

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ИСТОРИЈА И ФИЛОЗОФИЈА ПРИРОДНИХ НАУКА
И ТЕХНОЛОГИЈЕ

Саша Д. Совиљ

РЕЛИГИОЗНОСТ И ДУХОВНОСТ
ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА
ВОЈНОМЕДИЦИНСКЕ АКАДЕМИЈЕ
И ЊИХОВ ЗНАЧАЈ ЗА КЛИНИЧКУ
ПРАКСУ У КОНТЕКСТУ БИОЕТИКЕ
И ЊЕНЕ ИСТОРИЈЕ

Докторска дисертација

Београд, 2024.

UNIVERZITET U BEOGRADU
ISTORIJA I FILOZOFIJA PRIRODNIH NAUKA I
TEHNOLOGIJE

Saša D. Sovilj

*RELIGIOZNOST I DUHOVNOST
ZDRAVSTVENIH RADNIKA
VOJNOMEDICINSKE AKADEMIJE I
NJIHOV ZNAČAJ ZA KLINIČKU
PRAKSU U KONTEKSTU BIOETIKE I
NJENE ISTORIJE*

Doktorska disertacija

Beograd, 2024.

UNIVERSITY OF BELGRADE
HISTORY AND PHILOSOPHY OF SCIENCE AND
TECHNOLOGY

Saša D. Sovilj

*Religiousness and spirituality of health
workers of the Military-Medical
Academy and the impacts on clinical
practice in the context of bioethics and
its history*

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2024.

ПОДАЦИ О МЕНТОРУ/МЕНТОРИМА, ЧЛАНОВИМА КОМИСИЈЕ ЗА
ОДБРАНУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ И ДАТУМОМ ОДБРАНЕ

Ментори:

Проф. др Драган Симеуновић, редовни професор Факултета политичких наука Универзитета у Београду

Проф. др Срђан Миловановић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду

Чланови Комисије:

Проф. др Драган Симеуновић, редовни професор Факултета политичких наука Универзитета у Београду

Проф. др Срђан Миловановић, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду

Проф. др Сања Коцић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Проф. др Сандра Раденовић, ванредни професор на Факултету спорта и физичког васпитања Универзитета у Београду

Датум одбране:

Неизмерно се захваљујем проф. др Драгану Симеуновићу и проф. др Срђану Миловановићу, менторима моје докторске дисертације на драгоцену стручну помоћ, искреној подршци, уложеном времену, знању и разумевању током свих фаза израде докторске дисертације, са чим је рад добио свој коначан облик.

Најискреније се захваљујем проф др. Сањи Коцић и проф. др Сандри Раденовић на подршци и несебичној помоћи.

Посебно се захваљујем пук. проф. др Александру Ђуровићу на усмерењу ка пројекту из којег је произашла докторска дисертација као и на неизмерној и свестраној пријатељској помоћи и ослоњу.

*Овај рад посвећујем родитељима, Драгану и Наталији,
чија је безрезервна љубав и подршка била моја снага да
истрајем до коначног циља.*

Религиозност и духовност здравствених радника Војномедицинске академије и њихов значај за клиничку праксу у контексту биоетике и њене историје

Сажетак

Увод/Циљ. Теолошко-хуманистички појмови религиозности и духовности блиско се везују с појмом клиничке медицине, добрим делом се преклапају и тешко их је дефинисати. Са секуларизацијом друштва се та два појма, која су раније сматрана истозначним, раздвајају. Духовност као сложен и мултидимензионални део људског искуства има когнитивне, искуствене и бихевиоралне аспекте. У животима појединаца са наглашеном религијском самоидентификацијом и личном духовношћу, религија и духовност показују се као унутрашња стабилизујућа снага и као социјална подршка у тешким и кризним ситуацијама. Циљ овог истраживања је да се испита повезаност између следећих појмовних одредница: колико религија/духовност верујућих медицинских радника у српском војном санитету утиче на њихову клиничку праксу; њихове религије/духовности као вишедимензионалног појма; пасторалне теологије и могућност приступа клиничкој пракси.

Метод. Истраживање је урађено као студија пресека и обухватило је 85 испитатаника запослених у Војномедицинској академији. Обележје посматрања с рангом зависне варијабле је – приступ клиничкој пракси. Мерио се прилагођеним Четвородимензионалним упитником – 4-D Questionnaire of Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter. Обележја посматрања с рангом независних предикторских варијабли су религиозност и духовност. Религиозност се мерила Индексом религиозности Дјук Универзитета – The Duke University Religion Index. Духовност се мерила Скалом дневног духовног искуства – Daily Spiritual Experience Scale.

Резултати. Највећи проценат доктора медицине обухваћених истраживањем верује да религија може спречити тешке медицинске исходе. Највећи број испитаника обе групе негира заједничку молитву са пацијентима приликом појаве религиозних/духовних тема током разговора. Није показана значајнија разлика у утицају религиозности/духовности медицинских техничара и религиозности/духовности доктора медицине на клиничку праксу.

Закључак. Религиозност/духовност човека може се мерити а наука је доказала повезаност религије/духовности и свих аспеката здравља.

Кључне речи: религиозност, духовност, хришћанска биоетика, индекс религиозности, скала дневног духовног искуства, четвородимензионални упитник, здравствени радници, Војномедицинска академија.

Научна област: Друштвенохуманистичке науке

Ужа научна област: Историја и филозофија природних наука и технологије

Religiousness and spirituality of health workers of the Military-Medical Academy and the impacts on clinical practice in the context of bioethics and its history

Summary

Introduction/Goal. Theological-humanistic concepts of religiousness and spirituality are closely related to the concept of clinical medicine, they overlap considerably and they are hard to define. With secularization of society, these two concepts, previously considered synonymous, are now quite distinct. Spirituality, as a complex and multi-dimensional part of human experience, has cognitive, experiential and behavioral aspects. In the lives of individuals with religious self-identification and personal spirituality, religion and spirituality are shown as an internal stabilizing power and as a social support in difficult times and crisis situations. The goal of this research is to examine the correlation between the following concepts: to what an extent does religion/spirituality of believing health workers in the Serbian military health service has an impact on their clinical practice; religions/spiritualities as a multidimensional concept; pastoral theologies and potential access to clinical practice.

Method. Research was conducted in the form of a cross-sectional study and it included 85 interviewed employees at the Military-Medical Academy. The feature of observation with rank ordering dependent variables – clinical practice approach. The measure used is the adapted 4-D Questionnaire of Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter. Features of observation with rank ordering independent predictor variables are religiousness and spirituality. Religiousness was measured with the The Duke University Religion Index. Spirituality was measured with Daily Spiritual Experience Scale.

Results. The highest percentage of medical doctors included in the study believe that religion can prevent serious medical outcomes. The highest percentage of both groups denied having prayed with patients during conversations about religious/spiritual topics. There were no indicators of a significant difference between the impacts of religion/spirituality of nurses and those of medical doctors on clinical practice.

Conclusion: Human religiousness/spirituality can be measured and science has proven the interrelation of religion/spirituality and all aspects of health.

Keywords: religiousness, spirituality, index of religion, Daily Spiritual Experience, 4-D questionnaire, health workers.

Scientific field: Social and humanistic sciences

Narrower scientific field: History and philosophy of sciences and technolog

САДРЖАЈ

УВОД	1
1. ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА	3
1.1. Историјски осврт	3
1.2. Религиозност и духовност	5
1.3. Хришћанска биоетика у контексту историје и њени ставови	7
1.4. Мултудисциплинарност теме	11
1.5. Медицински, друштвени и научни значај теме	12
2. ПРЕДМЕТ, ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	13
2.1. Предмет истраживања	13
2.2. Циљеви истраживања	13
2.3. Хипотезе истраживања	14
3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	15
3.1. О пројекту у оквиру кога је спроведено истраживање	15
3.2. Врста студије	15
3.3. Време и место истраживања	15
3.4. Јединице посматрања, избор и величина узорка	15
3.5. Обележја посматрања/ зависне и независне варијабле	15
3.6. Инструменти прикупљања података/ мерне скале	16
3.6.1. Четвородимензионални упитник 4-D Questionnaire of Physicians Believes and Practices Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter	16
3.6.2. Индекс религиозности Дјук Универзитета – The Duke University Religion Index (DUREL).....	16
3.6.3. Скала дневног духовног искуства – Daily Spiritual Experience Scale (DSES)	16
3.7. Начин обраде података	16
4. РЕЗУЛТАТИ	17
4.1. Социодемографске карактеристике студијске популације	17
4.2. Провера утицаја религиозности/духовности на клиничку праксу ..	20
4.3. Анализа индекса религиозности	29
4.4. Анализа дневног духовног искуства	37
4.4.1. Скала духовног дневног искуства	37

4.5. Индекс духовног искуства	42
4.6. Ревидирани индекс духовног искуства	53
4.7. Скала преиспитивања	62
4.8. Корелација 4 - D скорa са независним варијаблама	71
4.9. Регресиона анализа- процена утицаја независних варијабли на вредност 4-D скорa као зависне варијабле.....	72
5. ДИСКУСИЈА	73
6. ЗАКЉУЧАК	79
7. ЛИТЕРАТУРА	81

УВОД

Религија је систем веровања који у основи садржи човеков лични однос са Богом. Појмови религиозност и духовност се добрим делом преклапају и тешко их је дефинисати. Са секуларизацијом друштва та се два појма, која су раније сматрана готово истозначним, раздвајају. Религиозност је степен учешћа или везаности за праксу неке организоване религије [1]. Религиозност можемо дефинисати и као „јединствен спој субјективне и објективне, унутрашње и спољашње вере у апсолутну и мистичну моћ“ [2]. Изузетна сложеност и слојевитост религиозности указује на онај ред појава у човековом индивидуалном искуству које захватају најдубље слојеве ума и душе [2]. Духовност подразумева трагање за смислом и сврхом живота, окретање трансцедентном, потрагу за узајамном блискошћу и правим вредностима у истинама вере [1]. Чињеница је да се на светским научним институцијама проучава утицај религије на здравље, а наука је доказала повезаност религије/духовности и здравља [1, 3].

Без узимања у обзир човекове духовне димензије не може се говорити о холистичком приступу болеснику. Врло контроверзним и даље се сматра укључивање религиозности и духовности у клиничку праксу. Светска здравствена организација укључила је духовност, религију и лична веровања у основне домене квалитета живота уз физичко здравље, психичко здравље, степен независности, социјалне односе и околину [4].

