjeva odgovornost i određene napore spram samog sebe i zajednice u kojoj žive. Dio ispitanika na hemodijalizi je radno aktivan. Ispitanici s MKB uzimanjem propisane medikamentne terapije i fizikalne terapije ostaju aktivni u društvu.

Tablica 15. Duhovnost (idealno za duhovno zdravlje) prema uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika (%).

U kojoj mjeri mislite da se razvijate (idealno za duhovno zdravlje):	Bubrežne bolesti			Mišićno-koštane bolesti		
	Nisko	Umjereno	Visoko	Nisko	Umjereno	Visoko
1. u ljubavi prema drugima	7,1	47,4	39,1	3,1	31,8	64,7
2. u osobnoj vezi s Božanstvom/Bogom	16,6	45,8	31,2	11,4	38,8	49,8
3. u opraštanju drugima	6,7	40,7	46,6	6,7	31,8	61,6
4. u povezanosti s prirodom	9,9	44,3	39,9	2,7	31,4	65,5
5. u osjećaju/jačanju identiteta	10,3	47,4	36	6,7	38,4	54,9
6. u proslavljanju Stvoritelja	20,6	41,5	31,6	12,9	36,1	51
7. u divljenju prema pogledu koji oduzima dah	19,8	45,1	28,9	9,8	38,8	51,4
8. u povjerenju između osoba	12,6	47	34	8,2	38,4	53,3
9. u samosvijesti	9,5	46,6	37,5	6,3	36,9	56,9
10. u jedinstvu s prirodom	14,2	47	32,4	5,1	36,1	58,8
11. u jedinstvu s Bogom	17,4	39,9	36,4	11	38,8	50,2
12. u skladu s prirodom	14,6	43,9	35,2	4,3	36,1	59,6
13. u miru s Bogom	15,8	36,8	41,1	7,8	30,6	61,6
14. životnoj radosti	11,9	40,7	41,1	7,8	32,9	59,2
15. u molitvi i meditacijskom životu	26,5	38,3	28,9	16,1	38,4	45,5
16. u unutarnjem miru	12,6	42,3	38,7	6,7	33,7	59,6
17. u poštovanju prema drugima	7,5	36,4	49,8	4,7	24,3	71
18. potrazi za životnim smislom	11,1	45,1	37,5	8,6	36,9	54,5
19. u ljubaznosti prema drugim ljudima	7,5	34	52,2	3,9	24,7	71,4
20. u osjećaju "magičnog"u okolini	23,7	48,6	21,3	21,6	43,9	34,5
20. a) koliko Vam je važna religija u vlastitim životu	14,6	43,1	36	9,8	31,4	58,8
20. b) koliko Vam je važna duhovnost u vlastitom životu	11,9	41,5	40,3	5,9	29	65,1

⁴Izvorna skala od pet stupnjeva rekodirana na skalu od tri stupnja tako da je 1,2 = 1 (nisko); 3=2 (umjereno) i 4,5=3 (visoko), svi ostali odgovori stavljeni su u missing.

Osim navednoga, razlozi veće okrenutosti prema duhovnosti kod ispitanika s mišićno-koštanim bolestima mogu biti i starija životna dob i pretežito ženski spol. Naime, rezultati empirijskih istraživanja provedenih na nacionalnim uzorcima uglavnom pokazuju da su žene i osobe starije životne dobi sklonije religioznosti (Nikodem, Zrinščak, 2019).

U daljnjoj analizi proveli smo t-test za utvrđivanje statistički značajnih razlika na svim navedenim česticama s obzirom na dvije skupine pacijenata. Dobivene su statistički značajne razlike na svim česticama. Rezultati t-testa pokazuju da su gotovo svim česticama, izuzev trinaeste čestice („mir s Bogom“), skloniji ispitanici druge skupine, odnosno pacijenti s mišićno-koštanim bolestima. Dakle, pacijenti s mišićno-koštanim bolestima skloniji su, za razliku od pacijenata s bubrežnim bolestima, smatrati da je gotovo sve navedeno važno za razvoj duhovnog zdravlja. Pacijenti s bubrežnim bolestima skloniji su smatrati da je za razvoj duhovnog zdravlja važan „mir s Bogom“.

Tablica 16. Čestice duhovnosti (idealno za duhovno zdravlje) s obzirom na tip bolesti.

U kojoj mjeri mislite da se razvijate (idealno za duhovno zdravlje):	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti		df	t*
	\bar{X}	s	\bar{X}	s		
1. u ljubavi prema drugima	2,3418	0,615	2,6181	0,547	472,95	-5,242
2. u osobnoj vezi s Božanstvom/Bogom	2,1561	0,698	2,3843	0,682	490	-3,663
3. u opraštanju drugima	2,4244	0,623	2,5490	0,618	491	-2,228
4. u povezanosti s prirodom	2,3193	0,655	2,6299	0,537	459,30	-5,725
5. u osjećaju/jačanju identiteta	2,2743	0,648	2,4824	0,620	490	-3,639
6. u proslavljanju Stvoritelja	2,1181	0,704	2,3804	0,715	490	-4,031
7. u divljenju prema pogledu koji oduzima dah	2,0970	0,715	2,4157	0,663	490	-5,125
8. u povjerenju između osoba	2,2278	0,669	2,4510	0,643	490	-3,770
9. u samosvijesti	2,2996	0,643	2,5059	0,613	490	-3,639
10. u jedinstvu s prirodom	2,1941	0,679	2,5373	0,593	490	-5,976
11. u jedinstvu s Bogom	2,2025	0,731	2,3922	0,678	490	-2,984
12. u skladu s prirodom	2,2194	0,696	2,5529	0,578	490	-5,791
13. u miru s Bogom	2,7000	0,732	2,5373	0,638	469,27	-4,300
14. životnoj radosti	2,3122	0,685	2,5137	0,638	490	-3,374
15. u molitvi i meditacijskom životu	2,0253	0,768	2,2941	0,728	490	-3,978
16. u unutarnjem miru	2,2785	0,687	2,5294	0,619	490	-4,257
17. u poštovanju prema drugima	2,4515	0,640	2,6627	0,564	471,62	-3,871
18. potrazi za životnim smislom	2,2827	0,664	2,4588	0,650	490	-2,972
19. u ljubaznosti prema drugim ljudima	2,4768	0,641	2,6745	0,546	465,28	-3,665
20. u osjećaju "magičnog"u okolini	1,9747	0,694	2,1294	0,739	489,93	-2,394
20. a) koliko Vam je važna religija u vlastitom životu	2,2278	0,700	2,4902	0,669	490	-4,249
20. b) koliko Vam je važna duhovnost u vlastitom životu	2,3038	0,683	2,5922	0,600	470,98	-4,958

* $p < 0,001$

Također, bolesnici s mišićno-koštanim bolestima skloniji su isticati važnost religije i duhovnosti u svom životu za razliku od pacijenata s bubrežnim bolestima.

U nastavku analize smo na ovom skupu tvrdnji proveli faktorsku analizu (komponentni model, varimax rotacija uz GK kriterij). Dobivena su tri faktora koja smo, s obzirom na

saturacije čestica na pojedinom faktoru, nazvali: „Važnost Boga“, „Odnos prema drugima“ i „Povezanost s prirodom“.

Tablica 17. Struktura varimax faktora. Idealno za duhovno zdravlje.

	VAŽNOST BOGA	ODNOS S DRUGIMA	POVEZANOST S PRIRODOM
Jedinstvo s Bogom	.836		
Proslava Stvoritelja	.824		
Važnost religije u vlastitom životu	.812		
Osobna veza s Božanstvom/Bogom	.805		
Mir s Bogom	.774		
Molitva i meditacijski život	.740		
Važnost duhovnosti u vlastitom životu	.691		
Poštovanje prema drugima		.815	
Ljubaznost prema drugim ljudima		.755	
Unutarnji mir		.681	
Životna radost		.654	
Potruga za životnim smislom		.652	
Opraštanje drugima		.624	
Povjerenje između osoba		.587	
Ljubav prema drugima		.553	
Jedinstvo s prirodom			.801
Povezanost s prirodom			.775
Sklad s prirodom			.763
Divljenje prema pogledu koji oduzima dah			.557

Ekstrahirani faktori tumače 65,53% varijance.

⁵ U prvom koraku faktorske analize, zbog zadovoljavanja kriterija jednostavne strukture, izostavili smo dvije čestice – "samosvijest" i "osjećaj magičnog u okolini", a u drugom je koraku izostavljena čestica – "osjećaj/jačanje identiteta".

Faktorskom analizom ekstrahirana su tri faktora:

- Važnost Boga, koju čine varijable: jedinstvo s Bogom, proslava Stvoritelja, važnost religije u vlastitom životu, osobna veza s Božanstvom/Bogom, mir s Bogom, molitva i meditacijski život, važnost duhovnosti u vlastitom životu. Faktor koji u pozadini ima važnost Boga kao dominantnu ideju.
- Odnos s drugima: poštovanje prema drugima, ljubaznost prema drugim ljudima, unutarnji mir, životna radost, potraga za životnim smislom, opraštanje drugima, povjerenje između osoba, ljubav prema drugima.
- Povezanost s prirodom: jedinstvo s prirodom, povezanost s prirodom, sklad s prirodom, divljenje prema pogledu koji oduzima dah.

Faktori su spremljeni kao faktorski skorovi koji će se koristiti kao varijable u daljnjoj analizi.

Dobivene faktorske strukture povezali smo s osnovnim značajkama ispitanika, kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, religioznost i tip bolesti.

Tablica 18. Korelacija faktora „idealno za duhovno zdravlje“ i nekih osnovnih značajki ispitanika.

	VAŽNOST BOGA	ODNOS S DRUGIMA	POVEZANOST S PRIRODOM
Spol	0,144**	0,045	0,119**
Dob	0,006	0,012	-0,146**
Stupanj obrazovanja	-0,024	0,128**	0,127**
Religioznost	0,327**	0,107*	0,009
Dvije skupine bolesti	0,127**	0,114*	0,249**

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

Rezultati korelacijske analize faktora „idealno za duhovno zdravlje“ i osnovnih značajki ispitanika pokazuju da su ispitanice, oni koji se smatraju religioznim osobama i ispitanici koji boluju od mišićno-koštanih bolesti skloniji dimenziji „važnosti Boga“ u smislu idealnog za duhovno zdravlje. Ispitanici s višim stupnjem obrazovanja skloniji su dimenziji „odnosa s drugima“, a dimenziji „povezanosti s prirodom“ u tom smislu sklonije su ispitanice, ispitanici starije životne dobi, oni s višim stupnjem obrazovanja i ispitanici koji boluju od mišićno-koštanih bolesti.

2.2.2. Osobni osjećaj duhovnosti

Nakon što smo prikazali osnovne rezultate na razini distribucije postotaka, kao i rezultate daljnje analize na pitanju što ispitanici smatraju da je idealno za duhovno zdravlje, u ovom dijelu analiziramo pitanje osobnog osjećaja duhovnosti ispitanika. Dakle, pitanje je „kako se vi osjećate?“, a čestice su iste kao i u prethodnom skupu. Na osnovnoj razini distribucije postotaka rezultati su, očekivano, uglavnom nešto niži ali i vrlo slični prethodnim rezultatima. Zanimljivo je da rezultati ukazuju na to da ispitanici osobni osjećaj duhovnosti uglavnom promatraju u odnosu prema drugima, odnosno „u poštovanju prema drugima“ (58,1%), „u ljubaznosti prema drugima“ (57,9%), „u opraštanju drugima“ (51,6%) i „u ljubavi prema drugima“ (85,2%). Najniži rezultati u tom smislu su na česticama „u osjećaju 'magičnog' u okolini“ (26,4%) i „u molitvi i meditacijskom životu“ (34,4%).

Tablica 19. Osobni osjećaj duhovnosti (%)

	Kako se Vi osjećate					
	Jako nisko	Nisko	Umjereno	Visoko	Najviše	Bez odgovora
1. u ljubavi prema drugima	0,6	4,3	41,5	31,9	18,3	3,3
2. u osobnoj vezi s Božanstvom/Bogom	5,9	8,7	42,5	25,2	14,4	3,3
3. u opraštanju drugima	2,4	6,1	36,6	31,3	20,3	3,3
4. u povezanosti s prirodom	1,8	6,3	38,6	26,4	23,6	3,3
5. u osjećaju/jačanju identiteta	1,2	7,1	44,3	30,7	13,4	3,3
6. u proslavljanju Stvoritelja	7,9	9,1	41,5	23,6	14,6	3,3
7. u divljenju prema pogledu koji oduzima dah	3,3	10,2	42,7	23,6	16,7	3,3
8. u povjerenju između osoba	1,4	8,1	47,6	27,2	12,4	3,3
9. u samosvijesti	1,4	4,1	44,3	33,3	13,6	3,3
10. u jedinstvu s prirodom	2	6,9	43,5	26,6	17,7	3,3
11. u jedinstvu s Bogom	5,5	8,1	43,1	24,6	15,4	3,3
12. u skladu s prirodom	2,8	7,3	41,7	25,8	18,9	3,3
13. u miru s Bogom	5,9	5,5	39	27,4	18,9	3,3
14. životnoj radosti	2,2	6,9	41,5	29,3	16,7	3,3
15. u molitvi i meditacijskom životu	7,9	12,4	41,7	22,6	11,8	3,3
16. u unutarnjem miru	2,6	8,1	42,7	28,5	14,8	3,3
17. u poštovanju prema drugima	1,8	3,5	33,3	34,3	23,8	3,3
18. potrazi za životnim smislom	2,4	7,9	41,7	32,3	12,4	3,3
19. u ljubaznosti prema drugim ljudima	1,2	4,3	33,3	31,1	26,8	3,3
20. u osjećaju "magičnog" u okolini	7,9	15,2	47,2	19,1	7,3	3,3
20. a) koliko Vam je važna religija u vlastitim životu	5,9	7,3	38	24,8	20,7	3,3
20. b) koliko Vam je važna duhovnost u vlastitom životu	3,5	6,3	35,2	30,3	21,3	3,3

U ovom pitanju osobnog osjećaja važnost religije i duhovnosti je na sličnoj razini kao i u prethodnom pitanju. Naime, 45,5% je navelo važnost religije u vlastitom životu, a 51,6% važnost duhovnosti.

Kao i u prethodnom pitanju i ovdje, nakon prikaza distribucije postotaka, dajemo to isto no na uzorku koji je podijeljen na dvije skupine ispitanika prema tipu bolesti.

Tablica 20. Duhovnost (osobni osjećaj duhovnosti) prema uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika (%).

U kojoj mjeri mislite da se razvijate (kako se Vi osjećate):	Bubrežne bolesti			Mišićno-koštane bolesti		
	Nisko	Umjereno	Visoko	Nisko	Umjereno	Visoko
1. u ljubavi prema drugima	6,3	46,6	40,3	3,5	36,5	60
2. u osobnoj vezi s Božanstvom/Bogom	16,2	46,2	30,8	12,9	38,8	48,2
3. u opraštanju drugima	8,3	37,2	47,8	8,6	36,1	55,3
4. u povezanosti s prirodom	12,3	42,3	38,7	3,9	34,9	61,2
5. u osjećaju/jačanju identiteta	9,5	44,3	39,5	7,1	44,3	48,6
6. u proslavljanju Stvoritelja	19,4	43,1	30,8	14,5	40	45,5
7. u divljenju prema pogledu koji oduzima dah	17	45,8	30,4	10,2	39,6	50,2
8. u povjerenju između osoba	11,5	48,2	33,6	7,5	47,1	45,5
9. u samosvijesti	6,7	41,1	45,5	4,3	47,5	48,2
10. u jedinstvu s prirodom	11,1	45,1	37,2	6,7	42	51,4
11. u jedinstvu s Bogom	14,6	43,9	34,8	12,5	42,4	45,1
12. u skladu s prirodom	13	42,7	37,5	7,1	40,8	51,8
13. u miru s Bogom	14,2	40,3	38,7	8,6	37,6	53,7
14. životnoj radosti	9,9	41,9	41,5	8,2	41,2	50,6
15. u molitvi i meditacijskom životu	22,1	39,9	30,8	18,4	43,5	38
16. u unutarnjem miru	12,3	41,5	39,5	9	43,9	47,1
17. u poštovanju prema drugima	6,7	36	50,6	3,9	30,6	65,5
18. potrazi za životnim smislom	9,9	43,5	39,9	10,6	40	49,4
19. u ljubaznosti prema drugim ljudima	6,7	35,2	51,4	4,3	31,4	64,3
20. u osjećaju "magičnog" u okolini	24,1	46,2	22,9	22	48,2	29,8
20. a) koliko Vam je važna religija u vlastitom životu	15,8	41,5	36	10,6	34,5	54,9
20. b) koliko Vam je važna duhovnost u vlastitom životu	13	38,7	41,5	6,7	31,8	61,6

U nastavku pitanja o duhovnosti na osobnoj razini analiziramo na uzorku dvije skupine ispitanika - one s kroničnim bubrežnim bolestima (KBB) i oni s mišićno-koštanim bolestima (MKB). Na svim česticama dobiveni su viši rezultati kod ispitanika s mišićno-koštanim bolestima na pitanju razvoja idealnog za duhovno zdravlje. Kod obje skupine

ispitanika na prvim mjestima kao idealno za duhovno zdravlje su „ljubaznost prema drugim ljudima“ i „poštovanje prema drugim ljudima“. No dok su kod ispitanika s bubrežnim bolestima na trećem, četvrtom i petom mjestu po važnosti za duhovno zdravlje: „opraštanje drugima“, „mir s Bogom“ i „životna radost“, kod skupine ispitanika s mišićno-koštanim bolestima(MKB) to su: „povezanost s prirodom“, važnost duhovnosti u vlastitom životu i «ljubav prema drugima“. Kod skupine s KBB kao najmanje važne za razvoj u smislu osobnog osjećaja navedeno je: „divljenja prema pogledu koji oduzima dah“ i „osjećaja 'magičnog' u okolini“, a kod skupine s MKB najmanje je važno „jedinstvo s Bogom“, „molitva i meditacijski život“ i „osjećaj 'magičnog' u okolini“.

Provedena je analiza t-testom na skupu istih tvrdnji, no, vezano uz osobni osjećaj ispitanika. Dobiveni rezultati pokazuju statistički značajne razlike na trinaest čestica, dok na devet nisu dobiveni statistički značajni rezultati. I ovdje su ispitanici s MKB, za razliku od onih s KBB, skloniji smatrati da je za njihov osobni osjećaj razvoja duhovnosti važan barem dio navedenih sadržaja. U tom smislu važno je „ljubav prema drugima“, „osobna veza s Božanstvom/Bogom“, „povezanost s prirodom“, „proslava Stvoritelja“, „divljenje prema pogledu koji oduzima dah“, „povjerenje između osoba“, „jedinstvo s prirodom“, „sklad s prirodom“ i „mir s Bogom“, te „poštovanje prema drugima“ i „ljubaznost prema drugima“

I ovdje su dobivene statistički značajne razlike na pitanjima važnosti religije i duhovnosti u vlastitom životu, gdje su ispitanici s mišićno-koštanim bolestima skloniji isticati tu važnost za razliku od ispitanika s bubrežnim bolestima.

Tablica 21. Čestice duhovnosti (osobni osjećaj duhovnosti) s obzirom na tip bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti		df	t*
	X	s	X	s		
1. u ljubavi prema drugima	2,3644	0,607	2,5647	0,563	489	-3,791
2. u osobnoj vezi s Božanstvom/Bogom	2,1568	0,694	2,3529	0,699	486,81	-3,118
3. u opraštanju drugima	2,4237	0,651	2,4667	0,65	489	-0,730**
4. u povezanosti s prirodom	2,2839	0,684	2,5725	0,569	458,62	-5,059
5. u osjećaju/jačanju identiteta	2,322	0,65	2,4157	0,62	489	-1,632**
6. u proslavljanju Stvoritelja	2,1229	0,724	2,3098	0,711	489	-2,883
7. u divljenju prema pogledu koji oduzima dah	2,1441	0,699	2,4	0,667	489	-4,147
8. u povjerenju između osoba	2,2373	0,654	2,3804	0,621	489	-2,485
9. u samosvijesti	2,4153	0,623	2,4392	0,577	489	-0,442**
10. u jedinstvu s prirodom	2,2797	0,663	2,4471	0,618	489	-2,894
11. u jedinstvu s Bogom	2,2161	0,696	2,3255	0,687	489	-1,751**
12. u skladu s prirodom	2,2627	0,689	2,4488	0,625	488	-3,134
13. u miru s Bogom	2,2627	0,707	2,451	0,649	489	-3,074
14. životnoj radosti	2,339	0,661	2,4235	0,64	489	-1,438**
15. u molitvi i meditacijskom životu	2,0936	0,75	2,1961	0,726	489	-1,534**
16. u unutarnjem miru	2,2924	0,686	2,3804	0,646	489	-1,463**
17. u poštovanju prema drugima	2,4703	0,628	2,6157	0,562	472,38	-2,693
18. potrazi za životnim smislom	2,322	0,657	2,3882	0,671	489	-1,103**
19. u ljubaznosti prema drugim ljudima	2,4788	0,628	2,6	0,572	475,12	-2,228
20. u osjećaju "magičnog"u okolini	1,9873	0,711	2,0784	0,716	489	-1,413**
20. a) koliko Vam je važna religija u vlastitim životu	2,2161	0,714	2,4431	0,678	489	-3,611
20. b) koliko Vam je važna duhovnost u vlastitom životu	2,3051	0,702	2,549	0,618	469,47	-4,07

* $p < 0,001$; ** $p > 0,05$

I na ovom skupu čestica provedena je faktorska analiza (komponentni model, varimax rotacija uz GK kriterij). Dobivena su tri faktora koja smo, s obzirom na saturacije čestica na pojedinom faktoru, nazvali: „Važnost Boga“, „Povezanost s prirodom“ i „Odnos prema drugima“.

Tablica 22. Struktura varimax faktora. Osobni osjećaj duhovnosti.⁴

	VAŽNOST BOGA	POVEZANOST S PRIRODOM	ODNOS PREMA DRUGIMA
Jedinstvo s Bogom	.831		
Važnost religije u vlastitom životu	.819		
Proslava Stvoritelja	.810		
Osobna veza s Božanstvom/Bogom	.797		
Mir s Bogom	.786		
Molitva i meditacijski život	.718		
Važnost duhovnosti u vlastitom životu	.674		
Jedinstvo s prirodom		.791	
Sklad s prirodom		.747	
Povezanost s prirodom		.743	
Divljenje prema pogledu koji oduzima dah		.651	
Povjerenje između osoba		.567	
Poštovanje prema drugima			.814
Ljubaznost prema drugim ljudima			.793
Potruga za životnim smislom			.747
Životna radost			.563
Opraštanje drugima			.507
Ljubav prema drugima			.425

Ekstrahirani faktori tumače 62,12% varijance.

Ovdje smo dobivene rezultate pospremili kao faktorske skorove, kreirajući tri varijable koje se odnose na osobni osjećaj duhovnosti, te ih povezali s osnovnim značajkama ispitanika.

Tablica 23. Korelacija faktora „osobni osjećaj duhovnosti“ i nekih osnovnih značajki ispitanika.

	VAŽNOST BOGA	POVEZANOST S PRIRODOM	ODNOS PREMA DRUGIMA
Spol	0,137**	0,139**	-0,001
Dob	-0,043	-0,129**	0,069
Stupanj obrazovanja	-0,046	0,120**	0,110*
Religioznost	0,331**	0,083	0,105
Dvije skupine bolesti	0,109*	0,179**	0,035

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

⁶ I ovdje smo zbog zadovoljavanja kriterija jednostavne strukture faktora u prvom koraku izostavili čestice; "osjećaj "magičnog" u okolini", "osjećaj/jačanje identiteta" i "unutarnji mir», a u drugom koraku je izostavljena čestica «samosvijest».

Kod faktora osobnog osjećaja duhovnosti rezultati korelacijske analize pokazuju da su „važnosti Boga“ sklonije žene i očekivano ispitanici koji se smatraju religioznima. „Povezanosti s prirodom“ u tom smislu sklonije su također žene, te ispitanici starije životne dobi, oni s višim stupnjem obrazovanja i ispitanici s mišićno-koštanim bolestima.

2.2.3. Duhovne potrebe

Nakon analize onoga što ispitanici smatraju da je idealno za duhovno zdravlje i onoga kako se oni osobno osjećaju vezano uz duhovnost, treći dio u našem istraživanju duhovnosti čine duhovne potrebe. Rezultati na osnovnoj razini distribucije postotaka pokazuju da su ispitanici u zadnje vrijeme imali jaku potrebu za povezanošću s obitelji (60,2%), potrebu da budu potpuno dobro (51,6%), da nekome pruže utjehu (46,3%), da proslijede dalje svoje životno iskustvo (45,5%), da budu sigurni kako je njihov dosadašnji život imao smisao i bio dragocjen (45,1%), da budu ponovo uključeni u životne probleme svoje obitelji (43,1%) i da primaju više podrške od svoje obitelji (42,5%). To je sedam najviše istaknutih duhovnih potreba. Kako je vidljivo većina ih se odnosi na obitelj ispitanika, te, očekivano s obzirom na tip ispitanika, na njihovu dobrobit.

Tablica 24. Da li ste u zadnje vrijeme imali potrebu?

%	Ne	Da, donekle jaku	Da, jaku	Da, vrlo jaku	Bez odgovora
S nekime razgovarati o vašim strahovima i brigama	58,9	27,0	11,0	2,1	1,0
Da netko iz vaše vjerske zajednice (svećenik) brine za vas	84,1	8,9	4,2	1,8	1,0
Osvrnuti se na svoj dosadašnji život	45,1	35,8	14,6	3,5	1,0
Pojasniti neriješene stvari u svom životu	56,5	26,8	11,0	4,7	1,0
Uroniti u ljepotu prirode	35,8	27,6	20,3	15,4	1,0
Biti na nekom mjestu mira i tišine	30,1	30,3	23,2	15,0	1,0
Moći naći unutarnji mir	34,8	28,9	22,6	12,2	1,4
Naći smisao u bolesti i poteškoćama	41,1	30,1	19,7	7,9	1,2
S nekim razgovarati o smislu života	53,3	23,4	16,5	5,5	1,2
S nekim razgovarati o životu poslije smrti	65,7	20,3	8,5	4,5	1,0
Nekome se obratiti s puno ljubavi	26,8	30,5	26,0	15,6	1,2
Dati nešto svoje nekome	27,6	29,7	25,6	15,7	1,2
Nekome pružiti utjehu	23,0	29,5	27,8	18,5	1,2
Nekome iz jednog dijela vašeg života moći nešto oprostiti	33,3	29,3	22,2	13,8	1,2
Da vama bude oprošteno	36,0	32,3	19,3	11,0	1,4
S nekim moliti	53,7	24,2	14,0	7,1	1,0
Da netko moli za vas	48,6	28,0	14,8	7,7	1,0
Moliti sam za sebe	33,7	34,3	18,5	12,6	1,0
Sudjelovati na nekoj vjerskoj svečanosti	39,2	33,9	15,9	10,0	1,0
Čitati vjerske knjige/tekstove	52,8	27,0	12,0	7,1	1,1
Obratiti se nekoj višoj sili	37,0	30,5	16,5	14,4	1,6
Biti potpuno dobro	18,5	28,9	26,6	25,0	1,0
Biti povezan s obitelji	14,4	24,4	24,6	35,6	1,0
Proslijediti dalje vaše životno iskustvo	26,0	27,6	27,6	17,9	1,0
Biti siguran da je vaš dosadašnji život imao smisla i bio dragocjen	25,4	28,5	26,6	18,5	1,0
Biti ponovno uključen od strane vaše obitelji u njihove životne probleme	29,7	26,2	22,2	20,9	1,0
Primati više podrške od vaše obitelji	28,3	28,1	24,4	18,1	1,0

Najmanje istaknute duhovne potrebe su da netko iz njihove vjerske zajednice brine o njima (6,0%), da s nekim razgovaraju o životu poslije smrti (13,0%), da s nekim razgovaraju o osobnim strahovima i brigama (13,1%), da pojasne neriješene stvari u svome životu (15,7%), da se osvrnu na svoj dosadašnji život (18,1%), da čitaju vjerske tekstove ili knjige (19,1%) i da s nekim mole (21,1%). Kako je vidljivo iz ovih rezultata najmanje istaknute duhovne potrebe uglavnom su vezane uz određena privatna pitanja i neka vjerska pitanja.

U nastavku smo pomoću t-testa analizirali čestice duhovnih potreba s obzirom na dvije skupine pacijenata, odnosno dvije skupine ispitanika s bubrežnim i s mišićno-koštanim

bolestima. Od ukupno dvadeset i sedam čestica na njih pet nije dobivena statistički značajna razlika u tom smislu.

Tablica 25. Čestice duhovnih potreba s obzirom na dvije skupine pacijenata.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti		df	t*
	\bar{X}	s	\bar{X}	s		
S nekim razgovarati o vašim strahovima i brigama	1,4315	0,699	1,6863	0,825	491,881	-3,740
Da netko iz vaše vjerske zajednice (svećenik) brine za vas	1,1935	0,557	1,2667	0,657	491,821	-1,437**
Osvrnuti se na svoj dosadašnji život	1,6694	0,812	1,8549	0,840	501	-2,516
Pojasniti neriješene stvari u svom životu	1,5282	0,843	1,7412	0,866	501	-2,791
Uroniti u ljepotu prirode	1,9073	1,035	2,3922	1,069	501	-5,163
Biti na nekom mjestu mira i tišine	2,0243	1,031	2,4370	1,022	499	-4,497
Moći naći unutarnji mir	1,9474	1,020	2,2953	1,015	499	-3,824
Naći smisao u bolesti i poteškoćama	1,8219	0,946	2,0588	0,972	500	-2,766
S nekim razgovarati o smislu života	1,6559	0,892	1,8196	0,959	500	-1,979
S nekim razgovarati o životu nakon smrti	1,4274	0,791	1,5961	0,868	498,928	-2,278
Nekom se obratiti s puno ljubavi	2,1411	1,033	2,4685	1,012	500	-3,585
Dati nešto svoje nekome	2,1012	1,040	2,4921	1,012	499	-4,261
Nekome pružiti utjehu	2,2186	1,024	2,6196	1,023	500	-4,386
Nekome iz jednog dijela vašeg života moći nešto oprostiti	2,0688	1,047	2,2638	1,039	499	-2,091
Da vama bude oprošteno	1,8664	0,938	2,2362	1,032	496,725	-4,197
S nekim moliti	1,5484	0,842	1,9294	1,013	489,293	-4,591
Da netko moli za vas	1,6089	0,865	2,0118	1,001	501	-4,820
Moliti sam za sebe	1,8710	0,956	2,3255	1,019	501	-5,154
Sudjelovati na nekoj vjerskoj svečanosti	1,7056	0,861	2,2235	1,023	490,969	-6,143
Čitati vjerske knjige/tekstove	1,5709	0,817	1,8863	1,011	484,665	-3,849
Obratiti se nekoj višoj sili (Bog, anđeo, sveci)	1,8980	1,021	2,2627	1,067	498	-3,902
Biti potpuno dobro	2,4919	1,131	2,6784	0,979	486,832	-1,975
Biti povezan s obitelji	2,6694	1,146	2,9725	0,981	484,974	-3,181
Proslijediti dalje vaše životno iskustvo	2,3065	1,084	2,4471	1,032	501	-1,489**
Biti siguran da je vaš dosadašnji život imao smisla i bio dragocjen	2,2984	1,087	2,4706	1,030	501	-1,824**
Biti ponovno uključen od strane vaše obitelji u njihove životne probleme	2,3589	1,150	2,3333	1,087	501	0,256**
Primati više podrške od vaše obitelji	2,2702	1,139	2,3804	1,011	490,526	-1,146**

* $p < 0,001$; ** $p > 0,05$

Za ostale dvadeset i dvije čestice rezultati pokazuju da su ispitanici s mišićno-koštanim bolestima, za razliku od onih s bubrežnim bolestima, skloniji navoditi jaku potrebu u socijalnom i duhovnom smislu.

Na česticama koje obuhvaćaju različite socijalne i duhovne potrebe proveli smo faktorsku analizu pod istim uvjetima kao i u prethodnim slučajevima. Dobivena su četiri faktora, odnosno četiri dimenzije socijalnih i duhovnih potreba, koje smo s obzirom na saturacije

čestica na pojedinom faktoru nazvali : „Vjerske potrebe“, „Obitelj kao smisao života“, „Altruizam“ i „Osvrt na vlastiti život“.⁵

Tablica 26. Matrica varimax faktora. Duhovne potrebe.

	VJERSKE POTREBE	OBITELJ KAO SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
Sudjelovanje na nekoj vjerskoj svečanosti	.774			
Molitva s nekim	.744			
Čitanje vjerskih knjiga	.730			
Molitva nekoga za vas	.725			
Molitva za sebe	.718			
Obraćanje nekoj višoj sili	.682			
Briga nekoga iz vaše vjerske zajednice za vas	.543			
Oprost za vas	.534			
Ponovna uključenost u život vaše obitelji		.843		
Više podrške od obitelji		.784		
Sigurnost da je dosadašnji život imao smisla		.760		
Proslijediti životno iskustvo		.741		
Povezanost s obitelji		.718		
Biti potpuno dobro		.617		
Dati nešto svoje nekome			.737	
Nekome pružiti utjehu			.704	
Uroniti u ljepotu prirode			.695	
Biti na nekom mjestu mira i tišine			.681	
Obratiti se nekome s puno ljubavi			.647	
Oprostiti nekome iz vašeg života			.468	
Pojasniti neriješene stvari u svom životu				.781
Osvrt na dosadašnji život				.702
S nekim razgovarati o vašim strahovima i brigama				.682
S nekim razgovarati o smislu života				.564
S nekim razgovarati o životu poslije smrti				.533

Ekstrahirani faktori tumače 62,98% varijance.

Dobivene dimenzije socijalnih i duhovnih potreba prvo smo analizirali s obzirom na neka od osnovnih obilježja ispitanika, kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, konfesionalna pripadnost, religijska samoidentifikacija i vrsta bolesti ispitanika. Rezultati korelacijske analize pokazuju da su ispitanice skloniji iskazivati jake vjerske potrebe, a ispitanici starije životne dobi skloniji su iskazivati altruizam. Upravo altruizmu skloniji su i ispitanici s višim

⁵ Zbog zadovoljavanja kriterija jednostavne strukture u prvom koraku faktorske analize izostavljene su dvije čestice: „Moći naći unutarnji mir“ i „Naći smisao u bolesti i poteškoćama“.

stupnjem obrazovanja, a iskazivanju vjerskih potreba očekivano su skloniji oni ispitanici koji su se izravno izjasnili kao rimokatolici i kao religiozne osobe.

Tablica 27. Korelacija dimenzija socijalnih i duhovnih potreba i nekih osnovnih obilježja ispitanika.

	VJERSKE POTREBE	OBITELJ KAO SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
Spol	0,144**	-0,105*	0,099*	0,048
Dob	-0,075	-0,027	-0,128**	-0,011
Stupanj obrazovanja	-0,078	0,061	0,120**	0,008
Konfesionalna pripadnost	0,248**	0,105*	0,094*	-0,011
Religijska samoidentifikacija	0,438**	0,109*	0,081	0,048
Dvije skupine bolesti	0,204**	-0,036	0,198**	0,069

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

Vjerskim potrebama i altruizmu skloniji su i ispitanici s mišićno-koštanim bolestima. Uvjetno rečeno, s obzirom na slabu vezu, obitelji kao smislu života skloniji su ispitanici (muški), te oni ispitanici koji su se izravno izjasnili kao rimokatolici i kao religiozne osobe.

2.3. Duhovnost, socijalna podrška i zadovoljstvo životom

2.3.1. Socijalna podrška - osnovne značajke

Kako je naše istraživanje provedeno na ispitanicima koji boluju od neke kronične bolesti jedno od važnih pitanja je i socijalna podrška koju ispitanici imaju u svom životu. U ovom dijelu ukratko analiziramo koliko su ispitanici zadovoljni različitim aspektima te podrške. Osim pregleda osnovnih rezultata ukratko analiziramo i osnovne značajke iskazanog (ne)zadovoljstva.

Rezultati na osnovnoj razini pokazuju da su ispitanici najviše zadovoljni podrškom obitelji i prijatelja. Također, ističe se i visoko zadovoljstvo odnosa s partnerom, u smislu povezanosti i podrške. Nešto niži rezultati su u smislu zadovoljstva timskom podrškom koja je vezana uz profesionalne i kolegijalne odnose pri mjestu zaposlenja. To je i očekivano s obzirom da dio ispitanika više nije unutar radno aktivnog stanovništva već je u mirovini.

Tablica 28. Zadovoljstvo različitim aspektima socijalne podrške.

%	Nezadovoljni	Niti zadovoljni niti nezadovoljni	Zadovoljni	Bez odgovora
Podrškom partnera	14,0	17,9	60,4	7,7
Podrškom obitelji	6,7	15,0	76,0	2,4
Podrškom prijatelja	7,3	20,1	70,1	2,6
Povezanošću sa svojim partnerom	14,2	16,3	61,6	7,9
Podrškom kolega na poslu	15,9	16,1	41,7	26,2
Podrškom nadređenih	16,3	15,7	40,7	27,2
Zahvalnost kolega na poslu	15,6	17,1	40,4	27,0
Zahvalnosti nadređenih	17,7	18,9	36,2	27,2
Solidarnosti u timu	15,6	19,3	38,2	27,0

Rezultati navedenog zadovoljstva socijalnom podrškom prema dvije skupine ispitanika podijeljenih po tipu bolesti pokazuju da ispitanici s bubrežnim bolestima imaju nešto višu razinu zadovoljstva socijalnom podrškom na gotovo svim ispitivanim česticama.

Tablica 29. Socijalna podrška prema uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika (%).

	Bubrežne bolesti			Mišićno-koštane bolesti		
	Nezadovoljni	Niti zadovoljni niti nezadovoljni	Zadovoljni	Nezadovoljni	Niti zadovoljni niti nezadovoljni	Zadovoljni
Podrškom partnera	12,3	19,4	66,8	15,7	16,5	54,1
Podrškom obitelji	7,5	13,4	77,5	5,9	16,5	74,5
Podrškom prijatelja	9,5	18,2	70,8	5,1	22,0	69,4
Povezanošću sa svojim partnerom	14,2	16,6	67,6	14,1	16,1	55,7
Podrškom kolega na poslu	23,7	12,6	45,1	8,2	19,6	38,4
Podrškom nadređenih	22,1	14,2	44,3	10,6	17,3	37,3
Zahvalnost kolega na poslu	22,5	15,0	43,1	8,6	19,2	37,6
Zahvalnosti nadređenih	22,5	19,8	38,3	12,9	18,0	34,1
Solidarnosti u timu	23,3	22,1	35,2	7,8	16,5	41,2

Jedino na zadnjom čestici (solidarnost u timu) navedeno zadovoljstvo socijalnom podrškom više je kod ispitanika s mišićno-koštanim bolestima.

Nadalje, i ovdje smo proveli faktorsku analizu (komponentni model, varimax rotacija uz GK kriterij). Dobivena su dva faktora koja smo, s obzirom na saturacije čestica na pojedinom faktoru, nazvali: „Timska podrška“ i „Socijalna podrška“.

Tablica 30. Struktura varimax faktora. Dimenzije socijalne podrške.

	TIMSKA PODRŠKA	SOCIJALNA PODRŠKA
Podrška nadređenih	.942	
Zahvalnost nadređenih	.941	
Zahvalnost kolega na poslu	.938	
Podrškom kolega na poslu	.938	
Solidarnost u timu	.892	
Povezanost s partnerom		.857
Podrška partnera		.845
Podrška obitelji		.817
Podrška prijatelja		.798

Ekstrahirani faktori tumače 82,21% varijance.

Također, u nastavku smo dobivene faktore analizirali s obzirom na neka osnovna obilježja ispitanika. Rezultati korelacijske analize pokazuju tek dvije statistički značajne

povezanosti. Ispitanici mlađe životne dobi i oni s višim stupnjem obrazovanja skloniji su zadovoljstvu timskom podrškom.

Tablica 31. Korelacija faktora socijalne podrške i nekih osnovnih obilježja ispitanika.

	TIMSKA PODRŠKA	SOCIJALNA PODRŠKA
Spol	-0,003	-0,085
Dob	0,176**	-0,001
Stupanj obrazovanja	0,209**	0,080
Konfesionalna pripadnost	0,022	0,070
Religijska samoidentifikacija	0,057	0,058
Dvije skupine bolesti	0,001	0,001

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

2.3.2. Zadovoljstvo životom - osnovne značajke

Tehnološki napredak promijenio je fokus medicine s brižnog modela usmjerenog na usluge na tehnološki model usmjeren na liječenje. Tehnologija je dovela do odličnog napretka u medicini, produljenje života. Posljednjih nekoliko desetljeća nastoji se uravnotežiti skrb za bolesne ljude približavanjem duhovnim korijenima medicine, uvažavajući da je do modernog doba duhovnost često bila povezana sa zdravstvenom skrbi. Duhovna ili suosjećajna skrb uključuje služenje cijeloj osobi: fizičkoj, emocionalnoj, društvenoj i duhovnoj (Puchalski, 2001).

Rachel Naomi Remen, opisala: *pomaganje, popravljavanje i služenje predstavljaju tri različita načina gledanja na život. Kada pomažete, vidite život kao slab. Kad popraviš, vidiš život kao pokvaren. Kada služite, vidite život kao cjelinu. Popravljavanje i pomaganje može biti djelo ega, a služenje djelo duše* (Remen 1997;172.).

Kronične bolesti i bolesti opasne po život, suočavaju bolesnika s pitanjem smisla i svrhe života. U takvim trenucima potrebe bolesnika su oslanjanje na vanjske izvore pomoći, tj. liječnike, alternativne informacije i pomoć, ali i Božju pomoć (Büssing, 2008).

Studije su pokazale da duhovnost/religioznost može biti izvor na koji se treba osloniti (Büssing, 2009). Sve veći broj objavljenih studija ispituje vezu između duhovnosti/religioznosti, zdravlja i kvalitete života te njezinog potencijala da spriječi, izliječi ili se nosi s bolešću (Puchalski, 2009; Thune-Boyle, 2006).

Istraživanja koji ukazuju da visoka subjektivna dobrobit (kao što je zadovoljstvo životom, odsutnost negativnih emocija, optimizam i pozitivne emocije) uzrokuje bolje zdravlje

i dugovječnost. Na primjer, prospektivne longitudinalne studije normalne populacije pružaju dokaze da različite vrste subjektivnoga blagostanja, kao što je pozitivan utjecaj, predviđaju zdravlje i dugovječnost tako što se kontrolira zdravstveni i socioekonomski status na početku (Diener, 2013).

Postupna regresijska analiza pokazala je da se zadovoljstvo životom može predvidjeti odsutnošću depresije, ali i svjesnim nastojanjem oko stjecanja zadovoljstva u životu (Büssing, 2009).

U istraživanju smo ispitivali zadovoljstvo ispitanika različitim aspektima njihovog života. Rezultati pokazuju da ispitanici najviše zadovoljstva navode svojim mjestom stanovanja, svojim prijateljstvima, zatim zadovoljstvo samim sobom, te obiteljskim životom i općenito cjelokupnim životom. Relativno najniže zadovoljstvo ispitanici navode u vezi sa svojim zdravstvenim stanjem i svojom vitalnošću, što je i očekivano.

Tablica 32. Zadovoljstvo različitim aspektima života.

%	Nezadovoljni	Niti zadovoljni niti nezadovoljni	Zadovoljni	Bez odgovora
Obiteljskim životom	6,7	18,9	72,8	1,6
Prijateljstvima	5,9	18,9	73,8	1,4
Situacijom na radnom mjestu, školi	11,0	25,6	58,3	5,1
Sobom	5,7	18,9	73,2	2,2
Mjestom stanovanja	4,9	12,6	80,9	1,6
Cjelokupnim životom	7,3	20,1	71,3	1,4
Financijskom situacijom	14,2	24,4	60,2	1,2
Budućnosti	16,7	30,3	51,6	1,4
Zdravstvenim stanjem	26,0	32,9	39,2	2,0
Sposobnosti da se nosim sa svakodnevicom	12,0	28,0	57,7	2,4
Svojom vitalnošću	19,1	32,1	46,7	2,2

Rezultati na ovom pitanju zadovoljstva različitim aspektima života prema dvije skupine ispitanika podijeljenih prema tipu bolesti uglavnom ne pokazuju bitnije razlike. Ispitanici s bubrežnim bolestima navode, za razliku od ispitanika s mišićno-koštanim bolestima, nešto veće zadovoljstvo situacijom na radnom mjestu i financijskom situacijom, što je i očekivano jer je riječ o nešto mlađem dijelu uzorka. Ispitanici s mišićno-koštanim bolestima nešto veće zadovoljstvo navode za mjesto stanovanja i sposobnost za nosit se sa svakodnevicom.

Tablica 33. Zadovoljstvo različitim aspektima života prema uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika (%).

	Bubrežne bolesti			Mišićno-koštane bolesti		
	Nezadovoljni	Niti zadovoljni niti nezadovoljni	Zadovoljni	Nezadovoljni	Niti zadovoljni niti nezadovoljni	Zadovoljni
Obiteljskim životom	7,5	17,4	74,3	5,9	20,4	71,4
Prijateljstvima	7,9	17,8	73,5	3,9	20,0	74,1
Situacijom na radnom mjestu, školi	11,1	27,3	60,9	11,0	23,9	55,7
Sobom	6,3	20,2	72,7	5,1	17,6	73,7
Mjestom stanovanja	6,7	13,8	78,7	3,1	11,4	83,1
Cjelokupnim životom	9,9	18,6	70,8	4,7	21,6	71,8
Financijskom situacijom	14,6	19,8	64,8	13,7	29,0	55,7
Budućnosti	20,6	24,9	53,8	12,9	35,7	49,4
Zdravstvenim stanjem	30,8	30,0	37,5	21,2	35,7	40,8
Sposobnosti da se nosim sa svakodnevnicom	14,2	28,9	55,3	9,8	27,1	60,0
Svojom vitalnošću	19,8	33,2	45,5	18,4	31,0	47,8

Također, i ovdje smo proveli faktorsku analizu (komponentni model, varimax rotacija uz GK kriterij). Dobivena su dva faktora koja smo, s obzirom na saturacije čestica na pojedinom faktoru, nazvali: „Zadovoljstvo s obitelji i sobom“ i „Zadovoljstvo zdravljem“.

Tablica 34. Struktura varimax faktora. Zadovoljstvo životom.

	ZADOVOLJSTVO S OBITELJI I SOBOM	ZADOVOLJSTVO ZDRAVLJEM
Obiteljskim životom	.789	
Mjestom stanovanja	.780	
Prijateljstvima	.754	
Sobom	.730	
Cjelokupnim životom	.710	
Situacijom na radnom mjestu, školi	.598	
Svojom vitalnošću		.856
Zdravstvenim stanjem		.823
Sposobnosti da se nosim sa svakodnevnicom		.779

Ekstrahirani faktori tumače 64,35% varijance.

Korelacija faktora „zadovoljstvo životom“ i nekih osnovnih obilježja ispitanika pokazuje tek nekoliko statistički značajnih veza. Ispitanici mlađe životne dobi i ispitanici s višim stupnjem obrazovanja skloniji su „zadovoljstvu zdravljem“, a ispitanici koji se smatraju rimokatolicima skloniji su „zadovoljstvu s obitelji i sa samim sobom“.

Tablica 35. Korelacija faktora zadovoljstvo životom i nekih osnovnih obilježja ispitanika.

	ZADOVOLJSTVO S OBITELJI I SOBOM	ZADOVOLJSTVO ZDRAVLJEM
Spol	-0,063	0,057
Dob	-0,061	0,170**
Stupanj obrazovanja	0,095*	0,203**
Konfesionalna pripadnost	0,141**	-0,042
Religijska samoidentifikacija	0,059	0,045
Dvije skupine bolesti	0,016	0,061

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

2.3.3. Povezanost duhovnosti, socijalne podrške i zadovoljstva životom

Nakon što smo prikazali i kratko analizirali elemente socijalne podrške i zadovoljstva različitim aspektima života kod naših ispitanika u ovom dijelu disertacija analiziramo povezanost dimenzija duhovnosti sa socijalnom podrškom i zadovoljstvom životom.

Načinjena je korelacijska analiza (bivarijatna korelacija, Pearsonov koeficijent) između čestica socijalne podrške i zadovoljstva životom s dobivenim dimenzijama duhovnosti (idealno za duhovno zdravlje) i to prema dvije skupine ispitanika. Rezultati pokazuju da je dimenzija „važnosti Boga“ kod ispitanika s bubrežnim bolestima povezana sa zadovoljstvom cjelokupnim životom, financijskom situacijom i budućnošću, dok kod ispitanika s mišićno-koštanim bolestima nije dobivena niti jedna statistički značajna povezanost. Dakle, oni ispitanici s bubrežnim bolestima koji su zadovoljni svojim cjelokupnim životom, svojom financijskom situacijom i budućnosti općenito skloniji su i „važnosti Boga“ u smislu idealnog za duhovno zdravlje.

Tablica 36. Korelacija dimenzija duhovnosti (**idealno za duhovno zdravlje**) i socijalne podrške i zadovoljstva životom prema dvije skupine ispitanika.

Zadovoljstvo s/sa...	VAŽNOST BOGA		ODNOS S DRUGIMA		POVEZANOST S PRIRODOM	
	KBB	MKB	KBB	MKB	KBB	MKB
Obiteljskim životom	0,154*	0,040	0,151*	0,218**	0,157*	-0,113
Prijateljstvima	0,079	0,041	0,225**	0,241**	0,081	-0,033
Situacijom na radnom mjestu, školi	0,041	0,055	0,098	0,130*	0,006	-0,113
Sobom	0,043	0,016	0,107	0,215**	0,123	0,029
Mjestom stanovanja	-0,007	0,066	0,107	0,090	0,103	-0,001
Cjelokupnim životom	0,135*	0,067	0,115	0,149*	0,095	-0,037
Financijskom situacijom	0,186**	0,068	-0,008	0,120	0,028	0,064
Budućnosti	0,175**	0,045	0,106	0,215**	0,042	0,068
Zdravstvenim stanjem	0,152*	-0,014	0,136*	0,146*	-0,043	0,125
Sposobnosti da se nosim sa svakodnevicom	0,036	0,026	0,253**	0,315**	0,062	0,138*
Svojom Vitalnošću	0,013	0,043	0,046	0,205**	0,075	0,203**
Podrškom partnera	0,100	0,013	0,120	0,123	0,216**	-0,057
Podrškom obitelji	0,046	0,005	0,190**	0,188**	0,103	-0,059
Podrškom prijatelja	0,024	0,100	0,156*	0,169**	0,079	-0,065
Povezanošću sa svojim partnerom	0,072	0,006	0,111	0,119	0,181**	-0,042
Podrškom kolega na poslu	0,116	0,022	0,132	0,287**	0,028	-0,091
Podrškom nadređenih	0,066	-0,009	0,091	0,344**	0,008	-0,060
Zahvalnost kolega na poslu	0,166*	0,055	0,127	0,356**	0,001	-0,080
Zahvalnosti nadređenih	0,111	0,013	0,059	0,343**	0,054	-0,101
Solidarnosti u timu	0,116	-0,034	0,087	0,325**	0,118	-0,030

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

U korelaciji dimenzija duhovnosti (**idealno za duhovno zdravlje**) i čestica socijalne podrške i zadovoljstva životom prema dvije skupine ispitanika, dimenzija „odnosa s drugima“ kod ispitanika s KBB pozitivno je povezana sa zadovoljstvom prijateljstvima, sposobnošću nošenja sa svakodnevicom i podrškom obitelji, a kod ispitanika s MKB pozitivno je povezana sa zadovoljstvom obiteljskim životom, prijateljstvima, zadovoljstvom samim sobom, sposobnošću nošenja sa svakodnevicom, zadovoljstvom s budućnosti, te zadovoljstvom svojom vitalnošću, podrškom obitelji i prijatelja, te različitim oblicima podrške

na poslu. Dimenzija „povezanosti s prirodom“ u smislu idealnog za duhovno zdravlje kod ispitanika s KBB pozitivno je povezana sa zadovoljstvom podrškom partnera i povezanošću s partnerom, a kod ispitanika s MKB pozitivno je povezana sa zadovoljstvom vlastitom vitalnošću.

Nadalje, rezultati korelacijske analize dimenzija duhovnosti u smislu osobnog osjećaja duhovnosti i čestica socijalne podrške i zadovoljstva životom pokazuju da je dimenzija „važnosti Boga“ pozitivno povezana sa zadovoljstvom obiteljskim životom, zadovoljstvom cjelokupnim životom, financijskom situacijom, budućnošću i zadovoljstvom zdravstvenim stanjem. Kod ispitanika s MKB nije dobivena statistički značajna korelacija po tom pitanju. Dimenzija „povezanost s prirodom“ kod ispitanika s KBB pozitivno je povezana sa zadovoljstvom obiteljskim životom, samim sobom, cjelokupnim životom, te podrškom partnera, podrškom obitelji, podrškom prijatelja i povezanošću s partnerom. Kod ispitanika s mišićno koštanim bolestima ova je dimenzija duhovnosti pozitivno povezana sa zadovoljstvom sposobnosti nošenja sa svakodnevicom i zadovoljstvom vlastitom vitalnošću. I na kraju, rezultati pokazuju da je dimenzija „odnosa s drugima“ kod ispitanika s bubrežnim bolestima pozitivno povezana sa zadovoljstvom obiteljskim životom, prijateljstvima, samim sobom, mjestom stanovanja, cjelokupnim životom i sposobnošću nošenja sa svakodnevicom. Kod ispitanika s mišićno-koštanim bolestima ova je dimenzija duhovnosti u smislu osobnog osjećaja pozitivno povezana s većinom čestica koje obuhvaćaju socijalnu podršku i zadovoljstvo različitim aspektima života.

Tablica 37. Korelacija dimenzija duhovnosti (**osobni osjećaj duhovnosti**) i socijalne podrške i zadovoljstva životom.

Zadovoljstvo s/sa...	VAŽNOST BOGA		POVEZANOST S PRIRODOM		ODNOS DRUGIMA S	
	KBB	MKB	KBB	MKB	KBB	MKB
Obiteljskim životom	0,199**	0,051	0,205**	-0,024	0,216**	0,195**
Prijateljstvima	0,101	0,089	0,153*	0,051	0,249**	0,243**
Situacijom na radnom mjestu, školi	0,121	0,002	0,072	-0,071	0,132*	0,143*
Sobom	0,142*	0,006	0,200**	0,086	0,188**	0,229**
Mjestom stanovanja	0,093	0,067	0,158*	0,054	0,198**	0,091
Cjelokupnim životom	0,220**	0,080	0,168**	0,079	0,196**	0,162*
Financijskom situacijom	0,226**	0,087	0,084	0,085	-0,014	0,080
Budućnosti	0,224**	0,098	0,135*	0,061	0,122	0,181**
Zdravstvenim stanjem	0,241**	0,075	0,089	0,142*	0,052	0,113
Sposobnosti da se nosim sa svakodnevicom	0,092	0,004	0,151*	0,171**	0,284**	0,328**
Svojom vitalnošću	0,087	0,099	0,165*	0,175**	0,110	0,269**
Podrškom partnera	0,092	0,081	0,231**	-0,023	0,106	0,118
Podrškom obitelji	0,139*	0,013	0,233**	-0,037	0,165*	0,198**
Podrškom prijatelja	0,059	0,053	0,182**	-0,003	0,136*	0,170**
Povezanošću sa svojim partnerom	0,061	0,094	0,214**	-0,015	0,133*	0,185**
Podrškom kolega na poslu	0,124	-0,004	0,054	-0,066	0,139	0,268**
Podrškom nadređenih	0,090	-0,051	0,022	-0,034	0,121	0,318**
Zahvalnost kolega na poslu	0,181*	0,080	0,060	-0,015	0,121	0,363**
Zahvalnosti nadređenih	0,142*	0,017	0,073	-0,030	0,103	0,357**
Solidarnosti u timu	0,085	-0,025	0,084	0,018	0,156*	0,314**

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

Rezultati korelacijske analize faktora „idealno za duhovno zdravlje“ i faktora socijalne podrške i zadovoljstva životom pokazuju statistički značajnu povezanost samo s jednom dimenzijom duhovnosti i to onom koju smo nazvali „Odnos prema drugima“.

Tablica 38. Korelacija faktora „idealno za duhovno zdravlje“ i faktora socijalne podrške i zadovoljstva životom.

	VAŽNOST BOGA	ODNOS PREMA DRUGIMA	POVEZANOST S PRIRODOM
TIMSKA PODRŠKA	0,074	0,187**	-0,020
SOCIJALNA PODRŠKA	0,004	0,136*	0,050
ZADOVOLJSTVO S OBITELJI I SOBOM	0,067	0,153**	0,006
ZADOVOLJSTVO ZDRAVLJEM	0,053	0,170**	0,106*

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

Dakle, oni ispitanici koji su skloniji smatrati kako je usmjerenost prema drugima nešto što je idealno za razvoj duhovnog zdravlja, skloniji su i navesti zadovoljstvo timskom i socijalnom podrškom u svome životu, te zadovoljstvo svojom obitelji, svojim zdravljem i samim sobom. Osim toga, dobivena je i jedna povezanost, iako vrlo slaba i na granici značajnosti, između sklonosti ispitanika da idealno za razvoj duhovnog zdravlja promatraju u povezanosti s prirodom i sklonosti zadovoljstvu vlastitim zdravljem.

Nadalje, rezultati korelacijske analize između faktora „osobni osjećaj duhovnosti“ i faktora socijalne podrške i zadovoljstva životom pokazuju slične povezanosti kao i u prethodnom slučaju, no ipak i uz određene manje razlike. Naime, i ovdje je, iako uz nešto jaču vezu, dobivena statistički značajna povezanost između dimenzije duhovnosti koju smo nazvali „Odnos prema drugima“ i faktora socijalne podrške i zadovoljstva životom. Dakle, ispitanici koji svoj vlastiti osjećaj duhovnosti vežu uz odnos prema drugima skloniji su navesti zadovoljstvo timskom i socijalnom podrškom u svom životu te zadovoljstvo sa samim sobom, obitelji i svojim zdravljem. Manje razlike u odnosu na prethodnu analizu odnose se na statistički značajnu povezanost između dimenzije osobnog osjećaja duhovnosti koju smo nazvali „povezanost s prirodom“ i zadovoljstva zdravljem, koja je ovdje nešto jača, kao i na, iako slabu, povezanost između te dimenzije duhovnosti i zadovoljstva socijalnom podrškom.

Tablica 39. Korelacija faktora “osobni osjećaj duhovnosti” i faktora socijalne podrške i zadovoljstva životom.

	VAŽNOST BOGA	POVEZANOST S PRIRODOM	ODNOS PREMA DRUGIMA
TIMSKA PODRŠKA	0,057	0,003	0,207**
SOCIJALNA PODRŠKA	0,064	0,111*	0,134**
ZADOVOLJSTVO S OBITELJI I SOBOM	0,089	0,087	0,215**
ZADOVOLJSTVO ZDRAVLJEM	0,100*	0,151**	0,157**

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

Ispitanici koji svoj vlastiti osjećaj duhovnosti shvaćaju kroz povezanost s prirodom skloniji su navesti zadovoljstvo vlastitim zdravljem, te, uvjetno zbog slabe veze, i zadovoljstvo socijalnom podrškom.

Treći dio duhovnosti u našem istraživanju čine duhovne potrebe. Dobivene dimenzije socijalnih i duhovnih potreba povezali smo s česticama socijalne podrške i zadovoljstva različitim aspektima života. Rezultati pokazuju da u većini ispitivanih slučajeva ispitanici koji su zadovoljni različitim aspektima svog života skloniji socijalnim potrebama u smislu obitelji kao smisla života. Također, rezultati jasno pokazuju da su u većini ispitivanih slučajeva

ispitanici koji nisu zadovoljni s različitim aspektima svog života skloniji potrebama osvrta na vlastiti život.

Tablica 40. Korelacija dimenzija socijalnih i duhovnih potreba i socijalne podrške i zadovoljstva životom.

Zadovoljstvo s/sa...	VJERSKE POTREBE	OBITELJ KAO SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
Obiteljskim životom	0,050	0,155**	0,009	-0,151**
Prijateljstvima	0,040	0,165**	0,019	-0,136**
Situacijom na radnom mjestu, školi	0,079	0,160**	-0,062	-0,167**
Sobom	-0,007	0,152**	0,027	-0,163**
Mjestom stanovanja	0,020	0,183**	0,033	-0,110*
Cjelokupnim životom	-0,008	0,245**	0,062	-0,167**
Financijskom situacijom	0,054	0,179**	-0,069	-0,142**
Budućnosti	0,091*	0,208**	-0,061	-0,168**
Zdravstvenim stanjem	0,080	0,143**	-0,106*	-0,087
Sposobnosti da se nosim sa svakodnevicom	0,001	0,129**	0,082	-0,122**
Svojom Vitalnošću	0,014	0,099*	-0,048	-0,130**
Podrškom partnera	0,018	0,045	0,028	-0,105*
Podrškom obitelji	-0,015	0,142**	0,061	-0,140**
Podrškom prijatelja	0,066	0,104*	0,031	-0,135**
Povezanošću sa svojim partnerom	0,045	0,083	0,033	-0,104*
Podrškom kolega na poslu	0,073	0,153**	-0,023	-0,009
Podrškom nadređenih	0,090	0,109*	-0,075	-0,046
Zahvalnost kolega na poslu	0,125*	0,124*	-0,034	-0,036
Zahvalnosti nadređenih	0,116*	0,081	-0,058	-0,105*
Solidarnosti u timu	0,148**	-0,068	0,032	0,046

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

Nadalje, rezultati korelacijske analize faktora „duhovne potrebe“ i faktora socijalne podrške i zadovoljstva životom pokazuju tek nekoliko statistički značajnih veza.

Tablica 41. Korelacija faktora “duhovne potrebe” i faktora socijalne podrške i zadovoljstva životom.

	VJERSKE POTREBE	OBITELJ KAO SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
TIMSKA PODRŠKA	0,100	0,071	-0,083	-0,002
SOCIJALNA PODRŠKA	-0,027	0,074	0,068	-0,186**
ZADOVOLJSTVO S OBITELJI I SOBOM	0,011	0,194**	0,048	-0,187**
ZADOVOLJSTVO ZDRAVLJEM	0,027	0,090	-0,041	-0,093*

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

Pozitivna korelacija dobivena je između faktora duhovnih potreba „obitelj kao smisao života“ i faktora „zadovoljstvo s obitelji i sobom“. Ispitanici skloni u obitelji tražiti smisao svog života, očekivano, skloniji su i navesti zadovoljstvo s obitelji i sa samim sobom. Negativna korelacija dobivena je između faktora duhovnih potreba koji smo nazvali „Osvrt na vlastiti život“ i faktora „socijalne podrške“ i „zadovoljstva s obitelji i sobom“. Ispitanici skloniji osvrtnu na vlastiti život u smislu duhovnih potreba sklonij su i navoditi nezadovoljstvo socijalnom podrškom te svojom obitelji i samim sobom.

Na kraju ovoga dijela podsjećamo da smo u prve dvije radne hipoteze pretpostavili pozitivnu povezanost između duhovnosti i socijalne podrške i zadovoljstva životom kod bolesnika koji imaju kronične bolesti. Kako je vidljivo iz prethodne analize dobiveni rezultati ne potvrđuju naše hipoteze. Dimenzije socijalne podrške i zadovoljstva životom pozitivno su povezane samo s jednom dimenzijom duhovnosti unutar područja koje smo nazvali „idealno za duhovno zdravlje“ i „osobni osjećaj duhovnosti“, a to je socijalna dimenzija duhovnosti („Odnos prema drugima“). Povezanost između dimenzija socijalne podrške i zadovoljstva životom i ostalih dimenzija duhovnosti u tom smislu nije dobivena, osim u slučaju slabe veze između „zadovoljstva zdravljem“ i „povezanošću s prirodom“. Također nije dobivena pretpostavljena pozitivna veza između dimenzije duhovnosti koju smo nazvali „duhovne potrebe“ i socijalne podrške i zadovoljstva životom. Upravo suprotno, dobivena je negativna povezanost između dimenzije duhovnih potreba koju smo nazvali „Osvrt na vlastiti život“ i dijela dimenzija socijalne podrške i zadovoljstva životom.

2.4. Duhovnost, životni stilovi i korištenje lijekova

2.4.1. Životni stilovi i osnovne značajke ispitanika

Kada se nastoji govoriti o utjecaju duhovnosti na stil života, moramo pokušati duhovnost staviti u kontekst življenja i stečenih navika. Iz istraživanja religije i zdravlja vidljivo je da religiozni ljudi u prosjeku žive dulje i do sedam godina (Ančić, 2013;39).

U ovom dijelu prvo analiziramo različite aspekte životnih stilova i aktivnosti u svakodnevnom životu kao što su pušenje i konzumiranje alkohola, rekreacija i fizičke aktivnosti, te samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Stope pušenja u Hrvatskoj među najvišima su u EU-u (OECD, 2021). Pušenje duhana u Hrvatskoj ozbiljan je javnozdravstveni problem i za odrasle i za adolescente. Neznatan napredak postignut je u smanjenju stopa pušenja, a uzrok su tome općenito popustljive politike protiv pušenja. Više od petine (22 %) odraslih stanovnika Hrvatske 2019. godine je navelo da puši svakodnevno, a taj je udio viši od prosjeka EU-a, koji iznosi 17%. Prevalencija pušenja u žena relativno je visoka jer je 2019. svaka peta žena navela da puši svakodnevno. To je treća po visini stopa pušenja među ženama u EU-u (jednaka kao u Grčkoj), iako redovito puši više muškaraca (26 %) (OECD, 2021).

Prema istraživanju provedenom 2019. godine Europska zdravstvena anketa – EHIS u RH na ispitanicima u dobi od 15 godina na više, uzorak je temeljen na bazi podataka popisa stanovništva 2011. godine dobiveni podaci ukazuju na upotrebu duhana u većim razmjerima. Podaci ukazuju da 22,1% stanovnika svakodnevno puši i to 25,6% muškaraca i 19,5% žena. Povremeno puši 3,6% stanovnika, dok 74,3% stanovnika ne puši.

Tablica 42. Da li pušite?

	N=508	%
Ne puše	383	75,4
Do jedne kutije dnevno	95	18,7
Više od jedne kutije dnevno	30	5,9

S obzirom na neke životne navike i stil života tri četvrtine ispitanika (383; 75,4%) navelo je da ne puši, njih 95 ili 18,7% puši do jedne kutije cigareta dnevno, a 30 odnosno 5,9% puši i više.

Uzimajući u obzir zdravstveno stanje ispitanika, očekivano je da puši manje od Hrvatskog prosjeka od 21%, što je i vidljivo iz rezultata istraživanja.

Ukoliko pogledamo pušenje prema dvije skupine bolesti onda rezultati jasno pokazuju da više puše ispitanici s bubrežnim bolestima. Oko 12% ih puši više od jedne kutije dnevno dok među ispitanicima s mišićno-koštanim bolestima takvih i nema.

Tablica 43. Pušenje, prema dvije skupine bolesti (%).

	Bubrežne bolesti	Mišićno-koštane bolesti
Ne puše	71,1	79,6
Do jedne kutije dnevno	17,0	20,4
Više od jedne kutije dnevno	11,9	-

Rezultati korelacijske analize pušenja i nekih osnovnih obilježja ispitanika pokazuju da su pušenju skloniji muškarci, oni mlađe životne dobi, ispitanici koji se ne smatraju religioznim osobama i oni ispitanici s bubrežnim bolestima.

Tablica 44. Korelacija pušenja i nekih osnovnih obilježja ispitanika.

	Pušenje
Spol	-0,154**
Dob	0,160**
Stupanj obrazovanja	-0,036
Konfesionalna pripadnost	-0,036
Religijska samoidentifikacija	-0,118**
Dvije skupine bolesti	-0,177**

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

Nakon pušenja drugo pitanje vezano uz stil života i navike je pitanje konzumacije alkohola. Prema podacima iz Europske zdravstvene ankete – EHIS, alkohol svakodnevno pije 10,2% stanovnika u Europi minimalno jednom tjedno 17,9%, a manje od jednom tjedno 21,0%, dok polovica stanovnika (50,9%) rijetko ili nikad ne pije alkoholna pića. Muškarci češće piju alkohol u odnosu na žene.

Od odraslih osoba, njih je 16,6 % navelo da je 2019. namjerno prekomjerno pilo najmanje jedanput mjesečno, što je ne znatno ispod prosjeka EU-a (18,5 %). Kao i kod mnogih drugih čimbenika rizika, razlika između muškaraca i žena iznimno je izražena (25 % za muškarce i 10 % za žene). Ukupna konzumacija alkohola po odrasloj osobi u Hrvatskoj se u razdoblju od 2010. do 2019. smanjila za oko 10 % te se izjednačila s prosjekom EU-a za 2019 (OECD, 2021).

Na pitanje konzumiranja alkohola oko 49% ispitanika navodi da konzumira jednu čašu nekog alkohola dnevno, a 40% ih uopće ne konzumira alkohol. Oko 11% ispitanika konzumira više od jedne čaše alkohola dnevno.

Tablica 45. Konzumirate li alkohol?

	N	%
Ne konzumiraju alkohol	203	40,0
Jedna čaša dnevno	248	48,8
Više od jedne čaše dnevno	57	11,2

Rezultati konzumacije alkohola prema dvije skupine podijeljene po tipu bolesti jasno pokazuju da ispitanici s bubrežnim bolestima znatno više konzumiraju alkohol nego ispitanici s mišićno-koštanim bolestima.

Tablica 46. Konzumacija alkohola, prema dvije skupine bolesti (%).

	Bubrežne bolesti	Mišićno-koštane bolesti
Ne konzumiraju alkohol	-	79,6
Jedna čaša dnevno	85,8	12,2
Više od jedne čaše dnevno	14,2	8,2

Rezultati korelacijske analize konzumacije alkohola i nekih osnovnih obilježja ispitanika pokazuju da su konzumaciji alkohola skloniji muški ispitanici, oni koji se ne smatraju religioznim osobama i, kako je vidljivo i iz prethodne tablice, ispitanici s bubrežnim bolestima.

Tablica 47. Korelacija konzumacije alkohola i nekih osnovnih obilježja ispitanika.

	Konzumacija alkohola
Spol	-0,339**
Dob	0,061
Stupanj obrazovanja	-0,010
Konfesionalna pripadnost	-0,113*
Religijska samoidentifikacija	-0,130**
Dvije skupine bolesti	-0,653**

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

Sljedeća pitanja vezana uz stil života ispitanika su pitanja rekreacijskih i fizičkih aktivnosti. Prema istraživanju provedenom 2007. godine u Hrvatskoj 35,8% stanovništva je tjelesno neaktivno. Tjelesna neaktivnost veća je u muškaraca nego u žena (43,7% naspram 30%). S obzirom na prostornu distribuciju, tjelesna neaktivnost je najizraženija u Zagrebu, gdje je neaktivno čak 85,6% muškaraca i 45,2% žena. S druge strane, razina tjelesne neaktivnosti najniža je u južnoj Hrvatskoj kod muškaraca, a u središnjoj Hrvatskoj kod žena (14,8% i 20,8%). U najstarijoj dobnoj skupini (iznad 65 godina) neaktivnost je raspoređena ravnomjernije s razinama višim od 50% u većini regija (ukupno 56,4%). Najaktivnija je skupina srednje dobi (44,1% ih je neaktivno), s razinama nižim od 50% u svim regijama osim Zagreba (Mišigoj Duraković, 2007;254).

Studija je pokazala zabrinjavajuće visoke razine tjelesne neaktivnosti kod uvjetno zdravog stanovništva, osobito stavlja se naglasak na tjelesnu neaktivnost u slobodno vrijeme jer je ona najvažniji pokazatelj nezdravog načina života (Mišigoj Duraković, 2007; 256).

Stoga su podaci dobiveni istraživanjem zabrinjavajući u odnosu na aktivnosti pojedinca, zdravog ili bolesnog. Svjetska zdravstvena organizacija promiče tjelesnu aktivnost u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja te povećanja kvalitete života. Preporučuje aktivnosti za odrasle 150 – 300 minuta aerobne tjelesne aktivnosti umjerenog intenziteta tjedno ili 75 – 150 minuta aerobne tjelesne aktivnosti visokog intenziteta tjedno. Preporuke SZO po pitanju tjelesne aktivnosti preporučuje smanjiti vrijeme provedeno sedentarno ili ležeći (Capak, 2021). Ispitanici koji boluju od kroničnih bolesti u potrebi su provoditi tjelesne aktivnosti, sukladno svojim mogućnostima.

Istraživanje fizičkih i rekreacijskih aktivnosti ispitanika u korelaciji je sa situacijom koja prikazuje tjelesne aktivnosti ljudi u RH, gdje je ona nedovoljno prisutna u svakodnevnom životu. Tako je prevalencija nedovoljne aktivnosti u Hrvatskoj je vrlo slična onoj na globalnoj razini, međutim tome svakako treba dodati podatak od gotovo 60 % stanovnika Hrvatske koji se uopće ne uključuju u vježbanje (Jurakić, 2012; 3).

Dokazano je da redovita tjelesna aktivnost pomaže u prevenciji i liječenju nezaraznih kroničnih bolesti. Pomaže u prevenciji hipertenzije, prekomjerne tjelesne težine i pretilosti te može poboljšati mentalno zdravlje, kvalitetu života i dobrobit (SZO, 2018). Stoga je SZO izdala brošuru Globalni akcijski plan o tjelesnoj aktivnosti 2018. – 2030.: Aktivniji ljudi za zdraviji svijet. Uz vrlo dobro istražene zdravstvene dobrobiti tjelesne aktivnosti sve je veći broj istraživanja koja pokazuju na psihološke, društvene, ekonomske i ekološke dobrobiti tjelesne aktivnosti (Pedišić, 2011).

Sudionici u istraživanju, njih gotovo 27%, imaju višu razinu obrazovanja i to je u skladnosti s prosjekom, mada ispitanici uključeni u istraživanje imaju po pitanju fizičkih i rekreacijskih aktivnosti objektivne poteškoće u provođenju istih. Poželjne su, ali i korisne za njihovo fizičko i duhovno zdravlje aktivnosti koje su u skladu s njihovim mogućnostima.

Na temelju podataka Globalnog promatranja zdravlja u Hrvatskoj je 26,7 % nedovoljno aktivnih odraslih osoba (SZO, 2018). Analiza po spolu i dobi pokazuje da su muškarci tjelesno aktivniji od žena kao i da su mlađe osobe tjelesno aktivnije od starijih osoba (Pedišić, 2012).

Budući da nije propisano što se smatra fizičkom aktivnošću (30 min hoda, trčanja) teško je zaključiti koliko fizička i rekreativna aktivnost utječe na osobu. Ipak dobiveni podaci daju dobre osnove za naprednija ciljana istraživanja, koja će povezati motiviranost i duhovnost u skladniji životni stil. Kada se radi o ispitanicima s kroničnim bubrežnim bolestima, njihove fizičke i rekreacijske aktivnosti su svedene na potrebe svakodnevnog života. Isto tako poznato je da su kronične bolesti povezane sa zadovoljstvom i kvalitetom života, a veći udio ispitanika nije želio odgovoriti; dio njih navodi fizičko ograničenje i nedostatak volje odnosno motivacije za fizičkom ili rekreacijskom aktivnošću.

Malo je provedenih studija procijenilo učinkovitost vježbanja u bolesnika s kroničnom bubrežnom bolešću (KBB) i onih koje su uključivale vrlo selektivne populacije (Howden, 2014). Epidemiološke studije pokazuju da bolesnici s KBB provode tjelesnu aktivnosti do 9 dana/mjesečno, a 43,9% pacijenata na dijalizi izjavilo je da uopće ne vježbaju. Na temelju

svijesti o snažnoj povezanosti sjedilačkog načina života i štetnih kliničkih ishoda, Nacionalna zaklada za bubrege i Kidney Disease: Improving Global Outcomes dali su specifične preporuke za tjelesnu aktivnost u bolesnika s bubrežnom bolešću (Mallamaci, 2020).

Jednako tako u istraživanju su dobiveni rezultati ispitanika s mišićno-koštanim bolestima nije želio odgovoriti na postavljeno pitanje više od polovine ispitanika (57,6%), što je zabrinjavajući podatak. Koji je razlog ne odgovoriti na pitanje bilo bi dobro znati, ali uslijed pandemije to nije bilo moguće saznati direktno od ispitanika.

Kronične mišićno-koštane bolesti među glavnim su zdravstvenim problemima u zapadnom društvu i najčešći uzrok dugotrajnog bolovanja. Svjetska zdravstvena organizacija podržala je ideju djelovanja na MKB proglašivši "Desetljeće kostiju i zglobova 2000.-2010.", tražeći više znanja o epidemiologiji kroničnih mišićno-koštanih bolesti. MKB povezane s nekoliko negativnih determinanti zdravlja, kao što su pušenje, prekomjerna tjelesna težina i nizak socio-ekonomski status (Palmer, 2003.; Hagen, 2005). Tjelesna neaktivnost je, poput kroničnih MKB povezana s npr. većim brojem bolovanja, niskim socio-ekonomskim statusom (Marshall, 2007). Kronična mišićno-koštana bolest (MKB) je veliki zdravstveni problem, koji čini otprilike jednu četvrtinu konzultacija opće prakse u Ujedinjenom Kraljevstvu (UK). Loše pridržavanje tjelovježbe i tjelesne aktivnosti može ograničiti dugoročnu učinkovitost. Intervencije kao što su nadzirana ili individualizirana terapija vježbanjem i tehnike samokontrole mogu poboljšati pridržavanje vježbe (Jordan, 2010).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da se većina ispitanika ne bavi rekreacijskim aktivnostima, a oko trećine ih se bavi.

Tablica 48. Bavite li se rekreacijskim aktivnostima?

	N	%
Ne bave se rekreacijom	338	66,5
Bave se rekreacijom	170	33,5

Osim toga, pitali smo ispitanike i za razloge možebitnog nebavljenja rekreacijskim aktivnostima. Većina od onih koji se ne bave tim aktivnostima u tom smislu navodi fizičko ograničenje, a dio ih navodi i nedostatak volje te nedostatak podrške od svoje okoline.

Tablica 49. Navedeni razlozi neavljenja rekreacijskim aktivnostima.

	N	%
Bez odgovora	180	35,4
Nedostatak volje	75	14,8
Nedostatak društva/podrške	78	15,4
Fizičko ograničenje	171	33,7
Nepoznavanje dostupnih resursa	4	0,8

Rezultati nadalje pokazuju da se ispitanici s mišićno-koštanim bolestima nešto više bave rekreacijskim aktivnostima nego oni s bubrežnim bolestima.