Човеково окружење, свет, има своје законитости, врсте и облике, равнотежу, мере и границе. Њихово поштовање за човека има значење дужног поштовања према њиховом свемудром Творцу, Богу љубави. Речи Господње: „Због тога он даде људима знање, да би га прослављали у чудесима Његовим“ [5] представљају пут истраживања ових тајни знања и Његових мудрости. Са становишта православног богославља и духовности, етика происходи од Бога и њему се приноси као уздарје. Ово је чини духовном категоријом и разликује је од било ког другог облика моралности [6].

Историјска повезаност религијских установа и болница још од времена антике указује на чињеницу да манастирске болнице у Хиландару и Студеници представљају почетак савремене медицине у хришћанској регији. Лечење у њима било је организовано и спроводило се по одређеним правилима која су прописивали типичи. О томе сведоче документи у којима можемо наћи детаље попут организације одвојених одељења са одређеним бројем кревета за различите категорије пацијената [7, 8, 9]. Претече данашњих медицинских школа деловале су при манастирима. Све ово говори о непостојању било какве конфронтације медицине и религије, која се појављује знатно касније.

1. ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА

1. 1. Историјски осврт

Код Срба је крајем 11. века дошло до великих историјских промена у смислу религиозности и духовности под утицајем Византије и преласка из паганства у хришћанство. Значај овог периода је у будућем развоју српског народа у целини, како државности тако и медицине као вештине. Византија је са својом културом представљала јединство споја врхунских античких вредности и хришћанства. Један број историчара медицине сматра да су токови знања из медицине у Србију долазили са Запада, но вероватније је да су медицинска знања преузимана из Византије. Разлози за ову тврдњу леже у чињеници да су у западној Европи постојали медицински факултети и школе. У Константинопољу тог времена било је много болница, а то је приметио велики ренесансни покровитељ српске државности и духовности, кнез Растко Немањић, потоњи Свети Сава. Свети Сава је свој плодносни живот започео на Светој Гори, међу монасима. „Света Гора је место његовог духовног рођења и кључ његовог харизме“. Размишљајући и делајући кроз исихазам као мистички духовни покрет на самом извору, схватио је саму суштину православне хришћанске и византијске филозофије [7].

„Златно доба“ у свом развоју српска држава је достигла са Светим Савом. Теодосије, писац житија Светог Саве, назива га тринаестим апостолом. Доба у којем је живео и стварао назива се временом српске ренесансе, а један од аутентичних духовних извора православља представља Света гора, место оснивања прве српске болнице. По угледу на Порфирну палату са породициштем и болницу при манастиру Свете Богородице Евергетиде у Константинопољу 1198. године, Свети Сава је основао најстарију српску болницу у Хиландару. У њој су се лечили епилептичари, слепи и лепрозни болесници као и монаси оболели од акутних и хроничних обољења. Као стационар коришћена је за болеснике који су боловали од неизлечивих болести. Болница је имала осам постеља, да би је касније цар Душан проширио на дванаест постеља [8].

Хиландарска болница је уједно и најстарија медицинска школа у којој су се стицала медицинска знања и вештине. Врачи и видари били су први лекари у Хиландарској болници. Касније су у средњевековним болницама лечење обављали лекари емпирици. Они су своје знање преносили својим следбеницима. Тако су се лекари, поред лечења, бавили и обучавањем лекарских вештина. Угледавши се на Типик цариградске болнице, прилагођавајући га српским обичајима, Свети Сава 1200. године пише Хиландарски типик а 40. глава Типика посвећена је болничким правилима „О болници и работајушћем болем“ и у њој је детаљно регулисан рад болнице. Поједина знања која се налазе у хиландарском зборнику, заједно са искуствима византијских јатрософија, постала су, у знатно скромнијем облику део корпуса медицинских вештина које данас савремена наука обично означава термином „народна медицина“ [9].

Прву болницу на тлу Србије као архимандрит Свети Сава је основао у периоду од 1207. до 1216. у манастиру Студеница. Болницу је основао након што су у манастир донете мошти Светог Симеона. С обзиром на чињеницу да нема трагова болнице, данас се претпоставља да се иста налазила у југозападном крилу манастира и да је имала неколико одељења. Фреске са медицинским мотивима, попут Распећа Христа, Рођења Богородице, светог Козме и Дамјана, индиректно откривају ниво развоја медицине и медицинске културе тога доба у Србији [7]. Студеничка болница била је уређена по угледу на Хиландарску. Разликовала се

по томе што су се у њој лечили само монаси и то од акутних болести, као и радници који су градили манастирске цркве и конак, док је хиландарска имала стационар за болеснике од хроничних и неизлечивих болести [10].

Примери ширења цивилизацијских норми, културолошких и духовних тековина заступљени су у причама о српским владарима и просветитељима а који су делови житија Светог Саве и Симеона, у којима се између осталог говори о изградњи и уређењу болница као и о познавању медицине и лекова. Једини сачуван медицински картон из студеничке болнице је спис Јована Дамаскина „О човеку и ономе што је човек”. У њему се описује дистрибуција сокова у људском организму. Овај спис је пример концептуалних ресурса знања у болници манастира Студеница. Из систематизованог знања Студеничког типика види се да је студеничка болница коришћена само за лечење, што је реткост у осталим деловима Европе тога времена. Користиле су се медицинске књиге преведене са латинског језика и звале су се Лекаруше. У средњовековној Србији већ се знало за Хипократова и Диоскоридова дела. Историјски почетак научне медицинске и фармацеутске мисли представља 13. век [7].

У српској историји, као веома значајан за развој медицине, био је још један српски владар, Краљ Милутин. Он је у Јерусалиму 1315. године подигао манастир и у оквиру њега болницу, да би је након пожара преселио у Цариград. Језгро из којег се развило медицинско образовање као и Медицински факултет у Србији, била је Краљевска болница, у оквиру које је постојала и медицинска школа Училиште [7].

У манастиру Високи Дечани болница Стефана Уроша III Немањића спадала је у ред наших већих болница. Подсећала је на византијску болницу подигнуту у манастиру Пантократор у Цариграду из 13. века. У манастиру Високи Дечани свештеници су уз религијску терапију – веровање у божанске моћи и свете Тајне, примењивали и рационалну терапију – лековито биље, чајеве, облоге, лековита топла врела за купање, дијетални начин исхране за поједине болести дигестивног тракта уз мироточива уља светих моштију, која су се овде користила за лечење многих болести. Бројна чудотворна исцељења забележена су у манастиру Високи Дечани, а пре свега бројна исцељења које је учинио једини Човекољубац Исус Христос осликана су по зидовима манастира. Положај манастира, којег је окруживала шума, богата водом и пријатно струјање ветра је доприносило бољем лечењу и опоравку болесника. Ови подаци говоре о томе да се за изградњу болница у средњовековној Србији пажљиво бирало место, које ће већ само по себи бити благотворно за болеснике. Цар Душан је поред обнављања и проширења болнице у Хиландару подигао болницу и у својој задужбини, манастиру св. Архангела код Призрена 1342. године. Ово је била установа искључиво здравственог карактера и није служила као уточиште за сиромаше. Као таква, била је ретка и на Западу, где су болнице у почетку осниване да служе као каритативне установе, прихватилишта за сиромаше [11].

Градска болница Стефана Лазаревића названа „Странопријемница за болне на најслађој води“, није била болница за монахе, нити је подигнута уз манастир, већ за потребе становника Београда [12].

Медицинска дела Хипократа, Галена и других медицинских писаца сачувана су захваљујући преписивачкој делатности средњовековних монаха. Прве идеје социјалне медицине родиле су се у Средњем веку управо под утицајем хришћанске мисли. Прве праве болнице такође су основане под окриљем хришћанских манастира Истока и Запада. Допринос хришћанства европској медицини, представљао је основу без које не би био могућ даљи развој медицинске науке [11].

1. 2. Религиозност и духовност

Религија је вид и начин постојања личности који добија значај тек кад га колектив или појединачни верник протумачи као своју стварност [1]. Религиозност је степен учешћа или везаности за праксу неке организоване религије [13]. Кад је реч о појединачном вернику, религиозност је или организована или неорганизована. У првом случају, верник учествује у обредима и колективном исповедању вере. У другом случају, верник исповеда своју веру лично, на различите начине [3].

Постоји мноштво дефиниција шта је то религија. Поред теолога, религију покушавају да дефинишу антрополози, социолози, историчари али и физичари, математичари, па и политиколози. Углавном су присутније тешкоће затварања дефиниције него што се дају коначни одговори и закључци. Ипак, да бисмо анализирали податке које смо добили нашим истраживањем узећемо део дефиниције професора Ђуре Шушњевића који каже да је „религија особан начин живота који се описује у њеном учењу, доживљава у посебној врсти искуства, остварује у њеним обредима, изражава у њеним симболима, огледа у врховним вредностима, прописује у нормама, оживотворује у заједницама верника, учвршћује у установама, отеловљује светим личностима, осећа на светим местима и у свето време. Учење, искуство, обред, симбол, вредност, норма, заједница, установа, личност, свето време и свето место – све су то облици у којима апсолутна и мистична моћ дејствује, то јест постаје видљива преко последица које изазива“ [2]. У својој књизи Религиозност и традиција, Драгана Радисављевић-Ћипаризовић указују на Шушњићеву примедбу „да се дефинисање религије гради с обзиром на задатак истраживања“ [14].

У нашем језику можемо разликовати оне људе који за себе кажу да су религиозни и они који своју веру практикују учествујући у службама. Многи Свети Оци говоре о томе да не можемо знати ко је какав верник и да се та истина крије у нашим срцима и да је она једино докучива Богу [15]. Ипак, постоје индикатори на основу којих можемо сазнати да ли је неко мање или више религиозан, на који начин, или уопште није религиозан. То су ставови које покушавамо да откријемо и овим анкетним истраживањем.

Религиозност поред спољашњег учешћа у обредима религијске природе, представља и индивидуални став, субјективни доживљај, унутрашњи мотив. Психолошки посматрано, религиозност се може дефинисати као „субјективни систем ставова и као систем унутрашњих трајних диспозиција који укључује веровања, знања, осећања и понашања“ [16]. Формална религиозност је честа појава и она представља обичајну норму средине или легитимацију друштвеног положаја појединца или групе или везивно ткиво друштвене заједнице, што су све социолошки аспекти религијског феномена [15].

Већина социолога и психолога усмерених према емпиријском истраживању религије слаже се да су најважније, мада не и једине, компоненте религиозности као што су когнитивна, емоционална и акционо мотивацијска [15].