Tablica 50. Bavljenje rekreacijskim aktivnostima.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	180	71,1	158	62,0
Da	73	28,9	97	38,0

Kod razloga neavljenja rekreacijskim aktivnostima oko trećine ispitanika u obje skupine navodi fizička ograničenja. Kod ispitanika s bubrežnim bolestima oko 28% ih u tom smislu navodi i nedostatak volje, a oko 22% ispitanika s mišićno-koštanim bolestima navodi nedostatak podrške kao razlog izostanka rekreacijskih aktivnosti.

Tablica 51. Razlozi neavljenjem rekreacijskim aktivnostima, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Bez odgovora	73	28,9	107	42,0
Nedostatak volje	71	28,1	4	1,6
Nedostatak društva/podrške	21	8,3	57	22,4
Fizičko ograničenje	86	34,0	85	33,3
Nepoznavanje dostupnih resursa	2	0,8	2	0,8

Rezultati korelacijske analize bavljenja rekreacijskim aktivnostima i nekih osnovnih obilježja ispitanika pokazuju tek jednu statistički značajnu povezanost i to između bavljenja rekreacijom i stupnja obrazovanja. Ispitanici s višim stupnjem obrazovanja skloniji su baviti se rekreacijskim aktivnostima.

Tablica 52. Korelacija bavljenja rekreacijskim aktivnostima i nekih osnovnih obilježja ispitanika.

	Bavljenje rekreacijskim aktivnostima
Spol	-0,035
Dob	0,009
Stupanj obrazovanja	0,205**
Konfesionalna pripadnost	-0,021
Religijska samoidentifikacija	0,013
Dvije skupine bolesti	0,097*

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

Slični rezultati prethodnima dobiveni su i na pitanju bavljenja nekim fizičkim aktivnostima. Većina ispitanika navodi kako se time ne bavi, no ipak njih oko 40% navode da se bave nekim fizičkim aktivnostima.

Tablica 53. Bavite li se fizičkim aktivnostima?

	N	%
Ne bave se fizičkim aktivnostima	311	61,2
Bave se fizičkim aktivnostima	197	38,8

Kao najveće razloge nebavljenja fizičkim aktivnostima ispitanici navode fizička ograničenja, te u manjoj mjeri i nedostatak volje i podrške socijalne okoline.

Tablica 54. Razlozi nebavljenja fizičkim aktivnostima.

	N	%
Bez odgovora	214	42,1
Nedostatak volje	71	14,0
Nedostatak društva/podrške	53	10,4
Fizičko ograničenje	165	32,5
Nepoznavanje dostupnih resursa	5	1,0

Rezultati bavljenja nekim fizičkim aktivnostima prema dvije skupine tipa bolesti pokazuju još veću razliku između ispitanika s bubrežnim i onih s mišićno-koštanim bolestima.

Tablica 55. Bavljenje fizičkim aktivnostima.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	187	73,9	124	48,6
Da	66	26,1	131	51,4

Naime, nešto malo više od polovice ispitanika s mišićno-koštanim bolestima navodi kako se bavi nekom fizičkom aktivnošću, dok je takvih među ispitanicima s bubrežnim bolestima oko 26%.

I ovdje unutar obje skupine prevladava fizičko ograničenje kao važan razlog nebavljenja nekom fizičkom aktivnošću. Oko 26% ispitanika s bubrežnim bolestima u tom smislu navodi i nedostatak volje.

Tablica 56. Razlozi neavljenjem fizičkim aktivnostima, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Bez odgovora	67	26,5	147	57,6
Nedostatak volje	67	26,5	4	1,6
Nedostatak društva/podrške	23	9,1	30	11,8
Fizičko ograničenje	95	37,5	70	27,5
Nepoznavanje dostupnih resursa	1	0,4	4	1,6

Korelacijska analiza bavljenja nekim fizičkim aktivnostima i osnovnih obilježja ispitanika nije dala značajnije rezultate. Dobivena je samo jedna statistički značajna povezanost, između tipa bolesti i bavljenja fizičkim aktivnostima. Ispitanici s mišićno-koštanim bolestima skloniji su bavljenju fizičkim aktivnostima.

Tablica 57. Korelacija bavljenja fizičkim aktivnostima i nekih osnovnih obilježja ispitanika.

	Bavljenje fizičkim aktivnostima
Spol	0,039
Dob	0,057
Stupanj obrazovanja	0,099*
Konfesionalna pripadnost	0,004
Religijska samoidentifikacija	0,058
Dvije skupine bolesti	0,259**

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

2.4.2. Korištenje lijekova i osnovne značajke ispitanika

Pravilno pridržavanje uputa svakodnevne primjene lijekova u bolesnika s kroničnim bolestima, predstavlja stalni izazov za sve dionike sustava zdravstva i zdravstvene zaštite. Svi koji sudjeluju u lancu propisivanja, edukacije o uzimanju lijekova, izdavanja i davanja uputa o pravilnom uzimanju uviđaju nepravilnosti u primjeni lijekova od strane bolesnika. Važnost je pridržavanje uputa koje se odnose na «5P» što znači pravi lijek, pravi bolesnik, prava doza, pravo vrijeme, pravi način, što bi značilo kontinuirano uzimanje lijekova tijekom propisanog razdoblja.

Sociolozi su proučavajući odnose sredinom prošlog stoljeća zaključili da liječnik mora za uspješnost liječenja nadzirati odstupanje bolesnika od preporuka koje mu je dao (Braš, 2011).

Uslijed velike financijske potrošnje i nesrazmjera ishoda liječenja potrebno je potaknuti intenziviranje strategije liječenja u smislu adherencije. S obzirom na višestruke negativne implikacije nepridržavanja adherencije, opravdane su učinkovite intervencije za poboljšanje. Može se predložiti nekoliko modaliteta intervencija kako bi se poboljšalo pridržavanje lijekova i mogu se klasificirati u 4 kategorije: obrazovne, bihevioralne, kognitivno bihevioralne i višekomponentne intervencije kao što edukativne intervencije imaju za cilj unaprijediti znanje bolesnika o bolesti, prednostima i mehanizmima djelovanja pravilnog uzimanja lijekova, posljedicama, mogućim nuspojavama liječenja. Intervencije u ponašanju promiču čin uzimanja lijekova i/ili jačaju pridržavanje davanjem poticaja za uzimanje lijekova. Kognitivne bihevioralne intervencije imaju za cilj poboljšati pridržavanje modificiranjem obrazaca razmišljanja bolesnika koji pridonose nepridržavanju, dok također uspostavljaju obrasce ponašanja koji podržavaju pridržavanje korištenjem prethodno navedenih strategija ponašanja. Na temelju motivacijskog intervjua, ove strategije istražuju ambivalentnost između nužnosti i uvjerenja o zabrinutosti (strah od potencijalnih štetnih događaja) kako bi bolesnik shvatio da će uzimanje lijeka poboljšati njegovo zdravlje (Paschal-Ramos, 2009).

Kako bi se dobili podaci o adherenciji u ispitivanoj skupini i njenoj važnosti provedeno je istraživanje na 508 ispitanika, koji su odgovarali na pitanja Morisky skale opisane u radu.

Korištena je nova verzija (2008) Moriskiyeve skale adherencije koja ispituje u detaljima ne samo redovitost nego i pojedinačne postupke na koje je moguće utjecati edukacijom bolesnika potičući ih na razvijanje pozitivnih navika.

Inače, Moriskiyeva skala prvotno se koristila za bolesnike na antihipertenzivnoj terapiji, ali se upitnik vrlo brzo počeo koristiti za procjenu adherencije i kod različitih drugih stanja, a ne samo kod hipertenzije. Tan u svom istraživanju piše kako Morisky skala obuhvaća 4 razloga neadherencije – zaboravljivost, nemar i namjerno nepridržavanje terapije, prestanak korištenja lijekova zbog nuspojava ili prestanak korištenja lijekova zbog poboljšanja simptoma bolesti. Kao i većina drugih metoda, bavi se problemom poddoziranja te se razina adherencije kreće od 0% do 100%, a zanemaruje se mogućnost da neki bolesnici koriste veće doze lijeka od onoga što im je propisano (Tan i sur., 2014).

Na pitanje o uzimanju propisanih lijekova 459 ispitanika ili 90,4% odgovorilo je da uzimaju svoje lijekove redovito. Podsjetimo da se uzimanje lijekova prema uputi liječnika naziva adherencija (SZO,2003). Ovaj rezultat je jako dobar jer se odličnom adherencijom smatra ona koja iznosi 80% i više.

Tablica 58. Redovitost uzimanja lijekova – adherencija.

	N=508	%
Ne	46	9,1
Da	459	90,4
Bez odgovora	3	0,6

Poznato je kako su bolesnici s kroničnim bolestima manje ustrajni u redovitom uzimanju lijekova od onih s akutnim bolestima, jer dugotrajnost uzimanja lijekova smanjuje vjeru u njihovu djelotvornost za izlječenje (Jimmy & Jose 2011).

Neodgovarajuće uzimanje propisanih lijekova, svih oblika propisane terapije, ne doprinosi očekivanim rezultatima u liječenju bolesti. Do očekivanog poboljšanja zdravstvenog stanja pojedinca i povratka u njegovu obitelj, zajednicu, potreban je zajednički napor svih sudionika u procesu liječenja, ozdravljenja ili pak očuvanju zdravlja i sprečavanju komplikacija nastalih bolestima. Istraživanje je provedeno na ispitanicima koji u prosjeku 20-ak i više godina boluju od kroničnih bolesti, koje zahtijevaju odgovorno ponašanje u procesu liječenja, bilo da se radi o remisiji bolesti ili rijetko u ovim slučajevima do ozdravljenja.

Na tragu toga je i pojam „pridržavanje terapije“ koji podrazumijeva uzimanje lijeka toliko dugo koliko je propisano (Cramer, 2008). Brojni su čimbenici koji mogu utjecati na adherenciju (Čulig, 2016). Istraživanje je provedeno pomoću MMAS (engl. *Morisky Medication Adherence Scale*) (Morisky, Green, Levin 1986). Skala pridržavanja uzimanja propisane

medikamentne terapije, portugalsko-europska verzija (Cabral i suradnici, 2016). Skala sadrži osam (8) čestica. Adherencija predstavlja veliki izazov za zdravstvo i društvo u cjelini. Očekivani oporavak bolesnika adherencijom dobiva novu dimenziju u trajanju i ishodu liječenja. Ne pridržavanje adherencije predstavlja problem u smislu financijske održivosti zdravstvenog sustava, ali i društvenog radi apsentizma, jer trajanje liječenja povećava ukupna sredstava za liječenje (medikamenti, nutricionizam, fizikalne terapije, njega, pomoć druge osobe, uključivanje zajednice). Adherencija dakle predstavlja problem pa se nastoji usmjeriti sve sudionike u proces liječenja kako bi poboljšali adherenciju, a time i ishode liječenja.

Problem za zdravstvo i očuvanje zdravlja predstavlja neodgovorno korištenje medikamentne terapije, što ima za posljedicu izostanak očekivanih rezultata u liječenju bolesti. Očekivana poboljšanja zdravstvenog stanja pojedinca i povratak u obitelj, zajednicu izostaju. Redovito korištenje propisane terapije postao je globalni problem s kojim se bavi Svjetska zdravstvena organizacija/SZO, ali i europske zdravstvene organizacije. Istraživanja po pitanju uzimanja lijekova koje je provodila SZO i podataka dobivenim znanstvenim istraživanjima uočava se da gotovo 50 % osoba s kroničnim bolestima ne uzima redovito propisanu terapiju (SZO, 2003). Svjetska zdravstvena organizacija snažno stavlja naglasak na aktivno sudjelovanje bolesnika u procesu liječenja, time i na uzimanje propisane terapije (Sabate, 2003). Jednako tako pokazalo se da 60% bolesnika nakon posjete liječniku nije shvatilo na koji način treba uzimati propisani lijek, a više od četvrtine propisanih lijekova nikada ne budu podignuti u ljekarni (Rimac, Bunjevac Nikodem 2020 prema SZO). Istraživanja su pokazala da postoji nekoliko čimbenika koji doprinose lošem pridržavanju uzimanja propisane terapije, na vrhu se nalazi loše zdravstveno obrazovanje, uzimanje velikog broja lijekova, nuspojave, nerazumijevanje, zaboravljivost, ali i smanjenje simptoma (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2020).

Tablica 59. Zaboravite li ponekad uzeti lijekove?

	N=508	%
Ne	276	54,3
Da	227	44,7
Bez odgovora	5	1,0

Ispitanici na pitanja vezana za redovito uzimanje propisane terapije odgovaraju (227; 44,7%) da zaboravljaju ponekad uzeti svoju redovito propisanu terapiju, što je zabrinjavajuće za stanje bolesti i ishoda liječenja, povratka u normalan život koliko je moguće.

Rezultati prema dvije skupine bolesti na ovom pitanju pokazuju da je povremeno zaboravljanje uzimanja lijekova češće kod ispitanika s mišićno-koštanim bolestima, što je i očekivano s obzirom da se radi o ispitanicima koji su uglavnom starije dobi od onih s bubrežnim bolestima.

Tablica 60. Zaboravljanje uzimanja lijekova prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	149	58,9	127	49,8
Da	101	39,9	126	49,4

Na pitanje da li u posljednja dva tjedna nisu zaboravili uzeti svoje lijekove, ispitanici (381; 75%) su odgovorili da su uzeli svoje lijekove, što je bolje u odnosu na 50% po podacima iz 2003. godine (SZO, 2003). Dok četvrtina ispitanika navodi kako je u posljednjih dva tjedna bio barem jedan dan kada nisu uzeli svoje lijekove.

Tablica 61. Unazad dva tjedna, je li postojao dan kada niste uzeli lijekove?

	N=508	%
Ne	381	75,0
Da	122	24,0
Bez odgovora	5	1,0

Na ovom pitanju između ispitanika u dvije skupine bolesti nema gotovo nikakvih razlika.

Tablica 62. Neuzimanje lijekova unazad dva tjedna, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	189	74,7	192	75,3
Da	61	24,1	61	23,9

Sljedeće pitanje je o smanjivanju ili prestanku uzimanja lijekova, zbog mučnina i sl., a bez znanja liječnika.

Tablica 63. Jeste li ikad smanjili ili prestali uzimati tablete a da niste to rekli Vašem liječniku, zbog toga što ste se osjećali lošije kada ste ih uzeli lijekove?

	N=508	%
Ne	394	77,6
Da	109	21,4
Bez odgovora	5	1,0

Oko petine ispitanika navode da su ponekad smanjili dozu lijeka ili su prestali uzimati lijek, a da to nisu rekli svom liječniku, jer su se zbog uzimanja lijeka osjećali loše, što može imati negativne ishode u liječenju i kontroli bolesti. I ovdje su ispitanici s mišićno-koštanim bolestima nešto više naveli da su zbog navedenih razloga smanjili ili prestali uzimati lijekova a da to nisu rekli svome liječniku.

Tablica 64. Smanjivanje ili prestanak uzimanja lijekova bez znanja liječnika, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	200	79,1	194	76,1
Da	50	19,8	58	22,7

Većina ispitanika odgovorila je da ne zaboravlja ponijeti svoje lijekove kad odlaze na put i/ili napuštaju dom.

Tablica 65. Kada nekamo otputujete ili napustite dom, zaboravite li ponekad ponijeti Vaše lijekove?

	N=508	%
Ne	426	83,9
Da	77	15,1
Bez odgovora	5	1

Rezultati na ovom pitanju, prema dvije skupine bolesti, ne pokazuju bitne razlike. Ispitanici s bubrežnim bolestima su nešto više naveli da im se dogodi da ponekad zaborave ponijeti svoje lijekove prilikom odlaska na put i napuštanja doma.

Tablica 66. Zaboravljanje lijekova prilikom odlaska na put i/ili napuštanja doma, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	209	82,6	217	85,1
Da	41	16,2	36	14,1

Sljedeće pitanje je usmjereno i konkretno. Oko 15% ispitanika navodi da dan prije ispunjavanja upitnika, odnosno sudjelovanja u našem istraživanju, nije uzelo svoje lijekove.

Tablica 67. Jeste li uzeli lijekove jučer?

	N=508	%
Ne	74	14,6
Da	429	84,4
Bez odgovora	5	1

Nešto veći broj ispitanika s bubrežnim bolestima (oko 18%) navodi kako nije uzelo lijekove dan prije sudjelovanja u istraživanju.

Tablica 68. Uzimanje lijekova dan prije sudjelovanja u istraživanju, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	45	17,8	29	11,4
Da	205	81,0	224	87,8

Nadalje, oko 15% ispitanika navelo je da ponekad prestanu uzimati lijekove, ako pomisle da je njihova bolest pod kontrolom.

Tablica 69. Kada pomislite kako je Vaša bolest pod kontrolom, da li ponekad prestanete uzimati lijekove?

	N=508	%
Ne	426	83,9
Da	77	15,1
Bez odgovora	5	1

Nešto više takvih je među ispitanicima s mišićno-koštanim bolestima. Oko 20% ispitanika s mišićno-koštanim bolesti, naspram oko 11% onih s bubrežnim bolestima, navelo je da ponekad prestanu uzimati lijekove pod navedenim okolnostima.

Tablica 70. Svojevoljni prestanak uzimanja lijekova, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	223	88,1	203	79,6
Da	27	10,7	50	19,6

Uzimanje lijekova prema uputi liječnika posebno može predstavljati poteškoće bolesnicima, ako uključuje trajno uzimanje lijekova, dakle u slučaju pojave kronične bolesti, jer zahtijeva brojne prilagodbe navika novonastaloj situaciji (Rimac, Bunjevac Nikodem 2020). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) snažno stavlja naglasak na aktivno sudjelovanje bolesnika u procesu liječenja time i u prihvaćanju propisane terapije jer je SZO primijetila da kada se govori o «uputama», da je bolesnik pasivni promatrač, te ga se hitno treba uključiti kao aktivnog partnera u proces liječenja (Sabate, 2015).

Sljedeće pitanje odnosi se na moguće probleme pri uzimanju lijekova. Oko 20% ispitanika navelo je da im redovito uzimanje lijekova stvara probleme.

Tablica 71. Uzimanje lijekova svaki dan stvara nekim ljudima problem. Osjećate li Vi da vam to ponekad stvara problem?

	N=508	%
Ne	402	79,1
Da	101	19,9
Bez odgovora	5	1,0

Kako i pokazuju rezultati iz tablice 72. na pitanju mogućih problema prilikom redovitog uzimanja lijekova nema razlika u odgovorima kod dvije skupine ispitanika podijeljenih prema tipu bolesti.

Tablica 72. Stvaranje problema pri redovitom uzimanju lijekova, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Ne	201	79,4	201	78,8
Da	49	19,4	52	20,4

Posljednje pitanje u ovom dijelu o korištenju lijekova je „koliko često vam se dogodi da se ne možete sjetiti da morate uzeti/popiti lijekove?“

Tablica 73. Koliko često Vam se dogodi da se ne možete sjetiti da morate uzeti/popiti lijek?

	N=508	%
Nikad/rijetko	331	65,2
Ponekad	124	24,4
Nekada	32	6,3
Često	14	2,8
Stalno	1	0,2
Bez odgovora	6	1,2

Samo 3% ispitanika navodi im se često događa da zaborave uzeti lijek, četvrtini ispitanika (24,4%) to se dogodi ponekad, dok većina ispitanika (331;65%) nikada ili rijetko ne zaboravlja uzimati lijek.

Rezultati u tom smislu ne pokazuju bitne razlike između ispitanika s bubrežnim bolestima i onih s mišićno-koštanim bolestima.

Tablica 74. Učestalost zaboravljanja uzimanju lijekova, prema dvije skupine bolesti.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Nikad, rijetko, ponekad	222	87,7	233	91,4
Nekada	22	8,7	10	3,9
Često, stalno	6	2,4	9	3,5

Rezultati daljnje analize korištenja lijekova s osnovnim značajkama ispitanika nisu pokazali statistički značajne razlike niti na jednoj od ispitivanih značajki (spol, dob, stupanj obrazovanja, tip bolesti, religijska samoidentifikacija i konfesionalna pripadnost).

Za kraj ovoga dijela disertacije važno je naglasiti da nepridržavanje bolesnika pravilnom uzimanju propisanih lijekova osim što dovodi do značajnog pogoršanja bolesti, povećanje stope mortaliteta, uzrokuje i povećane troškove zdravstvene zaštite (Benna, 2011). Uspješnost liječenja ovisi o pridržavanju propisane terapije, dok istovremeno ne pridržavanje je ozbiljan problem, koji ne utječe samo na bolesnika već i na zdravstveni sustav (Cramer, 2008).

Stoga prepreke u pridržavanju bolesnika pravilnom uzimanju lijekova nastoje se otkloniti uključivanjem svih pružatelja usluga u zdravstvenom sustavu od dijagnostike, propisivanja, davanje osnovnih informacija o korisnosti propisanog lijeka, ponavljanje ljekarnika o načinu uzimanja (pravi bolesnik, pravi lijek, prava doza, pravo vrijeme, pravi način).

Svjesnost postojanja problema vezano uz adherentnost je sveprisutna, no, nije nepremostiva. Uz povećanu pažnju, napredak u tehnologiji i nove alate za mjerenje, nove su mogućnosti za angažiranje bolesnika i dionika zdravstvenog sustava kako bi se poboljšalo pridržavanje uzimanja lijekova. Važnost multidisciplinarnog pristupa liječenju i obučavanje u pridržavanju redovitog i pravilnog uzimanja lijekova ne može se procijeniti (Zulling, 2016).

Provedena istraživanja pokazala su da na adherenciju utječu određeni vanjski faktori, kao što su obitelj, okolina, cijena lijeka, odnos prema zdravstvenom radniku i složenost terapije. Viša razina obrazovanja i zaposlenost povećavaju adherenciju, plaćanje i viša cijena lijekova negativno utječu na adherenciju, dok financijski i materijalni status bolesnika nemaju značajan utjecaj. Složenost terapije djeluje negativno, dok trajanje same bolesti ima različit utjecaj na adherenciju. Spol ne utječe na adherenciju, dok srednja i starija dob djeluju pozitivno na adherenciju, no podaci nisu konzistentni u polovici pregledanih radova (Mathes, 2014).

O kvaliteti komunikacije ovisi i adherencija bolesnika (Ratanawongsa, 2013).

Prikaz 5. Čimbenici koji utječu na adherenciju.

Socioekonomski Čimbenici	Organizacija zdravstvene skrbi	Čimbenici povezani s bolesnikom	Čimbenici povezani s osobitostima bolesti	Čimbenici povezani sa svojstvima lijeka, odnosno terapije
Socijalne razlike, ekonomski prioriteti, kulturološke razlike, vjerske različitosti, društveni prioriteti	Sustav zdravstvene zaštite (javno - privatno), zdravstveno osiguranje, raspoloživost zdravstvenih radnika, profesionalna znanja	Informiranost bolesnika, dob, znanje i obrazovanje, percepcija, motiviranost, povjerenje u zdravstvenu profesiju, svjesnost o zdravstvenim rizicima	Težina bolesti, utjecaj bolesti na kvalitetu života, progresija bolesti, komorbiditeti, mentalne bolesti, kognitivne smetnje	Broj propisanih lijekova, složenost sheme doziranja, neželjena djelovanja lijekova, mijenjanje propisanih lijekova

Izvor: Čulig, 2016;45

Prema navodima svjetske literature samo 50% bolesnika uzima lijekove prema uputi liječnika (Sabate, 2015). Pokazalo se da 60% bolesnika nakon posjete liječniku nije shvatilo na koji način treba uzimati propisani lijek (Jimmy, 2011). Više od četvrtine propisanih lijekova nikada ne budu podignuti u ljekarni (Zulling, 2016).

Podaci o čimbenicima koji doprinose lošem pridržavanju terapije odnose se na: loše zdravstveno obrazovanje, uzimanje velikog broja lijekova, nuspojave, nerazumijevanje, zaboravljivost, nedostatak zdravstvene skrbi, smanjenje simptoma bolesti (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2020).

Zbog toga što nisu uzimali lijekove kako im je propisano, svakoga dana prosječno u EU umre 548 ljudi (Hayes, 2002). Prema podacima Europske komisije prerana smrt za blizu 200 tisuća Europljana vezana je uz nepridržavanje propisane terapije.

U istraživanju koje je provedeno u Zagrebu (Čulig, 2018;9) prosječna adherencija prema dugotrajnoj medikaciji bila je 41,7%, dok je u kohorti bolesnika s hipertenzijom bila čak i niža (39%). Glavni razlog neadherencije bolesnici su navodili zaboravljivost (60%), zatim nisu bili kod kuće u vrijeme uzimanja lijeka (45,4%), ili im je uzmanjkalo lijeka (44,4%) ili je propisano vrijeme uzimanja lijeka bilo nezgodno (40,9%) odnosno uzimaju više različitih lijekova (39,5%). Također se navodi razlog da nije bilo propisanog lijeka u ljekarni, a nisu mogli dobiti zamjenu (35,9%), neki su se osjećali dobro (35,9%) ili su htjeli izbjeći neželjene učinke lijeka (29,6%). Odnos bolesnik-ljekarnik sudionici u studiji različito su ocijenili (u čak pet od osam pitanja odgovori su se razlikovali statistički značajno, $p < 0,05$). Na primjer, samo 14,3%

ispitanih ljekarnika traži od bolesnika da glasno ponovi uputu o uzimanju propisane medikacije (Čulig, 2018;10).

U većini studija dobro pridržavanje/adherencija definirana je kada se uzima 80% ili više propisanih lijekova tijekom trajanja studije (de Klerk, 2003).

2.4.3. Povezanost duhovnosti, životnih stilova i korištenja lijekova

U ovom dijelu disertacije analiziramo dobivene dimenzije duhovnosti, u smislu idealnog za duhovni razvoj i osobnog osjećaja duhovnosti, te duhovnih potreba, a s obzirom na različite aspekte životnih stilova i aktivnosti u svakodnevnom životu kao što su pušenje i konzumiranje alkohola, rekreacija i fizičke aktivnosti, te redovito korištenje lijekova.

Prvo analiziramo, pomoću analize varijance, dimenzije duhovnosti s obzirom na pušenje.

Tablica 75. Dimenzija „idealno za duhovni razvoj“ - „važnost Boga“, s obzirom na pušenje

		M		kontrast
VAŽNOST BOGA	Ne puše	0,0332	F =6,906 sig. p < 0,001	1,2>3
	Do jedne kutije dnevno	0,0786		
	Više od jedne kutije dnevno	-0,646		

Ispitanici koji uopće ne puše, ili puše do jedne kutije cigareta dnevno, skloniji su dimenziji „važnost Boga“ u smislu duhovnog razvoja, za razliku od onih ispitanika koji dnevno puše više od jedne kutije cigareta (dakle više od 20 cigareta dnevno). Na ostalim dimenzijama duhovnosti (idealno za duhovni razvoj i osobni osjećaj duhovnosti) nije dobivena statistički značajna razlika s obzirom na ovo pitanje.

Na dimenzijama duhovnosti koje sadržajno obuhvaćaju vjerske (i socijalne) potrebe dobivena je također samo jedna statistički značajna razlika s obzirom na pušenje.

Tablica 76. Dimenzija „vjerske potrebe“, s obzirom na pušenje.

		M		kontrast
VJERSKE POTREBE	Ne puše	0,0580	F =3,141 sig. p < 0,05	1>2,3
	Do jedne kutije dnevno	-0,1258		
	Više od jedne kutije dnevno	-0,3535		

Ispitanici koji uopće ne puše skloniji su „vjerskim potrebama“ za razliku od onih koji puše i koji su tome manje skloni.

Sljedeće pitanje koje analiziramo je pitanje konzumacije alkohola. Rezultati analize varijance pokazuju statistički značajne razlike na dvije od tri dimenzije duhovnosti u smislu „idealnog za duhovno zdravlje“ i na sve tri dimenzije duhovnosti u smislu „osobnog osjećaja duhovnosti“.

Tablica 77. Dimenzije „idealno za duhovno zdravlje“, s obzirom na konzumaciju alkohola

		M		kontrast
VAŽNOST BOGA	Ne konzumiraju alkohol	0,1710	F =5,353 sig. p < 0,005	1>2
	Jedna čaša dnevno	-0,1437		
	Više od jedne čaše dnevno	-0,0159		
		M		kontrast
POVEZANOST S PRIRODOM	Ne konzumiraju alkohol	0,2417	F =15,721 sig. p < 0,001	1>2,3
	Jedna čaša dnevno	-0,2660		
	Više od jedne čaše dnevno	-0,2393		

Ispitanici koji uopće ne konzumiraju alkohol skloniji su dimenzijama duhovnosti koje smo nazvali „Važnost Boga“ i „Povezanost s prirodom“ u smislu idealnog za duhovno zdravlje, za razliku od ispitanika koji konzumiraju alkohol i koji su tome manje skloni.

Nadalje, ispitanici koji uopće ne konzumiraju alkohol skloniji su dobivenim dimenzijama duhovnosti u smislu osobnog osjećaja duhovnosti, za razliku od onih ispitanika koji konzumiraju alkohol, jednu čašu dnevno, ili više od toga.

Tablica 78. Dimenzije „osobni osjećaj duhovnosti“, s obzirom na konzumaciju alkohola.

		M		kontrast
VAŽNOST BOGA	Ne konzumiraju alkohol	0,1204	F =3,030 sig. p < 0,05	1>2
	Jedna čaša dnevno	-0,1136		
	Više od jedne čaše dnevno	0,0356		
		M		kontrast
POVEZANOST S PRIRODOM	Ne konzumiraju alkohol	0,1607	F =5,233 sig. p < 0,01	1>2
	Jedna čaša dnevno	-0,1468		
	Više od jedne čaše dnevno	0,0268		
		M		kontrast
ODNOS PREMA DRUGIMA	Ne konzumiraju alkohol	0,0990	F =3,982 sig. p < 0,02	1>3
	Jedna čaša dnevno	-0,0100		
	Više od jedne čaše dnevno	-0,3292		

Također, ispitanici koji uopće ne konzumiraju alkohol skloniji su navedenim dimenzijama vjerskih potreba (tablica 79), za razliku od onih ispitanika koji konzumiraju alkohol i koji su tome manje skloni.

Tablica 79. Dimenzije „vjerske potrebe“, s obzirom na konzumaciju alkohola

		M		kontrast
VJERSKE POTREBE	Ne konzumiraju alkohol	0,2439	F =12,724 sig. p < 0,001	1>2
	Jedna čaša dnevno	-0,2317		
	Više od jedne čaše dnevno	0,1135		
		M		kontrast
ALTRUIZAM	Ne konzumiraju alkohol	0,2241	F =8,863 sig. p < 0,001	1>2,3
	Jedna čaša dnevno	-0,1772		
	Više od jedne čaše dnevno	-0,0532		

U nastavku analiziramo dimenzije duhovnosti s obzirom na rekreacijske i fizičke aktivnosti. Rezultati korelacijske analize (bivarijatna korelacija, Pearsonov koeficijent) između pitanja rekreacijske aktivnosti i dobivenih dimenzija duhovnosti („idealno za duhovni razvoj“

i „osobni osjećaj duhovnosti“) pokazuju statistički značajnu korelaciju na dimenziji „povezanost s prirodom“ u oba analizirana smisla. Prva tri pokazatelja odnose se na idealno prema duhovnosti, a druga tri osobno spram duhovnosti. Ispitanici koji se bave nekom rekreacijskom aktivnošću skloniji su smatrati da je „povezanost s prirodom“ važna dimenzija duhovnosti, kako u smislu duhovnog razvoja tako i u smislu osobnog osjećaja duhovnosti.

Tablica 80. Korelacija dobivenih dimenzija duhovnosti i pitanja rekreacijske aktivnosti

	VAŽNOST BOGA	ODNOS S DRUGIMA	POVEZANOST S PRIRODOM	VAŽNOST BOGA	POVEZANOST S PRIRODOM	ODNOS S DRUGIMA
Rekreacijske aktivnosti	-0,053	-0,007	0,242**	-0,060	0,167**	0,063

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

U smislu vjerskih i socijalnih potreba rezultati korelacijske analize pokazuju da su oni ispitanici koji se bave rekreacijskim aktivnostima skloniji altruizmu i djelomice osvrtu na vlastiti život.

Tablica 81. Korelacija dobivenih dimenzija vjerskih potreba i pitanja rekreacijske aktivnosti.

	VJERSKE POTREBE	OBITELJ SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
Rekreacijske aktivnosti	-0,007	-0,016	0,193**	0,109*

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

Nakon rekreacijskih aktivnosti, analiziramo povezanost fizičkih aktivnosti i dobivenih dimenzija duhovnosti. Kao i u prethodnoj analizi, ispitanici koji se bave nekom fizičkom aktivnošću skloniji su smatrati da je „povezanost s prirodom“ važna dimenzija duhovnosti, kako u smislu duhovnog razvoja tako i u smislu osobnog osjećaja duhovnosti. Iako uz slabu vezu, ovdje se javlja i pozitivna povezanost fizičke aktivnosti i dimenzije duhovnosti koju smo nazvali „odnos s drugima“.

Tablica 82. Korelacija dobivenih dimenzija duhovnosti i pitanja fizičke aktivnosti

	VAŽNOST BOGA	ODNOS S DRUGIMA	POVEZANOST S PRIRODOM	VAŽNOST BOGA	POVEZANOST S PRIRODOM	ODNOS S DRUGIMA
Fizičke aktivnosti	-0,021	0,113*	0,230**	0,031	0,160**	0,116*

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

Slično kao i kod rekreacijskih aktivnosti, rezultati korelacijske analize dimenzija duhovnih potreba i fizičke aktivnosti pokazuju pozitivnu povezanost fizičke aktivnosti i „altruizma“, te dijelom i „osvrta na vlastiti život“.

Tablica 83. Korelacija dobivenih dimenzija vjerskih potreba i pitanja fizičke aktivnosti.

	VJERSKE POTREBE	OBITELJ SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
Fizičke aktivnosti	0,059	0,013	0,162**	0,113*

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

I na kraju ovoga dijela analiziramo odnos između adherencije (indeks redovitog korištenja lijekova kreiran naredbom compute od svih analiziranih čestica koje obuhvaćaju ovo pitanje) i dobivenih dimenzija duhovnosti.

Tablica 84. Korelacija dobivenih dimenzija duhovnosti i adherencije.

	VAŽNOST BOGA	ODNOS S DRUGIMA	POVEZANOST S PRIRODOM	VAŽNOST BOGA	POVEZANOST S PRIRODOM	ODNOS S DRUGIMA
Adherencija	-0,006	-0,074	-0,042	-0,027	-0,039	-0,024

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

Rezultati korelacijske analize između indeksa adherencije i dimenzije duhovnosti („idealno za duhovni razvoj“ i „osobni osjećaj duhovnosti“) pokazuju da nema statistički značajne povezanosti. Dakle, korištenje lijekova nije povezano s ovim dimenzijama duhovnosti.

Nadalje, rezultati korelacijske analize između dimenzija vjerskih potreba i adherencije pokazuju samo jednu statistički značajnu povezanost.

Tablica 85. Korelacija dobivenih dimenzija vjerskih potreba i adherencije.

	VJERSKE POTREBE	OBITELJ SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
Adherencija	0,063	0,027	0,051	0,117**

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

Ispitanici koji ne koriste redovite svoje lijekove, odnosno oni koji povremeno zaboravljaju uzeti propisane lijekove, skloniji su dimenziji vjerskih potreba koju smo nazvali „osvrt na vlastiti život“.

Odnos duhovnosti s kroničnim bolestima i adherencijom inače je intenzivno istraživano. Tako provedena istraživanja na području kardiologije ukazuju da su duhovnost, religioznost i osobna uvjerenja bili povezani s pridržavanjem uzimanja lijekova u skupini ambulantnih pacijenata sa zatajenjem srca (Souto Alvarez, 2016). U pregledu literature koja istražuje odnos između religioznosti/duhovnosti i pridržavanja lijekova među bolesnicima s kardiovaskularnim bolestima. U literaturi nedostaju trenutni sveobuhvatni pregledi odnos između religioznosti/duhovnosti i pridržavanja lijekova među bolesnicima s kardiovaskularnim bolestima. Pregledane studije imale su promatrački dizajn i otkrile su nedosljedne odnose između religioznosti/duhovnosti i pridržavanja lijekova (Elhag, 2022).

Istraživanja na području dijabetesa pokazala su da je većina sudionika imala umjereno „duhovno blagostanje“, veliku nadu i slabo pridržavanje režima liječenja (Javanmardifard, 2020). Jedno istraživanje imalo je za cilj utvrditi stupanj do kojeg odrasli psihijatrijski ambulantni bolesnici osjećaju sukob između svojih duhovnih pogleda i psihijatrijskog liječenja. Rezultati su pokazali da su psihijatrijski tretmani povezani s vjerskim ili duhovnim sukobima u 14,4%. Neki bolesnici su odgodili liječenje zbog duhovnih uvjerenja; drugi su izvijestili o „vrlo čestim“ sukobima između savjeta svog duhovnog vođe i svog psihijatra. Studija je zaključila da psihijatrijski tretmani mogu biti povezani s duhovnim ili vjerskim sukobima koji mogu odgoditi ili ometati liječenje; stoga bi duhovne brige trebale biti uključene u planiranje liječenja (Touchet, 2012).

U navedenim provedenim istraživanjima na različitim skupinama kroničnih bolesnika nije nađena povezanost duhovnosti i redovitog uzimanja terapije ili šire pridržavanje liječenja. Promicanje pridržavanja liječenja kroničnih upalnih reumatskih bolesti kritičan je, ali izazovan zadatak za pružatelje zdravstvenih usluga. Prije svega, nedostatak pridržavanja je čest kod gotovo svih kroničnih bolesti. Na primjer, kod reumatskih bolesti, nepridržavanje može doseći 20% - 50% svih recepata (Neame, 2005.; de Thurah, 2010.; Tkacz, 2014). U opširnoj multicentričnoj studiji provedenoj 2019 godine, postali su dostupni alati za predviđanje adherencije lijekova za bolesnike s mišićno-koštanim bolestima u identifikaciji bolesnika s visokim rizikom za nepridržavanje sistemske terapije (Smolen, 2019).

Rezultati istraživanja provedenog u Općoj županijskoj bolnici u Požegi »Suradljivost bolesnika u redovitom uzimanju propisane terapije kod bolesnika na hemodijalizi “ukazuje na problem dugotrajnog uzimanja više vrsta lijekova bolesnika na hemodijalizi koji uzimaju i do 19 raznih tableta na dan” (Brizar, 2019). Istraživanje provedeno u Kliničkom bolničkom centru Zagreb na Klinici za unutarnje bolesti 2016. godine, »Značaj suvremenih komunikacijskih tehnologija u praćenju suradljivosti bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti« pokazuje da ispitanici koji su dobili podsjetnik značajno su popravili redovitost dolazaka na kontrolne preglede. Nakon upotrebe informacijske komunikacijske tehnologije/IKT, smanjena je suradljivost u smislu pravovremenog podizanja lijeka, a primjetno je poboljšanje suradljivosti uzimanja dnevne doze lijeka (Matić, 2016). Naponi koji se ulažu u suvremenu tehnologiju, koja bi izradila podsjetnik određenim skupinama bolesnika za uzimanje terapije promatra se kao pozitivan pomak u adherenciji (Thakkar, 2015).

SZO snažno stavlja naglasak na aktivno sudjelovanje bolesnika u procesu liječenja, time i na uzimanje propisane terapije (Sabate, 2003). Jednako tako pokazalo se da 60% bolesnika nakon posjete liječniku nije shvatilo na koji način treba uzimati propisani lijek, a više od četvrtine propisanih lijekova nikada ne budu podignuti u ljekarni (Rimac, Bunjevac Nikodem, 2020. prema SZO). Istraživanja su pokazala da postoji nekoliko čimbenika koji doprinose lošem pridržavanju uzimanja propisane terapije, na vrhu se nalazi loše zdravstveno obrazovanje, uzimanje velikog broja lijekova, nuspojave, nerazumijevanje, zaboravljivost, ali i smanjenje simptoma... (European Innovation Partnership on Active).

Istraživanja u Španjolskoj populaciji pokazala su da je stopa adherencije kod reumatskih bolesti 79% suboptimalna, bez obzira o kojoj je vrsti lijekova radi (bolest modificirajući lijekovi, konvencionalni lijekovi). Jednostavniji, prikladniji režimi doziranja mogu poboljšati usklađenost. Povećano znanje o usklađenosti kod pacijenata s reumatoidnim artritismom i identifikacija mogućih prediktora pridržavanja omogućit će razvoj učinkovitih strategija intervencije (Pombo-Suarez, 2021). Rezultati drugog istraživanja u Španjolskoj pokazuju da su bolesnici KMB na biološkim lijekovima pokazali veću privrženost i percipirali veću potrebu za lijekovima od ostalih. Bolesnici na “antireumaticima” druge linije imali su više nuspojava od ostalih. Pridržavanje liječenja bolesnika s mišićno-koštanim bolestima je daleko od potpunog i uspješnog u cjelini. Psihološki, komunikacijski i logistički čimbenici utječu na pridržavanje liječenja bolesnika s reumatskim bolestima u većoj mjeri nego sociodemografski ili klinički čimbenici (Balsa, 2022).

U Republici Hrvatskoj procjenjuje se da oko jedan milijun stanovnika ima kroničnu jednu ili više udruženih kroničnih bolesti s kojima žive i upravljaju. Za očekivati je da i griješe da li kada sami svjesno modificiraju dozu lijeka ili terapiju samovoljno prekidaju. U slučaju ispitanika u ovom istraživanju prekidanje terapije bi moglo imati neželjene posljedice uključujući i onu najtežu, smrt (Stevanović, 2008).

Osim pogubnih ishoda za pojedinca neuzimanje terapije ostavlja ekonomski značajan financijski iznosu sredstava i neisporučenog "zdravlja". Kada bi edukacijom svih dionika u procesu liječenja postigli pozitivne promjene dobilo bi se bolje "zdravlje" i manje komplikacija kroničnih bolesti, prerano umiranje, te bi zadovoljstvo životom bilo bolje (Stevanović, 2008).

U navedenim provedenim istraživanjima na različitim skupinama kroničnih bolesnika nije nađena povezanost duhovnosti i redovitog uzimanja terapije ili šire pridržavanje liječenja. Rezultati istraživanja bolesti kao što su HIV i druge kronične bolesti u nekim su studijama pokazali da se pozitivno povezuju religioznosti/duhovnosti s terapijskom adherencijom. Utjecaj religioznosti/duhovnosti na terapijsku privrženost zahtijeva da zdravstveni djelatnici steknu osjetljivost i kompetenciju za rješavanje ovih problema sa svojim bolesnicima (Bandate-Romero, 2018).

U provedenom istraživanju na pitanja o pravilnom pridržavanju uzimanja lijekova ne može se ni kod jedne skupine ispitanika potvrditi da duhovnost ima utjecaj na pravilno, redovito uzimanje propisane terapije. Stoga bi bilo dobro nastaviti s istraživanjem na tom području kako bi se mogli uočiti i rezultati primjene redovite terapije. U istraživanjima nalaze se podaci da radi toga što nisu uzimali redovito svoju terapiju kako im je propisana, svakoga dana prosječno u Europskoj Uniji umre 548 ljudi (Hayes, 2002).

Kako je vidljivo iz naše analize, dobiveni rezultati većim dijelom potvrđuju našu treću radnu hipotezu. Duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti doista jest negativno povezana s rizičnim oblicima ponašanja.

No to se ipak uglavnom odnosi na konzumaciju alkohola, a znatno manje se odnosi na pušenje i nedostatak fizičke aktivnosti. Četvrtu hipotezu možemo smatrati djelomično potvrđenom. Naime, dobiveni rezultati pokazuju da postoji pozitivna povezanost duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestima s njihovim fizičkim i rekreacijskim aktivnostima, ali samo na nekim dimenzijama duhovnosti. I na kraju, rezultati ne potvrđuju našu petu radnu hipotezu. Nije dobivena povezanost između duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestima i adherencije, odnosno redovitog korištenja lijekova.

2.5. Duhovnost, stanje bolesti i simptomi bolesti

2.5.1. Stanje bolesti i osnovne značajke ispitanika

Više od trećine odraslih stanovnika Hrvatske (37%) navelo je 2019. da boluje od barem jedne kronične bolesti, što je udio sličan onome u cijeloj EU-u (36%). Mnogi od tih kroničnih zdravstvenih problema povećavaju rizik od ozbiljnih komplikacija zbog bolesti COVID-19. Kao i kod ocjena vlastitog zdravlja, postoji razlika u prevalenciji kroničnih bolesti prema dohodovnoj skupini: više od polovine odraslih osoba (55%) u skupini s najnižim dohotkom navodi da boluje od barem jedne kronične bolesti, dok to isto navodi tek svaka četvrta osoba (24%) u skupini s najvišim dohotkom (OECD, 2021).

Kronične bolesti, duži životni vijek, bolja dostupnost liječenja, iskorijenjenost pojedinih zaraznih bolesti, napredak tehnologije doprinose razvoju kroničnih bolesti, ali ljudi imaju više kroničnih bolesti istovremeno. Porast broja kroničnih nezaraznih bolesti i njihova pojavnost kao komorbiditet predstavljaju trajni izazov istraživanjima (Abad-Diaz, 2014).

Tablica 86. Ostale kronične bolesti ispitanika koje zahtijevaju zdravstvenu skrb.

Bolesti	N	%
Infektivne	3	0,6
Neurološke	13	2,6
Kardiovaskularne	22	4,3
Hematološke	4	0,8
Respiratorne	3	0,6
Gastroenterološke	7	1,4
Ginekološko-urinarne	3	0,6
Endokrinološko metaboličke	18	3,5
Mišićno-koštane	194	38,2
Alergološke	4	0,8
Dermatološke	2	0,4
Oftamološke	3	0,6
Otorinolaringološke	2	0,4
Bubrežne	186	36,6
Bez odgovora	44	7,9

U tablici je prikazana različitost komorbiditeta u ispitanika. Ispitanici uz kronične bubrežne bolesti i mišićno-koštane boluju i od drugih kroničnih nezaraznih bolesti. Tako ispitanici boluju i od kardiovaskularnih bolesti (22; 4,3%), zatim endokrinološko-metaboličkih bolesti (18; 3,5%) i neuroloških bolesti (13; 2,6%).

Tijek od pojavnosti prvih simptoma bolesti do početka liječenja bolesti, a ne samo simptoma bolesti, ponekad bude vremenski dug. Sporost zdravstvenog sustava, ograničenost dijagnostičkih mogućnosti, liste čekanja za pojedine pretrage uzrok su kasnijem dijagnosticiranju bolesti. Lutanje u sustavu duže je od potrebnog, te se dijagnoza i početak liječenja odgađa što može dovesti do neželjenih posljedica.

Tablica 87. Vrijeme postavljanja dijagnoze bolesti.

	N=508	%
Od 1 do 5 godina	129	25,4
Od 6 do 10 godina	115	22,6
11 i više godina	204	40,2
Bez odgovora	60	11,8

U nešto manje od polovice ispitanika bolest je otkrivena kasno, odnosno dijagnosticirana prije jedanaest i više godina (oko 40%), dok je podjednak broj onih kojima je bolest dijagnosticirana u vremenu od jedne do pet godina (25,4%) i od šest do deset godina (22,6%). To nas treba potaknuti na ranije postavljanje dijagnoze i početak adekvatnog liječenja kako bi ljudi u potrazi za dijagnozom što prije krenuli u proces liječenja, a time smanjili komplikacije i ostali radno aktivni u zajednici (društvu u kojem rade, žive).

KBB su u svojim ranim stadijima praktički bez simptoma te se općenito oboljeli kasno javljaju liječniku (Morović-Vergles, 2008). A kako je kod MKB bol vodeći simptom, ispitanici se javljaju liječniku ranije i dijagnoza im se postavlja ranije.

Rezultati na pitanju vremena dijagnosticiranja, odnosno otkrivanja bolesti prema dvije skupine ispitanika pokazuju da je među ispitanicima s mišićno-koštanim bolestima nešto više onih kojima je bolest dijagnosticirana prije 11 i više godina.

Tablica 88. Vrijeme postavljanja dijagnoze bolesti prema dvije skupine ispitanika.

	Bubrežne bolesti	Mišićno-koštane bolesti
Od 1 do 5 godina	26,5	24,3
Od 6 do 10 godina	22,5	22,7
11 i više godina	36,4	43,9
Bez odgovora	14,6	9,0

Rezultati daljnje analize na ovom pitanju u odnosu prema osnovnim značajkama ispitanika (spol, dob, stupanj obrazovanja, tip bolesti, religijska samoidentifikacija i

konfesionalna pripadnost) pokazuju samo jednu statistički značajnu razliku i to na dobnoj strukturi.

Tablica 89. Vrijeme postavljanja dijagnoze bolesti, razlike prema dobi.

	65 godina i više	50-64	30-49	Do 29 godina
Od 1 do 5 godina	22,5	31,1	24,2	63,2
Od 6 do 10 godina	27,7	24,9	28,8	15,8
11 i više godina	49,7	44,1	47,0	21,1

$\chi^2=15,630$; $df=6$; $p<0,02$

Očekivano, ispitanicima mlađe životne dobi (do 29 godina) vrijeme dijagnosticiranja bolesti je od 1 do 5 godina.

Sljedeće pitanje u ovom dijelu gdje prikazujemo i analiziramo stanje bolesti ispitanika je pitanje redovitih odlazaka na pregled kod liječnika.

Tablica 90. Redovitost posjećivanja liječnika.

	Bubrežne bolesti N=253		Mišićno-koštane bolesti N= 255		Ukupno N= 508	
	N	%	N	%	N	%
Ne odlaze	30	11,9	28	11,0	58	11,4
Jednom godišnje	55	21,7	118	46,3	173	34,1
Dvaput godišnje	25	9,9	83	32,5	108	21,3
Mjesečno	82	32,4	18	7,1	100	19,7
Tjedno	61	24,1	4	1,6	65	12,8
Bez odgovora	-	-	4	1,6	4	0,8

Većina ispitanika (oko 55%) liječnika posjećuje nekoliko puta godišnje. Oko 13% ispitanika odlazi liječniku svaki tjedan, a oko 20% ih odlazi liječniku na mjesečnoj razini. Oko 11% ispitanika je navelo da ne posjećuje redovito liječnika zbog zdravstvenih/kontrolnih pregleda. Kada se promatraju obje skupine ispitanika, oko četvrtina ispitanika s KBB posjećuju liječnika svaki tjedan, a oko trećine ispitanika na mjesečnoj razini, dok ostali ispitanici s KBB to čine rjeđe prema rezultatima istraživanja. Očekivano ispitanici s MKB rjeđe odlaze liječniku, zbog zdravstvenih i kontrolnih pregleda, njih nešto manje od polovice to čini jednom godišnje, a oko trećine odlaze liječniku nekoliko puta godišnje.

Daljnja analiza na ovom pitanju pokazuje da postoje statistički značajne razlike po spolu, dobi i već je bilo i vidljivo iz deskriptivne statistike, po tipu bolesti gdje ispitanici s bubrežnim bolestima znatno češće odlaze kod liječnika.

Tablica 91. Redovitost posjećivanja liječnika, razlike prema spolu.

	Muški	Ženski
Ne odlaze	11,3	11,6
Jednom godišnje	25,6	40,2
Dvapat godišnje	19,7	22,6
Mjesečno	26,1	15,6
Tjedno	17,2	10,0

$\chi^2=19,696$; $df=4$; $p<0,001$

Rezultati hi-kvadrat testa pokazuju da su ispitanici skloniji odlaziti kod liječnika na pregled mjesečno i tjedno, dakle češće, za razliku od ispitanica koje su sklonije odlaziti liječniku jednom godišnje.

Nadalje, ispitanici u dobi od 30 do 49 godina skloniji su tjedno odlaziti kod liječnika, a oni mlađe životne dobi (do 29 godina) jednom godišnje. Ispitanici starije životne dobi skloniji su odlaziti kod liječnika dvapat godišnje.

Tablica 92. Redovitost posjećivanja liječnika, razlike prema dobi.

	65 godina i više	50-64	30-49	Do 29 godina
Ne odlaze	9,0	11,5	14,8	15,4
Jednom godišnje	32,8	37,5	28,4	50,0
Dvapat godišnje	25,9	24,0	13,6	3,8
Mjesečno	21,7	17,2	19,8	19,2
Tjedno	10,6	9,9	23,5	11,5

$\chi^2=24,048$; $df=12$; $p<0,02$

Sljedeće pitanje je postojanje potrebe za podrškom druge osobe u smislu zdravstvene usluge (liječnik, medicinska sestra, zdravstvena njega i sl.).

Tablica 93. Potreba za podrškom od strane druge osobe - zdravstvene usluge.

	N = 508	%
Doktor medicine	239	47,0
Zdravstvena njega	20	3,9
Liječnik/ medicinska sestra	144	28,3
Nešto drugo	23	4,5
Nije primjenjivo	8	1,6
Bez odgovora	37	7,3

U vezi potreba za zdravstvenim uslugama većina ispitanika navodi potrebu za liječnikom, medicinskom sestrom (oko 75%), nečim drugim 4,5%, zdravstvenom njegom 3,9%. Prikaz tih rezultata prema dvije skupine ispitanika pokazuje velike razlike.

Tablica 94. Potreba za podrškom od strane druge osobe – zdravstvene usluge, prema dvije skupine ispitanika.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Doktor medicine	83	32,8	156	61,2
Zdravstvena njega	17	6,7	3	1,2
Liječnik/ medicinska sestra	98	38,7	46	18,0
Nešto drugo	17	6,7	6	2,4

Ispitanici s bubrežnim bolestima podjednako navode potrebu podrške doktora medicine, liječnika i medicinske sestre, a većina ispitanika s mišićno-koštanim bolestima u tom smislu navodi doktora medicine.

Daljnja analiza ovog pitanja s osnovnim značajkama ispitanika pokazala je statistički značajne razlike u pogledu spola, stupnja obrazovanja i tipa bolesti.

Tablica 95. Potreba za podrškom od strane druge osobe – zdravstvene usluge, razlike prema spolu.

	Muški	Ženski
Doktor medicine	43,1	65,1
Zdravstvena njega	6,9	3,2
Liječnik/ medicinska sestra	43,1	27,4
Nešto drugo	6,9	4,4

$\chi^2=20,646$; $df=3$; $p<0,001$

Ispitanice su sklonije navoditi potrebu za doktorom medicine, a ispitanici potrebu za liječnikom, medicinskom sestrom i zdravstvenom negom.

Nadalje, ispitanici s nižim stupnjem obrazovanja skloniji su navesti potrebu podrške doktora medicine, oni sa srednjim stupnjem skloniji su navesti zdravstvenu njegu, a ispitanici s višim stupnjem obrazovanja ovdje su skloniji navoditi nešto drugo.

Tablica 96. Potreba za podrškom od strane druge osobe – zdravstvene usluge, razlike prema stupnju obrazovanja.

	Niže	Srednje	Više, visoko
Doktor medicine	69,0	53,8	52,8
Zdravstvena njega	4,2	6,5	0,9
Liječnik/ medicinska sestra	23,9	34,8	38,0
Nešto drugo	2,8	4,9	8,3

$\chi^2=12,923$; $df=6$; $p<0,05$

U smislu potrebe za podrškom ispitanici s bubrežnim bolestima skloniji su navoditi sve ponuđeno osim doktora medicine, a ispitanici s mišićno-koštanim bolestima upravo suprotno.

Tablica 97. Potreba za podrškom od strane druge osobe - zdravstvene usluge, razlike prema dvije skupine ispitanika.

	Bubrežne bolesti	Mišićno-koštane bolesti
Doktor medicine	38,6	73,9
Zdravstvena njega	7,9	1,4
Liječnik/ medicinska sestra	45,6	21,8
Nešto drugo	7,9	2,8

$\chi^2=56,103$; $df=3$; $p<0,001$

Posljednje pitanje u ovom dijelu je pitanje učestalosti potrebe za formalnom podrškom. Nešto više od 40% ispitanika navodi potrebu za nekim oblikom formalne podrške na mjesečnoj razini, oko četvrtine ih navodi tu potrebu na tjednoj razini, a oko 12% ispitanika ima svakodnevnu potrebu za formalnom podrškom.

Tablica 98. Učestalost potrebe za formalnom podrškom.

	N = 508	%
Mjesečno	216	42,5
Tjedno	120	23,6
Dnevno	60	11,8
Bez odgovora	112	22,1

Prikaz rezultata na tom pitanju prema dvije skupine ispitanika pokazuje velike razlike između ispitanika s bubrežnim i onih s mišićno-koštanim bolestima.

Tablica 99. Učestalost potrebe za formalnom podrškom, prema dvije skupine ispitanika.

	Bubrežne bolesti		Mišićno-koštane bolesti	
	N	%	N	%
Mjesečno	106	41,9	110	43,1
Tjedno	96	37,9	24	9,4
Dnevno	25	9,9	35	13,7
Bez odgovora	23	9,1	85	33,3

Trećina ispitanika s mišićno-koštanim bolestima nije odgovorila na ovo pitanje, a relativna većina kod obje skupine ispitanika navodi mjesečnu potrebu za formalnom podrškom. No puno više ispitanika s bubrežnim bolestima, što je i očekivano, navodi tjednu potrebu za formalnom podrškom.

Kao i u prethodnom slučaju i ovdje su dobivene statistički značajne razlike u pogledu spola, stupnja obrazovanja i tipa bolesti kod ispitanika.

Ispitanice su sklonije navoditi potrebu za formalnom podrškom na mjesečnoj razini, a ispitanici su skloniji navoditi dnevnu potrebu za formalnom podrškom.

Tablica 100. Učestalost potrebe za formalnom podrškom, razlike prema spolu.

	Muški	Ženski
Mjesečno	11,9	27,7
Tjedno	43,8	42,2
Dnevno	31,3	18,8
Bez odgovora	12,9	11,2

$\chi^2=22,381$; $df=3$; $p<0,001$

Ispitanici s nižim stupnjem obrazovanja skloniji su ne dati odgovor na ovo pitanje, oni s višim stupnjem obrazovanja skloniji su navoditi tjednu potrebu za formalnom podrškom.

Tablica 101. Učestalost potrebe za formalnom podrškom, razlike prema stupnju obrazovanja.

	Niže	Srednje	Više, visoko
Mjesečno	22,5	22,3	18,9
Tjedno	32,5	42,1	50,8
Dnevno	22,5	25,0	22,0
Bez odgovora	22,5	10,6	8,3

$\chi^2=14,265$; $df=6$; $p<0,03$

I na kraju, ispitanici s bubrežnim bolestima skloniji su navoditi dnevnu potrebu za formalnom podrškom, a oni s mišićno-koštanim bolestima su skloniji navoditi mjesečnu potrebu.

Tablica 102. Učestalost potrebe za formalnom podrškom, razlike prema dvije skupine ispitanika.

	Bubrežne bolesti	Mišićno-koštane bolesti
Mjesečno	9,2	33,5
Tjedno	42,4	43,3
Dnevno	38,4	9,4
Bez odgovora	10,0	13,8

$\chi^2=80,507$; $df=3$; $p<0,001$

2.5.2. Simptomi bolesti - osnovne značajke

U ovom dijelu disertacije analiziramo čestice koje obuhvaćaju različite simptome bolesti, odnosno različite poteškoće koje se mogu javiti kao posljedice njihove osnovne bolesti. Kao i u prethodnim dijelovima i ovdje prvo dajemo prikaz distribucije postotaka na cijelom uzorku i na uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika prema tipu bolesti. Nakon toga analiziramo simptome bolesti prema osnovnim značajkama ispitanika.

Tablica 103. Poteškoće ispitanika kao posljedice njihove osnovne bolesti - simptomi bolesti (%).

Koliko čestoste imali/osjećali...	Nimalo	Malo	Umjereno	Poprilično	Ekstremno	Bez odgovora
Nervoza ili unutarnja nesigurnost	12,8	26,4	40,4	17,5	2,6	0,4
Slabost ili vrtoglavica	25,8	34,3	28,3	10,0	1,4	0,2
Ideja da netko drugi kontrolira misli	61,2	20,7	14,8	2,6	0,6	0,2
Osjećaj da nekoga drugog treba okriviti	54,9	26,8	13,2	4,5	0,4	0,2
Problemi s pamćenjem	33,9	37,0	21,5	5,9	1,6	0,2
Osjećaj lakog uznemiravanja	16,3	32,7	34,3	14,2	2,2	0,4
Bolovi u prsima ili oko srca	37,2	32,9	21,9	6,3	1,4	0,4
Osjećaj straha u otvorenim prostorima	74,4	12,4	10,0	2,4	0,4	0,4
Suicidalne misli	82,3	8,1	7,3	1,0	0,8	0,6
Osjećaj da se većini ljudi ne može vjerovati	26,4	28,3	25,2	15,9	3,7	0,4
Nedostatak apetita	52,2	23,6	18,1	4,9	1,0	0,2
Iznenadni osjećaj straha	53,3	27,0	13,8	4,7	1,0	0,2
Ublažiti nekontrolirani ispad	38,4	35,8	19,9	4,3	1,0	0,6
Osjećaj usamljenosti	36,6	34,8	19,3	6,5	2,6	0,2
Osjećaj tuge	36,0	33,7	17,9	8,7	3,0	0,8
Osjećaj nezainteresiranosti	34,4	37,6	17,1	8,5	1,8	0,6
Strah	25,6	40,9	21,3	9,8	2,2	0,2
Osjećaj da vas je lako povrijediti	29,9	38,8	24,0	6,1	1,0	0,2
Osjećaj da su ljudi neljubazni	38,6	36,0	16,9	6,9	1,4	0,2
Osjećaj podređenosti	24,8	35,4	27,0	10,4	2,2	0,2
Mučnina ili nervoza u trbuhu	29,9	37,8	21,5	9,4	1,2	0,2
Osjećaj da vas drugi promatraju ili ogovaraju	44,5	29,7	18,9	6,1	0,6	0,2
Problemi sa spavanjem	37,4	37,2	19,5	4,5	1,2	0,2
Provjeravanje onoga što radite	40,9	31,9	20,3	5,9	0,8	0,2
Teško donošenje odluka	25,8	34,4	22,6	13,4	3,5	0,2
Strah od putovanja	72,2	14,6	10,8	1,6	0,6	0,2

Ne možete do daha	52,8	27,4	14,4	4,7	0,6	0,2
Čari, uroci	80,3	9,3	7,9	1,8	0,4	0,4
Izbjegavanje određenih stvari, mjesta	64,0	20,9	12,6	1,6	0,4	0,6
Prazne misli	64,2	21,1	10,8	3,0	0,6	0,4
Ukočenost ili trnci u tijelu	30,7	30,3	25,2	10,6	2,6	0,6
Ideja kazne zbog grijeha	63,0	21,3	11,8	2,6	1,0	0,4
Osjećaj beznadnosti	48,0	26,6	18,7	4,7	1,2	0,8
Problemi s koncentracijom	35,8	36,8	18,9	6,5	1,2	0,8
Osjećaj slabosti	25,0	32,1	28,9	12,4	1,4	0,2
Osjećaj napetosti	28,7	34,4	25,2	8,9	2,2	0,6
Misli o smrti	56,7	25,4	13,8	3,3	0,4	0,4
Potreba da nekog ozlijedite	75,4	12,2	9,6	2,4	0,2	0,2
Potreba da nešto slomite	74,8	14,8	8,3	1,6	0,4	0,2
Osjećaj samosvijesti	34,3	23,6	27,8	12	2	0,4
Osjećaj nelagode u gužvi	47,4	25	18,9	7,5	0,8	0,4
Osjećaj nedostatne bliskosti	41,7	30,7	21,7	5,3	0,4	0,2
Čarolije, uroci	76,0	13,6	9,3	0,6	0,4	0,2
Česte rasprave	40,0	31,5	24	3,3	0,8	0,4
Osjećaj nervoze kad ste sami	55,1	26,8	14,8	2,4	0,6	0,4
Osjećaj da vam drugi ne daju dovoljno zasluga	38,6	28	23,2	8,5	1,6	0,2
Osjećaj nemira	50,8	28,3	15,6	4,3	0,8	0,2
Osjećaj bezvrijednosti	57,5	22,8	13,4	4,5	1,6	0,2
Osjećaj iskorištavanja	37,0	29,3	20,5	10,8	2,2	0,2
Osjećaj krivnje	47,0	32,9	15,7	3,3	0,8	0,2
Osjećaj da nešto nije u redu	69,1	17,3	10,4	2,4	0,6	0,2

Na pitanje učestalost osjeta različitih problema i simptoma bolesti ispitanici su najčešće naveli (poprilično+ekstremno) nervozu ili unutarnju nesigurnost (20,1%), nepovjerenje prema drugim ljudima (19,6%), teško donošenje odluka (16,9%), osjećaj da se lako uznemire (16,4%), ukočenost i trnce u tijelu (13,2%), te osjećaje podređenosti i iskorištavanja (oko 13%). U tom smislu ispitanici najmanje navode čarolije i uroke (1,0%), suicidalne misli (1,8%), potrebu da nešto slome i izbjegavanje određenih mjesta, te strah od putovanja (2,2%).

Rezultati na ovim česticama na uzorku podijeljenom prema dvije skupine ispitanika ne pokazuju velike razlike između ispitanika s bubrežnim bolestima i ispitanika s mišićno-koštanim bolestima. No određene razlike su vidljive (tablica 104), a vidljivo je i da ispitanici s mišićno-koštanim bolestima nešto češće imaju određene simptome bolesti. Tako na primjer njih oko 23% navodi nervozu ili unutarnju nesigurnost (prema 17% kod ispitanika s

bubrežnim bolestima), oko 22% ih navodi osjećaj nepovjerenja prema drugim ljudima (prema oko 18% kod druge skupine), oko 19% ih navodi osjećaj lakog uznemiravanja (prema 13% kod druge skupine), a 18% ispitanika s mišićno-koštanim bolestima navodi teškoće pri donošenju odluka (oko 16% kod druge skupine) i oko 17% ih navodi simptome ukočenosti ili trnaca u tijelu (prema oko 10% kod druge skupine).

Tablica 104. Poteškoće ispitanika kao posljedice njihove osnovne bolesti – simptomi bolesti, prema dvije skupine ispitanika (%).

Koliko često ste imali/osjećali...	Bubrežne bolesti			Mišićno-koštane bolesti		
	Nimalo, malo	Umjereno	Poprilično, ekstremno	Nimalo, malo	Umjereno	Poprilično, ekstremno
Nervoza ili unutarnja nesigurnost	41,5	40,7	17,0	36,9	40,0	23,1
Slabost ili vrtoglavica	58,5	30,0	11,1	61,6	26,7	11,8
Ideja da netko drugi kontrolira misli	78,3	18,6	2,8	85,5	11,0	3,5
Osjećaj da nekoga drugog treba okriviti	76,7	16,6	6,3	86,7	9,8	3,5
Problemi s pamćenjem	72,7	21,3	5,5	69,0	21,6	9,4
Osjećaj lakog uznemiravanja	50,2	35,6	13,4	47,8	32,9	19,2
Bolovi u prsima ili oko srca	69,2	24,1	5,9	71,0	19,6	9,4
Osjećaj straha u otvorenim prostorima	83,0	13,0	3,2	90,6	7,0	2,4
Suicidalne misli	85,4	10,7	2,8	95,3	3,9	0,8
Osjećaj da se većini ljudi ne može vjerovati	57,7	23,7	17,8	51,8	26,7	21,6
Nedostatak apetita	71,1	20,6	7,9	80,4	15,7	3,9
Iznenadni osjećaj straha	78,3	14,6	6,7	82,4	12,9	4,7
Ublažiti nekontrolirani ispad	71,1	20,2	7,9	77,3	19,6	2,7
Osjećaj usamljenosti	74,7	15,8	9,1	68,2	22,7	9,0
Osjećaj tuge	70,4	18,2	10,7	69,0	17,6	12,5
Osjećaj nezainteresiranosti	72,3	18,6	8,3	71,8	15,7	12,2
Strah	71,1	17,8	10,7	62,0	24,7	13,3
Osjećaj da vas je lako povrijediti	68,0	25,3	6,3	69,4	22,7	7,8
Osjećaj da su ljudi neljubazni	73,5	18,6	7,5	75,7	15,3	9,0
Osjećaj podređenosti	64,0	26,1	9,5	56,5	27,8	15,7
Mučnina ili nervoza u trbuhu	68,8	20,2	10,7	66,7	22,7	10,6
Osjećaj da vas drugi promatraju ili ogovaraju	73,5	19,0	7,1	74,9	18,8	6,3
Problemi sa spavanjem	71,9	21,3	6,3	77,3	17,6	5,1

Provjeravanje onoga što radite	70,0	22,1	7,5	75,7	18,4	5,9
Teško donošenje odluka	61,7	22,1	15,8	58,8	23,1	18,0
Strah od putovanja	84,2	12,6	2,8	89,4	9,0	1,6
Ne možete do daha	77,1	17,8	4,7	83,1	11,0	5,9
Čari, uroci	88,1	7,9	3,6	91,0	7,8	0,8
Izbjegavanje određenih stvari, mjesta	84,2	13,4	2,0	85,5	11,8	2,0
Prazne misli	81,8	13,4	4,3	88,6	8,2	2,7
Ukočenost ili trnci u tijelu	63,6	26,5	9,5	58,4	23,9	16,9
Ideja kazne zbog grijeha	79,4	16,2	4,0	89,0	7,5	3,1
Osjećaj beznadnosti	71,9	19,8	7,9	77,3	17,6	3,9
Problemi koncentracijom ^s	74,7	17,4	7,5	70,6	20,4	7,8
Osjećaj slabosti	58,9	26,9	13,8	55,3	31,0	13,7
Osjećaj napetosti	65,2	25,7	8,3	61,2	24,7	13,7
Misli o smrti	80,6	13,8	5,1	83,5	13,7	2,4
Potreba da nekog ozlijedite	84,6	12,6	2,4	90,6	6,7	2,7
Potreba da nešto slomite	87,0	10,3	2,4	92,2	6,3	1,6
Osjećaj samosvijesti	58,1	26,5	15,0	57,6	29,0	12,9
Osjećaj nelagode u gužvi	68,8	19,8	11,1	76,1	18,0	5,5
Osjećaj nedostatne bliskosti	70,8	23,3	5,5	74,1	20,0	5,9
Čarolije, uroci	86,2	11,9	1,6	92,9	6,7	0,4
Česte rasprave	66,0	28,1	5,5	76,9	20,0	2,7
Osjećaj nervoze kad ste sami	77,5	18,2	4,0	86,3	11,4	2,0
Osjećaj da vam drugi ne daju dovoljno zasluga	69,6	21,7	8,3	63,5	24,7	11,8
Osjećaj nemira	76,7	16,6	6,3	81,6	14,5	3,9
Osjećaj bezvrijednosti	79,1	14,6	5,9	81,6	12,2	6,3
Osjećaj iskorištavanja	64,4	23,3	11,9	68,2	17,6	14,1
Osjećaj krivnje	77,1	18,2	4,3	82,7	13,3	3,9
Osjećaj da nešto nije u redu	86,6	9,1	4,0	86,3	11,8	2,0

U nastavku smo na ovim česticama proveli faktorsku analizu (komponentni model, varimax rotacija uz GK kriterij zaustavljanja rotacije).

Tablica 105. Matrica varimax faktora. Simptomi bolesti.

	OSJEĆAJ BEZVRIJEDNOSTI	OSJEĆAJ TUGE I USAMLJENOSTI	SLABOST TIJELA	OSJEĆAJ ANKSIOZNOSTI	PSIHOZA	SAMOSVIJEST
Osjećaj da nešto nije u redu s vašim umom	.720					
Osjećaj bezvrijednosti	.690					
Osjećaj krivnje	.684					
Osjećaj nemira	.673					
Ideja kazne zbog grijeha	.640					
Česte rasprave	.613					
Osjećaj nervoze kad ste sami	.601					
Prazne misli	.586					
Izbjegavanje određenih stvari zbog straha	.569					
Misli o smrti	.547					
Osjećaj beznadnosti	.533					
Osjećaj nelagode u gužvi	.428					
Osjećaj tuge		.796				
Osjećaj usamljenosti		.772				
Osjećaj usamljenosti čak iako		.754				
Osjećaj nezainteresiranosti		.715				
Osjećaj straha		.635				
Osjećaj blokiranosti		.559				
Problemi sa spavanjem		.510				
Ublažavanje nekontroliranog ispada		.410				
Ukočenost ili trnci			.771			
Osjećaj slabosti			.771			
Osjećaj napetosti ili ukočenosti			.703			
Osjećaj podređenosti				.723		
Ljudi neljubazni				.709		
Drugi promatraju ili ogovaraju				.662		
Mučnina ili nervoza u trbuhu				.452		

Slabost, vrtoglavica				.445		
Netko drugi kontrolira misli					.728	
Strah u otvorenim prostorima					.709	
Samoubilačke misli					.668	
Drugog okriviti					.587	
Osjećaj samosvijesti s drugima						.700
Dobro pamćenje						.403

Ekstrahirani faktori tumače 56,91% varijance⁶

Dobiveno je ukupno šest faktora. S obzirom na saturacije čestica na pojedinim faktorima prvi je nazvan „Osjećaj bezvrijednosti“ u koji su uključeni: osjećaj da nešto nije u redu s vašim umom, osjećaj bezvrijednosti, osjećaj krivnje, osjećaj nemira, ideja kazne zbog grijeha, česte rasprave, osjećaj nervoze kad ste sami, prazne misli, izbjegavanje određenih stvari zbog straha, misli o smrti, osjećaj beznadnosti, osjećaj nelagode u gužvi. Druga skupina „Osjećaj tuge i usamljenosti“ su: osjećaj tuge, osjećaj usamljenosti, osjećaj nezainteresiranosti, osjećaj straha, osjećaj blokiranosti, problemi sa spavanjem. Treći je faktor nazvan „Slabost tijela“, a čestice koje su na njemu saturirane su: ukočenost ili trnci u tijelu, osjećaj slabosti i osjećaj napetosti ili ukočenosti. Na četvrtom faktoru dobiveno je pet čestica: osjećaj podređenosti, neljubaznost ljudi, osjećaj da drugi promatraju ili ogovaraju, mučnina i nervoza u trbuhu, te slabost i vrtoglavica. Faktor smo nazvali „Osjećaj anksioznosti“. Peti faktor smo nazvali „Psihoza“, a obuhvaća sljedeće čestice: osjećaj da netko drugi kontrolira misli, osjećaj straha u otvorenim prostorima, suicidalne misli te potreba da se drugoga okrivi za nešto loše. I šesti faktor obuhvaća samo dvije čestice (osjećaj samosvijesti s drugima i dobro pamćenje) te smo ga nazvali „Samosvijest“.

U nastavku analize dobivene faktore smo povezali s osnovnim značajkama ispitanika.

⁶ Zbog zadovoljavanja kriterija jednostavne strukture u prvom koraku faktorske analize izostavljene su čestice „Osjećaj da će vas ljudi iskoristiti ako dopustite“, „Potrebu da nekoga istučete, ozlijedite“, „Osjećaj da vam drugi ne daju dovoljno zasluga“, „Čarolije, uroci“, „Iznenadni osjećaj straha bez određenog razloga“, „Osjećaj nedovoljne bliskosti s drugom osobom“, „Problemi s koncentracijom“ i „Potreba da nešto slomite“. U drugom su koraku izostavljene čestice: „Osjećaj da vas je lako uznemiriti“. U trećem koraku izostavljene su čestice: „Teško donošenje odluka“, „Strah od putovanja autobusom, tramvajem ili vlakom“ i „Nemogućnost dolaska do daha“, a u četvrtom koraku izostavljena je čestica „Osjećaj da se većini ljudi ne može vjerovati“.

Tablica 106. Korelacija dimenzija simptoma bolesti i osnovnih značajki ispitanika.

	OSJEĆAJ BEZVRIJEDNOSTI	OSJEĆAJ TUGE I USAMLJENOSTI	SLABOST TIJELA	OSJEĆAJ ANKSIOZNOSTI	PSIHOZA	SAMOSVIJEST
Spol	-0,111*	0,173**	0,037	0,022	0,059	-0,099*
Dob	0,139**	0,020	-0,095*	-0,005	0,017	0,036
Stupanj obrazovanja	0,010	-0,145**	-0,121**	-0,061	-0,140**	0,097*
Religijska samoidentifikacija	-0,028	0,028	0,115*	0,059	-0,061	0,054
Konfesionalna pripadnost	-0,043	0,017	0,148**	0,034	-0,113*	0,088
Dvije skupine	-0,081	0,068	0,082	-0,017	-0,185**	-0,020

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

Rezultati korelacijske analize pokazuju da su ispitanici mlađe životne dobi skloniji dimenziji koju smo nazvali „Osjećaj bezvrijednosti“. Ispitanice i oni s nižim stupnjem obrazovanja skloniji su dimenziji „Osjećaj tuge i usamljenosti“. Ispitanici s nižim stupnjem obrazovanja i ispitanici koji su se izjasnili kao rimokatolici skloniji su „Slabosti tijela“, a oni s nižim stupnjem obrazovanja i oni s bubrežnim bolestima skloniji su „Psihozi“.

2.5.3. Povezanost duhovnosti, stanja bolesti i simptoma bolesti

U ovom završnom dijelu empirijskog dijela rada analiziramo duhovnost u odnosu prema stanju bolesti i prema simptomima bolesti. Prvo analiziramo dobivene dimenzije duhovnosti s obzirom na pitanja vezana uz bolest ispitanika (prije koliko vremena im je dijagnosticirana bolest, koliko često odlaze liječniku, te koliko trebaju zdravstvene usluge i formalnu podršku).

Dobiveni rezultati pokazuju statistički značajne razlike s obzirom na pitanje vremena dijagnosticiranja bolesti kod ispitanika kod dimenzije „važnost Boga“, kako u smislu „idealnog za duhovni razvoj“ tako i u smislu „osobnog osjećaja duhovnosti“.

Tablica 107. Dimenzija „idealno za duhovni razvoj“ – „važnost Boga“, s obzirom na vrijeme dijagnosticiranja bolesti kod ispitanika.

		M		kontrast
VAŽNOST BOGA	Od 1 do 5 godina	-0,2427	F =5,204 sig. p < 0,006	2,3>1
	Od 6 do 10 godina	0,1241		
	11 i više godina	0,072		

Tablica 108. Dimenzija „osobni osjećaj duhovnosti“ – „važnost Boga“, s obzirom na vrijeme dijagnosticiranja bolesti kod ispitanika.

		M		kontrast
VAŽNOST BOGA	Od 1 do 5 godina	-0,2136	F =4,657 sig. p < 0,02	2>1
	Od 6 do 10 godina	0,1878		
	11 i više godina	0,0042		

Ispitanici kojima je bolest dijagnosticirana prije šest do deset godina skloniji su „važnosti Boga“ u smislu idealnog za duhovni razvoj i u smislu osobnog osjećaja duhovnosti, za razliku od onih ispitanika kojima je bolest dijagnosticirana u razmaku od jedne do pet godina.

Na dimenzijama duhovnih potreba nema statistički značajnih razlika u pogledu vremena dijagnosticiranja bolesti.