У социолошко емпиријским истраживањима класична религиозност се обично састоји из два конститутивна елемента који чине: религиозну свест, у широком распону веровања, осећања и религијског доживљаја, било да се ради о припадности конфесији, веровању у Бога и друге догматске поставке религије, и религијско понашање и удруживање као што је одлазак у Цркву, на Литургију, Свете тајне, пост, молитва, материјална потпора и средства. То су све показатељи црквености појединца или многодимензионалне појаве које се у

православљу посматрају као дуготрајан, постепен и мукотрпан процес усвајања и промене светоназора и стила живота људи усмерених према црквеној духовности као и религиозном систему вредности и црквеној култури [15].

У неконвенционалном разговору многи људи ће потврдити да верују у постојање Бога. Када дође до тренутка да се тврдња образложи и подробније објасни, ко је Бог у кога се верује, долази до различитих одговора и дуге полемике. Неки свог Бога доживљавају као некакву вишу силу, животну енергију или принцип; хришћани верују у личног Бога, Свету Тројицу и у овоплоћеног и васкрслог Христа; има оних који на пример уче о безличном Богу у природи, затим о антропоморфном бићу итд. Дакле, варијанте су бројне и веома интересантне [15].

Најлепше слављење Богочовека у православној Цркви одувек је било у мистичности, дубини и лепоти њене Литургије. Величином и лепотом мистеријума, православна Литургија делује подједнако снажно на човекову душу, срце, интелигенцију, осећања и имагинацију. Циљ и садржај православне Литургије је сусрет заједнице верних са васкрслим Христом у облику Евхаристије. Човек је створен према слици Божјој. У својој личној свести човек носи слику божанске ипостаси (супстанције, лица, Логоса); као члан људског рода, он носи слику јединства три ипостаси: он није само свестан себе као ја, већ и као ти, као ми. Православна Литургија је до данас сачувала оно прахришћанско расположење радости и духовног клицања проузрокованог вером у васкрслог Христа. Ово основно расположење свадбене радости јер је Христос женик а невеста Црква изражено је нарочито у православној Литургији у њеној химнографији [17].

Вера у Бога, и са њом повезан скуп традиција, ритуала и обреда, посебно данас се налази у директно сразмерном узрочно последичном односу са дубином и квантумом препрека са којим се суочавају друштва и појединац. Упркос технолошком напретку, колективну и индивидуалну свест људи све више одликује спознаја да друштва и појединци, ма колико „моћни“ били, немају адекватан одговор на изазове данашњег времена. Наочиглед парадоксално се може закључити, да странпутично удаљавање од религиозности у одређеном моменту нужно резултира „вапајем“ и „васкрснућем“ религиозног [15].

Као концепти нематеријалног и вечно живог, религија, религиозност и духовност се преклапају. Духовност носи у себи више динамике, више личног и искуственог. Духовност подразумева трагање за смислом и сврхом живота, окретање трансцедентном, потрагу за узајамном блискошћу и правим вредностима [3]. Према Коенингу и сарадницима, духовност је „личнапотрага за разумевањем одговора на коначна питања о животу, о значењу и о односу према светом или трансцедентном, што може (а не мора) довести до или произаћи из развоја верских ритуала и формирања заједнице [18].

Роџер Хејт дефинише духовност у општем антрополошком значењу као „начин на који особа води свој живот и начин на који свесно управља својим животом“ [19]. Према Волтеру Принципу који предлаже универзално применљиву дефиницију духовности, духовност се дефинише као „начин разумевања и живљења свог историјског контекста, такав аспект сопствене религије, филозофије, етичких норми који се сматра најузвишенијим, најплеменитијим и води пуноћи живота и савршенству за којим се трага“ [20].

Кључне димензије духовности које помажу појединцу у креирању стварности, али и у развоју личних и карактерних црта у постизању контакта с личним унутрашњим бићем су самонадилажење и саморефлексија [21].

Према Мрђеновићу, духовност је снага/енергија која укључује креативну силу и инспирацију. Она пре свега произлази из односа са собом, другима и развоја властитог система вредности, као и кроз лично трагање за животним смислом [22]. Духовност обликује начин перцепције дражи и утиче на то како ће појединац на њих одговорити. Као сложен и мултидимензионалан део људског искуства, духовност има когнитивне, искуствене и бихевиоралне аспекте: (1) когнитивни аспект односи се на потрагу за смислом, сврхом, истином, уверењима, вредностима које појединац живи; (2) искуствени аспект односи се на осећај наде, љубави, мира, утехе и подршке. Овај аспект огледа се кроз унутарње ресурсе појединца; (3) бихевиорални аспект је манифестација појединачних духовних уверења и унутрашњег духовног стања у свакодневном животу [23]. Духовност обликује стил живота и помаже у суочавању са стресним и кризним ситуацијама. Истраживања показују да је свакодневно духовно искуство важан ресурс који служи и за смањивање или елиминисање штетних утицаја стреса [24]. Суочавање са стресом је процес у којем појединац користи расположиве ресурсе и усвојене стратегије суочавања, међу којима се код особа с израженом религијском самоидентификацијом могу идентификовати и ресурси везани за лична духовна искуства, верска уверења, перципирану контролу осећаја смисла и сврхе живота као и доживљај подршке од стране верских заједница [21].

У животима појединаца с наглашеном религијском самоидентификацијом и личном духовношћу, религија и духовност показују се као унутрашња стабилизујућа снага и као социјална подршка у тешким и кризним ситуацијама [21].

1. 3. Хришћанска биоетика у контексту историје и њени ставови

У нашем православном Предању, етика и као термин и као засебна дисциплина, све до новијег доба није нешто непознато. Не среће се као таква скоро никако код Отаца Цркве, нити се предавала у богословским школама све до новијег времена. Ради се о некој врсти западног схоластичког утицаја који се, као уосталом, и толико другог, устоличио у нашој Цркви. Трагично је међутим то, што због својеврсне конзервативности која карактерише Цркву не можемо да пратимо динамику променљивости и неконзистентности која карактерише етику као дисциплину на Западу. Ово перманентно и прогресивно ствара својеврсни јаз између наше Цркве и друштва, које је принуђено да се, због саме своје природе прилагођава етичким променама које се збивају у савременим западним друштвима [15].

Разлог томе је што су православни ставови о актуелним друштвеним проблемима мање систематизовани и доступни јавности него учење римокатоличке Цркве, а православни аутори и документи наводе и темељну теолошку специфичност православља у односу на римокатоличанство (и насупрот њему). Наиме, то што православне цркве историјски нису тежиле „формулисању целине или дела своје вере“ објашњава се апофатичким карактером православног богословља, насупрот преовлађујуће катафатичкој римокатоличкој теологији. У православним биоетичким изворима често се истиче ова разлика у приступу, не помињући увек експлицитно да се говори о разлици у односу на римокатоличко учење, чије биоетичке ставове у начелу подржавају [25].

Апофатичка или „негативна“ теологија темељна је теолошка карактеристика православља и заснива се на уверењу да је Бог трансцендентан, неисказив у односу на свет који је

створио, те да је истина о њему недоступна људском разуму, већ срцу и спознаје се тек умносрданом молитвом. Катафатичка теологија са друге стране, наглашава да је Бог у константном контакту са светом, пресликава се у антропоморфне облике и одржава његов поредак [26].

Заправо, он је истовремено у континуитету и дисконтинуитету са светом; из релативне аутономије света следи принцип да се свет може научно сазнавати и то знање употребљавати у технолошком развоју, а из повезаности са Богом следи да постоје адекватни начини на које наука и технологија треба да се примењују, да би били у складу са Божијом креацијом. Дакле, не треба сва биотехнолошка открића чија је примена могућа и употребљавати. У римокатоличкој теологији апофатика је виђена као допуна катафатици, која у њој доминира, тј. као допуна знања о Богу и свету који је створио сазнањем онога што Бог није (*via negativa*) [26].

Православна теологија ближа је ставу да између створеног света и Бога не постоји континуитет, тако да пут према Богу не води преко разума и деловања у свету, него спасење као такво обезбеђује контемплативан, аскетски и мистички став и акцију. Сазнање о морално исправним одлукама и начинима деловања долази преко личног контакта са Богом кроз молитву и покајање. Перспектива да ће човек, који је створен по лику Божијем, постати сличан њему, тј. „обожити се“, најважнија је перспектива у православљу [27].

До 13. века западна хришћанска биоетика имала је формирану претечу у богатој литератури која је била уклопљена у филозофске претпоставке, а онда је схоластика даље разрадила медицинску етику, тако да је њен репертоар знања обиман и разрађен. Православна биоетика се од краја 1970-их година систематизује, а одреднице о њој се појављују у енциклопедијама биоетике на енглеском језику. Амерички православни теолог Харакас истиче да су Литургија, духовни и мистички живот, аскеза монаха, пастирска брига и хришћански живот у заједници специфични за приступ православне биоетике [26].

У православљу се појављује тенденција слична као у римокатоличанству, која се огледа у усвајању „Основа социјалне концепције Руске православне цркве од стране Сабора, највишег тела Руске православне цркве. Став о улози цркве у свету и однос према свету основни су фактори који условљавају различит приступ православља формулисању систематичног и званичног друштвеног и биоетичког учења [28]. Усвојено руско социјално учење, налик римокатоличком, има висок степен официјелности и омогућава да „црквена јерархија заузима ставове о различитим актуелним питањима и животним проблемима савременог човека“ [29]. Тако је и са документима у којима је усвојена биоетичка доктрина Грчке православне цркве.

Могућност примене биотехнолошких интервенција данас је већа и раширенија него икада раније, посебно у питањима која се тичу почетка и краја живота, која имају за религију кључан значај. Религијски ауторитети су позвани да формулишу ставове о биоетичким питањима као одговор на дилеме својих верника, у којима се доктори медицине или пацијенти суочавају са новим изборима. За разлику од Грчке и Руске православне цркве, које су званично усвојиле и објавиле основе свог биоетичког учења, Српска православна црква (СПЦ) нема званично формулисане ставове о биоетичким проблемима, као ни званично усвојено социјално учење. Досадашње бављење овим темама у оквиру СПЦ је мање систематично и у мањој мери представља званичан став Цркве, иако је у духу целокупне православне (био)етике и окренуто сарадњи у оквиру православља и донекле, хришћанства у целини [27].