Sljedeće pitanje koje obuhvaća stanje bolesti je pitanje učestalosti redovitih odlazaka liječniku zbog zdravstvenih/kontrolnih pregleda. Rezultati analize dimenzija duhovnosti s tim pitanjem pokazuju da postoji statistički značajna razlika u pogledu dimenzije „Povezanost s prirodom“ (idealno za duhovno zdravlje) i dimenzije „Važnost Boga“ (osobni osjećaj duhovnosti). Na svim dimenzijama duhovnih potreba također je dobivena statistički značajna razlika po ovom pitanju.

Rezultati analize varijance pokazuju da su ispitanici koji mjesečno odlaze kod liječnika na redovite kontrolne preglede manje skloni smatrati da je za duhovno zdravlje idealno biti povezan s prirodom, za razliku od svih ostalih.

Tablica 109. Dimenzija „idealno za duhovno zdravlje“ – „povezanost s prirodom“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.

		M		kontrast
POVEZANOST S PRIRODOM	Ne odlaze	0,0758	F =11,317 sig. p < 0,001	ostali>4
	Jednom godišnje	0,2019		
	Dvaput godišnje	0,0792		
	Mjesečno	-0,5809		
	Tjedno	0,1525		

Suprotno tome, upravo su ispitanici koji mjesečno odlaze kod liječnika skloniji smatrati da je za osobni osjećaj duhovnosti važan Bog, za razliku od onih koji uopće ne idu kod liječnika i onih koji to čine na tjednoj razini.

Tablica 110. Dimenzija „osobni osjećaj duhovnosti“ – „važnost Boga“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.

		M		kontrast
VAŽNOST BOGA	Ne odlaze	-0,1802	F =2,993 sig. p < 0,02	4>1,5
	Jednom godišnje	0,0725		
	Dvaput godišnje	0,0707		
	Mjesečno	0,1381		
	Tjedno	-0,3339		

U pogledu učestalosti redovitih odlazaka na kontrolne preglede kod liječnika na dimenzijama duhovnih potreba dobivena je statistički značajna razlika na sve četiri dimenzije. Ispitanici koji kod liječnika odlaze dvaput godišnje skloniji su „vjerskim potrebama“, za razliku od onih koji kod liječnika odlaze tjedno.

Tablica 111. Dimenzija „Vjerske potrebe“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.

		M		kontrast
VJERSKE POTREBE	Ne odlaze	-0,1067	F =3,273 sig. p < 0,02	3>5
	Jednom godišnje	0,0656		
	Dvaput godišnje	0,2099		
	Mjesečno	-0,0384		
	Tjedno	-0,3244		

Ispitanici koji kod liječnika na kontrolne preglede odlaze mjesečno skloniji su dimenziji duhovnih potreba „Obitelj smisao života“, za razliku od onih koji uopće ne idu kod liječnika i onih koji to čine godišnje.

Tablica 112. Dimenzija „Obitelj smisao života“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.

		M		kontrast
OBITELJ SMISAO ŽIVOTA	Ne odlaze	-0,4106	F =7,500 sig. p < 0,001	4>1,2,3
	Jednom godišnje	-0,0640		
	Dvaput godišnje	-0,0590		
	Mjesečno	0,4321		
	Tjedno	-0,0357		

Ispitanici koji kod liječnika odlaze na godišnjoj razini (jednom ili dvaput) skloniji su „altruizmu“, za razliku od onih koji odlaze kod liječnika svaki mjesec i koji su tome manje skloni.

Tablica 113. Dimenzija „Altruizam“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.

		M		kontrast
ALTRUIZAM	Ne odlaze	0,0466	F =6,159 sig. p < 0,001	2,3>4
	Jednom godišnje	0,1105		
	Dvaput godišnje	0,1847		
	Mjesečno	-0,4288		

	Tjedno	0,0031	
--	--------	--------	--

Isto kao i u prethodnom slučaju, i ovdje su ispitanici koji kod liječnika odlaze jednom ili dvaput godišnje skloniji „osvrtnu na vlastiti život“, za razliku od ispitanika koji kod liječnika odlaze mjesečno i koji su tome manje skloni.

Tablica 114. Dimenzija „Osvrt na vlastiti život“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.

		M		kontrast
OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT	Ne odlaze	-0,0604	F =3,338 sig. p < 0,02	2,3>4
	Jednom godišnje	0,0760		
	Dvaput godišnje	0,1266		
	Mjesečno	-0,3185		
	Tjedno	0,0778		

U nastavku analiziramo odnos potrebe zdravstvenih usluga i dimenzije duhovnosti. Rezultati analize varijance pokazuju tek dvije statistički značajne razlike, i to na dimenziji „Odnos prema drugima“ u smislu osobnog osjećaja duhovnosti, te na dimenziji „Obitelj smisao života“ u smislu duhovnih potreba.

Ispitanici koji navode potrebu korištenja usluga liječnika i medicinske sestre skloniji su dimenziji „Odnosa s drugima“ u smislu osobnog osjećaja duhovnosti, za razliku od ispitanika koji navode potrebu korištenja zdravstvene njege.

Tablica 115. Dimenzija „osobni osjećaj duhovnosti“ - „odnos prema drugima“, s obzirom na potrebu korištenja zdravstvenih usluga.

		M		kontrast
ODNOS PREMA DRUGIMA	Doktor medicine	-0,0024	F =2,941 sig. p < 0,04	3>2
	Zdravstvena njega	-0,6354		
	Liječnik/medicinska sestra	0,0739		
	Drugo	-0,1441		

Ispitanici koji navode potrebu korištenja usluga liječnika i medicinske sestre skloniji su dimenziji „Obitelj smisao života“ u smislu duhovnih potreba, za razliku od ispitanika koji navode potrebu korištenja usluga doktora medicine.

Tablica 116. Dimenzija „Obitelj smisao života“, s obzirom na potrebu korištenja zdravstvenih usluga.

		M		kontrast
OBITELJ SMISAO ŽIVOTA	Doktor medicine	-0,0751	F =3,355 sig. p < 0,02	3>1
	Zdravstvena njega	0,0716		
	Liječnik/medicinska sestra	0,2486		
	Drugo	-0,1448		

Sada analiziramo dimenzije duhovnosti u pogledu prema učestalosti potreba za formalnom podrškom. Rezultati pokazuju statistički značajne razlike na dvije dimenzije duhovnosti u smislu „idealnog za duhovno zdravlje“, te na sve četiri dimenzije duhovnih potreba.

Ispitanici koji su naveli potrebu za formalnom podrškom na mjesečnoj razini skloniji su dimenziji duhovnosti „Odnos prema drugima“ u smislu idealnog za duhovno zdravlje, za razliku od onih koji su tu potrebu označili na dnevnoj razini i onih koji uopće nisu dali odgovor na to pitanje.

Tablica 117. Dimenzija „Odnos prema drugima – 'idealno za duhovno zdravlje'“, s obzirom na učestalost potrebe za formalnom podrškom.

		M		kontrast
ODNOS PREMA DRUGIMA	Mjesečno	0,1387	F =3,590 sig. p < 0,02	1>3,4
	Tjedno	0,0838		
	Dnevno	-0,1329		
	Bez odgovora	-0,3042		

Nadalje, ispitanici koji su naveli potrebu za formalnom podrškom na tjednoj razini i oni koji uopće nisu dali odgovor na to pitanje skloniji su dimenziji „povezanost s prirodom“ u smislu idealnog za duhovno zdravlje, za razlike od ispitanika koji trebaju formalnu podršku na dnevnoj razini.

Tablica 118. Dimenzija „Povezanost s prirodom – 'idealno za duhovno zdravlje'“, s obzirom na učestalost potrebe za formalnom podrškom.

		M		kontrast
POVEZANOST S PRIRODOM	Mjesečno	0,0559	F =5,071 sig. p < 0,002	2,4>3
	Tjedno	0,0800		
	Dnevno	-0,3078		
	Bez odgovora	0,1988		

Rezultati analize varijance između dimenzija duhovne potrebe i pitanja učestalosti potrebe za formalnom podrškom pokazuju da su ispitanici koji nisu dali odgovor na pitanja o potrebi formalne podrške skloniji dimenziji duhovnih potreba koju smo nazvali „Vjerske potrebe“, za razliku od ispitanika koji navodi potrebu korištenja formalne podrške na dnevnoj razini.

Tablica 119. Dimenzija „Vjerske potrebe“, s obzirom na učestalost potrebe za formalnom podrškom.

		M		kontrast
VJERSKE POTREBE	Mjesečno	0,1296	F =3,838 sig. p < 0,01	4>3
	Tjedno	-0,0299		
	Dnevno	-0,1924		
	Bez odgovora	0,3066		

Dimenziji „Obitelj smisao života“ skloniji su ispitanici koji dnevno trebaju formalnu podršku u svom životu, za razliku od ispitanika koju tu potrebu za formalnom podrškom navode na mjesečnoj i tjednoj razini.

Tablica 120. Dimenzija „Obitelj smisao života“, s obzirom na učestalost potrebe za formalnom podrškom.

		M		kontrast
OBITELJ SMISAO ŽIVOTA	Mjesečno	-0,1166	F =9,065 sig. p < 0,001	3>1,2
	Tjedno	-0,1939		
	Dnevno	0,3826		
	Bez odgovora	0,1085		

„Altruizmu“ kao dimenziji duhovnih potreba skloniji su ispitanici koji mjesečno trebaju formalnu podršku, za razliku od ispitanika koji tu podršku trebaju svaki dan i koji su tome manje skloni.

Tablica 121. Dimenzija „Altruizam“, s obzirom na učestalost potrebe za formalnom podrškom.

		M		kontrast
ALTRUIZAM	Mjesečno	0,2531	F =3,809 sig. p < 0,01	1>3
	Tjedno	-0,0024		
	Dnevno	-0,1990		
	Bez odgovora	-0,0370		

„Osvrtu na vlastiti život“ skloniji su ispitanici koji nisu dali odgovor na pitanje potrebe formalne podrške za razliku od ispitanika koji iskazuju tu potrebu na dnevnoj razini i koji su tome manje skloni.

Tablica 122. Dimenzija „Osvrt na vlastiti život“, s obzirom na učestalost potrebe za formalnom podrškom.

		M		kontrast
OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT	Mjesečno	-0,0902	F =3,207 sig. p < 0,03	4>3
	Tjedno	0,0350		
	Dnevno	-0,1482		

	Bez odgovora	0,3238	
--	--------------	--------	--

Završni dio ove analize je odnos između dimenzija duhovnosti i pitanja i dimenzija simptoma bolesti. Prvo je povezano niz simptoma različitih bolesti s dobivenim dimenzijama duhovnosti („idealno za duhovno zdravlje“ i „osobni osjećaj duhovnosti“).

Rezultati korelacijske analize pokazuju da ispitanici koji imaju osjećaj da netko drugi kontrolira njihove misli i oni koji imaju osjećaj da nekoga drugog treba okriviti, kao i oni koji imaju osjećaj straha u otvorenim prostorima i oni sa suicidalnim mislima, nisu skloni dimenzijama duhovnosti. Ispitanici koji imaju probleme s pamćenjem i s bolovima u predjelu srca skloniji su „važnosti Boga“ u smislu razvoja duhovnosti. Ispitanici koji imaju iznenadni osjećaj straha također su skloniji „važnosti Boga“ u smislu razvoja duhovnosti, a manje su skloni „povezanosti s prirodom“.

Ispitanici koji imaju osjećaj da su ljudi neljubazni, oni s problemima spavanja, te oni koji imaju problema s urocima nisu skloni „povezanosti s prirodom“. Ispitanici koji imaju probleme ukočenosti u tijelu, te oni s osjećajem kazne zbog grijeha skloniji su „važnosti Boga“ u smislu razvoja i osobnog osjećaja duhovnosti. Ispitanici koji imaju osjećaj nervoze kada su sami i oni koji imaju osjećaj da nešto nije u redu manje su skloni dimenziji duhovnosti koju smo nazvali „odnos s drugima“. Dakle, oni koji imaju lošiji odnos s drugima i slabiju povezanost s prirodom skloniji su suicidalnim mislima, što zači da je njegovanje ove duhovnosti važno za ispitanike, odnosno bolesnike koji su sudjelovali u ostraživanju odnosno za bolesnike oboljele od kroničnim bolesti.

Tablica 123. Korelacija dimenzija duhovnosti i čestica simptoma bolesti.

	VAŽNOST BOGA	ODNOS S DRUGIMA	POVEZANOST S PRIRODOM	VAŽNOST BOGA	POVEZANOST S PRIRODOM	ODNOS S DRUGIMA
Nervoza ili unutarnja nesigurnost	0,082	-0,027	-0,015	0,014	-0,063	-0,017
Slabost ili vrtoglavica	0,107*	-0,078	-0,038	0,074	-0,059	-0,051
Ideja da netko drugi kontrolira misli	0,093*	-0,123**	-0,200**	0,096*	-0,163**	-0,197**
Osjećaj da nekoga drugog treba okriviti	0,06	-0,154**	-0,192**	0,042	-0,195**	-0,249**
Problemi s pamćenjem	0,127**	-0,053	-0,048	0,055	-0,023	-0,131**
Osjećaj lakog uznemiravanja	0,061	-0,06	0,033	0,07	-0,031	-0,107*
Bolovi u prsima ili oko srca	0,119**	-0,087	-0,059	0,083	0,009	-0,109*
Osjećaj straha u otvorenim prostorima	0,068	-0,123**	-0,181**	0,022	-0,153**	-0,175**
Suicidalne misli	0,058	-0,145**	-0,107*	0,025	-0,133**	-0,209**
Osjećaj da se većini ljudi ne može vjerovati	0,096*	-0,057	0,052	0,007	-0,025	-0,003
Nedostatak apetita	0,003	-0,143**	-0,069	-0,027	-0,093*	-0,107*
Iznenadni osjećaj straha	0,143**	-0,031	-0,132**	0,067	-0,127**	-0,107*
Ublažiti nekontrolirani ispad	0,123**	-0,044	-0,043	0,094*	-0,066	-0,097*
Osjećaj usamljenosti	0,035	-0,068	-0,012	0,009	-0,063	-0,086
Osjećaj tuge	0,093*	-0,025	-0,052	0,044	-0,067	-0,062
Osjećaj nezainteresiranosti	0,034	-0,04	-0,005	0,003	-0,027	-0,044
Strah	0,075	-0,009	-0,008	0,006	-0,078	-0,013
Osjećaj da vas je lako povrijediti	0,014	-0,106*	-0,047	-0,022	-0,090*	-0,067
Osjećaj da su ljudi neljubazni	0,079	0,004	-0,133**	0,029	-0,137**	-0,023
Osjećaj podređenosti	0,154**	-0,015	-0,04	0,092*	-0,08	-0,026
Mučnina ili nervoza u trbuhu	0,074	-0,071	-0,082	0,069	-0,095*	-0,074
Osjećaj da vas drugi promatraju ili ogovaraju	0,05	-0,141**	-0,124**	0,038	-0,079	-0,08
Problemi sa spavanjem	0,139**	-0,038	-0,128**	0,092*	-0,116*	-0,093*
Provjeravanje onoga što radite	0,139**	-0,131**	-0,095*	-0,094*	-0,064	-0,103*
Teško donošenje odluka	0,066	0,041	0,016	0,06	-0,029	-0,016

Strah od putovanja	0,08	-0,03	-0,045	0,014	-0,028	-0,121**
Ne možete do daha	0,126**	-0,078	-0,04	0,072	-0,053	-0,117**
Čari, uroci	0,098*	-0,08	-0,244**	0,065	-0,177**	-0,139**
Izbjegavanje određenih stvari, mjesta	0,097*	-0,061	-0,103*	0,038	-0,071	-0,072
Prazne misli	0,109*	-0,063	-0,090*	0,032	0,061	-0,112*
Ukočenost ili trnci u tijelu	0,124**	0,069	0,009	0,120**	0,039	0,013
Ideja kazne zbog grijeha	0,123**	-0,073	-0,088	0,085	-0,111*	-0,111*
Osjećaj beznadnosti	0,115*	-0,047	-0,032	0,057	-0,039	-0,094*
Problemi s koncentracijom	0,083	-0,001	-0,029	-0,004	0,025	-0,073
Osjećaj slabosti	0,087	-0,031	-0,049	0,039	-0,02	-0,035
Osjećaj napetosti	0,113*	0,008	-0,053	0,069	-0,002	-0,05
Misli o smrti	0,063	-0,028	-0,012	-0,052	-0,068	-0,053
Potreba da nekog ozlijedite	0,002	-0,126**	-0,014	-0,014	-0,085	-0,158**
Potreba da nešto slomite	0,028	-0,083	-0,07	-0,077	-0,136**	-0,117**
Osjećaj samosvijesti	-0,042	0,133**	0,078	-0,022	0,038	0,093*
Osjećaj nelagode u gužvi	0,082	-0,027	-0,057	0,019	-0,087	0,015
Osjećaj nedostatne bliskosti	0,069	-0,045	-0,053	0,018	-0,059	-0,054
Čarolije, uroci	0,119**	-0,120**	-0,163**	0,029	-0,145**	-0,185**
Česte rasprave	0,02	0,027	-0,03	-0,011	-0,008	-0,044
Osjećaj nervoze kad ste sami	0,104*	-0,113*	-0,130**	0,01	-0,094*	-0,143**
Osjećaj da vam drugi ne daju dovoljno zasluga	0,046	0,017	0,014	0,021	-0,015	0,01
Osjećaj nemira	0,015	-0,079	-0,112*	-0,051	-0,096*	-0,021
Osjećaj bezvrijednosti	0,047	-0,058	-0,147**	-0,049	-0,121**	-0,07
Osjećaj iskorištavanja	0,028	0,001	0,016	-0,018	-0,032	0,026
Osjećaj krivnje	0,039	-0,016	-0,125**	-0,033	-0,155**	-0,028
Osjećaj da nešto nije u redu	0,085	-0,121**	-0,084	-0,019	-0,078	-0,131**

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

U nastavku smo proveli višestruku regresijsku analizu gdje su nam čestice simptoma bolesti činile jedan prediktorski sklop, a kriterijske varijable su bili faktori koji čine dimenzije duhovnosti u oba naznačena smisla. Rezultati regresijske analize pokazuju da odabrani prediktorski sklop tumači oko 13% kriterijskih varijabli kod dimenzija „Povezanost s prirodom“ („idealno za duhovno zdravlje“) i „Odnos s drugima“ („osobni osjećaj

duhovnosti“), te oko 10% dimenzije „Odnos s drugima“ u smislu „idealnog za duhovno zdravlje“.

Tablica 124. Simptomi bolesti kao korelati dimenzija duhovnosti.

	R2	Zasebni prediktori
VAŽNOST BOGA	0,021	Osjećaj da vas je lako povrijediti
ODNOS S DRUGIMA	0,104	Nesklonost samoubilačkim mislima, osjećaj samosvijesti s drugima, dobar apetit, ne agresivnost prema drugima, osjećaj ravnopravnosti u odnosu na druge
POVEZANOST S PRIRODOM	0,132	Bez straha od putovanja, osjećaj da ne treba nekog drugog kriviti za osobne probleme, bez osjećaja krivnje, nema straha u otvorenim prostorima
VAŽNOST BOGA	0,051	Ukočenost ili trnci u nekim dijelovima tijela
POVEZANOST S PRIRODOM	0,084	Osjećaj da ne treba nekog drugog kriviti za osobne probleme, bez straha od putovanja, bez osjećaja krivnje
ODNOS S DRUGIMA	0,133	Osjećaj da ne treba nekog drugog kriviti za osobne probleme, osjećaj samosvijesti s drugima, nesklonost samoubilačkim mislima, nesklonost čarolijama i urocima, nema problema s pamćenjem

Važni zasebni prediktori za dimenziju „odnosa s drugima“ su nesklonost samoubilačkim mislima, osjećaj samosvijesti u odnosu s drugim ljudima, te ne agresivnost spram drugih i osjećaj ravnopravnosti u odnosu na druge (razvoj duhovnosti) i osjećaj da ne treba nekog drugog kriviti za osobne probleme i nesklonost čarolijama i urocima (osobni osjećaj duhovnosti). Dakle, ispitanici s tim osjećajima skloniji su duhovnosti u smislu odnosa s drugima. Za dimenziju duhovnosti koju smo nazvali „povezanost s prirodom“ važni su prediktori nedostatak straha od putovanja, osjećaj da ne treba nekog drugog kriviti za osobne probleme, i općenito nedostatak osjećaja krivnje i nedostatak osjećaja straha u otvorenim prostorima. Oni ispitanici koji nemaju osjećaj straha od putovanja i otvorenog prostora, oni koji smatraju da ne treba nekog drugog kriviti za osobne probleme i općenito oni koji nemaju osjećaj krivnje skloniji su „povezanosti s prirodom“ kao dimenzijom duhovnosti. „Odnosu s drugima“ kao dimenziji duhovnosti skloniji su ispitanici koji nemaju sklonost samoubilačkim mislima, oni koji imaju osjećaj samosvijesti, oni koji nisu agresivni prema drugima, i oni koji se osjećaju ravnopravno s drugima.

Tablica 125. Korelacija dimenzija duhovnosti i simptoma bolesti.

	OSJEĆAJ BEZVRIJEDNOSTI	OSJEĆAJ TUGE I USAMLJENOSTI	SLABOST TIJELA	OSJEĆAJ ANKSIOZNOSTI	PSIHOZA	SAMOSVIJEST
VAŽNOST BOGA	0,025	0,004	0,131**	0,066	0,079	-0,055
ODNOS S DRUGIMA	-0,06	-0,001	0,072	-0,112*	-0,170**	0,143**
POVEZANOST S PRIRODOM	-0,112*	0,033	0,04	-0,089	-0,195**	0,083
VAŽNOST BOGA	-0,078	-0,021	0,117*	0,079	0,074	0,012
POVEZANOST S PRIRODOM	-0,09	-0,042	0,083	-0,052	-0,183**	0,008
ODNOS S DRUGIMA	-0,076	0,008	0,029	-0,029	-0,256**	0,154**

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

Rezultati korelacijske analize (bivarijatna korelacija, Personov koeficijent) između dimenzija duhovnosti (idealno za duhovno zdravlje i osobni osjećaj duhovnosti) i dimenzija simptoma bolesti pokazali su da onim ispitanicima koji su skloni „povezanosti s prirodom“ nije blizak osjećaj bezvrijednosti. Ispitanici skloniji „važnosti Boga“ skloniji su i simptomima koje smo nazvali „slabost tijela“. Ispitanicima koji su skloni „odnosu s drugima“ u smislu nečega što je idealno za duhovno zdravlje nije blizak „osjećaj anksioznosti“.

Rezultati pokazuju negativnu korelaciju između većine dimenzija duhovnosti i psihoze. Ispitanici skloniji „povezanosti s prirodom“ i „odnosu s drugima“ nisu skloni psihozi. Oni ispitanici koji su skloni „odnosu s drugima“ kao dimenziji idealnoj za duhovno zdravlje i za osobni osjećaj duhovnosti skloniji su i biti samosvjesni.

Provedena je i korelacijska analiza između dimenzija socijalnih i duhovnih potreba i dimenzija simptoma bolesti.

Tablica 126. Korelacija dimenzija socijalnih i duhovnih potreba i dimenzija simptoma bolesti

	VJERSKE POTREBE	OBITELJ KAO SMISAO ŽIVOTA	ALTRUIZAM	OSVRT NA VLASTITI ŽIVOT
OSJEĆAJ BEZVRIJEDNOSTI	0,042	0,110*	-0,056	0,194**
OSJEĆAJ TUGE I USAMLJENOSTI	0,045	-0,098*	0,048	0,347**
SLABOST TIJELA	0,079	0,092*	0,158**	0,054
OSJEĆAJ ANKSIOZNOSTI	0,063	0,189**	-0,084	0,002
PSIHOZA	0,043	-0,039	-0,260**	-0,080
SAMOSVIJEST	-0,067	0,165**	0,135**	0,053

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

Rezultati pokazuju da su ispitanici skloni „osjećaju bezvrijednosti“ i oni skloni „osjećaju tuge i usamljenosti“ skloniji osvrtnu na vlastiti život u smislu socijalnih i duhovnih potreba. Nadalje, ispitanici bliži „slabosti tijela“ u smislu simptoma bolesti skloniji su altruizmu, što je i očekivano jer se vjerojatno radi o ispitanicima starije životne dobi. Ispitanici skloni „osjećaju anksioznosti“ skloniji su obitelji kao smislu života, a oni bliži „psihozi“ nisu skloni altruizmu. Na kraju, oni ispitanici koji su skloni „samosvijesti“ skloniji su obitelji kao stvarnosti koja im ispunjava smisao života i altruizmu u smislu socijalnih i duhovnih potreba. Dobiveni rezultati uglavnom potvrđuju našu šestu radnu hipotezu. Duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti pozitivno je povezana s redovitim odlascima k liječniku na preglede. Iako ti odnosi nisu dobiveni na svim dimenzijama duhovnosti. Naša sedma radna hipoteza nije potvrđena. Dobiveni rezultati ne pokazuju negativnu povezanost simptoma bolesti i duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestima. Rezultati ukazuju na znatno složeniji odnos između tih dimenzija (duhovnosti i simptoma bolesti) od pretpostavljenog.

ZAKLJUČAK

U ovoj disertaciji istražili smo povezanost duhovnosti sa zadovoljstvom životom u bolesnika s kroničnim bolestima bubrega i onih oboljelih od mišićno-koštanih bolesti. U teorijskom okviru istraživanja bilo je potrebno odrediti pojam duhovnosti i potom zadovoljstva života i to u okviru najznačajnijih teorija modernizacije i moderniteta te istaknuti sekularizaciju kao jedan od za našu temu ključnih znakova moderniteta ali i postmoderniteta; ona se u literaturi običava navoditi kao glavna značajka naše suvremenosti. To je bilo potrebno stoga što je pojam duhovnosti izvorno vezan uz kršćanski religiozni kontekst, ali se postepeno u posljednjih nekoliko desetljeća izdvojio iz tog konteksta upravo uslijed procesa sekularizacije. U prikazu i izlaganju koncepata moderniteta, sekularizacije i postmoderniteta upozorili smo na mjesta koja upućuju na duhovnost kao mogući cilj prema kojem (post)moderni pojedinac manje ili više svjesno teži. Pokazalo se naime u svim referiranim teorijama da povlačenje religije ostavlja prazninu koja pojedinca suočava s pitanjem smisla vlastite egzistencije i s duhovnošću kao mogućim praktičnim odgovorom na to pitanje.

1. Za razumijevanje odnosa između duhovnosti i zdravlja i zadovoljstva životom primjerenu teorijsku i empirijsku osnovu daju teorije modernizacije; one pristupaju važnim promjenama u kulturnom, ekonomskom, političkom i tehnološkom području iz perspektive naglašavanja različitih sociokulturnih procesa (industrijalizacija, kapitalizam, urbanizacija) te iz perspektive procesa prevladavanja i zamjene tradicionalnih vrijednosti modernim vrijednostima (znanstvena spoznaja, sekularizirani sustavi vjerovanja, predstavnička demokracija...). Svaka od korištenih teorija omogućava da se iz sociološke teorijske perspektive pristupi postavljenom istraživačkom problemu. U provjeri pretpostavljene uloge duhovnosti kao multidimenzionalnog koncepta koristile su se na teorijama modernizacije utemeljene pretpostavke.

Pritom je izašlo na vidjelo da se duhovnost tiče, ponajprije općenito religiozno, čovjekova odnosa s nekim višim bićem odnosno sa sferom svetog i božanskog; duhovnost se referira također na posebnu kvalitetu života koja prožima cijelo čovjekovo biće tako da mu integrira sve dimenzije nadilazeći samo one fiziološke i psihološke uzete zasebno; i na kraju, duhovnost izražava također čovjekovu potrebu da daje i prima ljubav, da čuva nadu i pouzdanje, da nađe smisao života i njegovih teških momenata (nesreće, bolest, smrt) na osobnom životnom putu sa ciljem samorealizacije i zadovoljstva životom. Iz svega je vidljivo da je pojam duhovnosti

neutralan s obzirom na vjeru u Boga – niti ju nužno uključuje, niti ju isključuje, ovisi o životnim kontekstima i egzistencijalnim opredjeljenjima ljudi.

Specifičnije pak u postmodernitetu duhovnost izražava jedan mentalitet koji nastoji nadići ili prevladati fiksaciju čovjeka na puku materijalnost i usmjerava pojedinca na život u skladu s nekim vrijednostima za koje se on opredijelio (bez obzira odakle mu došle) i koje mu osmišljavaju život te vode njegovo odlučivanje, postupanje i rad u svagdašnjem životu, ali i u graničnim situacijama bolesti i tzv. „udaraca sudbine”. U svemu tome on stječe iskustvo vlastite nutrine i usklađenosti sa samim sobom i s drugima oko sebe, a krajnji obzor u kojem se on kreće može se izraziti raznim imenima, npr. duhovna energija, svejedinstvo, kozmička svijest, duh-atman, buda-narav, network, bitak, božansko biće, Bog, praznina (nirvana), istina itd.

2. Takvo stanje stvari ima odjeka i posljedica u medicinskoj sferi, tj. u skrbi za bolesne osobe. Pritom je u posljednja četiri desetljeća došao u prvi plan pojam duhovne skrbi (*spiritual care*). Duhovna se skrb općenito određuje kao pozornost svih profesionalnih sudionika u procesu zdravstvene njege spram duhovne dimenzije bolesne osobe i spram svih postupaka koji su povezani s njegom bolesnika. Radi se o liječnicima, sestrama/tehničarima, psihoterapeutima, dušobrižnicima ili duhovnim pratiteljima itd. Duhovna skrb uzima u obzir potrebe pacijenata, vodi računa o njihovim opredjeljenjima i izborima, njihovim pravima kao i o granicama u području religije odnosno duhovnosti. Ona nije sinonim za bolničko dušobrižništvo niti je ona puki dodatak onomu što inače spada u područje djelovanja zdravstvenog osoblja. Bazična kompetencija duhovne skrbi jest u senzibilitetu spram dimenzije misterija osobe bolesnika usred svagdašnje bolničke rutine; ta pozornost spram misterija osobe ide onkraj liječničke i njegovateljske profesionalne vještine te uključuje sposobnost opažanja i prihvaćanja bolesnika u njegovoj osobnoj neizrecivosti, u njegovim iskustvima i egzistencijalnim i svjetonazorskim opredjeljenjima; ta misterijska dimenzija osobe zahtijeva respekt usprkos svim urgentnostima zdravstvenog stanja bolesnika te dijagnostičkim i terapijskim procedurama koje određuju postupanje medicinskog osoblja.

Drugim riječima i konkretnije, duhovna je skrb zaokupljena svim poremećajima koje je prouzročila (ili koje može prouzročiti) bolest ili handicap; ona uzima u obzir jake momente čovjekova života: rođenje, žalovanje, krize, bolesti, nesretne slučajeve, kraj života itd. U svim tim situacijama od presudne je važnosti da se osoba bolesnika osjeti prihvaćenom sa svime onime što ona jest i što proživljava u svojoj nutrini – to treba biti u središtu pozornosti duhovne

skrbi odnosno profesionalnih osoba kojima je ona povjerena. Zdravstveno osoblje treba imati senzibilitet za to jer bolesnik nije samo bolesno tijelo koje treba dovesti u normalno funkcioniranje nego je osoba koja pati i cijela, u svim svojim dimenzijama, teži ozdravljenju (ili barem blaženju boli). To veoma prikladno izražava poznata engleska izreka (po formulaciji 'skrojena' na račun sestara, ali u stvarnosti pogađa i svakog drugog zdravstvenog djelatnika): *She is taking care of you, but doesn't care for you* – Bavi se Vama, ali se ne brine za Vas. Stoga duhovna skrb proširuje i obogaćuje pojmove respekta pacijenata i njihovih prava te se smješta u središte onoga što se danas naziva integralna i/ili personalizirana zdravstvena njega.

3. Jednostavnim su statističkim postupcima u našem istraživanju potvrđene neke od osnovnih pretpostavki teoretičara moderniteta prema kojoj se modernitet referira kao način društvenog života i organizacije kojeg karakterizira otvaranje pitanja povjerenja, odnosno, kako to Giddens kaže „pouzdanost u postojanost osobe ili sustava s obzirom na zadane ishode ili događaje gdje ta pouzdanost izražava vjeru u poštenje i ljubav drugoga, ili u korektnost apstraktnih principa (tehničko znanje). U ovom istraživanju odgovarajući na pitanja vezana za stil života 75 % ispitanika navodi potrebu za podrškom od strane liječnika ili medicinske sestre što upućuje na prirodu modernih sustava u kojemu su liječnici i sestre ne predstavljaju samo apstraktni sustav tehničkog znanja već mehanizam povezivanje i razvijanja povjerenja na osobnoj razini. U radu s fokus grupom koju su činile medicinske sestre i gdje se tražila poveznica i točka preklapanja u prepoznavanju čovjekovih potreba jedna sestra kaže: „Sjećam se jedne bolesnice kojoj sam bila u pratnji kada je išla na ugradnju pacemakera⁷ i koja je bila doista prestrašena. Gledala je u mene... ko u Boga... primila sam je za ruku i rekla: sve bu dobro, ne brinite. Nakon zahvata bolesnica mi je rekla kako je samo to zapamtila: sve bu dobro....“.

Osim toga, neki rezultati ovog istraživanja mogu se povezati s tvrdnjama njemačkog sociologa Ulricha Becka koji u obrazloženju refleksivne modernizacije ističe individualizaciju kao proces dezintegracije prethodno postojećih društvenih formi, poput tradicionalne obitelji, gdje pojedinci podršku traže u funkcionalnoj koordinaciji i umrežavanju različitih podsustava, u ovom slučaju podsustava socijalne podršku. Iako većina ispitanika (85,8%) navodi kako nije ovisna o drugima kod brige o sebi što je donekle i očekivano jer je veliki dio ispitanika još radno sposobno (31,7%), zanimljivo je da oni koji trebaju podršku u kući (20%) tu podršku očekuju od formalnog sustava socijalne podrške (centar za socijalnu skrb, njega u kući...).

⁷ Pacemaker (engl.) je elektrostimulator srca, uređaj koji se ugrađuje ispod kože pacijenta kako bi održavao ili povratio normalan srčani ritam.

Kako navodi Beck, društvene promjene se vide u kategorijama usputnih posljedica, odnosno u kategorijama onoga što se „ ne vidi“ i ne reflektira, ali se eksternalizira i doživljava kao samopromjena. Mogli bismo to povezati s produljenjem životnog vijeka kao posljedicu napretka znanosti i tehnologije na što pojedinac nema direktan utjecaj, ali posljedice se reflektiraju na njegova život unutar kojeg je potrebno napraviti brojne prilagodbe i promjene. Upravo u tom prostoru, u etici individualnog samoispunjenja i postignuća, Beck vidi najsnažniju struju modernog društva. S druge strane, tu individualnost kao najbitniji proces moderniteta poljski sociolog Bauman promatra iz perspektive prijelaza iz zadanog u zadaće gdje se pojedincu ostavlja svaka odgovornost za uspjeh ili neuspjeh. Primjerice, u našem uzorku ispitanika njih 90% uzima lijekove i to je njihova individualna odgovornost i zadaća nametnuta kao posljedica bolesti. Pojavljuje se sve veći jaz između slobode izbora (pušenje, konzumacija alkohola, tjelesna neaktivnost) i društveno prihvatljivog ponašanja u kojemu se očekuje da pojedinac preuzima odgovornost za vlastito zdravlje. Životne navike i stil života postaju sve značajnija odrednica zdravlja te se sve svodi na individualni izbor. Tu se, da se poslužimo Baumanovim rječnikom, radi o kulturno nametnutoj individualnosti koja dovodi do jaza između individualnosti kao usuda ili sudbine i individualnosti kao praktične i zbiljske sposobnosti samoafirmacije. Za njega je duhovnost jedna od čimbenika koji može pomoći u smanjivanju tog jaza.

4. Jedna od ključnih oznaka moderniteta je sekularizacija kao proces; to znači da su procesi modernizacije pokretači sekularizacije i opadanja utjecaja religije na društvo. U našem istraživanju religioznima se smatra relativno veliki broj ispitanika (80%) ispitanika. Zanimljivu implikaciju daje nam podatak dobiven ovim istraživanjem koji kaže kako se 50% ispitanika u dobi do 29 godina života, oni čine 5,1 % svih ispitanika, smatra religioznim osobama. Također, kada je u pitanju konfesionalna pripadnost oko 60 % ispitanika navodi pripadnost jednoj konfesiji (rimokatolici) što je i očekivano u hrvatskom društvu kada se gleda opća društvena pripadnost određenoj konfesiji. Ostali ispitanici pripadaju nekoj drugoj konfesiji ili nisu naveli pripadnost konfesiji što nas može upućivati na određeni religijski pluralizam. Upravo taj religijski pluralizam stoji nasuprot tzv. „ortodoksnom modelu“ sekularizacije (povezanost opadanja društvene važnosti religije i smanjivanja religioznosti pojedinaca). Na tom tragu američki sociolog Peter Berger vidi „tržište“ kao sferu unutar koje se ističe ključna sociološko-psihološka karakteristika religijskog pluralizma, tvrdi kako je religijski pluralizam taj prostor unutar kojeg se u posljednjih tridesetak godina razvijaju razne forme duhovnosti bilo da se služe elementima religijskog tržišta ili elementima ateističke duhovnosti. Kako ističe jedna ispitanica iz fokus grupe: „Duhovnost nije privilegija samo onih koji su vjernici, religiozne

osobe. Svaki je čovjek ima duhovnost, ali je pitanje otkrivanje duhovnosti u sebi, u bližnjem. Svatko tko je bolestan treba više duhovne pažnje. Poanta je naučiti slušati ljude, kako bi im se mogli približiti i pomoći im u trenucima ranjivosti i samoće.“

5. U istraživanju je trebalo odgovoriti na pitanje o odnosu duhovnosti bolesnika i zadovoljstva životom; pošlo se od pretpostavke kako postoji pozitivna povezanost duhovnosti bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti s osjećajem zadovoljstva životom i socijalnom podrškom koju dobivaju u životu. Dobiveni rezultati većim dijelom nisu potvrdili naše hipoteze. Dimenzije socijalne podrške i zadovoljstva životom pozitivno su povezane samo s jednom dimenzijom duhovnosti unutar područja koje smo nazvali „idealno za duhovno zdravlje“ i „osobni osjećaj duhovnosti“, a to je socijalna dimenzija duhovnosti („Odnos prema drugima“). Povezanost između dimenzija socijalne podrške i zadovoljstva životom i ostalih dimenzija duhovnosti u tom smislu nije dobivena, osim u slučaju slabe veze između „zadovoljstva zdravljem“ i „povezanošću s prirodom“. Također nije dobivena pretpostavljena pozitivna veza između dimenzije duhovnosti koju smo nazvali „duhovne potrebe“ i socijalne podrške i zadovoljstva životom. Upravo suprotno, dobivena je negativna povezanost između dimenzije duhovnih potreba koju smo nazvali „Osvrt na vlastiti život“ i dijela dimenzija socijalne podrške i zadovoljstva životom. Dobiveni rezultati sugeriraju, barem što se tiče našeg uzorka bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti, pozitivnu povezanost socijalne dimenzije duhovnosti sa zadovoljstvom i socijalnom podrškom u životu. Dakle, duhovnost shvaćena kao odnos prema drugim ljudima je važna za zadovoljstvo u životu, dok vjera u Boga i veza s prirodom to nisu.