Ставови у оквиру Српске православне цркве о репродуктивним питањима

Питања о почетку људског живота заузимају централно место у хришћанској и православној биоетици и третирају се са највећом пажњом. Међу питањима из области људске репродукције, коју темељно трансформишу праксе биотехнолошке интервенције, православна биоетика разматра контрацепцију, абортус, биомедицински потпомогнуту оплодњу (БМПО), експериментисање на људским ембрионима, клонирање ембриона ради производње ембрионалних матичних ћелија, генетско тестирање ембриона и друга повезана питања. Иако су њихови ставови према питањима људске репродукције у основи униформни, постоје неке разлике између римоатоличке и православне Цркве, настале услед различитих теолошких традиција, пре свега кад је реч о схватању брака, као и разлике у оцени допустивости појединих пракси према православним изворима. Српска православна црква (СПЦ) поставља проблем абортуса и у контексту опадања природног прираштаја нације и бриге због тзв. „беле куге“. Тема абортуса се редовно појављује у посланицама српских патријараха, а осуђују га и канони СПЦ. Представници СПЦ абортус називају „чедоморством“ или „децеубиством“, па је и из начина изражавања очигледно да се СПЦ одлучно бори и противи абортусу јер сматра да оно представља убиство људске особе *par excellence*.

Људска личност је од самог почетка позвана да оствари све своје потенцијале, а циљ остварења тих потенцијала је спасење као и учествовање људске личности у заједници са Богом након васкрснућа. Сваки ембрион се посматра не само као будућа, него као већ постојећа личност, створена по лику и подобију Бога и позвана да има личан однос према Богу и постигне обожење (*theosis*) [26]. Зато абортус у било којој фази од зачећа по учењу и канонима православља представља грех једнак убиству. У поглављу о биоетици социјалног учења Руске православне цркве (РПЦ) питања абортуса, контрацепције и нових репродуктивних технологија, истакнуто је да је живот, као дар од Бога, основна вредност за РПЦ. Из божанског порекла и перспективе човека следе људска слобода и достојанство, који се у учењу РПЦ образлажу на основу библијских референци (Филипљ.3,14; Мат. 5,48; II Петр. 1,4). Такође се наводе светоотачки извори који говоре о одуховљењу фетуса од зачећа, посебно правила Василија Великог о кажњавању одговорних за абортус као за убиство, која су укључена у црквени канон [28].

Питања абортуса и контрацепције се у католичкој и православној биоетици разматрају повезано, али на различите начине, услед разлике у теолошком схватању брака у две традиције мишљења о браку у учењу светих отаца. Став грегориста (по папи Гргуру XIII из 16.века) јесте да је сврха брака рађање и да у браку не треба користити контрацепцију; Контрацепција се сматра убиством деце која су могла да буду зачета и изједначена је са абортусом. У овој католичкој традицији целибат се сматра узвишенијим од брака. Друга традиција мишљења о браку, која се надовезала на апостола Павла из „Прве посланице Коринћанима“, сматра да рађање није једина сврха брака и да је реалистичније схватање да је сврха брака, за оне који не могу да остваре идеал уздржавања, у непорочности. Брачна заједница се у овој традицији, која је ближа православљу, сматра сличном монашкој. Апостол Павле је тврдио да је уздржавање од сексуалних односа у браку могуће, и то привремено и уз договор супружника, а уколико у погледу сексуалних односа постоји спонтаност и могућност уздржавања, контрацепција, која одваја сексуални однос од зачећа, мање је потребна [27].

Услед ових разлика у теолошкој традицији, Римоатоличка црква сматра сваку контрацепцију супротном природи брака и сексуалних односа, који су за њу неодвојиви од рађања. За СПЦ

је проблематична само абортивна контрацепција, којом се убија ембрион када је до зачећа већ дошло, док, нема канонских прописа ни саборских одлука које се противе употреби неабортивних контрацептивних средстава. Њихова се употреба, напротив, сматра начином да се избегне да дође до абортуса [27].

У биоетичком учењу Руска православне цркве, исто тако, уз позивање на светог апостола Павла, тврди да се не могу сва контрацептивна средства изједначити са абортусом, али да треба имати у виду да је репродукција једна од главних сврха брака коју је Бог установио, те да одбијање рађања из егоистичких разлога представља грех [28].

Канони Сабора СПЦ за грех „децеубиства“ предвиђају казну непричешћивања за жену која је извршила абортус, али за Цркву није од пресудне важности дужина те казне, него дубина њеног покајања. Пастирска улога цркве, истовремено, налаже да се те жене подрже као жртве околности које доводе до греха, како би Црква могла да им помогне у спасењу, што је основна функција црквене заједнице [27].

Ставови у оквиру СПЦ о трансплантацији органа

Ставови у оквиру СПЦ о трансплантацији органа у основи су позитивни, као и код осталих православних цркви и других религија. Доктори који се баве трансплантацијом и кампања за развој донорства у Србији наводе да СПЦ одобрава ову праксу, што је потврђено благословом и позивом верницима да завештају органе на Сабору СПЦ 2005. године [30]. Основне православне вредности на којима се заснива став Епископа бачког Иринеја су: „неприкосновена вредност, слобода и достојанство људске личности и светиња живота као неопозивог дара Божје љубави“. Да би била у складу са вером, према Иринејевом схватању, трансплантација мора да задовољи следеће услове: да и донор и реципијент поступају слободно; да је донор мотивисан љубављу према ближњем (а самим тим и према Богу), а не финансијским интересом или приморан сиромаштвом; да давање органа не угрози живот или здравствено стање даваоца (осим у изузетном случају када се вољно жртвује за ближњег); и да трансплант не мења људски идентитет и личност примаоца. Аутор посебно упозорава на недоумице код трансплантације срца, као виталног органа, које је допустиво пресађивати само *ex cadavere* (после утврђене смрти даваоца). Иако је донорство органа, под изнетим условима, етично и вредно за СПЦ, за Цркву је главни проблем у граничењу трансплантације са питањем еутаназије, којој се све хришћанске и православне цркве у начелу супротстављају. За хришћане, смрт представља одвајање душе од тела (о чему говоре места из Библије, нпр. Пс. 145,4; Лук. 12,20), па треба одговорити на питање „када је човек дефинитивно мртав телом?“ [31]. Православни и католички теолози су једнодушни у ставу да треба несумњиво констатовати смрт даваоца, али је већина још увек опрезна у вези са доношењем такве одлуке [27].

Ставови у оквиру СПЦ о еутаназији

Колико су ставови у оквиру СПЦ и православне биоетике према трансплантацији органа начелно позитивни, толико су ставови према еутаназији негативни. У часопису *Православље* и на сајту СПЦ објављен је став руског патријарха према овом питању (Патријарх Кирил, 2015). У тексту се јасно наводи: „У хришћанској традицији господарем живота и смрти сматра се Бог. Православна Црква самоубиство сматра тешким грехом, а еутаназију изједначава са самоубиством или убиством, у зависности од тога да ли у њој учествује сам пацијент“ [32].

У тексту који је писало више аутора (из области теологије, друштвених наука и медицине) указује се на приступ СПЦ патњи неизлечиво болесних особа у последњим фазама болести, које се неизбежно ближе смрти. Као основни циљеви палијативне неге наводе се квалитет живота болесника, смањење патње и достојанствено умирање. Црква види патњу као „шири феномен од страдања и комплексније искуство од нечега што треба, по сваку цену, ублажити или укинути“, мада је рад на ублажавању патње дужност хришћана. У оквиру „холистичког“ приступа терминално оболелима, аутори виде улогу Цркве у помагању болеснима да открију дубљи смисао патње. Вредности православне етике у односу према терминално болеснима и умирућима, као и другим категоријама људи и деце у стању потребе, заснивају се на филантропској традицији Цркве и њеном учењу о доброчинству и саучествовању у патњи који су мотивисани милосрђем, саосећањем и љубављу према другим људима, по угледу на Исуса Христа. Када се брине о старима и болеснима, поред задовољавања осталих потреба, „нагласак Цркве је на шанси за рефлексiju о свом животу и покајање, тако да оријентише особу ка Богу. Укључивањем у литургијски живот и кроз обред миропомазања, црква се труди да испуни духовне потребе старих и болесних и да их припреми за вечни живот [33].

Ставови Српске православне цркве о биоетичким питањима су доминантно сагласни са усвојеним документима Руске и Грчке православне цркве као и делима америчких православних биоетичара.

1. 4. Мултидисциплинарност теме

Медицинска истраживања која повезују медицину с теологијом спроводе се у свету деценијама. У нашој средини тога није било. Пионир на овом пољу је амерички психијатар, професор "Дјук Уиверзитета", *Harold G. Koenig*. Он је у својим експерименталним истраживањима и ревијалним радовима показао како се овој проблематици приступа коришћењем методологије својствене природним наукама. Истраживања на овом пољу увек су интердисциплинарна. Сумирајући резултате својих дугогодишњих истраживања и истраживања других аутора, професор Кениг закључује: наука је доказала повезаност религије/духовности и здравља; медицински радници – пре свих лекари – морају бити свесни овога због могућег утицаја на клиничку праксу; увид у духовност/религиозност пацијената требало би увести у историје болести пацијената; уколико се, кроз историју болести, уочи потреба за духовном подршком или проблематика у религиозно/духовној сфери пацијентовог живота, медицински радници требало би да консултују свештена лица која раде при болницама [34, 35].

Чињенице везане за научноистраживачку методологију и напредак у интердисциплинарној истраживачкој пракси омогућавају креирање и спровођење овакве врсте истраживања. Развијене су – и проверене на великим узорцима испитаника - мерне скале за мерење религиозности и духовности медицинских радника, и за проверу њиховог приступа клиничкој проблематици [5,45]. Истраживачка интердисциплина отвара врата сложеној статистичкој методологији. Добра методологија омогућава фокусирање интердисциплине на религију. Утврђено је, наиме, у тематској анализи теолошко-медицинских истраживања у медицинском сестринству, на пример, да се последњих година религиозност занемарује, а форсирају прво духовност, а онда духовност и религиозност [96]. Истраживачима у овој врсти науке саветује се да обратe пажњу на клиничку праксу медицинских радника који припадају великим монотеистичким религијама, да користе квалитативну и квантитативну методологију и, по могућности, велике узорке испитаника [97].

1. 5. Друштвени, медицински и научни значај теме

Истраживање је од значаја за српски војни санитет и Верску службу у њему. Истраживањем се, по први пут на овим просторима, спајају теологија и медицина егзактном научноистраживачком методологијом. Интердисциплинарно повезивање медицине и теологије пут је којим наука отвара простор клиничкој пракси. Увид у стање религиозности/духовности медицинских радника Војномедицинске Академије (ВМА) и провера утицаја њихове религиозности/духовности на клиничку праксу помоћи ће Верској служби ВМА у стварању стратегије за брже и квалитетније укључивање војног свештенства у тимски медицински рад. Резултати истраживања биће од значаја и за здравствене раднике ВМА. Претпоставка је да ће занемаривање верске службе у војном санитету, и скепса према њој, бити мањи, онда кад се медицински радници ВМА увере да се утицај религије/духовности на клиничку праксу може егзактно проверити, као прво, и друго, кад се покаже да из те анализе могу произаћи закључци који су корисни за клиничку праксу и даљи научноистраживачки рад.

2. ПРЕДМЕТ, ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

2. 1. Предмет истраживања

Питање од кога се пошло у овом истраживању и дефинисању научноистраживачког проблема гласи: колико је религиозност/духовност верујућих медицинских радника у српском војном санитету повезана с њиховим приступом клиничкој пракси? Теолошко-медицинско научно интересовање у свету није подједнако дистрибуирано на све медицинске раднике. Проверава се повезаност религије/духовности и клиничке праксе, али углавном кад је реч о лекарима. Питање је: шта је с клиничком праксом осталих медицинских радника и колико на њу утиче њихова религиозност/духовност? Истраживања у нашој средини показала су да верници, војни осигураници, желе религиозну подршку од верујућих медицинских радника и да та подршка унапређује клиничку праксу.

За развој верске службе у војном санитету Републике Србије изузетано је значајан став верујућих медицинских радника према клиничкој пракси. На основу ових података дефинисан је научноистраживачки проблем и он гласи овако: не зна се каква је дистрибуција религиозних медицинских радника, у односу на нерелигиозне, у војном санитету Републике Србије; ако је извесно да постоје нерелигиозни медицински радници, не зна се да ли постоје и медицински радници који нису ни духовни; не зна се да ли постоји разлика међу различитим профилима медицинских радника с аспекта религиозности/духовности; не зна се ништа о томе колико религија/духовност верујућих медицинских радника у српском војном санитету утиче на њихову клиничку праксу.

Својеврсно место сусрета различитих аргументација, критеријума за редефинисање научних парадигми постаје биоетички контекст. Пре свега, ради се о тежњи ка кориговању искључивости антропоцентричког става који је субјекат рационалног и аналитичког, уз често потпуно одсуство теолошког или духовног дискурса.

Биоетичка питања постала су консензус размишљања филозофа, новинара, теолога, политиколога, социолога и многих других јавних радника. Ређају се многа питања везана за разне аспекте здравља, болести, живота, смрти, трансплатацију органа и еутаназију, а суштински су сажета у „3 ко?“ – Ко треба да умре? Ко и како треба да живи? И најбитније, ко о томе треба да одлучи?

У таквој констелацији рационално је оно што је функционално, а функционално је оно што има позитивну улогу у остваривању циљева. Прагматичност, практичност, корисност модерног света подупиру такве оријентације у науци и образовању, па се хуманистичке и религиозне идеје често маргинализују.

Чињенице везане за научноистраживачку методологију и напредак у интердисциплинарној истраживачкој пракси омогућавају креирање и спровођење овакве врсте истраживања.

2. 2. Циљеви истраживања

Циљ овог истраживања је да се испита повезаност између следећих појмовних одредница:
а) колико религија/духовност верујућих медицинских радника у српском војном санитету утиче на њихову клиничку праксу.

- б) њихове религије/духовности као вишедимензионалног појма
- в) пасторалне теологије и могућност приступа клиничкој пракси

2. 3. Хипотезе истраживања

1. Постоји значајна разлика између верујућих лекара, с једне стране, и с друге стране, верујућих медицинских сестара у погледу њихове религиозности/духовности,
2. Разлика између верујућих лекара, с једне стране, и с друге стране, верујућих медицинских сестара подразумева нижи ниво религиозности лекара,
3. Верујући лекари, у односу на верујуће медицинске техничаре придају мање значаја религиозности/духовности у клиничкој пракси,
4. Између религиозних медицинских радника, и религиозних и духовних медицинских радника, с једне стране, и с друге стране, медицинских радника који су религиозни али не и духовни, постоји значајна разлика: религиозни медицински радници, и медицински радници који су и религиозни и духовни, придају више значаја религиозности и духовности у клиничкој пракси.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3. 1. О Пројекту у овину кога је спроведено истраживање

Као инструмент евалуације у марту 2015. године у Војномедицинској академији (ВМА) на Клиници за физикалну медицину и рехабилитацију, спроведен је једносистемски експериментални дизајн „Религиозна подршка и пастирска нега код пацијенткиње старије животне доби с узнапредовалим остеоартритисом“ у сврху ширења опсега истраживања.

Пројекат Духовност и религиозност здравствених радника Војномедицинске академије и њихов утицај на клиничку праксу спроведен је 2016. године, као први пројекат такве врсте у Србији. Пројекат је одобрен од стране Етичког одбора ВМА бр. 742 – 5 од 11. маја 2016. године (одобрење у прилогу). Носиоци пројекта су др Александар Ђуровић и јереј Александар Совиљ.

3. 2. Врста студије

Истраживање је урађено као студија пресека.

3. 3. Време и место истраживања

Сва истраживања у оквиру Пројекта спроведена су у периоду од 15. маја до 15. септембра 2016. године у Војномедицинској академији, Црнотравска 13, Београд.

3. 4. Јединице посматрања, избор и величина узорка

Истраживањем је обухваћено 85 испитаника. Узорак је формиран као пропорционално стратификован случајни узорак. Испитаници су били здравствени радници Војномедицинске академије, подељени у два стратума према професионалном статусу: стратум лекари и стратум медицински техничари. За коначан узорак из оба стратума на прост случајан начин је одабрано 54 медицинских техничара и 31 доктор медицине.

Испитаницима су понуђени папир-перо упитници или електронски упитници, који су основа истраживачке документације, формиране након дефинисања обележја посматрања/варијабле. Добијени подаци похрањени су у електронској бази података. Чланови истраживачког тима, одређени као сарадници су припремљени за контакт с испитаницима, за прикупљање података и њихово електронско похрањивање.

3. 5. Обележја посматрања/варијабле и мерне скале

- Обележје посматрања с рангом зависне варијабле је – приступ клиничкој пракси. Мериће се прилагођеним "Четвородимензионалним упитником који проверава утицај религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу – 4-D Questionnaire of Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter.
- Обележја посматрања с рангом независних предикторских варијабле су религиозност и духовност. Религиозност ће се мерити "Индексом религиозности Дјук Универзитета – The Duke University Religion Index (DUREL). Духовност ће се мерити "Скалом дневног духовног искуства – Daily Spiritual Experience Scale (DSES).
- Обележја посматрања с рангом независних контролних варијабле су: старосна доб испитаника, пол, занимање, године радног стажа, брачни статус, професионални статус.

3. 6. Инструменти прикупљања података

3. 6. 1. Четвородимензионални упитник 4-D Questionnaire of Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter

За проверу утицаја религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу коришћен је четвородимензионални упитник *4-Believes and Practices Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter*, чија се прва димензија односи на став о активном учешћу Бога у здрављу пацијента, друга димензија на благотворност религије/духовности за ментално здравље пацијента, трећа димензија на интересовање лекара за религију/духовност у клиничкој интеракцији са пацијентом и последња димензија на разговор лекара са пацијентом о религији/духовности у клиничкој интеракцији.

3. 6. 2. Индекс религиозности Дјук Универзитета – *The Duke University Religion Index (DUREL)*

За процену религиозности студијске популације коришћен је Индекс религиозности Дјук Универзитета – *The Duke University Religion Index (DUREL)* скале потврђене у више здравствених студија и у различитим културама. ДУРЕЛ индекс има две подске: скале индекса религиозности и скала интринзичне религиозности.

3. 6. 3. Скала дневног духовног искуства – *Daily Spiritual Experience Scale (DSES)*

Духовно искуство испитаника анализирано је применом Скале дневног духовног искуства (*Daily Spiritual Experience Scale, DSES*), као и одређивањем индекса духовног искуства (*Spiritual Experience Index, SEI*), и ревидираног индекса духовног искуства (*Spiritual Experience Index–Revised, SEI-R*). Додатно је анализирана и скала преиспитивања.

3. 7. Начин обраде података

Статистичка обрада прикупљених података одрађена је применом комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 22.0. Све континуалне варијабле приказане су као средња вредност \pm стандардна девијација, а категоријске као пропорција испитаника. За тестирање разлика у учесталости категоријских варијабли коришћен је Хи-квадрат (χ^2) тест. У зависности од дистрибуције, разлике у вредностима континуалних варијабли између две групе испитаника (групе медицинских техничара и групе доктора медицине) тестиране су применом Independent samples T теста (у случају нормалне дистрибуције варијабли), односно применом непараметријског MannWhitney теста (у случају да дистрибуција варијабли није била нормална). Применом теста линеарне корелације са одређивањем Pearson/Spearman коефицијента анализиран је међусобни однос независних варијабли и зависне варијабле (утицај религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу). Предиктивна вредност независних параметара (социодемографских карактеристика испитаника, индекса религиозности, духовног дневног искуства, духовне подршке и духовне отворености, као компоненти ревидираног индекса духовног искуства и преиспитивања) на клиничку праксу одређена је регресионом анализом: процена ризика на основу вредности (не)стандардизованог коефицијента са 95% интервалом поверења. Статистички значајним сматране су вредности $p \leq 0,05$.

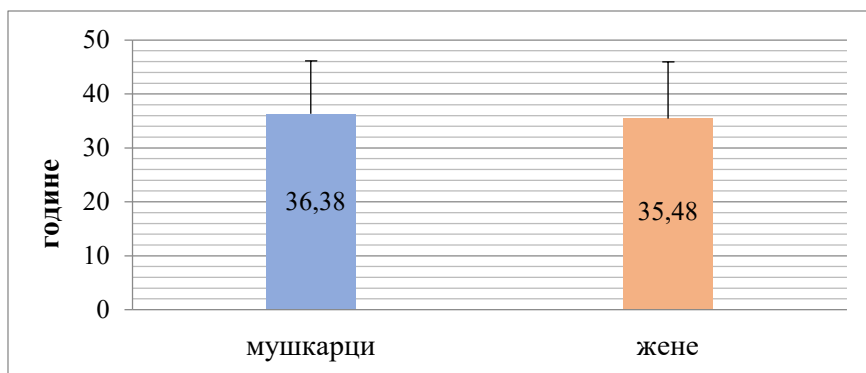
4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Социодемографске карактеристике студијске популације

Истраживањем је обухваћено 85 испитаника, 29 мушкараца (34,1%) и 56 жена (65,9%), просечне старости $35,78 \pm 10,19$ година (најмлађи испитаник имао је 19 година, а најстарији 62 године). Просечна старост мушкараца износила је $36,38 \pm 9,79$ година (min 20, max 58 година), а просечна старост жена износила је $35,48 \pm 10,47$ година (min 19, max 62 године). Посматрано у односу на старост, није утврђена статистички значајна разлика између мушкараца и жена (Mann Whitney test, $p = 0,581$). Полна и старосна дистрибуција испитаника приказане су на Слици 1–2.