6. U okviru istraživanja drugoga problemskog područja pitali smo se u kojoj mjeri je duhovnost bolesnika povezana s rizičnim oblicima ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola, nedostatak fizičke aktivnosti) te smo pošli od pretpostavke kako je duhovnost kroničnih bolesnika negativno povezana s rizičnim oblicima ponašanja. Dobiveni rezultati većim dijelom potvrđuju tu našu hipotezu. Duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti doista jest negativno povezana s rizičnim oblicima ponašanja. No to se ipak uglavnom odnosi na konzumaciju alkohola, a znatno manje se odnosi na pušenje i nedostatak fizičke aktivnosti. Četvrta hipoteza je djelomično potvrđena. Dobiveni rezultati pokazali su da postoji pozitivna povezanost duhovnosti bolesnika s kroničnim bolestima s njihovim fizičkim i rekreacijskim aktivnostima, ali samo na nekim dimenzijama duhovnosti.

7. U trećem problemskom području istraživali smo povezanost duhovnosti kroničnih bolesnika s redovitim korištenjem lijekova. Pošli smo od pretpostavke kako postoji pozitivna povezanost između duhovnosti i redovitog korištenja lijekova. Dobiveni rezultati nisu potvrdili tu hipotezu.

8. Četvrto područje u istraživanju je odnos duhovnosti, stanja bolesti i simptoma bolesti. U tom smislu postavili smo dvije radne hipoteze – da je duhovnost bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti pozitivno povezana s redovitim odlascima k liječniku na preglede, što je i empirijski potvrđeno, te da su analizirani simptomi bolesti negativno povezani s duhovnošću bolesnika s kroničnim bolestima, što nije potvrđeno.

9. Ovaj doktorski rad je stanovita novost u hrvatskoj znanstvenoj zajednici zato što se tom temom bavilo vrlo malo istraživača, kako na području medicine tako i sociologije. Istraživanje odnosa duhovnosti, bolesti, zdravlja i zadovoljstva životom provedeno je u nas samo na jednoj manjoj skupini ispitanika pri čemu nije bila uzeta u obzir klasifikacija kroničnih bolesti⁸. Naše istraživanje pokazuje kako je većina ispitanika s kojima smo se bavili u istraživanju svjesna da su u traganju za duhovnošću uglavnom prepušteni sami sebi, oni su svjesni također činjenice da ju moraju tražiti u sebi samima sebi, što upućuje na to da bi duhovnost bila nešto posve individualno. Činjenica međutim da bolesnici žele da ih netko, ne samo dušobrižnik nego i medicinsko osoblje, sluša i čuje što osjećaju i misle, pokazuju da dobar razgovor, pažljivo slušanje i reagiranje mogu u dobroj mjeri pridonijeti zadovoljstvu njihova života. Stoga smatramo da naše istraživanje proširuje znanstvenu spoznaju o ulozi duhovnosti u procesima liječenja i zdravstvene njege te pridonosi ozdravljenju ili čovjekovom „nošenju” s bolešću. Zdravstveni djelatnici mogu iz toga jasno zaključiti da je pozornost spram duhovnosti i u njih samih važna u skrbi bolesnika.

Naš rad pokazuje i svu kompleksnost istraživane tematike: važnost i utjecaj duhovnosti u procesu liječenja i života s bolešću u kroničnih bolesnika kao i za njihovo zadovoljstvo životom. Kao što je ranije bilo spomenuto, ovo istraživanje uklapa se u širi program istraživanja iste problematike u više zemalja (Portugal, Latvija, Njemačka, Hrvatska): želi se stvoriti zajednička platforma u istraživanju važnosti duhovnosti u skrbi za bolesne osobe. U tom širem kontekstu naše istraživanje upućuje također na potrebe cjelovitoga holističkoga pristupa bolesnom čovjeku; za medicinu i sestrinstvo to znači da valja planirati uvođenje

⁸ Prpić Kozlović, Irena (2020). Psihološki distress i duhovna skrb osoba s kroničnim bolestima. Diplomski rad, Hrvatsko katoličko sveučilište.

novih smjerova (ili barem novih modula) u obrazovanju i edukaciji profesionalaca. Duhovnost i duhovna skrb trebaju biti prisutne u kliničkoj praksi kao bitni momenti holističkoga pristupa bolesnicima, što dakako zahtjeva da budu također bitne sastavnice u obrazovanju medicinskog osoblja.

Extended Abstract

Since the dawn of time, health and sickness have been in the focus of interest of a number of researchers, scholars, the inquisitive, and anyone having an idea of their own: how to maintain good health, and triumph over disease, old age, and possibly even death. For centuries, mankind seeks the elixir of youth, absolution from all sins, the eternal happiness ...

The research on spirituality and life satisfaction of patients suffering from chronic diseases joins this quest. The awareness on the transience of time has intensified and propelled the interest in spirituality that has been studied from various angles. However, in the Republic of Croatia these studies have only just commenced.

This study explores the relevance of spirituality to life satisfaction of patients suffering from chronic renal diseases and those diagnosed with osteomuscular disorders. The research comprised a total of 508 subjects, divided into the group of patients suffering from chronic renal diseases (N=203), and those diagnosed with chronic osteomuscular disorders (N=205), as well as those older than 18.

The study was conducted under aggravated circumstances created by SARS-CoV 19 pandemic, which hindered normal communication and meetings between the researcher and the study participants, made the research more time-consuming, and called for additional efforts of both parties involved.

The study made use of the following questionnaires:

1. Sociodemographic questionnaire – i.e., the one that enables gathering of sociodemographic data on study participants. The questionnaire comprises data on gender, age, nationality, marital status, religion, education, and employment status of the participants, as well as data on clinical features of the chronic disease, in terms of medical history, duration of the disease, its symptoms and stage, and the presence of comorbidities.

2. SHALOM (the acronym for: *Spiritual Health and Life – Orientation Measure*) collects data on spiritual health and life orientation by virtue of measuring personal, joined, environmental, and non-tangible dimensions of spiritual wellbeing (Fisher, 2016).

3. BMLSS (the acronym for: *Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale*) is the scale of health - related spiritual needs (Büssing, 2009). It addresses the inner dimensions (one's being and the entire life), social dimensions (friendships, familial life), the outer dimension (work and living environment), and the perspective dimension (financial standing, future prospects).

4. BLS (the acronym for: *Brief Symptom Inventory*) (Degoratis, 1993) – provides the list of psycho-pathological symptoms, that is to say, the inventory of the latter symptoms (somatisation, interpersonal hypersensitivity, depression, hostility).

5. MMAS (the acronym for: *Morisky Medication Adherence Scale*) (Morisky, Green, Levin, 1986). It represents the Portuguese-European version of the scale that addresses the compliance, i.e., the adherence to the prescribed medication (Cabral, 2016).

6. SpNQ (the acronym for: *Spiritual Needs Questionnaire*) (Büssing and co-workers, 2018) – the questionnaire that addresses spiritual needs.

In order to uncover and recognise spirituality, one should “take a pick” into the course of its genesis through theoretical review of modernisation, secularisation, post-modernisation, and spirituality as the prominent feature of the latter.

Within the theoretical research frame, it was necessary to define the terms “spirituality” and “quality of life” and put them into the context of the major modernisation and modernity theories. On top of that, secularisation that represents one of the key modernity features, also of key relevance for our study topic, usually referred to in the literature as the main characteristic of our modernity, had to be highlighted, as well. The above was necessary because the term “spirituality” is originally put into the Christian religious context but has gradually separated from it in the last few decades, in particular due to the secularisation process. In the course of this presentation and elaboration of modernity, secularisation, and post-modernity concepts, we drew attention to the points suggestive of spirituality becoming a possible goal (post)modern individual more or less consciously strives to achieve. It has namely been demonstrated by all quoted theories that withdrawal of religion leaves a void that makes an individual questioning the meaning of own existence and reach for spirituality as a possible practical solution.

Modernisation processes and social development contribute to the lifespan prolongation (by virtue of vaccination and antimicrobial drugs' administration), population

aging, and rise in prevalence of chronic diseases, making health and life satisfaction even more important. Modernisation process had brought major changes in cultural, economic, political, and technological sector of the 18th and 19th century Europe. Each of these sectors had witnessed changes, starting from downsizing of agricultural labour force and rise in number of industrial workers, over education accessibility, social mobility, and urbanisation development, to active participation of citizens in politics (Ester, Halman, de Moor, 1994:3).

Giddens believes the modernity to be a two-sided phenomenon. On one hand, modern institutions provide for development and good & safe life, but, on the other hand, are also accountable for non-democratic political systems and wars (2003:9). He is also aware of intimacy changes, where “Self” emerges as a reflexive project. „The construction of “Self” as a reflexive project is one of the basic constituents of modern age reflexivity, in which one must find own identity surrounded by strategies and options offered by abstract systems“ (Giddens, 2003:124). The construction of “Self” as a reflexive project is linked to the aspiration towards self-actualisation and self-fulfilment care, which are exactly the concepts closely related to spirituality.

1. An adequate theoretical and empirical basis for understanding the relationship between spirituality and health & life satisfaction is also provided by modernisation theories, which address major changes in cultural, economic, political and technological sector by emphasising various sociocultural processes (industrialisation, capitalism, urbanisation) viewed from the angle of the need to overcome traditional values and substitute them with modern ones (scientific notion, secularised belief systems, representative democracy...). Each of the applied theories allows for the approach to the set research goal from sociological perspective and theoretical system. The anticipated role of spirituality as a multidimensional concept was verified using modernisation theory-based assumptions.

Given the topic of this PhD thesis, a part of the contribution authored by Beck and dealing with individualisation also has a bearing. Beck perceives individualisation as “the very structure of another modernity” and claims that it stands for institutional imbalance between the eradicated individual and global issues seen in the global risky society (Beck, Beck-Gernsheim, 2002:xxii). In Beck’ opinion, individualisation represents disintegration of previous social forms, such as social class, social standing, gender roles, family, and so forth, which opens the question about the upcoming novel forms of life outside the frame defined by tradition, religion, and state. “We live in times in which social order of the national state,

class, ethnicity, and traditional family witness decline. Individual self-fulfilment and achievements ethics is the mainstream of modern society" (Beck, Beck-Gernsheim, 2002:22). The bearing of the above for this topic lies in the fact that spirituality represents an integral part of individual self-fulfilment. Namely, Beck interlinks individualisation and secularisation processes and points out that „along the line of secularisation process, believing in God, eternity, and redemption crushes in numerous population segments. Once the belief in afterlife is lost forever, health assumes new meaning and the highest value, and becomes the secular salvation expectation“ (Beck, Beck-Gernsheim, 2002:141).

The analysis of modernity authored by Bauman boils down to individuality, whose development he describes as the transition from the predetermined to a task (Bauman, 2011:37). In other words, nowadays nothing is predetermined and hence sure anymore, and everything comes down to choices and uncertainty. Everything is left at the discretion of an individual, who becomes solely responsible for either success or failure. According to Bauman, this individuality is not the matter of choice but is rather culture-imposed: „In the world of individual freedom of choice, the option of avoiding individuality and the reluctance to participate in the individualisation game are definitely not on the agenda “ (Bauman, 2011:39). Furthermore, Bauman warns about the ever-deeper gap between individuality as one’s destiny and individuality as practical & real self-affirmation capacity (Bauman, 2011:39). One of the factors that can help shrinking the gap is spirituality itself.

When analysing the secularisation process, Wilson starts from the development of scientific knowledge and scientific methodology that question the credibility of religious interpretation of the world. Furthermore, he points towards weakening of the community bonds in contemporary urban settings, which leads to the change in nature of social governing and its bearers. Contrary to the former governmental leadership underpinned by morality and religion, in the modern rational-bureaucratic world this governing becomes faceless and deprived of its former ethical and moral foundations, which mirrors in the decline of religion significance (Hamilton, 2003:330). Wilson draws attention to the fact that human actions are less and less driven by religion, and that church dogmas no longer pose as the determinants of proper human behaviour. In light of the foregoing, he defines secularisation as the process during which religion-guided thinking & acting and religious institutions get to lose their social standing (Wilson, 1966:xiv). As far as Wilson is concerned, secularisation, above all, comes down to the diminishment of the religion’s social standing, and separation of political power and ownership from religious factors. In his view, it is a secular control takeover that

affects various lines of action and functions of the religion, and results in the reduction of time, energy, and resources people devote to super-empirical, as well as in the diminished influence of religious institutions (Wilson, 1982:149).

From where the western societies and institutions stand, secularisation represents the withdrawal of Christian churches from areas formerly under their considerable influence, mirrored, for instance, in the separation of church from the state, takeover of church properties, and emancipation of education by virtue of its liberation from church authority. Secularisation affects the integrity of cultural life and can be viewed as diminished representation of religious contents in art, philosophy, literature and, most of all, as the development of science and an autonomous, secular world perspective.

The post-modernisation process pertains to the major changes in each and every walk of life, witnessed in the second half of the 20th century. From the economic standpoint, it primarily implies the development of a single economy founded on consumption rather than work and production.

In the field of technology, post-modern society is characterised with a rapid development of the Internet and its use in each and every aspect of human life. This is particularly true for social networks available on the Internet. Cultural sector, on the other hand, has witnessed rise in strength of the consumer “throwaway” culture underpinned by individualisation and subjectivism; consequently, spirituality more interested in immanent than in transcendent has developed, as well. In the political arena, liberal democratic systems reinforcing authoritarian opinions and general political passivity of the citizens have been developed. Of note in this context, post-modern public is particularly sensitive to climate change and environment protection issues.

According to the analysis of the American political scientist Ronald Inglehart, post-modernisation process should be viewed as a huge and widespread worldview change characterised, among other, with the shift from material to post-material values. Post-modernisation also implies the diminishment of the family and religion role, and strengthening of individual and spirituality importance (Inglehart, 1997:69).

One of the prominent authors in this field is the American/Austrian sociologist Thomas Luckmann, who, based on the analysis of individual responses to two important

characteristics of social modernisation originating from functional differentiation, which are functional specialisation and pluralism, developed the religion privatisation/individualisation theory (Luckmann, 1999.: 253).

As far as Ulrich Beck is concerned, individualisation process is “institutionalised” and of key relevance for understanding modern society. “The key determinant of our times is human being that gets to choose, decide and alter, and aspires to be the author of own life and the creator of an individual identity “ (Beck & Beck-Gernsheim, 2002.:22-23).

Spirituality represents an integral part of each and every religious tradition; however, in the late 50-ties and during 60-ties, the Western world had seen the development of, and increase in, social value of spirituality not necessarily linked to religious traditions and institutions. The context of this development, primarily in the West, was characterised with the processes of emancipation and separation from the preestablished order, distrust in dominating values, and emerging of various and different movements seeking individual freedom. At the same time, the New Age movement developed, as well, together with the first patterns of consumer culture in the contemporary sense of meaning.

For religiousness, above all that of the Western world, and therefore also for Christianity, the transcendent God concept is of the outmost importance, while spirituality is better defined by divine immanence and/or divine cosmic concept. The source of religious notion is God’ declaration in form of a book, while, in line with pre-elaborated importance of the individualisation process, spirituality looks for personal experience established as the fundamental authority. Opposite to the above, religiousness seeks authority in dogmas (unquestionable religious truths), Church, and tradition that brings the believers together in a single community.

Paul Heelas published the book about “spirituality of life”, in which the New Age movement -related spirituality is tagged as the significant opposition to the contemporary capitalism (Heelas, 2008). Namely, a number of theoreticians claim that the New Age spirituality should be linked to consumer lifestyle patterns, especially in terms of “subjective wellbeing culture” as the showcase of “buying wishes”, and that such a spirituality represents an integral capitalistic driving force (Bauman, 2007).

In his theoretical attempt to define “the spirituality of life”, Heelas points out that the latter refers to all teachings and practices that place spirituality in the very depths of human life. Spirituality is equalised to life itself, as well as to all actions that maintain it. Spirituality can be found in depths of subjective life, i.e., in the most valuable human sense of true meaning of “being alive”. In all its forms, spirituality of life can confront forms of spirituality generated outside of what life in this world can offer.

Giordan, on the other hand, points out that spirituality concept in its contemporary sense of meaning is just one of the concepts that marked the transition from traditional & modern to post-modern society. The attitude towards sacred is no longer governed by moral codes and clerical beliefs but rather by individual creativity and expression, which makes a giant leap “from institution to individual”. In Giordan’s opinion, the supremacy of individual freedom of choice and different experience coming from religious pluralism of the globalised world, are two contexts of relevance for understanding spirituality prospects (Giordan, 2007).

Spirituality is primarily linked to religion and religiousness, above all to Christianity, but other religions, as well. It is inherent to them and stands for human attitude towards higher or transcendent beings - gods, demons, spirits, God. Of note within this context, soul salvation, i.e., “eternal afterlife” perspective in view of which one arranges and leads own life should also be deemed important.

Within philosophical context, the term “spirituality” emerges whenever contradictions between the matter and the spirit, in specific between the body and the spiritual soul, are discussed, or when the relationship between the inner self and the appearance, but also the subject-matter of what is occasionally referred to as “the life of the spirit” (reflected in wisdom, philosophy, arts, religions, etc.) emerges as a topic.

In the background of the term “spirituality” one can always find biblical, religious, and cultural heritage (Jacobs, 2013). Spirituality is elaborated within the context of its broadest Christian meaning, i.e., as a way of life in accordance with God’s spirit or that of Jesus Christ, and primarily refers to the inner self of an individual, his/her spiritual self, which manifests in the manner in which a Christian believer arranges and leads his/her personal life in terms of behaviour, religious practices, and social interactions in general. The above does not necessarily rule out the “supreme forms” of spirituality in the Christian mystics (Matanić, 1994:39).

Along this path, the fact that spirituality, primarily in general religious terms, pertains to the relationship of an individual with a higher being, i.e., with the wholly and divine sphere, came to light. Spirituality also refers to the special quality of life that saturates the whole human being by virtue of integrating all dimensions, not merely physiological and psychological ones. Last but not least, spirituality reflects human need to love and be loved, to keep up hope and faith, and to find the true meaning of life, especially when falling on hard times (accidents, sickness, death) along the life path, so as to be able to achieve self-realisation and life satisfaction. In view of the above, it becomes apparent that spirituality represents a neutral term when it comes to faith in God – it neither implies it nor excludes it but rather leaves it pendant on life contexts and existential orientations of people involved.

In the post-modern era, the term “spirituality” is used as a more specific denominator of mentality that strives to surpass or overcome human fixation on mere materiality, and directs an individual towards the way of life compliant to the values he/she has chosen (regardless of their source) as those that give his/her life a meaning and guide his/her decisions, actions, and professional activities not only in everyday life but in borderline situations and “stroke-of-fate” times, as well. Through all this, one gains experience about own inner self and the degree of balance with oneself and others around him/her, while its ultimate horizon can be given various names, for instance “spiritual energy”, “unity-in-all”, “cosmic consciousness”, “the Atman Spirit”, “Buddha nature”, “network”, “essence”, “divine creature”, “God”, “void” (“nirvana”), “truth”, etc.

2. The facts presented above have their bearings on the medical sphere, i.e. , patient care, as well. In the last four decades, the term “spiritual care” has been pushed upfront. In general, spiritual care is defined as the attention of all healthcare professionals paid to the spiritual dimension of the patient and all procedures carried out along the line of patient care. It involves physicians, nurses/ technicians, psychotherapists, pastors, or spiritual advisers, etc. Spiritual care considers patient needs, their orientations and choices, their rights, and religious & spiritual boundaries. It is not the synonym for in-hospital pastoral care nor an addition to the common scope of healthcare delivery. The basic competence of spiritual care lies in the sensibility towards the mysterious dimension of the patient’s person, to be discovered while practicing an everyday hospital routine. This attention devoted to the mystery of an individual goes beyond mere medical and nursing skills and involves the ability to perceive and accept the patient in his/her personal unutterability, his/her experience and existential & worldview

orientations. This mysterious personal dimension seeks respect despite of all urgencies imposed by patient's health status and diagnostic & therapeutic procedures that guide the actions of healthcare personnel.

Spirituality was first mentioned in the healthcare context as early as in the 60-ties, and ever more efficiently breaks its way through its rightful place in health - and healing - related beliefs, especially within the holistic healthcare concept. The efforts to introduce this concept and this term have reached their peak in the term "spiritual care": a sick person is seen as a psychosomatic unity that, apart from physical and emotional, has substantial spiritual needs that should be perceived, recognised, and properly addressed by healthcare personnel.

Given that it explores the impact on one's life, the fact that spirituality has found its way to the healthcare sector, especially in the last twenty years or so (Koenig, Büssing, Jacobs, Riklikiene) does not come as a surprise. In Germany, for instance, the above resulted in the establishment of the Spiritual Care Chair operating under the wing of the School of Medicine University of Munich from 2010 on (Peng-Keller, 2017). In 2010, the Royal Collage of Nursing (RCN) ordered an internet spirituality survey, i.e., a survey of needs for gaining novel knowledge in the field of spiritual care. The American Holistic Nurses Association (AHNA) gathers nurses that practice holistic care in line with the 1998 AHNA definition that describes such a care as "each and every aspect of nursing care that aims to heal the entire person". Holistic nursing is also an attitude, a philosophy that requires from nurses to integrate selfcare, self-responsibility, and spirituality into their lives.

To put it differently and more specific, spiritual care is concerned with all disruptions an illness or handicap have caused (or may cause): birth, grieving, crises, diseases, mishaps, end of life, etc. In all these situations, it is of vital importance for the patient to feel accepted as a person, with all his/her characteristics and concerns buried deep down in the inner self – this should be in the centre of attention of spiritual care and professionals entrusted with its delivery. Healthcare professionals should be sensitive to the above, since a patient is not just a sick body that should be brought back to normal but rather a person that suffers on the whole, in all dimensions, and strives to heal (or, at least, to alleviate pain). This is best described by the famous English saying (targeted towards nurses, but actually applicable to each and every healthcare professional) that reads as follows: *She is taking care of you but doesn't care for you.* Therefore, spiritual care widens and enriches the scope of respect towards patients

and the scope of their rights and becomes the centre of what is nowadays called “integral and/or personalised healthcare”.

3. Our study employed simple statistic operations that verified some of the basic hypotheses of modernity theorists, according to which modernity represents a way of social life and organisation that puts the issue of trust upfront. To quote Giddens, modernity questions „the faith in stability of a person or a system in view of predetermined outcomes or events, the stability thereby being perceived as faith in honesty and love of others, or as faith in correctness of abstract principles (technical knowledge)”. Within this study frame, when answering lifestyle-related questions, 75 % of subjects expressed the need for support of a physician or a nurse, which is indicative of the nature of modern systems within which physicians and nurses do not pose as an abstract technical knowledge system but rather as a mechanism of bonding and the development of trust at personal level. When working with the focus group of nurses, the aim of which was to find a link and an overlapping point in recognition of human needs, one of the participating nurses said the following: “I remember a female patient of mine, which I accompanied to the pacemaker implantation surgery⁹, who was really scared to the core. She looked at me... almost as if I was God ... I took her hand and said: “Everything is goanna be fine, don’t worry”. After the procedure, the patient told me that all she could remember were my words “everything is goanna be fine”. Important individual predictors of the “relationships with others” dimension are the lack of suicidal thoughts, self-consciousness when interacting with other people, the lack of aggressiveness towards others, the sense of equity (development of spirituality), the feeling that no one else is to be blamed for one’s personal problems, and the reluctance to resort to magic and spells (personal sense of spirituality). Subjects nurturing these feelings are more prone to spirituality in terms of relationships with others. As regards the spirituality dimension that we called the “relationship to the nature”, important predictors are the lack of voyaging fear, the feeling that no one else is to be blamed for one’s personal problems, and the lack of fear in open spaces. The subjects lacking voyaging and open space fear, those who think that no one else is to be blamed for their personal problems and, generally speaking, those who do not feel guilty of something, are keener to embrace the “relationship with the nature” spirituality dimension. The dimension of spirituality termed the “relationship with others” is more appealing to the subjects lacking suicidal thoughts, as well as to those who are self-conscious, non-aggressive towards others, and those who feel equal to others.

⁹ A pacemaker is a heart electro-stimulator, i.e., a device implanted under the patient's skin in order to maintain or restore a regular cardiac beat.

Spiritual development and personal sense of spirituality, as well as spiritual needs and satisfaction with various aspects of life, differ based on the chronic disease a given subject is suffering from. Some of them claim that, within the context of spiritual development, the significance of God should be seen in relation to the satisfaction with one's entire life, future perspectives, and affirmative attitudes of the surrounding people. The subjects suffering from osteomuscular diseases are more prone to emphasise the importance of religion and spirituality in their lives. Important individual predictors of the "relationship with others" dimension are the lack of suicidal thoughts, self-consciousness when interacting with other people, the lack of aggressiveness towards others, the sense of equity (development of spirituality), the feeling that no one else is to be blamed for one's personal problems, and the reluctance to resort to magic and spells (personal sense of spirituality). Subjects nurturing these feelings are more prone to spirituality in terms of relationships with others.

On top of that, some of the results of this study can be linked to the claims of the German sociologist Ulrich Beck, who, when elaborating reflexive modernisation, emphasises individualisation as the process of disintegration of previous social forms, such as traditional family, so that individuals seek support in functional coordination and networking of various subsystems, in this particular case the social support subsystem. Although the majority of subjects (85.8%) claim their independency in selfcare, which is partly to be expected since the majority of them is still fit to work (31.7%), interestingly, those who need support under their roof (20%) expect that support from formal social support systems (a social care centre, homecare...). As Beck argues, social changes are mirrored in incidental consequence categories that "do not meet the eye" and do not reflect but are externalised and perceived as self-changing. The above could be related to the lifespan prolongation as a result of science and technology advancement not directly influenced by an individual; nevertheless, the consequences of the aforementioned are mirrored in one's life that requires numerous adjustments and changes. This exact area of individual self-fulfilment and achievement ethics is perceived by Beck as the mainstream of modern society. On the other hand, individuality as the most significant modernity process, is seen by the Polish sociologist Bauman from the angle of transition from the predetermined to a task, where an individual is solely responsible for either success or failure. For instance, 90% of the study subjects take medication on a regular basis; this is their own responsibility and the task imposed by the disease. The gap between the freedom of choice (smoking, alcohol consumption, physical inactivity) and socially acceptable behaviour in terms of expectations to assume sole responsibility for own

health, is getting ever deeper. Lifestyle habits and the way of life have become an ever more important health determinant, and all boils down to an individual choice. This is, in Bauman's words, a culturally imposed individuality that results in the gap between the destined individuality and individuality as a practical and real self-affirmation ability. In Bauman's opinion, spirituality is one of the factors that can help shrinking the gap elaborated above.

4. One of the key characteristics of modernity is the process of secularisation, meaning that modernisation processes initiate secularisation and are responsible for the diminished social influence of the religion. Our study showed that a fairly large number of subjects consider themselves religious (80%). Of interest, 50% of the subjects aged up to 29, whose share in the entire study sample equals to 5.1%, consider themselves religious. In addition, when it comes to confessional belonging, approximately 60% of the subjects declared their belonging to one confession (Roman Catholics), which is to be expected in the Croatian society based on the data on general belonging to a given confession. The rest of the subjects belong to a different confession or did not declare any such belonging, which might be suggestive of certain religious pluralism. This religious pluralism is the exact opposite of so called "orthodox model" of secularisation (that relates the decline in social importance of the religion to the diminished individual religiousness). On that track, the American sociologist Peter Berger sees the "market" as the sphere within which the key sociopsychological feature of religious pluralism comes upfront. He claims that religious pluralism is the space within which various forms of spirituality have been developed in the last thirty years or so, some of them thereby employing the elements of religious market, and some of them the elements of atheistic spirituality. As one of the focus group participants pointed out, "spirituality is not a sole privilege of religious believers, religious persons. Each individual has own spirituality, but the true challenge lies in uncovering this spirituality in oneself and a fellow human. Each and every sick person needs more spiritual attention. The point is to learn to listen to what people have to say, so as to be able to establish a closer relationship and help them in their times of vulnerability and loneliness."

5. The study aimed at answering the question about the relationship between patient spirituality and life satisfaction. The baseline hypotheses were that the spirituality of patients suffering from chronic diseases is positively linked to their life satisfaction and social support. The obtained results doesn't confirmed that hypotheses. Dimensions of social support and life satisfaction are positively linked only with one dimension of spirituality (this is social dimension "Relation toward others") inside of areas which we called "Ideal for spiritual

health" and "Personal filling of spirituality" and with no significant link within area which we called "Spiritual needs". The obtained results suggest, at least as far as our sample of patients suffering from chronic diseases is concerned, a positive connection of the social dimension of spirituality with satisfaction and social support in life. Thus, spirituality understood as a relationship with other people is important for satisfaction in life, while faith in God and connection with nature are not.

6. Within the frame of the second study issue, we attempted to assess the degree to which patient spirituality is linked to risky behavioural patterns (smoking, alcohol consumption, lack of physical activity). In this regard, our baseline hypothesis was that spirituality of chronic patients is negatively linked to risky behavioural patterns. The obtained results largely confirm our hypothesis. The spirituality of patients suffering from chronic diseases is indeed negatively related to risky behaviors. However, this is mostly related to alcohol consumption, and much less related to smoking and lack of physical activity. The fourth hypothesis was partially confirmed. The obtained results showed that there is a positive connection between the spirituality of patients with chronic diseases and their physical and recreational activities, but only on some dimensions of spirituality.

7. Within the third study issue frame, we investigated into the degree to which spirituality of chronic patients is linked to their compliance, i.e., the regular use of prescribed medication. Our baseline hypothesis was that spirituality of chronic patients is positively linked to the degree of their compliance. The obtained results did not confirm this hypothesis.

8. The fourth area in the research is the relationship between spirituality, the state of the disease and the symptoms of the disease. In this sense, we set up two working hypotheses - that the spirituality of patients with chronic diseases is positively related to regular visits to the doctor for check-ups, which has been empirically confirmed, and that the analyzed symptoms of the disease are negatively related to the spirituality of patients with chronic diseases, which is not confirmed.

9. This study is a certain novelty for the Croatian science community since this subject-matter has insofar been tackled only by a few researchers of both medical and sociological background. Research on the relationship between spirituality, sickness, health, and life satisfaction was conducted in our domicile only on a smaller group of subjects, thereby not

taking chronic diseases' classification into account¹⁰. Our study shows that the majority of study participants are aware of the fact that their spirituality quest is left to their sole discretion, and of the fact that they should seek it in their inner selves, which tags spirituality as entirely individual. However, the fact remains that patients would like to be listened to and heard not only when it comes to their pastor, but also when it comes to healthcare personnel, so as to be able to convey their feelings and thoughts. This proves that well-conducted conversation, attentive listening, and adequate responding may largely contribute to patient life satisfaction. Based on the above, we are of the opinion that our research widens the scope of scientific notion on the role of spirituality in therapeutical and nursing processes, and aids to healing or better coping with the disease. This study allows healthcare professionals to draw a clear conclusion that their attentiveness to spirituality along the line of patient care is important for themselves, as well.

Our study also demonstrates the complexity of the subject-matter, in terms of importance and influence of spirituality on the therapy of chronic patients, who lead a disease-burdened life, as well as in terms of its influence on their life satisfaction. As mentioned earlier, this study fits into a wider programme dealing with the same subject-matter and conducted in a number of countries (Portugal, Latvia, Germany, Croatia) in order to establish a joint platform in an attempt to explore the importance of spirituality for medical care. In that broader context, our study also indicates the need for an integral holistic approach to a sick person; for the professionals of medical and nursing background, it implies the need for planning new educational tracks (or, to say the least, new modules) that should be employed in their education. Spirituality and spiritual care should find their place in clinical practice as major constituents of the holistic patient approach, and hence also as major constituents of medical curricula.

¹⁰ Prpić Kozlović, Irena (2020). Psychological distress and spiritual care of people with chronic illness. Graduation thesis, the Catholic University of Croatia.

POPIS TABLICA

Tablica 1. Ispitanici (N=508).....	99
Tablica 2. Ispitanici prema dvije skupine bolesti i prema spolu	100
Tablica 3. Ispitanici prema dvije skupine bolesti, razlike prema spolu.....	101
Tablica 4. Ispitanici prema dvije skupine bolesti, razlike prema dobi.....	101
Tablica 5. Ispitanici prema dvije skupine bolesti, razlike prema stupnju obrazovanja.....	102
Tablica 6. Konfesionalna pripadnost prema dvije skupine bolesti.....	102
Tablica 7. Konfesionalna pripadnost prema dobnim skupinama.....	102
Tablica 8. Konfesionalna pripadnost prema spolu.....	103
Tablica 9. Konfesionalna pripadnost prema stupnju obrazovanja.....	103
Tablica 10. Religijska samoidentifikacija prema dobnim skupinama.....	103
Tablica 11. Religijska samoidentifikacija prema dvije skupine bolesti.....	104
Tablica 12. Religijska samoidentifikacija prema spolu.....	104
Tablica 13. Religijska samoidentifikacija prema stupnju obrazovanja.....	104
Tablica 14. Razvoj za idealno duhovno zdravlje (%).....	105
Tablica 15. Duhovnost prema uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika (%).....	107
Tablica 16. Čestice duhovnosti (idealno za duhovno zdravlje) s obzirom na tip bolesti.....	108
Tablica 17. Struktura varimax faktora. Idealno za duhovno zdravlje.....	109
Tablica 18. Korelacija faktora "idealno za duhovno zdravlje" i značajki ispitanika.....	110
Tablica 19. Osobni osjećaj duhovnosti (%).....	111
Tablica 20. Duhovnost prema uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika.....	112
Tablica 21. Čestice duhovnosti (osobni osjećaj duhovnosti) s obzirom na tip bolesti.....	114
Tablica 22. Struktura varimax faktora. Osobni osjećaj duhovnosti.....	115
Tablica 23. Korelacija faktora „osobni osjećaj duhovnosti“ i osnovnih značajki ispitanika...115	
Tablica 24. Da li ste u zadnje vrijeme imali potrebu?.....	117
Tablica 25. Čestice duhovnih potreba s obzirom na dvije skupine pacijenata.....	118
Tablica 26. Matrica varimax faktora. Duhovne potrebe.....	119
Tablica 27. Korelacija dimenzija socijalnih i duhovnih potreba i obilježja ispitanika	120
Tablica 28. Zadovoljstvo različitim aspektima socijalne podrške.....	121
Tablica 29. Socijalna podrška prema uzorku podijeljenom na dvije skupine ispitanika (%)..122	
Tablica 30. Struktura varimax faktora. Dimenzije socijalne podrške.....	122
Tablica 31. Korelacija faktora socijalne podrške i nekih osnovnih obilježja ispitanika.....	123
Tablica 32. Zadovoljstvo različitim aspektima života.....	124
Tablica 33. Zadovoljstvo aspektima života prema uzorku dvije skupine ispitanika.....	125

Tablica 34. Struktura varimax faktora. Zadovoljstvo životom.....	125
Tablica 35. Korelacija faktora zadovoljstvo životom i nekih obilježja ispitanika.....	126
Tablica 36. Korelacija dimenzija duhovnosti i zadovoljstva životom – skupine ispitanika...	127
Tablica 37. Korelacija dimenzija duhovnosti, socijalne podrške i zadovoljstva životom.....	129
Tablica 38. Korelacija faktora “idealno za duhovno zdravlje” i zadovoljstva životom	129
Tablica 39. Korelacija faktora “osobni osjećaj duhovnosti” i zadovoljstva životom.....	130
Tablica 40. Korelacija dimenzija socijalnih, duhovnih potreba i zadovoljstva životom	131
Tablica 41. Korelacija faktora “duhovne potrebe” i zadovoljstva životom životom.....	131
Tablica 42. Da li pušite?.....	133
Tablica 43. Pušenje, prema dvije skupine bolesti.....	133
Tablica 44. Korelacija pušenja i nekih osnovnih obilježja ispitanika	134
Tablica 45. Konzumirate li alkohol?.....	134
Tablica 46. Konzumacija alkohola, prema dvije skupine bolesti.....	134
Tablica 47. Korelacija konzumacije alkohola i nekih osnovnih obilježja ispitanika.....	135
Tablica 48. Bavite li se rekreacijskim aktivnostima?	137
Tablica 49. Navedeni razlozi nebavljenja rekreacijskim aktivnostima	138
Tablica 50. Bavljenje rekreacijskim aktivnostima	138
Tablica 51. Razlozi nebavljenjem rekreacijskim aktivnostima, dvije skupine bolesti.....	138
Tablica 52. Korelacija bavljenja rekreacijskim aktivnostima i obilježja ispitanika.....	138
Tablica 53. Bavite li se fizičkim aktivnostima?	139
Tablica 54. Razlozi nebavljenja fizičkim aktivnostima	139
Tablica 55. Bavljenje fizičkim aktivnostima	139
Tablica 56. Razlozi nebavljenjem fizičkim aktivnostima, prema dvije skupine bolesti	140
Tablica 57. Korelacija bavljenja fizičkim aktivnostima i nekih obilježja ispitanika.....	140
Tablica 58. Redovitost uzimanja lijekova – adherencija	142
Tablica 59. Zaboravite li ponekad uzeti lijekove?.....	143
Tablica 60. Zaboravljanje uzimanja lijekova prema dvije skupine bolesti	144
Tablica 61. Unazad dva tjedna, je li postojao dan kada niste uzeli lijekove?	144
Tablica 62. Neuzimanje lijekova unazad dva tjedna, prema dvije skupine bolesti.....	144
Tablica 63. Jeste li ikad smanjili ili prestali uzimati tablete bez znanja liječnika.....	144
Tablica 64. Smanjivanje ili prestanak uzimanja lijekova bez znanja liječnika, 2 skupine.....	145
Tablica 65. Kada otputujete, zaboravite li ponekad ponijeti Vaše lijekove.....	145
Tablica 66. Zaboravljanje lijekova pri napuštanju doma – dvije skupine bolesti.....	145
Tablica 67. Jeste li uzeli lijekove jučer?.....	145
Tablica 68. Uzimanje lijekova dan prije sudjelovanja u istraživanju – 2 skupine bolesti.....	146

Tablica 69. Kada pomislite kako je Vaša bolest pod kontrolom prestajete li s lijekovima...	146
Tablica 70. Svojevoljni prestanak uzimanja lijekova, prema dvije skupine bolesti	146
Tablica 71. Stvara li Vam ponekad problem uzimanje lijekova?.....	147
Tablica 72. Stvaranje problema pri redovitom uzimanju lijekova – 2 skupine bolesti.....	147
Tablica 73. Koliko često Vam se dogodi da se ne možete sjetiti da morate uzeti lijek?.....	147
Tablica 74. Učestalost zaboravljanja uzimanju lijekova, prema dvije skupine bolesti	148
Tablica 75. Dimenzija „idealno za duhovni razvoj“, „važnost Boga“, obzirom na pušenje..	150
Tablica 76. Dimenzija „vjerske potrebe“, s obzirom na pušenje	150
Tablica 77. Dimenzije „idealno za duhovno zdravlje“, konzumacija alkohola.....	151
Tablica 78. Dimenzije „osobni osjećaj duhovnosti“, s obzirom na konzumaciju alkohola ...	152
Tablica 79. Dimenzije „vjerske potrebe“, s obzirom na konzumaciju alkohola.....	152
Tablica 80. Korelacija dimenzija duhovnosti i pitanje rekreacijske aktivnosti.....	153
Tablica 81. Korelacija dimenzija vjerskih potreba i pitanja rekreacijske aktivnosti	153
Tablica 82. Korelacija dimenzija duhovnosti i pitanja fizičke aktivnosti	153
Tablica 83. Korelacija dimenzija vjerskih potreba i pitanja fizičke aktivnosti	154
Tablica 84. Korelacija dobivenih dimenzija duhovnosti i adherencije.....	154
Tablica 85. Korelacija dobivenih dimenzija vjerskih potreba i adherencije	154
Tablica 86. Ostale kronične bolesti ispitanika koje zahtijevaju zdravstvenu skrb	158
Tablica 87. Vrijeme postavljanja dijagnoze bolesti.....	159
Tablica 88. Vrijeme postavljanja dijagnoze bolesti prema dvije skupine ispitanika.....	159
Tablica 89. Vrijeme postavljanja dijagnoze bolesti, razlike prema dobi	160
Tablica 90. Redovitost posjećivanja liječnika	160
Tablica 91. Redovitost posjećivanja liječnika, razlike prema spolu.....	161
Tablica 92. Redovitost posjećivanja liječnika, razlike prema dobi	161
Tablica 93. Potreba za podrškom od strane druge osobe – zdravstvene usluge	161
Tablica 94. Potreba za podrškom od strane druge osobe – 2 skupine ispitanika.....	162
Tablica 95. Potreba za podrškom od strane druge osobe – razlike prema spolu.....	162
Tablica 96. Potreba za podrškom od strane druge osobe – stupanj obrazovanja.....	162
Tablica 97. Potreba za podrškom od strane druge osobe – 2 skupine bolesti.....	163
Tablica 98. Učestalost potrebe za formalnom podrškom,.....	163
Tablica 99. Učestalost potrebe za formalnom podrškom – prema dvije skupine ispitanika.	163
Tablica 100. Učestalost potrebe za formalnom podrškom, razlike prema spolu	164
Tablica 101. Učestalost potrebe za formalnom podrškom, razlike - stupanj obrazovanja...	164
Tablica 102. Učestalost potrebe za formalnom podrškom – dvije skupine bolesti.....	164
Tablica 103. Poteškoće ispitanika kao posljedice njihove osnovne bolesti – simptomi.....	165

Tablica 104. Poteškoće ispitanika kao posljedice njihove osnovne bolesti – 2 skupine.....	167
Tablica 105. Matrica varimax faktora. Simptomi bolesti.....	169
Tablica 106. Korelacija dimenzija simptoma bolesti i osnovnih značajki ispitanika	171
Tablica 107. Dimenzija „idealno za duhovni razvoj“ – „važnost Boga“, vrijeme dg.....	171
Tablica 108. Dimenzija „osobni osjećaj duhovnosti“ – „važnost Boga“, vrijeme dg.....	172
Tablica 109. Dimenzija „idealno za duhovno zdravlje“ – „povezanost s prirodom“,	172
Tablica 110. Dimenzija „osobni osjećaj duhovnosti“ – „važnost Boga“, odlazak liječniku...173	
Tablica 111. Dimenzija „Vjerske potrebe“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.....	173
Tablica 112. Dimenzija „Obitelj smisao života“, učestalost odlazaka liječniku.....	173
Tablica 113. Dimenzija „Altruizam“, s obzirom na učestalost odlazaka liječniku.....	173
Tablica 114. Dimenzija „Osvrt na vlastiti život“, učestalost odlazaka liječniku.....	174
Tablica 115. Dimenzija „osobni osjećaj duhovnosti“ – „odnos prema drugima“	174
Tablica 116. Dimenzija „Obitelj smisao života“, potreba korištenja zdravstvenih usluga... 174	
Tablica 117. Dimenzija „Odnos prema drugima – 'idealno za duhovno zdravlje'“	175
Tablica 118. Dimenzija „Povezanost s prirodom – 'idealno za duhovno zdravlje'“	175
Tablica 119. Dimenzija „Vjerske potrebe“, potrebe za formalnom podrškom.....	176
Tablica 120. Dimenzija „Obitelj smisao života“, potrebe za formalnom podrškom.....	176
Tablica 121. Dimenzija „Altruizam“, potrebe za formalnom podrškom	176
Tablica 122. Dimenzija „Osvrt na vlastiti život“, potrebe za formalnom podrškom	176
Tablica 123. Korelacija dimenzija duhovnosti i čestica simptoma bolesti	178
Tablica 124. Simptomi bolesti kao korelati dimenzija duhovnosti	180
Tablica 125. Korelacija dimenzija duhovnosti i simptoma bolesti	181
Tablica 126. Korelacija dimenzija socijalnih, duhovnih potrebasimptoma bolesti.....	181

LITERATURA

Abad-Diez, J. M., et al (2014). Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC Geriatr* 14, 75. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-75>.