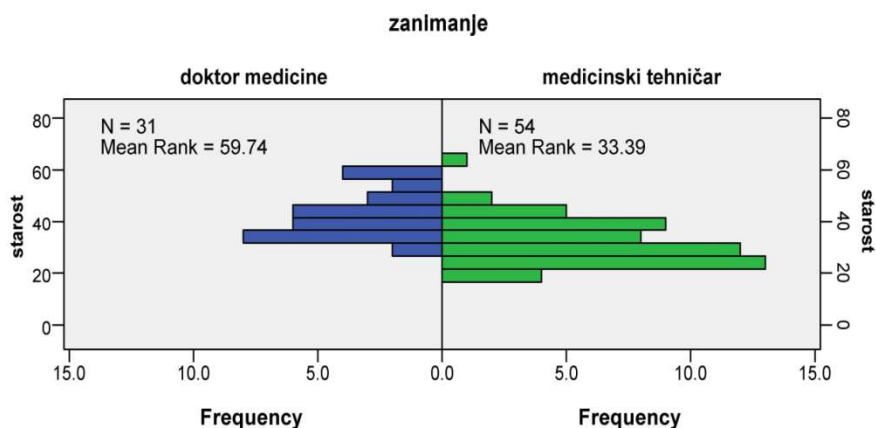


Слика 1. Полна дистрибуција испитаника



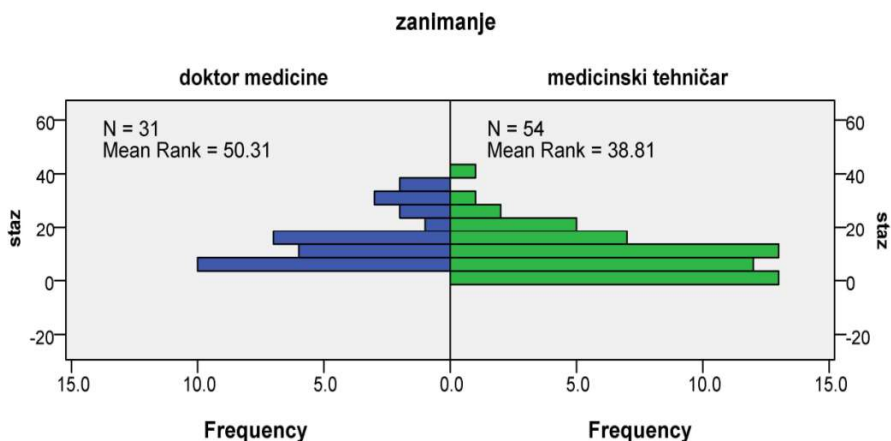
Слика 2. Старосна дистрибуција испитаника у односу на пол

Када је у питању занимање, било је 54 (63,5%) техничара и 31 (36,5%) доктор медицине. Међу медицинским техничарима, било је 12 (22,2%) мушкараца и 42 (77,8%) жене, док је међу докторима медицине било 17 (54,83%) мушкараца и 14 (45,17%) жена. Просечна старост медицинских техничара износила је $31,91 \pm 8,99$ година (min 19, max 62 године), а просечна старост доктора медицине $42,54 \pm 8,58$ година (min 30, max 58 година). Имајући у виду дужину школовања, очекивано просечна старост доктора медицине била је већа од просечне старости медицинских техничара (Mann Whitney test, $p < 0,001$) (Слика 3).



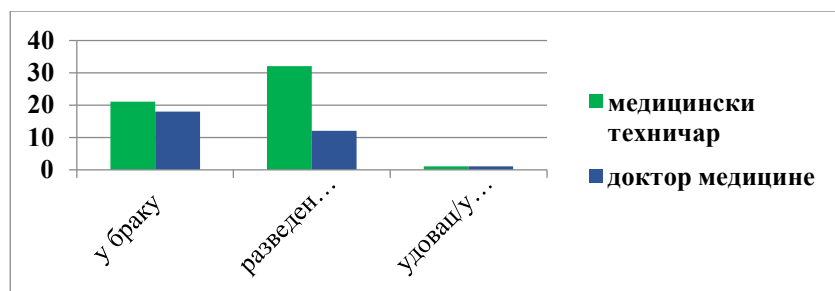
Слика 3. Старосна дистрибуција испитаника у односу на занимање

Просечна дужина стажа целокупне популације обухваћене истраживањем износила је $12,42 \pm 9,08$ година (min 1 година, max 40 година радног стажа). У односу на занимање, просечна дужина радног стажа медицинских техничара била је $10,79 \pm 8,38$ година (min 1 година, max $\pm 9,68$ година (min 5 година, max 35 година радног стажа). У том погледу, утврђена је статистички значајна разлика између медицинских техничара и доктора медицине, тако да је забележен дужи радни стаж код доктора медицине (Mann Whitney test, $p = 0,038$) (Слика 4).



Слика 4. Графички приказ дужине радног стажа испитаника у односу на занимање

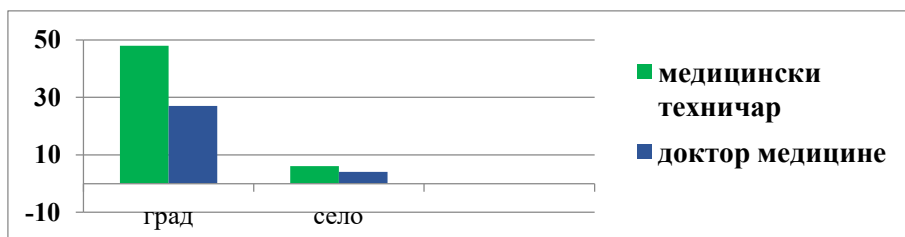
Анализа брачног статуса испитиване популације указала је да је 39 (45,9%) испитаника у браку, 44 (51,8%) испитаника је разведено/није у браку и 2 (2,4%) удовца/удовице. У односу на пол, било је 18 мушкараца и 21 жена у браку, 10 разведених/није у браку мушкараца и 34 разведених/није у браку жена, и по један испитаник оба пола који се изјаснио као удовац/удовица. Другим речима, није утврђена статистички значајна разлика у брачном статусу међу испитаницима мушког и женског пола укључених у студију ($\chi^2 = 5,278$, $p = 0,071$). Слично, није показана значајнија разлика у брачном статусу испитаника у односу на занимање ($\chi^2 = 3,343$, $p = 0,188$) (Слика 5).



Слика 5. Брачни статус испитаника у односу на занимање

У погледу професионалног статуса, истраживањем је обухваћено 12 (14,1%) активних војних лица и 73 (85,9%) цивила у служби Војске Србије (ВС). Сва активна војна лица су били доктори медицине, док је међу цивилима било 54 медицинских техничара и 19 доктора медицине.

Већински део популације (75 испитаника/ 88,2% целокупна студијске популације) је за боравиште навео град, док је остатак испитаника са боравиштем на селу (10 испитаника/ 11,8% целокупне студијске популације). У односу на занимање није утврђена значајна разлика у боравишту испитаника ($\chi^2 = 0,061$, $p = 0,805$).



Слика 6. Дистрибуција испитаника према боравишту

Обједињени приказ социо-демографских карактеристика испитиване популације приказан је у Табели 1.

Табела 1. Социо-демографске карактеристике студијске популације

Параметар		X ± SD / n (%)
Старост		35,78 ± 10,19
Пол	мушки	29 (34,1%)
	женски	56 (65,9%)
Занимање	медицински техничар	54 (63,5%)
	доктор медицине	31 (36,5%)
Дужина радног стажау годинама		12,42 ± 9,08
Брачни статус	у браку	39 (45,9%)
	разведен/није у браку	44 (51,8%)
	удовац/удовица	2 (2,4%)
Професионални статус	активно војно лице	12 (14,1%)
	цивил у ВС	73 (85,9%)
Боравиште	град	75 (88,2%)
	село	10 (11,8%)

4.2. Проверава утицаја религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу

За проверу утицаја религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу коришћен је четвородимензионални упитник *4-D Questionnaire of Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter*; чија се прва димензија односи на став о активном учешћу Бога у здрављу пацијента, друга димензија на благотворност религије/духовности за ментално здравље пацијента, трећа димензија на интересовање лекара за религију/духовност у клиничкој интеракцији са пацијентом и последња димензија на разговор лекара са пацијентом о религији/духовности у клиничкој интеракцији.

Првом димензијом четвородимензионалног упитника обухваћена су три питања са могућим одговором: 1–никада, 2–једном годишње или ређе, 3– неколико пута годишње, 4– неколико пута месечно, 5– једном седмично, 6– више него једном седмично. Као што се може видети из Табеле 2, највећи проценат испитаника (40%) сматра да Бог или неко друго натприродно биће учествује у здрављу пацијента више него једном седмично, и да религија/духовност помаже да се спрече „тешки“ медицински исходи попут срчаног напада, инфекције и смрти више него једном седмично (31,8%). С друге старне, 44,7% медицинског особља негира молитву заједно са пацијентом у случају појаве религиозних/духовних тема током разговора.

Табела 2. Дистрибуција испитаника у оквиру прве димензије 4-D упитника

4-D упитник		Испитаници n (%)
ДИМЕНЗИЈА 1: Бог активно учествује у здрављу пацијента		
Да ли сматрате да Бог или неко друго натприродно биће икада учествује уздрављу пацијента?	Никада	20 (23,5%)
	Једном годишње или ређе	9 (10,6%)
	Неколико пута годишње	16 (18,8%)
	Неколико пута месечно	5 (5,9%)
	Једном седмично	1 (1,2%)
	Више него једном седмично	34 (40%)
Колико често, по вашем мишљењу, религија/духовност помаже да се спрече “тешки” медицински исходи као што су срчани напади, инфекције, па и смрт?	Никада	24 (28,2%)
	Једном годишње или ређе	7 (8,2%)
	Неколико пута годишње	18 (21,2%)
	Неколико пута месечно	5 (5,9%)
	Једном седмично	4 (4,7%)
	Више него једном седмично	27 (31,8%)
Када се у разговору са пацијентима појаве религиозне/духовне теме, колико често се молитве заједно са пацијентом?	Никада	38 (44,7%)
	Једном годишње или ређе	14 (16,5%)
	Неколико пута годишње	14 (16,5%)
	Неколико пута месечно	7 (8,2%)
	Једном седмично	2 (2,4%)
	Више него једном седмично	10 (11,8%)

У односу на занимање (медицински техничар/доктор медицине) забележене су извесне разлике у одговорима на питања обухваћена ДИМЕНЗИЈОМ 1 четвородимензионалног упитника (Табела 3).