Abassi, M. i sur. (2022). A Thematic Analysis of Dimensions of Spiritual Care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 27 (5), 452-460.
DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr_335_21

Abreu, W., Abreu M. SN (2021). Spiritual Needs in People with Mild to Moderate Dementia. U: Büssing, A. (Ed.) *Spiritual Needs in Research and Practice*. Palgrave McMillan, 207-220.

Adib-Hajbaghery M, Aghajani M. Patients dignity in nursing. *Nurs Midwifery Stud*. 2015 Mar;4(1):e22809. doi: 10.17795/nmsjournal22809. Epub 2015 Mar 20. PMID: 25830155; PMCID: PMC4377527.

Agora, Our mission (<https://www.agora-platform.eu/>).

Alvarez, J. S. et al (2016). Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. *Arq Bras Cardiol*.Jun;106(6):491-501. doi: 10.5935/abc.20160076. Epub 2016 May 17. PMID: 27192385; PMCID: PMC4940148. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27192385/>.

Anderson, R. et al (2012). Third European quality of life survey. Quality of life in Europe: Impacts of the crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. <http://cdn.thejournal.ie/media/2012/11/quality-of-life.pdf>.

Anić, V. i sur. (2004). *Hrvatski enciklopedijski riječnik*, Liber, Zagreb.

Ančić, B. & Marinović Jerolimov, D. (2011). "Dao Bog zdravlja": o povezanosti religioznosti i zdravlja u Hrvatskoj. *Sociologija i proctor*, 613, str. 71-89 <https://hrcak.srce.hr/71644>.

Ančić, B. (2013). *Religija i zdravlje – Vjerska zajednica kao socijalni resurs*, Doktorska disertacija, Institut za društvena istraživanja u Zagrebu.

Ančić, Branko. (2016). *Religija i zdravlje – Vjerska zajednica kao socijalni resurs*, Institut za društvena istraživanja u Zagrebu.

Arenas Jimén, M. D. et al. (2018). Nephrology from a gender perspective, *Nefrologia* <https://www.revistanefrologia.com/en-nephrology-from-gender-perspective-articulo-S201325141830110X>.

Asadi-Lari, M. et al. (2004). Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:32. doi: 10.1186/1477-7525-2-32.

Association of American Medical Colleges, (1999). Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine, Medical School Objectives Project. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 1999. pp. 25–26. <http://www.aamc.org/meded/msop/report3.htm#task>

- Anzenbacher, Arno (1992). *Filozofija. Uvod u filozofiju*, Zagreb: Školska knjiga.
- Babić-Naglić, Đ. (2012). Kronična mišićnokoštana bol – epidemiologija i faktori rizika. *Fiz Rehabil med* 2012; 24(Suppl 1): 1-250.
- Baloban, J. i sur. (2019). *Vrednote u Hrvatskoj od 1999. do 2018*. Prema European Values Study. Katolički bogoslovni fakultet, Sveučilišta u Zagrebu.
- Balsa, A. et al. (2022). Multilevel factors predict medication adherence in rheumatoid arthritis: a 6-month cohort study *BMJ* <https://ard.bmj.com/content/81/3/327>.
- Badanta-Romero, B., et al. (2018). Influence of Religious and Spiritual Elements on Adherence to Pharmacological Treatment. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1905–1917. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2>
- Baier, K. (2006). „Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität“, u: Baier, K. – Sinkovitz, J. (Hrsg.) (2006). *Spiritualität und moderne Lebenswelt*, Wien: Litt-Verlag, S. 21-42.
- Baier, K. (2006). *Handbuch Spiritualität. Zugänge – Traditionen – Interreligiöse Prozesse*, Darmstadt: WBG.
- Benner Carson, V. & Koenig, G. H. (editors) (2008), *Spiritual dimensions of Nursing practice*, Templeton foundation press
- Barker, E. (2004). The Church Without and the God Within: Religiosity and/or Spirituality? U: Marinović Jerolimov, D., Zrinščak, S., Borowik, I. (ur.). *Religion and Patterns of Social Transformation*. Institut za društvena istraživanja, Zagreb.: 23-47.
- Barss, K. S. (2020). Spiritual Care in Holistic Nursing Education: A Spirituality and Health Elective Rooted in T.R.U.S.T. and Contemplative Education <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31815578/>.
- Baudrillard, Jean (2001). *Simulakrumi i simulacija*. Naklada DAGGK, Karlovac.
- Bauman, Zygmunt (2007). *Consuming Life*. Polity Press, Cambridge.
- Bauman, Zygmunt (2011). *Tekuća modernost*. Naklada Pelago, Zagreb.
- Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *JAMA*. 1955;159:1602–1606.
- Beck, Ulrich (2001). Pronalaženje političkoga. *Prilog teoriji refleksivne modernizacije*. Naklada Jesenski i Turk, Zagreb.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2002). Individualization. *Institutionalized Individualism and Its Social and Political Consequences*. Sage, London.
- Beck, U., Bonss, W., Lau, Ch. (2003). The Theory of Reflexive Modernization. Problematic, Hypotheses and Research Programme. *Theory, Culture & Society*. 20 (2): 1-33. <https://doi.org/10.1177/0263276403020002001>

- Beckford, James A. (2003). *Social Theory and Religion*. University Press, Cambridge.
- Benna, J. & Jose, J. (2011). Patient Medication Adherence, OMJ. <https://www.omjournal.org/articleDetails.aspx?coType=1&aId=93>.
- Benner Carson, V. & Koenig, G. H. (editors) (2008), *Spiritual dimensions of Nursing practice*, Templeton foundation press.
- Benson, H. et al (1975). The Relaxation Response: *Psychophysiological Aspects and Clinical Applications*. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1975;6(1-2):87-98. doi:[10.2190/376W-E4MT-QM6Q-H0UM](https://doi.org/10.2190/376W-E4MT-QM6Q-H0UM)
- Berger, Peter L. (1990). *The Sacred Canopy. Elements of a Sociological Theory of Religion*. Anchor Books, New York.
- Berger, P. L. (2002). Secularization and de-secularization. U: Woodhead, L. i drugi (ur.) *Religions in the Modern World. Traditions and Transformations*. Routledge, London, New York.: 291-298.
- Berger Peter L. (2014). *The Many Altars of Modernity*. Boston: De Gruyter.
- Beutell, N. J. (2006). Life satisfaction in relation to domain satisfaction, mental health, and physical health. https://www.researchgate.net/publication/259486067_Life_Satisfaction_in_Relation_to_Work_and_Family.
- Bisht, D. B. et al (1985). *The Spiritual Dimension of Health - Summary Proceedings of the National Workshop held at Bangalore in February 1985*. Directorate General of Health Services, Government of India.
- Bizar, I. i sur. (2019). Suradljivost bolesnika u redovitom uzimanju propisane terapije kod bolesnika na hemodijalizi Opće županijske bolnice Požega; Hrana u zdravlju i bolesti: Znanstveno – stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku, specijalno izdanje 11. Štamparovi dani.
- Bochinger, Christoph (1995). *'New Age' und moderne Religion. Religionswissenschaftliche Analysen*, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus
- Bolest i zdravlje u religijama*. Urednik Nikić Mijo, Zagreb, Filozofsko-teološki institut družbe Isusove (2011).
- Brady, M. J. et al (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999;8:417-428.
- Brajković, Lovorka (2010). "Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi". Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.
- Braš, M. i sur. (2011). Komunikacija liječnika i bolesnika. *Medix* No 92, pp. 38-43.
- Brody, J. E. (2017). The Cost of Not Taking Your Medicine, *The New-York Times* <https://www.nytimes.com/2017/04/17/well/the-cost-of-not-taking-your>

- Brown, Pam (1995). *Florence Nightingale*. Zagreb: Illyricum.
- Bruce, Steve (2002). *God is Dead. Secularization in the West*. Blackwell Publishers, Oxford.
- Brück, K. et al (2015). European CKD Burden Consortium. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *J Am Soc Nephrol*. 2016 Jul;27(7):2135-47. doi: 10.1681/ASN.2015050542. Epub 2015 Dec 23. PMID: 26701975; PMCID: PMC4926978.
- Budreviciute, A., et al (2020). Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in public health*, 8, 574111. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>
- Büssing, A. et al (2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Med*. 2009 Mar;10(2):327-39. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x. PMID: 19284487.
- Büssing, A. et al (2009). Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. *Eur J Med Res*. 2009 Apr 16;14(4):171-7. doi: 10.1186/2047-783x-14-4-171. PMID: 19380290; PMCID: PMC3401007.
- Büssing, A. (2010). Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire. *Religions*. 1, 9-17. doi:10.3390/rel1010009
- Büssing, Arndt (Editor) (2018). Measures of Spirituality/Religiosity. *Factor structure of the spiritual needs Questionnaire (SpNQ) in person with chronic diseases elderly and healthy individuals*. Vol.9, Religions. MDPI.
- Cabral, A. C. et al (2018). Cross-cultural adaptation and validation of a European Portuguese version of the 8-item Morisky medication adherence scale. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2018 Apr;37(4):297-303. DOI: 10.1016/j.repc.2017.09.017. PMID: 29628355. <https://europepmc.org/article/med/29628355>
- Capak, K. urednik, (2021). Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2019. Osnovni pokazatelji. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- CDC Grand Rounds, (2021). Improving Medication Adherence for Chronic Disease Management – Innovations and Opportunities. 2017. Retrieved June 14, 2021, from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajt.14649>
- Clarke, A. L et al (2017). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. *Clin Kidney J* 2016; 9: 494-502.
- Cohen, B. S. & Boni, R. (2018). Holistic Nursing Simulation: *A Concept Analysis*, *Journal of Holistic Nursing* <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898010116678325>
- Cohen, S. R. et al (1995). Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med*. 1995;9:207-219.
- Comte-Sponville, A. (2006). *L'esprit de l'athéisme : Introduction à une spiritualité sans Dieu*, Paris : Albin Michel.

- Comte-Sponville, Andre (2006). *L'esprit de l'athéisme* Translation: *The Book of Atheist Spirituality*, Bantam (2009) ISBN 978-0-553-81990-8
- Cozzoli, M. (2006). Antropološke pretpostavke i etičke instance rada; Kršćanstvo i zdravlje – Zbornik radova teološkog simpozija, 43-59. CUS, Split. file:///Users/branka/Downloads/292-Tekst%20%C4%8Dlanka-497-1-10-20180515.pdf
- Cramer, J. A. et al (2008). Medication compliance and persistence: *Terminology and definitions*, Value Health, vol 11. Issue 1 pages 44-4
- Curlin, F. A. et al (2005). Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. J Gen Intern Med2005;20:629-34.doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0119.xpmid: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16050858>
- Cutler, R. L. et al (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. BMJ Open. 2018;8(1): e016982. Retrieved June 14, 2021, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5780689/>
- Čulig, J. (2011). Ponašanje kroničnih bolesnika prema propisanoj terapiji *Priručnik za bolesnike i njihove obitelji*, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH.
- Čulig, J. (2016). Adherencija prema propisanoj farmakoterapiji, Pharmabiz, No 22, 44-47
- Čulig, J. (2018). Adherencija pacijenata prema propisanoj medikaciji, Journal for Applied Health Sciences, Vol. 4 No. 1. 7-14. <https://doi.org/10.24141/1/4/1/1>
- Damberg Nissen, R. et al (2018). Psychiatry, a secular discipline in a postsecular world? A review . Religions 9:32. Doi:10.3390/rel9010032
- Daniels, N. et al (2000). Justice is good for our health: how greater economic equality would promote public health. Boston Review. <http://bostonreview.net/BR25.1/daniels.html>.
- de Klerk, E. et al.. Patient compliance in rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatica, and gout. J Rheumatol 2003;30:44-54 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12508389/>
- Derrickson, B. S. (1996). The spiritual work of the dying: a framework and case studies. Hosp J. 1996;11:11-30.
- Derogatis, L. R. (1983). Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring and procedures manual, third edition. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.
- Desmet, L. et al (2020). Spiritual Needs of Older Adults during Hospitalization: An Integrative Review. *Religions* 2020, 11, 529. <https://doi.org/10.3390/rel11100529>
- de Thurah, A. et al (2003). Treatment compliance and dosage administration among rheumatoid arthritis patients receiving infliximab, etanercept, or methotrexate. Am J Manag Care 2003;9(6 Suppl):S136-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14577718/>
- de Thurah, et al (2010). Methotrexate compliance among patients with rheumatoid arthritis: the influence of disease activity, disease duration, and co-morbidity in a 10-year longitudinal study. Scand J Rheumatol 2010;39:197-205. 10.3109/03009740903251318 https://www.researchgate.net/publication/41087610_Methotrexate_compliance_among_pa

tients_with_rheumatoid_arthritis_The_influence_of_disease_activity_disease_duration_and_co-morbidity_in_a_10-year_longitudinal_study

Diener, E. et al (2002). The science of happiness and life satisfaction. Handbook of positive psychology, Chapter 5 Subjective Well-Being, Diener, E., Lucas. E. & Oishi, S. pags 63-73. New York: Oxford University Press.

Diener, E. & Chan, M. Y. (2013). Happy People Live Longer: *Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity Applied Psychology: Health and Well-Being*, Vol. 3, No. 1, 2011 https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2199189

Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: *Childhood predictors of adult disease*. Pediatrics 101 (Suppl. 2):518-2 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12224658/>

Divković, Mirko (1997). *Latinsko – hrvatski rječnik za škole*. Naprijed, Zagreb.

Dossey, B. M. (2020) Theory of Integral Nursing, Nursology.net <https://nursology.net/nurse-theories/theory-of-integral-nursing/>

Downey, Michel (1997). Understanding Christian spirituality, Paulist Press, Mahwah

Drazenovich, G. (2004). 'Towards a phenomenologically grounded unde Christian spirituality in theology', Quodlibet: Online Journal of Christian Tviewed <http://www.quodlibet.net/artcles/phenomenology.shtml>

Durkheim, Emile (2008). *Elementarni oblici religijskog života*, Zagreb, Jesenski i Turk.

Elhag, M. et al (2022) The Association Between Religiosity, Spirituality, and Medication Adherence Among Patients with Cardiovascular Diseases: A Systematic Review of the Literature. *J Relig Health.*, 3988-4027. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01525-5>

Ellison, C. G. & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ Behav.* 1998 Dec;25(6):700-20. doi: 10.1177/109019819802500603. PMID: 9813743. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.google/9813743/>

Ester, P., Halman, L., de Moor, R. (1994). The Individualizing Society. Value Change in Europe and North America. University Press, Tilburg.

European Innovation Partnership On Active and Healthy Ageing, A1 Adherence to prescription https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/839/download_en?token=b_dmNQVU

Farmer, P. (2011). Personal efficacy and moral engagement in Global Health - response to Kleinman and Hanna's Religious Values and Global Health. In: Swearer DK, McGarry SL, eds. Ecologies of human Flourishing. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2011: 91-9.

Featherstone, Mike (2007). *Consumer Culture and Postmodernism*. Sage, London.

Fejer, R. & Ruhe, A. (2012). What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries? A systematic critical literature review. *Chiropr Man Therap* 2012; 20(1): 31. doi:10.1186/2045-709X-20-31.

Filej, B. & Kaučič B. M. (2019). "Holistička in k pacientu/uporabniku usmerjena oskrba". Konferencija Integrirana dolgotrajna oskrba: Odziv na potrebe dolgožive družbe v Slovenij, Visoka zdravstvena šola v Celju

Filliot, Philippe (2022): *Les 50 mots essentiels de la spiritualité*, Paris, Albin Michel.

Fisher, J. et al (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences* 35(8): 1975-1991..

Fisher, J. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 1(1), 105–121. <https://doi.org/10.3390/rel1010105>

Fisher, J. (2011). The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions* 2011, 2, 17-28. <https://doi.org/10.3390/rel2010017>

Fisher J. (2016). Selecting the Best Version of SHALOM to Assess Spiritual Well-Being. *Religions*. 2016; 7(5):45. <https://doi.org/10.3390/rel7050045>

European Agency for Safety and Health at Work — EU-OSHA (2021) Working with chronic musculoskeletal disorders Good practice advice report <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/71f12305-a638-11eb-9585-01aa75ed71a1/language-en>

Flanagan, K. (2007). Introduction. U: Flanagan, K., Jupp, P.C. (eds.) *A Sociology of Spirituality*. Ashgate, Aldershot.: 1-20.

Foglio, J. P. & Brody, H. (1988). Religion, faith, and family medicine. *J Fam Pract.* 1988;27:473–474.

Franjković, Jozefina. (2014). Kvaliteta života u bolesnika s kroničnim bubrežnom insuficijencijom na dijalizi nakon transplantacije bubrega. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:709921>

Frankl, Viktor E. (1984). *Man's Search for Meaning*. New York: Simon and Schuster; 1984.

Frick, E. (2016). „Spiritual Care – How does it work?“, *Spiritual Care*, 6, 223-224.

Frisch, N. C. & Rabinowitsch, D. (2019). What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: *Report of an Integrated Literature Review Journal of holistic Nursing*, SAGE <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31257971/>

Frischknecht, M. (2011). „Spiritualität für Ungläubige“, *Spuren*, Nr. 100, Sommer 2011, 30-34.

Fukuyama, Francis (2000). *Povjerenje: društvene vrline i stvaranje blagostanja*, Zagreb: Izvori.

Garmmy, P. & Clausson, E. K. (2021). A Philosophical Review of School Nursing Framed by the Holistic Nursing Theory of Barbara Dossey. *Jurnal of Holistic Nursing*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08980101211006615>

Gauchet, Marcel (1999). *The Disenchantment of the World*, trans. Oscar Burge, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Gauchet, Marcel (2007). *La Révolution moderne: l'avènement de la démocratie I*, Paris : Gallimard.

- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):709-733. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32061315; PMCID: PMC7049905.
- Germin Petrović, D. i sur. (2010). Kvaliteta života vezana uz zdravlje u bolesnika liječenih nadomiještanjem bubrežne funkcije, *Medicina fluminensis*, Vol. 46, No .4, 513-518. <https://hrcak.srce.hr/63075>
- Ghaderi, A. et al (2018). Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *J Med Ethics Hist Med*. 2018 Apr 9;11:3. PMID: 30258553; PMCID: PMC6150917.
- Giddens, Anthony (2003). *The Consequences of Modernity*. Polity Press, Cambridge.
- Giddens, Anthony (2007). *Sociologija* str 142. Zagreb: Nakladni Zavod, Globus.
- Giordan, G. (2007). Spirituality: From a Religious Concept to Sociological Theory. U: Flanagan, K., Jupp, P.C. (eds.) *A Sociology of Spirituality*. Ashgate, Aldershot.: 161-180.
- Gomez, R. & Fisher, J. (2005). The spiritual well-being questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender, Elsevier, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.023>
- Grazio, S. (2009). Uvod u reumatologiju. <http://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/16283/Uvod-u-reumatologiju.html> .
- Grazio, S. & Balen D. (2009). Debljina: čimbenik rizika i prediktor razvoja osteoartritisa. *Liječnički Vjesnik* 2009; 131: 22-6.
- Grazio, S. (2013). Opći pristup bolesniku s križoboljom. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 25 (3-4), 112-114. <https://hrcak.srce.hr/125687>
- Grbac, J. 2013. Etički i religijski aspekti doniranja organa <http://www.hdm.hr/category/religija-o-transplantaciji/>.
- Gregurek, Rudolf. (2011). *Psihološka medicina*. Medicinska naklada, Zagreb.
- Greisch, J. (2015). *Vivre en philosophe. Expérience philosophique, exercices spirituels et thérapie de l'âme*, Paris: Hermann.
- Grmek Mirko Dražen, (1989). *Bolest u osvjet zapadne civilizacije*. Zagreb: Globus;
- Grubišić, F. (2020) Kvaliteta života i kronična mišično - koštana bol <https://reumatizam.hlz.hr/rubrika/sazeci-udruga-bolesnika/>
- Haldane, J. (2003). 'On the very idea of spiritual values', in D. Carr & J. Haldane (eds.), *Spirituality, philosophy and education*, pp. 11–25, Routledge Falmer, London. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203464908>
- Hadden, J. K. (1987). Toward Desacralizing Secularization Theory. *Social Forces*. 65 (3): 587-611. <https://doi.org/10.2307/2578520>

- Hadot, Pierre (2002). *Exercices spirituels et philosophie antique*. Préface d'Arnold Davidson, Paris : Albin Michel.
- Hagen, K. et al (2005). Low socio-economic status is associated with musculoskeletal symptoms among 46,901 adults in Norway. *Scan J Public Health*. 2005;33:268–75. doi: 10.1080/14034940510005699.
- Halman, L. (1996). Individualism in Individualized Society? Results from European Values Surveys. *International Journal of Comparative Sociology*. 37 (3-4): 195-214. <https://doi.org/10.1163/002071596X00019>
- Hamilton, Malkom (2003). *Sociologija religije. Teorijski i uporedni pristup*. Clio, Beograd.
- Haralambos, Michel & Holborn, Martin (2002). *Sociologija. Teme i perspektive*. Golden marketing, Zagreb.
- Harter, N. (2006). Recovering the Philosophical Anthropology of Max Scheler for Leadership Studies https://journalofleadershiped.org/jole_articles/recovering-the-philosophical-anthropology-of-max-scheler-for-leadership-studies/
- Hayes, K. M. et al (2000). Alternative Therapies and Nurse Practitioners: Knowledge, Professional Experience, and Personal Use. *Holistic Nursing Practice* 14(3):p 49-58, April 2000.
- Hayes, R.B. at al (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications, *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011
- Heelas, P. & Woodhead, L. (2005). *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Heelas, Paul (2008). *Spiritualities of Life: New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Henderson, Virginia (1960). *Definition of health care*, ICN.
- Heyn, M. (2018). What is spiritual health and way is matters? <https://www.spirituallyhealthy.com/definespiritualhealth/>
- Hjelm, John (2010). *The Dimensions of Health: Conceptual Models*, Jones & Bartlett Learning
- Holliday, M. E. & Parker, D. L. (1997). Florence Nightingale, feminism and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 483-488 https://www.researchgate.net/publication/229507716_Florence_Nightingale_feminism_and_nursing
- Howden, E. J. et al (2014). Exercise training in CKD: efficacy, adherence, and safety. *Am J Kidney Dis*. 2015 Apr;65(4):583-91. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.09.017. Epub 2014 Nov 14. PMID: 25458662.
- Hrvatska enciklopedija, Enciklopedijska natuknica, (1999). Leksikografski zavod Miroslav Krleža <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id>

- Hrvatski registar nadomještanja bubrežne funkcije (2008). Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju. Available at: <http://www.hdndt.org/registarforward.htm>
- Hvidt, N. C. et al (2017). Faith Moves Mountains-Mountains Move Faith: Two Opposite Epidemiological Forces in Research on Religion and Health. *J Relig Health*. Springer. Feb;56(1):294-304. doi: 10.1007/s10943-016-0300-1. PMID: 27541015; PMCID: PMC5222926.
- Hvidt, N. C. et al (2020). What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping *BMJ Open* 2020;**10**:e042142. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042142
- Inglehart, R. (1977). *The Silent Revolution. Changing Values and Political Styles Among Western Publics*. Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1997). *Modernization and Postmodernization. Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies*. Princeton University Press.
- Inglehart, R. & Norris, P. (2007). *Sveto i svjetovno: religija i politika u svijetu. Politička kultura, Zagreb*.
- Intriago M, et al (2019). Clinical Characteristics in Patients with Rheumatoid Arthritis: Differences between Genders. *ScientificWorldJournal*. 2019 Jul 3;2019:8103812. doi: 10.1155/2019/8103812. PMID: 31354388; PMCID: PMC6636593.
- Irvine, M. (1998). *The Postmodern. Postmodernism. Postmodernity*. <http://www.georgetown.edu/faculty/irvinem/technoculture/pomo.html>
- Isaac, K. S. et al (2016). Incorporating Spirituality in Primary Care. *Journal of religion and health*, 55(3), 1065-1077. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0190-2>
- Jacobs, A. (2012). Spirituality: History and contemporary developments: An evaluation. *Koers*. 78. 10.4102/koers.v78i1.445. https://www.researchgate.net/publication/262440444_Spirituality_History_and_contemporary_developments_An_evaluation
- Jacobs, A., 2013, 'Spirituality: history and contemporary developments - An evaluation', *Koers - Bulletin for Christian Scholarship* 78(1), Art. #445. <http://dx.doi.org/10.4102/koers.v78i1.445>
- Jakovljević, M. i sur. (2010). Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji - dileme i izazovi. Mostarska psihijatrijska subota 5, Pro Mente, Zagreb, <https://www.bib.irb.hr/747700>
- Jakovljević, M. i sur. (2014). Duševno zdravlje, kultura i društvo - psihijatrija pred izazovima, Pro Mente, Zagreb <https://www.bib.irb.hr/736894>
- Jary, D. & Jary, J. (2000). *Dictionary of Sociology. Third Edition*. HarperCollinsPublishers, Glasgow
- Jirásek, I. (2015). Religion, Spirituality, and Sport: From *Religio Athletae* Toward *Spiritus Athletae* pages 290-299 <https://doi.org/10.1080/00336297.2015.1048373>

Jukić, J. (1997). Lica i maske svetoga: *Ogledi iz društvene religijologije*. Kršćanska sadašnjost, Zagreb

Javanmardifard, S. et al (2020). The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. *J Diabetes Metab Disord*. 2020 Jul 16;19(2):941-950. doi: 10.1007/s40200-020-00586-1. PMID: 33520814; PMCID: PMC7843762. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33520814/>

Jordan, J. L. et al (2010). Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;2010(1):CD005956. doi: 10.1002/14651858.CD005956.pub2. PMID: 20091582; PMCID: PMC6769154.

Jurakić, D. i Heimer, S. (2012). Prevalencija nedovoljne tjelesne aktivnosti u Hrvatskoj i u svijetu: pregled istraživanja. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 63 (Supplement 3), 3-11. <https://hrcak.srce.hr/92072>

Kalauz, Sonja (2012). *Etika u sestринstvu*. Zagreb: Medicinska naklada.

Kamm, F. M. (2001). Health and equality of opportunity. *Am J Bioeth*. 2001;1:17-19 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11951871/>

Kes, P. i sur. (2012). Završni stadij zatajenja bubrega u starijih osoba. *Acta Med Croatica* 2012; 66: 22-36.

Kleinman, A. H. (2011). Religious Values and Global Health. In: Swearer DK, McGarry SL, eds. *Ecologies of human Flourishing*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2011: 73-90

Klimasinski, M. i drugi (2022). Spiritual Distress and Spiritual Needs of Chronically Ill Patients in Poland: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19, 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095512>

Knoblauch, Hubert (2004). *Sociologija religije*. Demetra, Zagreb

Knoblauch, H. (2005). „Soziologie der Spiritualität“, *Zeitschrift für Religionswissenschaft*, 13/2, 2005, 123-132.

Knoblauch, H. (2010). *Popular Spirituality, Journal: Anthropological Journal of European Cultures*. Year: 2010. File: PDF, 193 KB <https://fr.art1lib.org/g/Knoblauch>

Knoblauch, H. (2013). „Populäre Spiritualität und die Meditation“, *Paragrana*, 22/2, nov. 2013, 76-87.

Knudsen, S. P. et al (2016). Health related quality of life in 2002 and 2015 in patients undergoing hemodialysis: a single center study. *Renal Failure* 2016; 38: 1234-39.

Komadina, A. (2016). Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika. *Crkva u svijetu*, 51 (4), 615-638. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/173296>

Konopack, J.F., McAuley, E. (2012). Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life : A path analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 10 : 57, 1-6. <http://www.hqlo.com/content/10/1/57>

- Koenig, H. G. et al (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older. *Psychiatry* 1998;155:536-42
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality and Mental Health A Review June 2009. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 54(5):283-91
DOI:[10.1177/070674370905400502](https://doi.org/10.1177/070674370905400502)
- Koenig, G. H. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implication, *ISRN psychiatry*, 2012 DEC 16;2012;278730 doi:10.5402/278730, PMID:PMC3617693
- Krause, N. et al (2011). Social relationships in religious institutions and healthy lifestyles. *Health education i behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 38(1), str.25-38.
- Kretchy, I. i drugi (2013). Spiritual and Religious Beliefs: do they matter in the medicine adherence behaviour of hypertensive patients? *BioPsychoSocial Medicine*. 7.15, 1-7.
- Krieger, N. (2003). Latin American social medicine: the quest for social justice and public health. *Am J Public Health*. 2003 Dec;93(12):1989-91. doi: 10.2105/ajph.93.12.1989. PMID: 14652317; PMCID: PMC1448135.
- Krizmanić, M. & Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“. *Primijenjena psihologija*. 1989; 10:179-184.
- Korajlija, L. i drugi (2019). Mjerenje zadovoljstva životom jednom česticom. Single-Item Life Satisfaction Measurement. *Soc. psihijat*. Vol. 47 (2019) Br. 4, str. 449-469. <https://hrcak.srce.hr/file/338275>
- Kralj, V. i drugi (2015). Kronične nezarazne bolesti – teret bolesti siromaštva Hrvatske, *Cardiologia Croatica*. <https://hrcak.srce.hr/file/211708>
- Kress, H. G. et al (2015). A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26172982/>
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001 Aug;30(4):668-77. doi: 10.1093/ije/30.4.668. PMID: 11511581. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11511581/>
- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's Definition of Health: Social versus Spiritual Health. *Social Indicators Research*, 38(2), 181-192. <http://www.jstor.org/stable/27522925>
- Lasater, K. B. et al (2020). Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Qual Saf*. 2020;bmjqs-2020-011512. doi:10.1136/bmjqs-2020-011512
- Lenci, L. T. & Campbell, J. D. (2012). Peritoneal Dialysis in elderly patients. *Adv.Perit.Dial* 2012-28:79-83
- Levin, J. (2001). God, Love, and Health: Findings from a Clinical Study. *Review of Religious Research*, 42(3), 277-293. <https://doi.org/10.2307/3512570>

- Lipka, M. & Gecewicz, J-M. (2017). „More Americans now say they're spiritual but not religious“, Pew Research Center, 6 september 2017: www.pewresearch.org.
- Litsios, S. (2004). The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health care approach. *Am J Public Health* 2004;94:1884–93. doi:10.2105/AJPH.94.11.1884 pmid: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15514223>
- Lucas, R. E. et al (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616–628. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>
- Luckmann, Thomas (1967). *The Invisible Religion. The problem of Religion in Modern Society*. The Macmillan Company, New York.
- Luckmann, T. (1999). *The Religious Situation in Europe: the Background to Contemporary Conversions*. *Social Compass*. 46 (3): 251-258. <https://doi.org/10.1177/003776899046003002>
- Lyotard, Jean-Francois (2002). *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Mahler, H. (1977). The staff of Aesculapius. World health Organization 1977. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326062/WH-1977-Nov-p2-3-eng.pdf>
- Mallamaci, F, et al (2020). Physical activity in chronic kidney disease and the EXerCise Introduction To Enhance trial. *Nephrol Dial Transplant*. 2020 Mar 1;35(Suppl 2):ii18-ii22. doi: 10.1093/ndt/gfaa012. PMID: 32162664; PMCID: PMC7066543.
- Maranini, B. et al (2022). Focus on Sex and Gender: What We Need to Know in the Management of Rheumatoid Arthritis, *Journal of Personalized Medicine* <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/3/499/htm>
- Markeljević, J. (2007). Kvaliteta života u kroničnih bolesnika. *PlivaMed*. <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/1369/Kvaliteta-zivota-u-kronicnihbolesnika.html>.
- Marmor, J. (2004) “Changing patterns of femininity: psychoanalytic implications.” *The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* vol. 32,1 (2004): 7-20. doi:10.1521/jaap.32.1.7.28331
- Marshall, S. J. et al (2007). Race/ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. *Med Sci Sports Exerc*. 2007 Jan;39(1):44-51. doi: 10.1249/01.mss.0000239401.16381.37. PMID: 17218883.
- Matanić, Atanazije J. (1994). *Uvod u duhovnost, Kršćanska sadašnjost, Zagreb*
- Mathes, T. et al (2014). Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews. *Arch Public Health*. 2014;72(1):37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323150/>
- Matić, N. i sur. (2016). Značaj suvremenih komunikacijskih tehnologija u praćenju suradljivosti pacijenata oboljelih od kroničnih bolesti. *Cardiologia Croatica*, 11 (10–11), 589.

Matulić, T. (2012). *Oculis spiritualibus – sestrinstvo u ogledalu duha: Duhovnost sestrinstva iznad procjepa profesije i prakse, Bogoslovska smotra*, 82,2,305-337 <https://hrcak.srce.hr/84377>

McDonald, L. (editor), (2002), *Florence Nightingale's Theology Essays, Letters and Journal Notes*, Waterloo, Ontario, Canada: Wilfrid Laurier University Press

MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, Measurement and Relation to the five Factor Model of Personality. *Journal of Personality*, 68(1), 153-197 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10820684/>

McGuire, M. B. (1993). *Health and spirituality as contemporary concerns. The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 527, pp. 144-154. <http://jstor.org/stable/10.2307/1048682>

McGuire, Meredith B. (2008). *Lived religion: Faith and Practice in Everyday Life*, Oxford University Press

McGeorge, N. (2010). The science in holistic nursing, *Journal of Community nurse* https://www.researchgate.net/publication/288419749_The_science_of_holistic_nursing

Mercadante, Linda (2014). *Belief Without Borders. Inside the Mindes of the Spiritual but not Religious*, New York: Oxford Universitx Press.

Merriam-Webster Dictionary, <https://www.webster-dictionary.org/definition/religiosity>

Merriam-Webster Dictionary, <https://www.webster-dictionary.org/definition/spirituality>

Mikkelsen, B. et al. (2019). Life course approach to prevention and control of noncommunicable diseases. *BMJ*. (2019). 364:l257. doi: 10.1136/bmj.l257 <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l257>

Miller, W. R. (2005). 'What is human nature? Reflections from Judeo-Christian perspectives', in W.R. Miller & H.D. Delaney (eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation and change*, pp. 11-29, American Psychological Association, Washington DC

Miles, K. S. & Vallish, R. (2010). "Creating a personalized professional practice framework for nursing." *Nursing economic\$* vol. 28,3 (2010): 171-80, 189.

Mignolo, Walter D.(2011). *The Darker Side Of Western Modernity*. London: Duke University Press.

Mišigoj-Duraković, M. i drugi. (2007). Tjelesna neaktivnost u Republici Hrvatskoj [Physical inactivity in Croatia]. *Acta Med Croatica*. 2007 Jun;61(3):253-8. Croatian. PMID: 17629099.

Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17, 1-14. doi:10.3390/ijerph17030835

Moreira, W.C.i drugi (2020). Effects of the association between spirituality, religiosity and physical activity on health/mental health: a systematic review. *Journal of school of Nursing*.

Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03631. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012903631>

Morgan, S. & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15.

Montgomery, D. B. et al (2005). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts. www.jbpub.com

Morović-Vergles, Jadranka (ur) (2008). *Odabrana poglavlja iz Interne medicine*. Zagreb. Naklada Slap

Morisky, D. E. et al (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

Mork, P. J. et al (2012). Effect of body mass index and physical exercise on risk of knee and hip osteoarthritis: longitudinal data from the Norwegian HUNT Study. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(8): 678-83. doi: 10.1136/jech-2011-200834.

Mrduljaš-Đujić, N. (2011). Reumatološki bolesnik. U: Rumboldt M, Petric D. *Obiteljska medicina*. Odabrana poglavlja. Split: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; 2011, str. 271-7.

Narayanasamy, A. (1999). 'Learning spiritual dimensions of care from perspective', *Nurse Educator Today* 19(5), 386-395. <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0325>

Nassehi, A. (2011). „Spiritualität. Ein soziologischer Versuch“, u: Frick, E., Roser, T. (Hrsg.). *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer, 35-44.