Табела 3. Дистрибуција испитаника у оквиру прве димензије 4-D упитника према занимању

4-D упитник		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p
ДИМЕНЗИЈА 1: Бог активно учествује у здрављу пацијента				
Да ли сматрате да Бог или неко друго натприродно биће икада учествује у здрављу пацијента?	Никада	16 (29,6%)	4(12,9%)	$\chi^2 = 14,033,$ $p = 0,015$
	Једном годишње или ређе	4(7,4%)	5(16,1%)	
	Неколико пута годишње	14(25,9%)	2(6,5%)	
	Неколико пута месечно	1(1,9%)	4(12,9%)	
	Једном седмично	1(1,9%)	0	
	Више него једном седмично	18(33,3%)	16(51,6%)	
Колико често, по вашем мишљењу, религија/духовност помаже да се спрече „тешки” медицински исходи као што су срчани напади, инфекције, па и смрт?	Никада	19 (35,2%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 17,955,$ $p = 0,003$
	Једном годишње или ређе	1 (1,9%)	6 (19,4%)	
	Неколико пута годишње	16 (29,6%)	2 (6,5%)	
	Неколико пута месечно	3 (5,4%)	2 (6,5%)	
	Једном седмично	2 (3,8%)	2 (6,5%)	
	Више него једном седмично	13 (24,1%)	14 (45,2%)	
Када се у разговору са пацијентима појаве религиозне/ духовне теме, колико често се молитве заједно са пацијентом?	Никада	26 (48,1%)	12 (38,7%)	$\chi^2 = 4,738,$ $p = 0,449$
	Једном годишње или ређе	6 (11,1%)	8 (25,8%)	
	Неколико пута годишње	8 (14,8%)	6 (19,4%)	
	Неколико пута месечно	5 (9,2%)	2 (6,5%)	
	Једном седмично	2 (3,8%)	0	
	Више него једном седмично	7 (13%)	3 (9,6%)	

Као што се може видети из табеле, утврђена је статистички значајна разлика између медицинских техничара и доктора медицине по питању става да Бог учествује у здрављу пацијената ($\chi^2 = 14,033$, $p = 0,015$) и става о значају религије/духовности у спречавању „тешких“ медицинских исхода ($\chi^2 = 17,955$, $p = 0,003$). У првом случају, највећи проценат испитаника обе групе изјаснио се да верује да Бог или нека друга натприродна сила учествују у здрављу пацијената више него једном седмично. Разлика међу техничарима и докторима се међутим бележи у делу неверујућих испитаника, где се 29,6% свих медицинских техничара и 12,9% свих доктора медицине изјаснило да Бог никада не учествује у здрављу пацијената. Када је у питању мишљење о могућности религије/духовности да спречи „тешке“ медицинске исходе највећи број медицинских техничара је негирао ову тврдњу (35,2% техничког особља), док је међу докторима медицине доминантно било супротно мишљење (45,2% свих доктора верује да религија више него једном седмично може утицати на „тешке“ медицинске исходе). Став испитаника обе групе по питању заједничке молитве са пацијентима био је уједначен, тако да је већински део и медицинских техничара (48,1%) и доктора медицина (38,7%) негирао молитву приликом појаве религиозних/духовних тема током разговора са пацијентом.

Сабирањем вредности сваке од три ставки обухваћених ДИМЕНЗИЈОМ 1 четвородимензионог упитника израчунат је одговарајући субскор (4-D1 субскор). Просечна вредност 4-D1 субскора у читавој испитиваној популацији износила је $9,58 \pm 4,88$ (распон вредности 3–18). У односу на занимање, просечна вредност 4-D1 субскора код медицинских техничара износила је $9 \pm 4,85$, а просечна вредност 4-D1 субскора код доктора медицине

износила је $10,61 \pm 4,84$. У том смислу није утврђена статистички значајна разлика у вредностима 4-D1 субскора код две групе испитаника (Mann Whitney test, $p = 0,136$).

Другом димензијом четвородимензионалног упитника обухваћено је једно питање које се односи на благотворност религије/духовности за ментално здравље пацијента и став запослених о томе да религија/духовност помаже пацијентима да издрже болест и патњу, односно да религија/духовност пружа пацијентима наду и оптимизам. Од укупно 85 испитаника обухваћених студијом, 36 (42,4%) је става да религија помаже пацијентима да издрже бол и патњу, док 49 (57,6%) сматра да религија/духовност пружа пацијентима оптимизам и наду. Став запослених у оквиру ДИМЕНЗИЈЕ 2 четвородимензионалног упитника у односу на занимање дат је у Табели 4. Није утврђена статистички значајна разлика између медицинских техничара и доктора медицине у ставу обухваћеним димензијом 2 четвородимензионалног упитника ($\chi^2 = 0,158$, $p = 0,691$).

Табела 4. Дистрибуција испитаника у оквиру друге димензије 4-D упитника према занимању

4-Дупитник ДИМЕНЗИЈА 2: Религија/духовност је благотворна за здравље људи		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p
На основу вашег искуства, колико често, по вашем мишљењу, религија/духовност	Помаже пацијентима да поднесу и издрже болест и патњу?	22 (40,7%)	14 (45,2%)	$\chi^2 =$ 0,158, $p =$ 0,691
	Пружа пацијентима оптимизам и наду?	32 (59,3%)	17 (54,8%)	

С обзиром да се ради о једном питању, његова вредност директно улази у вредност укупног 4-D скора (тј. аутоматски одговара 4-D2 субскору).

Трећом димензијом четвородимензионалног упитника обухваћена су два питања са могућим одговором: 1–никада, 2–једном годишње или ређе, 3–неколико пута годишње, 4–неколико пута месечно, 5–једном седмично, 6–више него једном седмично, а које се односе на прикладност постављања питања пацијенту о религији/духовности и разговору са пацијентима о духовним темама. У оквиру трећег питања ове димензије наведено је шест подпитања са могућим одговором: 1–никада, 2–ретко, 3–често и 4–врло често. Подаци добијени анализом треће димензије четвородимензионалног упитника приказани су у Табели 5.

Табела 5. Дистрибуција испитаника у оквиру треће димензије 4-D упитника

4-D упитник ДИМЕНЗИЈА 3: Лекар се интересује за религију/духовност у клиничкој интеракцији са пацијентом		Испитаници n (%)
	Никада	49 (57,6%)
	Једном годишње или ређе	11 (12,9%)

Да ли је прикладно или неприкладно да лекар поставља питања пацијенту у вези са религијом/духовношћу?	Неколико пута годишње	10 (11,8%)	
	Неколико пута месечно	5 (5,9%)	
	Једном седмично	4 (4,7%)	
	Више него једном седмично	6 (7,1%)	
Причињава ми задовољство да разговарам са пацијентима о темама везаним за религију/духовност	Никада	26 (30,6%)	
	Једном годишње или ређе	15 (17,6%)	
	Неколико пута годишње	17 (20%)	
	Неколико пута месечно	12 (14,1%)	
	Једном седмично	2 (2,4%)	
	Више него једном седмично	13 (15,3%)	
Колико често разговарате са пацијентима о религији/духовности, ако пацијент:	Има мање тешку болестили повреду	Никада	21 (24,7%)
		Ретко	40 (47,1%)
		Често	20 (23,5%)
		Врло често	4 (4,7%)
	Суочава се са застрашујућом дијагнозом	Никада	10 (11,8%)
		Ретко	34 (40%)
		Често	28 (32,9%)
		Врло често	13 (15,3%)
	Схвата да ће ускоро преминути	Никада	12 (14,1%)
		Ретко	34 (40%)
		Често	22 (25,9%)
		Врло често	17 (20%)
	Пати од анксиозности или депресије	Никада	21 (24,7%)
		Ретко	31 (36,5%)
		Често	24 (28,2%)
		Врло често	9 (10,6%)
	Долази на преглед током кога се узима анамнеза	Никада	41 (48,2%)
		Ретко	30 (35,3%)
		Често	12 (14,1%)
		Врло често	2 (2,4%)
	Суочава са етичком дилемом	Никада	27 (31,8%)
		Ретко	33 (38,8%)
		Често	21 (24,7%)
		Врло често	4 (4,7%)

Преко 50% (57,6%) целокупне студијске популације сматра да никада није прикладно да лекар поставља питања пацијенту у вези са религијом/духовношћу, нити им причињава задовољство (30,6%) да разговарају са пацијентима о темама везаним за религију/духовност. Медицинско особље обухваћено истраживањем углавном ретко практикује разговоре о религији/духовности у случају да пацијент: има мање тешку болест или повреду (47,1%),

суочава се са застрашујућом дијагнозом (40%), схвата да ће ускоро преминути (40%), пати од анксиозности или депресије (36,5%), долази на преглед током кога се узима анамнеза (35,3%) или се суочава са етичком дилемом (38,8%).

Разлике у дистрибуцији испитаника у оквиру ДИМЕНЗИЈЕ 3 четвородимензионог упитника са аспекта занимања испитаника дате су у Табели 6.