Neame, R. & Hammond, A. (2005). Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2005;44:762-7. [10.1093/rheumatology/keh587](https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh587) <https://academic.oup.com/rheumatology/article/44/6/762/2899282>

National Institute for Health and Care excellence (NICE), Clinical Guideline (2014). Chronic kidney disease: early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care;

National Institute for Health and Care excellence (NICE), Clinical Guideline (2015). Chronic kidney disease: managing anaemia;).

Nikodem, K., Zrinščak, S. (2019). Između distancirane crkvenosti i intenzivne osobne religioznosti: religijske promjene u hrvatskom društvu od 1999. Do 2018. Godine. *Društvena istraživanja*. 28 (3), 371-390.

Nissen, R. D. et al (2021). The Process of Spiritual Care. *Front Psychol*. 7;12:674453. doi: 10.3389/fpsyg.2021.674453. PMID: 34557128; PMCID: PMC8453153.

Noor, N.A.M. et al (2014). Consumer attitudes toward dietary supplements consumption: implications for pharmaceutical marketing. *Int J Pharm Healthc Mark*. (2014) 8:6-26. [10.1108/IJPHM-04-2013-0019](https://doi.org/10.1108/IJPHM-04-2013-0019)

O'Neill, D.P., Kenny, E.K. (1998). Spirituality and Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 30 (3), 275-280.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Okrugli stol HDFEZ-a, (2008.) Održan 3. Okrugli stol Hrvatskog društva za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva (HDFEZ) na temu "FARMAKOEKONOMIKA - http://www.farmakoekonomika.hr/press_1c.html

Ostojić, B. (2017). Ne liječi bolest, već čovjeka, Narodni zdravstveni list, Nastavni zavod za javno zdravstvo. PGŽ.

Palmer, K. T. et al (2003). Smoking and musculoskeletal disorders: findings from a British national survey. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:33-36. doi: 10.1136/ard.62.1.33.

Paschal-Ramos, V. et al (2009). Medication persistence over 2 years of follow-up in a cohort of early rheumatoid arthritis patients: associated factors and relationship with disease activity and with disability. *Arthritis Res Ther* 2009;11:R26 10.1186/ar2620 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19228421/>

Pechmann, C. L. et al (2005). Impulsive and self-conscious: adolescents' .. vulnerability to advertising and promotion. *J Public Policy Mark.* (2005) 24:202-21. doi: 10.1509/jppm.2005.24.2.202 <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1509/jppm.2005.24.2.202>

Pedišić, Ž. (2011). Tjelesna aktivnost i njena povezanost sa zdravljem i kvalitetom života u studentskoj populaciji. Doktorska disertacija. Zagreb. Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Peng-Keller, Simon (2012). *Geistbestimmtes Leben, Spiritualität*, Zurich: TVZ/NZN

Peng- Keller, S. (2017). "Spiritual care in warden. Zur Konzeption eines neuen Interdisziplinä Forshungs - und Praxisgebietes". *Spiritual care*, 6, 187-181

Pickel, G. (2011). Contextual Secularization. Theoretical Thoughts and Empirical Implications. *Religion and Society in Central and Eastern Europe*. 4 (1): 3-20.

Pombo-Suarez, M. et al (2021). Adherence to Treatment in Patients with Rheumatoid Arthritis from Spain. *Patient preference and adherence*, 15, 111-117. <https://doi.org/10.2147/PPA.S291983>

Priest, H. (2010). Effektive psychological Care for physically ill patients in hospital, *Nursing standard* 24 (44):48-56 https://www.researchgate.net/publication/45506690_Effective_psychological_care_for_physically_ill_patients_in_hospital

Prpić Kozlović, Irena (2020). Psihološki distress i duhovna skrb osoba s kroničnim bolestima. Diplomski rad, Hrvatsko katoličko sveučilište.

- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 14(4), 352–357. <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788>
- Puchalski, C. M. (2009). "Addressing the Spiritual Needs of Patients." In *Ethical Issues in Cancer Patient Care*. Edited by P. Angelos. New York, NY, USA: Springer, 2009, pp. 79–91.
- Puchalski, Christina. M. & Farrell, Betty. (2010). "Making Health Care Whole, Integrating Spirituality into Patient Care". Templeton Press
- Puchalski, C. M. et al (2018). "Spiritual Considerations." *Hematology/oncology clinics of North America* vol. 32,3 (2018): 505-517. doi:10.1016/j.hoc.2018.01.011
- Ratanawongsa, N. et al (2013). Communication and medication refill adherence: the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med.* 2013;173(3):210-218. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23277199/>
- Rački, S. (2010). Suvremeni pristup kroničnoj bubrežnoj bolesti – 45 godina riječkog iskustva. *Medicina I uminensis* 2010; 6: 344-51. 2.
- Remen, Rachel Naomi. (1997). *KitchenTable Wisdom: Stories That Heal*. New York: Riverhead Books.
- Ricard, Matthieu (1999). *Le Moine et le Philosophe*, Paris: Éd. Pocket.
- Riklikiene, O. i drugi (2020). Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional Survey. *European Journal of Oncology Nursing.* 44, 1-8.
- Rimac, B. & Bunjevac Nikodem, S. (2020). Pridržavanje pravilnog uzimanja lijekova – osnovna analiza na prigodnom uzorku, *Celostna obravnava pacijenatov*, uredila dr. Nevenka Kregar Velikonja, str: 411-419, Novo Mesto: Uniberza v Novem Mestu.
- Rittossa, D. (2020). Obiteljsko nasilje u doba bolesti Covid-19 – uloga zdravstvenog sustava u zaštiti najranjivijih, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet http://www.bioetika.hr/wp-content/uploads/2021/05/MEDRI-Javno-predavanje_RITTOSSA.pdf
- Roger, K.S., Hatala, A. (2017). Religion, spirituality and chronic illness: A scoping review and implications for health care practitioners. *Journal of Religion and Spirituality in Social Work: Social Thought*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/15426432.2017.1386151>
- Roof, C.W. (1999). *Spiritual Marketplace. Baby Boomers and the Remaking of American Religion*. University Press, Princeton.
- Rosa, W. (2017). "Assessing the Readiness of Nursing Sectors in Low- and Middle-Income Countries to Adopt Holistic Practice: Rwanda as Exemplar." *Holistic nursing practice* vol. 31,3 (2017): 183-192. doi:10.1097/HNP.0000000000000207
- Royal College of Nursing (2010). *Spirituality survey; A report by the Royal College of Nursing on members' views on spirituality and spiritual care in nursing practice*
- Royal College of Nursing (2011). *Spirituality in nursing care: a pocket Guide*. RCN. London

Rusman, T. et al (2020). Sex and gender differences in axial spondyloarthritis: myths and truths *Rheumatology*, Volume 59, Issue Supplement_4, October 2020, Pages iv38-iv46, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa543>

Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World health organisation; str. 13-20. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

Sabino Acquaviva & Enzo Pace (1996). *Sociologija religija*, Zavod za sociologiju FFZG

Saffari, M. et al (2019). "The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes." *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* vol. 28,8 (2019): 2183-2193. doi:10.1007/s11136-019-02183-z

Sarkis, J. & Skoner, M. (1987). An analysis of the concept of holism in nursing literature. *Holistic Nursing Practice* 2(1):p 61-70, November 1987.

Schütz, Christian (1988). *Praktisches Lexikon der Spiritualität*. Herausgegeben von Christian Schütz, Freiburg-Basel-Wien: Herder.

Schmid, Wilhelm (1998). *Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung*, Frankfurt/M: Suhrkamp.

Schneiders, S. M. (1986). 'Theology and spirituality: strangers, rivals or partners?', *Horizons* 13(2), 253-274 <https://www.scu.edu/media/ignatian-center/santa-clara-lecture/Schneiders.pdf>

Siler, S. et al (2019). "Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients With Lung Cancer in Outpatient Settings." *Oncology nursing forum* vol. 46,1 (2019): 49-58. doi:10.1188/19.ONF.49-58

Simões, D. & Lukas, R. (2020). Exploring the Role of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases in Multimorbidity <https://www.intechopen.com/chapters/72495>

Singh, M. K. (2012.) Chronic Pain Syndrome. <http://emedicine.medscape.com/article/310834-overview#aw2aab6b2b2>.

Skoko, B. i Benković, V. (2009). Znanstvena metoda fokus grupa - mogućnosti i načini primjene. *Politička misao*, 46 (3), 217-236. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/50954>

Smelser, N. J. (1966). *The Modernization of Social Relations*, U: Weiner, M. (ur.) *Modernization. The Dynamics of Growth*. Basic Books, New York, London. str.110-122.

Smolen, J. et al (2019) Predicting adherence to therapy in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis: a large crosssectional study, *BMJ*, *RMD* <https://rmdopen.bmj.com/content/5/1/e000585>

Snyder, S. & Pendergraph, B. (2005). Detection and Evaluation of Chronic Kidney Disease. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1723-32, 1733-4.

Solomon, Robert C. (2002). *Spirituality for the Sceptic. The Thoughtful Love of Life*, Oxford: Oxford University press.

- Solignac, Aimé (1990): »Spiritualité«, u: *Dictionnaire de la spiritualité*, XIV, 1142-1160.
- Solignac, Aimé (2017) *Dictionnaire spiritualité*. <https://dictionnaire-spiritualite-French-SOLIGNAC-ebook/dp/B07TNRKJV4>
- Southard, Mary Elaine (2020). "Spirituality: The Missing Link for Holistic Health Care." *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association* vol. 38,1 (2020): 4-7. doi:10.1177/0898010119880361
- Staničić, Ž. (2001). Aktualnost biomedicinske paradigme zdravlja, bolesti i medicine. *Socijalna ekologija*. 10 (3), 125-141.
- Starfield, B. (2000). First contact. Boston Review. 2000 <http://bostonreview.net/BR25.1/starfield.html>
- Stark, R. (1999). Secularization, R.I.P. *Sociology of Religion*. 60 (3): 249-273. <https://doi.org/10.2307/3711936>
- Stevanović R. (2012). Pravilno uzimanje lijekova u starijoj dobi. Upravljanje zdravstvenim rizicima u domovima za starije i nemoćne osobe, Opatija, 2012, 6-15.
- Stewart, K. A. et al (2010). Values and moral experience in global health: bridging the local and the global. *Global Public Health* 2010;5:115-21. doi:10.1080/17441690903484201 pmid: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20213562>
- Strawbridge, W. J. et al (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American journal of public health*, 87(6), str.957-61.
- Strine, T. W. et al (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *J Community Health*. 2008 Feb;33(1):40-50. doi: 10.1007/s10900-007-9066-4. PMID: 18080207. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18080207/>
- Susen, Simon (2015). *The 'Postmodern Turn' in the Social Sciences*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Sustainable Development Goals, The sustainable Development Agenda (2015) (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>).
- Swinton, J. (2017). „Response to Eckhard Frick's reflections on Spiritual Care“, *Spiritual Care*, 6 (2), 225-227.
- Swatos, W. H. & Christiano, K. J. (1999). Secularization Theory: The Course of a Concept. *Sociology of Religion*. 60 (3): 209-228. <https://doi.org/10.2307/3711934>
- Swezy, C. H. (2008). The Christian community's contribution to the evolution of community-based primary health care. CCIH Community Health Working Group. <https://www.ccih.org/wp-content/uploads/2017/09/Christian-Contribution-to-Evolution-of-CBPHC-1.pdf>
- Tan, X. et al (2014). Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), *Inov Pharm*, 2014, 5(3),

<https://pdfs.semanticscholar.org/e663/f04fadce219bd1faab1dbc2b1a1efc772cf2.pdf>

Taylor, Charles A. (2007). *Secular Age*. London: The Belknap Press of Harvard University Press.

Thakkar, J. et al (2015). Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis, *JAMA*. 2016 Mar;176(3):340-9. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7667. <https://europepmc.org/article/med/26831740>

The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA) <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>

The Lancet Global Health (2018). Getting to the heart of non-communicable diseases. (2018) 6:e933. 10.1016/S2214-109X(18)30362-0

The Lancet Rheumatology, editorial (2021). Getting serious about sex and gender, *The Lancet Rheumatology*, [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(21\)00118](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(21)00118)

Thoresen, C.E., Harris, A.H.S. (2002). Spirituality and Health : What's the evidence and what's needed ? *Annals of Behavioral Medicine*. 24 (1), 3-13. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_02

Thune-Boyle, I. C. et al (2006). "Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature." *Soc. Sci. Med.* 63 (2006): 151-164. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed]

Tincani, A. et al (2018). Gender differences in rheumatology and the point of view of the Italian Society for Rheumatology (SIR) *tal J Gender-Specific Med* 2018;4(2):e79-e82 doi 10.1723/3013.30121 <https://www.gendermedjournal.it/archivio/3013/articoli/30121/>

Tjale, A. A. & Bruce, B. A. (2007). A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> American holistic nurses association www.ahna.org

Tkacz, J. et al (2014). Utilization and adherence patterns of subcutaneously administered anti-tumor necrosis factor treatment among rheumatoid arthritis patients. *Clin Ther* 2014; 36:737-47. 10.1016/j.clinthera.2014.02.019 [https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(14\)00088-5/pdf](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(14)00088-5/pdf)

Touchet, B. et al (2012). The Impact of Spirituality on Psychiatric Treatment Adherence, *Journal of Spirituality in Mental Health*, 14:4, 259-267, DOI: 10.1080/19349637.2012.730468 <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19349637.2012.730468>

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2012.

UN United Nations, Sustainable Development (2020) Sustainable Development Goals (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>).

UN United Nations, Sustainable Development Goals, (2018). Good health and well being, Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

Waaïjman, Kees (2002). *Spirituality: Forms, foundations, methods*. Leuven: Peeters.

Wijnhoven, H. A. et al (2006). Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain*. 2006 Sep;124(1-2):158-66. doi: 10.1016/j.pain.2006.04.012. Epub 2006 May 22. PMID: 16716517.

Weber, Max (2006). *Protestantska etika i duh kapitalizma*, prijevod Dragutin Hlad, Zagreb: MISL.

Wilson, Bryan R. (1966). *Religion in Secular Society. A Sociological Comment*. C.A. Watts & CO LTD., London.

Wilson, Bryan R. (1982). *Religion in Sociological Perspective*. Oxford University Press, Oxford.

Winiger, F. & Peng-Keller, S. (2021). Religion and the World Health Organization: an evolving relationship *BMJ Global Health* 2021;6:e004073. <https://gh.bmj.com/content/6/4/e004073>

World Health Organisation, (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva

World Health Organization (EURO). The Health and Well-Being of Men in the WHO Europe Region: Better Health Through a Gender Approach. (2018). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2018/the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-better-health-through-a-gender-approach-2018>

World Health Organization, (1984). Seventy-Third session of the Executive Board, Geneva, 11-20 January 1984: resolutions and decisions annexes. Geneva: World Health organization, 1984

World Health Organization, (1984). Thirty-Seventh World Health Assembly, Geneva, 7-17 may 1984: summary records of committees. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/160776>

World Health Organization, (1989). Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee - meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 1990. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>

World Health Organization (2003). Scientific Group on The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium; pp. 1-218. Technical Report Series. Geneva, Switzerland

World Health Organization, (2013). Global Action Plan: For the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. (2013-2020). at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf

World Health Organization, (updated 2018). Global Health Observatory (GHO). Prevalence of insufficient physical activity <https://apps.who.int/gho/data/view.main.2482?lang=en>

World Health Organization, (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

World Health Organization, (2019). Noncommunicable Diseases (NCD). Available online at: https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/

World Health Organization, (2021). Noncommunicable diseases <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-disease>

World Health Organization, (2002). Active Ageing - A Policy Framework. Geneva <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

World kidney day (2022). Kidney health for all. <https://www.worldkidneyday.org/2022-camaing/2022-wkd-theme>

Wuthnow, Robert (1998). After Heaven. Spirituality in America Since the 1950s. University of California Press, Berkeley

Xavier Leon - Dufour (1969). *Riječnik biblijske teologije*, Kršćanska sadašnjost

Yang, J. S., et al (2018). Incorporating a structural approach to reducing the burden of non-communicable diseases. *Globalization and health*, 14(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0380-7>

Yates, J. W. et al (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Med Pediatr Oncol*. 1981;9:121–128.

Zeman, Z. (2004). Autonomija i odgođena apokalipsa. *Sociologijske teorije modernosti i modernizacije*. Hrvatska sveučilišna naklada, Zagreb.

Zinnbauer, B. J. et al (1997). Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion* 36 (4), 549-564 <https://www.jstor.org/stable/1387689>

Zulling, L. L. et al (2016). A renewed Medication Adherence Alliance call to action: harnessing momentum to address medication nonadherence in the United States. *Patient preference and adherence*, 10, 1189–1195. <https://doi.org/10.2147/PPA.S100844>

PRILOZI

Upitnici

Sociodemografski podaci

Demografske i psihosocijalne karakteristike

Aktivnosti i životni stil

Potreba za podrškom od strane druge osobe

SHALOM (engl. *Spiritual Health and Life – Orientation Measure*), Upitnik duhovne dobrobiti.

BMLSS (engl. *Brief Multidimensional Lifesatisfaction Scale*), Upitnik opisa duhovnih potreba i zadovoljstva s životnom.

BLS (engl. *Brief Symptom Inventory*), Upitnik, kratki popis simptoma

MMAS (engl. *Morisky Medication Adherence Scale*), Upitnik o pridržavanju korištenja lijekova.

SpNQ (engl. *Spiritual needs questionnaire*), Upitnik duhovnih potreba.

PROJEKT PSY-SC EVALUACIJA PSIHOLOŠKOG DISTRESA I DUHOVNIH
DIMENZIJA
DUHOVNOST I KRONIČNA BOLEST

I DIO - SOCIODEMOGRAFSKI PODACI

BROJ UPITNIKA :
DATUM:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DEMOGRAFSKE I PSIHOSOCIJALNE KARAKTERISTIKE

1. Dob

--	--
2. Spol Muško
Žensko
3. Državljanstvo Hrvatsko
Drugo. Navedite: _____
4. Bračni status Samac/ica
Oženjen/udata
Udovac/udovica
Razveden/razvedena
5. Obrazovanje Završena osnovna škola
Završena srednja škola
Prvostupnik
Drugo. Navedite: _____
6. Radni status Zaposlen/a
Nezaposlen/a
Umirovljen/a (starosna)
Umirovljena/a (invalidska)
Drugo. Navedite: _____
7. Profesija prije umirovljenja
(ukoliko je postojala) _____
8. Posao/ profesija _____
9. Prihodi (podrijetlo) Naknada/ Plaća (radeći za druge)
Naknada/Plaća (vlastiti posao)
Minimalni prihodi (pomoć)
Ostale subvencije/naknade
Mirovina
Povremena naknada
Nasljeđeni prihodi
Drugo: _____

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

10. Religija

Ne

Da

Precizirajte koja: _____

11. Smatrate li se religioznom osobom?

Ne

Da, ali ne previše

Da

12. Bolujete li od nekih kroničnih bolesti koje zahtijevaju zdravstvenu skrb?

Ne

Da. Navedite koje:

- Infektivne
- Neurološke
- Kardiovaskularne
- Hematološke
- Respiratorne
- Gastroenterološke
- Ginekološko-urinarne
- Endokrinološko metaboličke
- Mišićno-koštane
- Alergološke
- Dermatološke
- Oftalmološke
- Otorinolaringološke
- Bubrežne
- Psihičke
- Demencija
- Druge.
- Navedite koje: _____

13. Prije koliko godina/vremena Vam je dijagnosticirana/otkrivena bolest?

--	--

14. Da li posjećujete redovito liječnika zbog zdravstvenih/kontrolnih pregleda?

Ne

Da. Koliko često?

- 1 x godišnje
- 2 x godišnje
- Svaki mjesec
- Svaki tjedan

15. Uzimate li lijekove/tablete?

Ne

Da. Koje lijekove?

Napomena: važno je odgovoriti na sva pitanja

16. AKTIVNOSTI I ŽIVOTNI STIL

16.1. Pušenje

Ne

Da. Koliko cigareta na dan ?

16.2. Alkohol

Ne

Da. Broj čaša na dan _____(200 ml)

16.3. Bavite li se rekreacijskim aktivnostima?

Ne. Zašto?

- nedostatak volje
- nedostatak društva/podrške
- fizičko ograničenje
- nepoznavanje dostupnih resursa

Da. Kojim: _____

16.4. Bavite li se fizičkim aktivnostima?

Ne. Zašto?

- nedostatak volje
- nedostatak društva/podrške
- fizičko ograničenje
- nepoznavanje dostupnih resursa

Da. Kojim: _____

17. Jeste li ovisni o drugima kod brige o samom sebi?

Ne

Da. U čemu:

- tuširanju
- hrani i piću
- spavanju/odmaranju
- oblačenju/skidanju odjeće
- higijeni
- odlasku do kupaonice

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

18. POTREBA ZA PODRŠKOM OD STRANE DRUGE OSOBE

18. 1. Socijalne usluge

- Centar za socijalnu skrb
Kućna njega
Podrška u kući
Druge. Koje? _____
Nije primjenjivo

18.2. Zdravstvene usluge

- Doktor medicine
Zdravstvena njega
Liječnik/Medicinska sestra
Druge.
Navedite: _____

Nije primjenjivo

18.3. Učestalost potreba za formalnom podrškom

- Dnevno
Više od 1 x na dan
Tjedno
Više od 1 x tjedno
Mjesečno
Drugo.
Molim navedite: _____

18. 4. Neformalna podrška

- Ne
Da.
Tko? _____

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

**PROJEKT PSY-SC EVALUACIJA PSIHOLOŠKOG DISTRESA I DUHOVNIH
DIMENZIJA
DUHOVNOST I KRONIČNA BOLEST**

II DIO - SHALOM- UPITNIK DUHOVNE DOBROBITI (SWBQ)

Duhovnost se može opisati kao nešto što je u srcu čovjeka. Duhovno zdravlje može biti mjerilo što mislite o samom sebi i koliko dobro se odnosite naspram onih značajki svijeta oko sebe koje su Vam važne.

Svaki odgovor se boduje:

1 = jako nisko 2 = nisko 3 = umjereno 4 = visoko 5 = najviše

Nemojte se puno zadržavati ni na jednom odgovoru. Najbolje je **zabilježiti prvu misao**.

U kojoj mjeri mislite da se razvijate:	Idealno za duhovno zdravlje					Kako se Vi osjećate				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. u ljubavi prema drugima										
2. u osobnoj vezi s Božanstvom/Bogom										
3. u opraštanju drugima										
4. u povezanosti s prirodom										
5. u osjećaju/jaćanju identiteta										
6. u proslavljanju Stvoritelja										
7. u divljenju prema pogledu koji oduzima dah										
8. u povjerenju između osoba										
9. u samosvijesti										
10. u jedinstvu s prirodom										
11. u jedinstvu s Bogom										
12. u skladu s prirodom										
13. u miru s Bogom										
14. životnoj radosti										
15. u molitvi i meditacijskom životu										
16. u unutarnjem miru										
17. u poštovanju prema drugima										
18. potrazi za životnim smislom										
19. u ljubaznosti prema drugim ljudima										
20. u osjećaju "magičnog"u okolini										
20. a) koliko Vam je važna religija u vlastitim životu										
20. b) koliko Vam je važna duhovnost u vlastitom životu										

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

**PROJEKT PSY-SC EVALUACIJA PSIHOLOŠKOG DISTRESA I DUHOVNIH
DIMENZIJA
DUHOVNOST I KRONIČNA BOLEST**

III DIO – Opis duhovnih potreba i zadovoljstva s životnom (BMLSS-10)

Svaki odgovor se boduje: 0 = veoma nezadovoljan 1 = nezadovoljan, 2 = uglavnom nezadovoljan, 3 = kombinirano (zadovoljan/nezadovoljan), 4 = uglavnom zadovoljan, 5 = zadovoljan, 6 = veoma zadovoljan.

Nemojte se puno zadržavati ni na jednom odgovoru. Najbolje je **zabilježiti prvu misao**.

	Slijedeća pitanja se odnose na Vaše zadovoljstvo s određenim aspektima Vašeg života. Zaokruži najbolji odgovor za svako pitanje. Opisao bi svoje zadovoljstvo s/sa...	Veoma nezadovoljan/a	Nezadovoljan/a	Uglavnom nezadovoljan/a	Kombinirano (jednako zadovoljan/a nezadovoljan/a)	Uglavnom zadovoljan/a	Zadovoljan/a	Veoma zadovoljan/a
H1	...obiteljskim životom kao...	0	1	2	3	4	5	6
H2	...prijateljstvima kao...	0	1	2	3	4	5	6
H3	...situacijom u školi/radnim mjestom kao...	0	1	2	3	4	5	6
H4	...sobom kao...	0	1	2	3	4	5	6
H5	...mjestom stanovanja kao..	0	1	2	3	4	5	6
H6	...cjelokupnim životom kao...	0	1	2	3	4	5	6
H7	...financijskom situacijom kao...	0	1	2	3	4	5	6
H8	...budućnosti kao...	0	1	2	3	4	5	6
G1	...zdravstvenim stanjem kao...	0	1	2	3	4	5	6
G3	...sposobnosti da se nosim sa svakodnevnicom kao...	0	1	2	3	4	5	6
G4	...svojom vitalnošću/fizičkom spremnošću kao...	0	1	2	3	4	5	6

	Dodatak: Socijalna podrška							
C1	...podrškom partnera kao..	0	1	2	3	4	5	6
C2	...podrškom obitelji kao...	0	1	2	3	4	5	6
C3	...podrškom prijatelja kao...	0	1	2	3	4	5	6
R 1	...povezanošću sa svojim partnerom...	0	1	2	3	4	5	6

	Dodatak: Timska podrška							
T1	...podrška od mojih kolega na poslu...	0	1	2	3	4	5	6
T2	...podrška od mojih nadređenih	0	1	2	3	4	5	6
T3	..zahvalnost od mojih kolega na poslu...	0	1	2	3	4	5	6
T4	...zahvalnost od mojih nadređenih...	0	1	2	3	4	5	6
T5	...solidarnost u timu...	0	1	2	3	4	5	6

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

**PROJEKT PSY-SC EVALUACIJA PSIHOLOŠKOG DISTRESA I DUHOVNIH
DIMENZIJA
DUHOVNOST I KRONIČNA BOLEST**

IV DIO - Kratki popis simptoma – BSI (Derogatis, 1993.)

Dolje navedeno nalazi se popis problema s kojima se osobe povremeno suočavaju. Čitajući svako pitanje, molimo na skali 1- 5 označiti **KOLIKO ČESTO VAS JE NAVEDENI PROBLEM POTRESAO ILI ZASMETAO U PROTEKLIM 7 DANA UKLJUČUJUĆI I DANAS.**

Svaki odgovor se boduje: 1 = nimalo, 2 = malo, 3 = umjereno, 4 = poprilično, 5 = ekstremno

	Koliko često ste ili imali/osjećali:	1	2	3	4	5
1	Nervozu ili unutarnju nesigurnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Slabost ili vrtoglavicu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ideju da netko drugi može kontrolirati Vaše misli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Osjećali se da treba nekog drugog okriviti za većinu Vaših problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Problemi s pamćenjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Osjećaj da se lako uznemirite ili naživcirate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Bolove u prsima ili oko srca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Osjećaj straha u otvorenim prostorima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Misli da si uskratite život	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Osjećaj da se većini ljudi ne može vjerovati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Nedostatak apetita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Iznenadni osjećaj straha bez određenog razloga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ublažiti ispad koji niste mogli kontrolirati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Osjećaj usamljenosti čak iako	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Imali osjećaj blokiranosti u obavljanju poslova	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Osjećali se usamljeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Osjećali se tužno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Osjećali se nezainteresirano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Osjećali strah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Osjećali se da Vas je lako povrijediti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Osjećali se da su ljudi neljubazni ili im se ne sviđate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Osjećali se podređeni/inferiorniji u odnosu na druge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Mučnina ili nervoza u trbuhu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Osjećaj da Vas drugi promatraju ili ogovaraju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25	Problemi sa spavanjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Morate provjeravati jedanput pa čak i dvaput ono što radite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Teško donošenje odluka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Strah od putovanja autobusom, tramvajem ili vlakom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Ne možete doći do daha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Tamne ili bijele čari/uroci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Izbjegavanje određenih stvari, mjesta ili aktivnosti zato što vas plaše	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Prazne misli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Ukočenost ili trnci u nekim dijelovima tijela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Ideja da trebate biti kažnjeni zbog svojih grijeha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Osjećaj beznadnosti što se tiče budućnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Problemi s koncentracijom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Osjećaj slabosti u dijelovima tijela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Osjećaj napetosti ili ukočenosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Misli o smrti ili umiranju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Potrebu da nekoga istučete, ozlijedite ili mu naudite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Potrebu da nešto slomite ili zgnječite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Osjećali se veoma samosvjesno s drugima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Osjećali se nelagodno u gužvi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Osjećali se nedovoljno blisko s drugom osobom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Čarolijama/urocima terora i panike	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Ulazili u česte rasprave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Osjećali se nervozno kada ste ostali sami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Osjećali da Vam drugi ne daju/ pridaju dovoljno zasluga za Vaša postignuća	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Osjećali se nemirno da ne možete mirno sjediti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Osjećali se bezvrijedno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	Osjećali da će Vas ljudi iskoristiti ako im dopustite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52	Osjećali krivnju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	Osjećali da nešto nije u redu s Vašim umom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

**PROJEKT PSY-SC EVALUACIJA PSIHOLOŠKOG DISTRESA I DUHOVNIH
DIMENZIJA
DUHOVNOST I KRONIČNA BOLEST**

V DIO- MORISKY UPITNIK - 8 DIJELOVA PRIDRŽAVANJA KORIŠTENJA LIJEKOVA

Ispod se nalazi lista izjava. Molimo Vas zaokružite s kojima se slažete ili ne slažete zaokružujući odgovore u određenom polju. Nema ispravnih ili neispravnih odgovora. Molimo Vas iskreno odgovorite, u protivnom rezultati neće biti valjani. S obzirom na Vašu terapiju...

	DA	NE
1. Zaboravite li ponekad popiti tablete?	1	2
2. Unazad zadnja 2 tjedna, je li postojao dan kada niste uzeli/ popili Vaše lijekove/ tablete?	DA	NE
	1	2
3. Jeste li ikad smanjili ili prestali uzimati tablete a da niste to rekli Vašem liječniku, zbog toga što ste se osjećali lošije kada ste ih uzeli/ popili?	DA	NE
	1	2
4. Kada nekamo otputujete ili napustite dom, da li ponekad zaboravite ponijeti Vaše lijekove/ tablete?	DA	NE
	1	2
5. Jeste li uzeli/ popili tablete jučer?	DA	NE
	1	2
6. Kada pomislite kako je Vaša bolest pod kontrolom, da li ponekad prestanete uzimati/ piti lijekove/ tablete?	DA	NE
	1	2
7. Uzimanje lijekova/ tableta svaki dan stvara nekim ljudima problem. Osjećate li Vi da Vam to ponekad stvara problem?	DA	NE
	1	2
8. Koliko često Vam se dogodi da se ne možete sjetiti da morate uzeti/ popiti lijek/ tablete?		
Nikad/Rijetko	Ponekad	Nekada
1	2	3
	Često	Stalno
	4	5

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

**PROJEKT PSY-SC EVALUACIJA PSIHOLOŠKOG DISTRESA I DUHOVNIH
DIMENZIJA
DUHOVNOST I KRONIČNA BOLEST**

6. SPNQ - UPITNIK DUHOVNIH POTREBA

POTREBE (SPNQ)						
Svaka osoba ima svoju jedinstvenu točku gledišta. Navedene izjave su spomenute od nekoliko drugih bolesnika i one se ne moraju nužno podudarati s Vašim izjavama. Molimo Vas pažljivo pročitajte navedene izjave i odgovorite koliko su istinite za Vas i Vaše trenutno stanje zaokružujući samo jedan broj u svakom redu. Kada za određenu potrebu odgovorite sa DA tada zaokružite koliko je jaka. Ako nemate tu potrebu zaokružite samo NE . Molimo Vas budite što iskreniji. Nema „ispravnih“ i „neispravnih“ odgovora.						
	Da li ste u zadnje vrijeme imali potrebu	Slaganje		Ako DA koliko je jaka ta potreba?		
		NE	DA	DONE KLE JAKA	JAKA	VRLO JAKA
N2	S nekime razgovarati o vašim strahovima i brigama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N3	Da netko iz Vaše vjerske zajednice (svećenik) brine za Vas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N4	Osvrnuti se na svoj dosadašnji život?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N5	Pojasniti neriješene stvari u svom životu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N6	Uroniti u ljepotu prirode?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N7	Biti na nekom mjestu mira i tišine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N8	Moći naći unutarnji mir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N10	Naći smisao u bolesti i poteškoćama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N11	S nekim razgovarati o smislu života?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N12	S nekim razgovarati o životu nakon smrti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N13	Nekome se obratiti s puno ljubavi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N14	Dati nešto svoje nekome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N15	Nekome pružiti utjehu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N16	Nekome iz jednog dijela Vašeg života moći nešto oprostiti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N17	Da Vama bude oprošteno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N18	S nekim moliti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N19	Da netko moli za Vas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N20	Moliti sam za sebe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N21	Sudjelovati na nekoj vjerskoj svečanosti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N22	Čitati vjerske knjige/tekstove?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N23	Obratiti se nekoj višoj sili (Bog, Alah, anđeo, sveci)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N24	Biti potpuno dobro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N25	Biti povezan sa obitelji?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N26	Proslijediti dalje Vaše životno iskustvo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N27	Biti siguran da je Vaš dosadašnji život imao smisla i bio dragocjen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N28	Biti ponovno uključen od strane vaše obitelji u njihove životne probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3
N30	Primati više podrške od Vaše obitelji?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	2	3

Ako imate još neke specifične potrebe molimo Vas da ih napišete:

Napomena: molimo odgovoriti na sva pitanja

Popis skraćenica

1. SZO - Svjetska zdravstvena organizacija
2. CMC - engl. Cristian Medical Commission
3. WCC - engl. World Council of Churches
4. KBB - Kronične Bubrežne Bolesti
5. MKB - Mišićno-Koštane Bolesti
6. SBNR - engl. Spiritual But Not Religieus
7. RCN - engl. Royal College of Nursing
8. NCLEX - engl. The National Council Licensure Examination
9. AHNA - engl. American Holistic Nurses Association
10. GSOEP - engl. Germany Socio-Economic Panel
11. HILDA - engl. Australian Household, Income and Labour Dynamics
12. HRQOL - engl. Health-related quality of life
13. HD - Hemodijaliza
14. PD - Peritonejska Dijaliza
15. QOL - engl. Quality of life
16. KNB - Kronične Nezarazne Bolesti
17. SDG - engl. Sustainable Development Goals
18. TBZ - Terminalno Bubrežno Zatajenje
19. OA - Osteoartritis
20. RA - Reumatoidni Artritis
21. JCAHO - engl. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
22. CAMH - engl. Centre for Addiction and Mental Health
23. HZJZ - Hrvatski Zavod Za Javno Zdravstvo

ŽIVOTOPIS

Brankica Rimac rođena je 20. rujna 1958. godine u Proseniku, Hrvatsko Zagorje. Osnovnu školu završila je u Tuhlju, a Srednju školu za medicinske sestre, Višu školu za medicinske sestre i Zdravstveno veleučilište (BsN) u Zagrebu. Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu završila je diplomski studij sestrinstva (2013) s temom "Uloga medicinske sestre u primjeni bioloških lijekova u bolesnika s reumatoidnim artritisom". U organizaciji American International Health Alliance završila je jednogodišnju edukaciju na International Nursing Leadership Institut 2000. godine (London, Louisville, Sant Petersburg). Završila je program RANCARE training School (2018), na *Dublin City University*, u Irskoj. Sudjelovala u projektu EU RANCARE i QualMent.

Profesionalni rad duboko je utkala u Klinički bolnički centar Zagreb, od prvih koraka u noćnoj smjeni do mjesta glavne sestre Klinike i glavne sestre – pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo KBC Zagreb. Trenutno na random mjestu voditelja Odjela za zajedničke poslove. Uz redovni rad u KBC Zagreb, suradnik je u nastavi na: Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Međunarodnom sveučilištu Libertas i Fakultetu za zdravstvene njegu u Celju.

Kroz aktivnosti u sestrinstvu sudjelovala je i pokretala mnoge aktivnosti kojima se daje snažniji glas osoblju koje skrbi i njeguje bolesne ljude. Inicijator je danas sveopće prihvaćene činjenice "Sestre na sveučilištu" s kojim je idejama kretala posljednjih desetljeća 20 stoljeća, a zamah dobiva 2004.g. kada postaje predsjednica Hrvatske udruge medicinskih sestara. Inicijator je i pokretač prvih diplomskih studija sestrinstva u Republici Hrvatskoj.

Dobitnica je više međunarodnih priznanja i nagrada: 2016. g. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije dodijelio naziv časna članica Zbornice-Zveze, Nurses and Midwives Association of Slovenia, Slovenija. 2010. g. dobila je kao treća članica izvan Velike Britanije, Honorary Fellowship, Royal College of Nursing (FRCN), a 2009. g. dobitnica Međunarodne nagrade za ljudska prava i etiku u sestrinstvu, koja se dodjeljuje na Sveučilištu Surrey, Velika Britanija. Od KBC Zagreb, 1998.g. dobiva Priznanje medicinska sestra zaslužna za promicanje sestrinstva u KBC-u Zagreb. Dobitnica Zahvalnica za sudjelovanje u organizaciji zdravstvene skrbi za hodočasnike prigodom dolaska Sv. Oca u Zagreb i na Mariju Bistricu, kao i za sudjelovanje u "Bijelom putu" u Novu Bilu.

Kroz civilno društvo od predsjednice Podružnice, predsjednice Ogranka Zagreb, do predsjednice Hrvatske udruge medicinskih sestara (2004-2012), obavlja i niz internacionalnih aktivnosti na području sestrinstva. Koautor je Nacionalne strategije medicinskih sestara u pristupanju EU, organizirala TAIEX - (tehnička pomoć i razmjena informacija), radionice o uzajamnom priznavanju kvalifikacija za medicinske sestre i primalje, te o obrazovanju medicinskih sestara - uzajamno priznavanje diploma. Osmislila je i vodila projekt: SENS/south eastern nursing skills 2010-2013. Sudjelovala je u projektu Erasmus+, Strateška

partnerstva v visokem šolstvu z naslovom „Quality mentorship for developing competent nursing students“ (2018-2020). Bila je vanjski član Odbora za ravnopravnost spolova Hrvatskog sabora (2008-2012). U dva mandata (2005 - 2011) bila potpredsjednica the European Federation of Nurses Associations (EFN). Održala brojna predavanja i radionice na nacionalnim i međunarodnim konferencijama, kongresima International Council of Nurses (ICN), Copenhagen (2001), Taipei (2009), Durban (2013). Na kongresu u Yerevanu (2011), Opatija ENDA-AONE (2016) „Who are really nurse today in Croatia?“, Antwerpen (2018), simpozij „International Meeting on Nursing Excellence“, 2018. g. St Petersburg, «Widening horizons in medical education - sta training for modern healthcare» pozvano predavanje: Leading hospital rounds means to be in the constant contact with you team. Redoviti je sudionik na sestrinskim događanjima u Republici Sloveniji i Hrvatskoj s radionicama i/ili predavanjima. Veći dio sudjelovanja na događajima su pozvana predavanja ili radionice. Objavila je poglavlja u nekoliko knjiga, priručnika i skripti, a stručne i pregledne članke objavljuje u časopisima (Medix, Sestrinski glasnik, Zbornici radova).