Табела 6. Дистрибуција испитаника у оквиру треће димензије 4-D упитника према занимању

4-D упитник ДИМЕНЗИЈА 3: Лекар се интересује за религију/духовност у клиничкој интеракцији са пацијентом		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p	
Да ли је прикладно или неприкладно да лекар поставља питања пацијенту у вези са религијом/духовношћу?	Никада	35 (64,8%)	14 (45,2%)	$\chi^2 = 5,540,$ $p = 0,354$	
	Једном годишње или ређе	5 (9,2%)	6 (19,4%)		
	Неколико пута годишње	4 (7,4%)	6 (19,4%)		
	Неколико пута месечно	3 (5,6%)	2 (6,4%)		
	Једном седмично	3 (5,6%)	1 (3,2%)		
Више него једном седмично	4 (7,4%)	2 (6,4%)			
Причињава ми задовољство да разговарам са пацијентима о темама везаним за религију/духовност	Никада	19 (35,2%)	7 (22,6%)	$\chi^2 = 5,911,$ $p = 0,315$	
	Једном годишње или ређе	10 (18,5%)	5 (16,1%)		
	Неколико пута годишње	11 (20,4%)	6 (19,4%)		
	Неколико пута месечно	7 (12,9%)	5 (16,1%)		
	Једном седмично	2 (3,8%)	0		
Више него једном седмично	5 (9,2%)	8 (25,8%)			
Колико често разговарате са пацијентима о религији/духовности, ако пацијент:	Има мање тешку болестили повреду	Никада	14 (25,9%)	7 (22,6%)	$\chi^2 = 0,982,$ $p = 0,806$
		Ретко	26 (48,1%)	14 (45,2%)	
		Често	11 (20,4%)	9 (29%)	
		Врло често	3 (5,6%)	1 (3,2%)	
	Суочава се са застрашујућом дијагнозом	Никада	6 (11,1%)	4 (12,9%)	$\chi^2 = 0,289,$ $p = 0,962$
		Ретко	21 (38,9%)	13 (41,9%)	
		Често	18 (33,3%)	10 (32,2%)	
		Врло често	9 (16,7%)	4 (13%)	
	Схвата да ће ускоро преминути	Никада	7 (12,9%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 1,151,$ $p = 0,765$
		Ретко	21 (38,9%)	13 (41,9%)	
		Често	16 (29,6%)	6 (19,4%)	
		Врло често	10 (18,6%)	7 (22,6%)	
Пати од анксиозности или депресије	Никада	14 (25,9%)	7 (22,6%)	$\chi^2 = 1,691,$ $p = 0,639$	
	Ретко	17 (31,5%)	14 (45,2%)		
	Често	17 (31,5%)	7 (22,6%)		
	Врло често	6 (11,1%)	3 (9,6%)		
Долази на преглед током кога се узима анамнеза	Никада	26 (48,1%)	15 (48,4%)	$\chi^2 = 1,361,$ $p = 0,715$	
	Ретко	18 (33,3%)	12 (38,7%)		
	Често	8 (14,8%)	4 (12,9%)		
	Врло често	2 (3,8%)	0		
Суочава са етичком дилемом	Никада	19 (35,2%)	8 (25,8%)	$\chi^2 = 3,319,$ $p = 0,345$	
	Ретко	20 (37%)	13 (41,9%)		
	Често	14 (25,9%)	7 (22,6%)		
	Врло често	1 (1,9%)	3 (9,6%)		

У оквиру треће димензије четвородимензионог упитника нису утврђене статистички значајне разлике у дистрибуцији испитаника међу медицинским техничарима и докторима

медицине. Другим речима, ставови испитаника обе групе о заинтересованости лекара за религију/духовност у клиничкој интеракцији са пацијентима били су прилично усаглашени.

У даљем раду, сабирањем вредности појединачних ставки обухваћених ДИМЕНЗИЈОМ 3 четвородимензионог упитника израчунат је одговарајући субскор (4-D3 субскор). Просечна вредност 4-D3 субскора у читавој испитиваној популацији износила је $18,03 \pm 6,39$ (распон вредности 8–32). У односу на занимање, просечна вредност 4-D3 субскора код медицинских техничара износила је $17,70 \pm 6,21$, а просечна вредност 4-D3 субскора код доктора медицине износила је $18,61 \pm 6,76$. У том смислу није утрђена статистички значајна разлика у вредностима 4-D3 субскора код две групе испитаника (Independent samples T test, $p = 0,531$).

Четвртом димензијом четвородимензионалног упитника обухваћена су четири питања са могућим одговором: 1–никада, 2–једном годишње или ређе, 3–неколико пута годишње, 4–неколико пута месечно, 5–једном седмично, 6–више него једном седмично, а које се односе на прикладност разговора здравственог радника са пацијентом о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене, о прикладности говора о сопственим религијским/духовним веровањима, о молитви лекара са пацијентом, и о потешкоћама разговора лекара са пацијентом о његовим размишљањима и недоумицама у вези са религијом/духовношћу. У оквиру петог питања ове димензије наведено је четири подпитања са могућим одговором: 1–никада, 2–ретко, 3–често и 4–врло често. Подаци добијени анализом четврте димензије четвородимензионалног упитника приказани су у Табели 7. Здравствено особље у већини случајева (24,7%) сматра да никада није прикладно разговарати са пацијентом о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене, нити да је прикладно да лекари говоре о сопственим религијским/духовним веровањима или искуствима са пацијентом (50,6%). Слично, 37,6% испитиване популације има став да никада није прикладно молити се са пацијентом. С друге стране, медицинско особље истиче да нема потешкоћа да разговара са пацијентом о његовим/њеним размишљањима и недоумицама у вези са религијом/духовношћу ако пацијент покрене те теме (22,4% њих тврде да то чине више него једном седмично). Такође, преко једне трећине испитаника истиче да, када се у разговору са пацијентом појаве религиозне/духовне теме: 1. слушају врло често пажљиво и са саосећањем (36,5%); 2. никада (28,2%) или ретко (51,4%) покушавају да на тактичан начин промене тему. Највећи проценат испитаника ретко (37,6%) охрабрује пацијенте у њиховим религиозним/духовним веровањима и у исповедању религије, док други то чине често (29,4%). Углавном ретко (38,8%) саопштавају пацијенту своје сопствене мисли и искуства у вези са религијом/духовношћу.

Табела 7. Дистрибуција испитаника у оквиру четврте димензије 4-D упитник

4-D упитник		Испитаници n (%)
ДИМЕНЗИЈА 4: Лекар разговара са пацијентом о религији /духовности у клиничкој интеракцији		
Да ли је прикладно или неприкладно да здравствени радник разговара са пацијентом о религиозним/духовним	Никада	21 (24,7%)
	Једном годишње или ређе	20 (23,5%)
	Неколико пута годишње	19 (22,4%)
	Неколико пута месечно	7 (8,2%)
	Једном седмично	1 (1,2%)
	Више него једном седмично	17 (20%)

темама када их пацијент покрене?			
Када, и да ли је уопште прикладно, да лекар говори о сопственим религијским/духовним веровањима или искуствима са пацијентом?	Никада	43 (50,6%)	
	Једном годишње или ређе	13 (15,3%)	
	Неколико пута годишње	13 (15,3%)	
	Неколико пута месечно	6 (7,1%)	
	Једном седмично	2 (2,4%)	
	Више него једном седмично	8 (9,4%)	
Када, и да ли је уопште прикладно, да се лекар моли са пацијентом?	Никада	32 (37,6%)	
	Једном годишње или ређе	17 (20%)	
	Неколико пута годишње	16 (18,8%)	
	Неколико пута месечно	4 (4,7%)	
	Једном седмично	3 (3,5%)	
	Више него једном седмично	13 (15,3%)	
Немам потешкоћа да са пацијентом разговарам о његовим/њеним размишљањима и недоумицама у вези са религијом/духовношћу ако пацијент покрене те теме	Никада	17 (20%)	
	Једном годишње или ређе	22 (25,9%)	
	Неколико пута годишње	16 (18,8%)	
	Неколико пута месечно	10 (11,8%)	
	Једном седмично	1 (1,2%)	
	Више него једном седмично	19 (22,4%)	
Када се у разговорима са пацијентима појаве религиозне/духовне теме, колико често реагујете на следеће начине?	Слушам пажљиво и са саосећањем	Никада	5 (5,9%)
		Ретко	20 (23,5%)
		Често	29 (34,1%)
		Врло често	31 (36,5%)
	Покушавам да на тактичан начин променим тему	Никада	24 (28,2%)
		Ретко	46 (54,1%)
		Често	7 (8,2%)
		Врло често	8 (9,4%)
	Охрабрујем пацијенте у њиховим религијским/духовним веровањима и у исповедању	Никада	10 (11,8%)
		Ретко	32 (37,6%)
		Често	25 (29,4%)
		Врло често	18 (21,2%)
	Са поштовањем саопштавам пацијенту своје сопствене мисли и искуства у вези са религијом/духовношћу	Никада	24 (28,2%)

Разлике у дистрибуцији испитаника у оквиру ДИМЕНЗИЈЕ 4 четвородимензионог упитника са аспекта занимања испитаника дате су у Табели 8.

**Табела 8. Дистрибуција испитаника у оквиру четврте димензије 4-D
упитника према занимању**

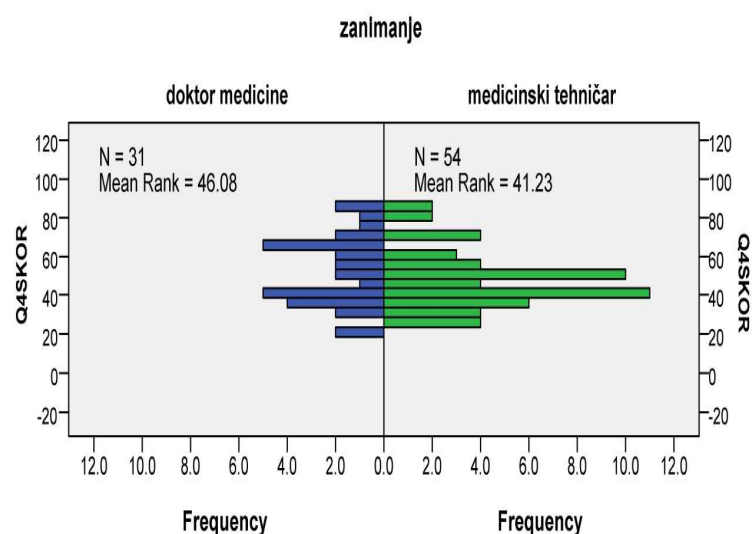
4-D упитник		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p	
ДИМЕНЗИЈА 4: Лекар разговара са пацијентом о религији /духовности у клиничкој интеракцији					
Да ли је прикладно или неприкладно да здравствени радник разговара са пацијентом о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене?	Никада	17 (31,5%)	4 (12,9%)	$\chi^2 = 10,837,$ $p = 0,047$	
	Једном годишње или ређе	11 (20,4%)	9 (29%)		
	Неколико пута годишње	14(25,9%)	5 (16,1%)		
	Неколико пута месечно	5 (9,2%)	2 (6,5%)		
	Једном седмично	1 (1,9%)	0		
	Више него једном седмично	6 (11,1%)	11 (35,5%)		
Када, и да ли је уопште прикладно, да лекар говори о сопственим религијским/духовним веровањима или искуствима са пацијентом?	Никада	31 (57,4%)	12 (38,7%)	$\chi^2 = 7,545,$ $p = 0,183$	
	Једном годишње или ређе	7 (12,9%)	6 (19,4%)		
	Неколико пута годишње	7 (12,9%)	6 (19,4%)		
	Неколико пута месечно	5 (9,2%)	1 (3,1%)		
	Једном седмично	0	2 (6,5%)		
	Више него једном седмично	4 (7,6%)	4 (12,9%)		
Када, и да ли је уопште прикладно, да се лекар моли са пацијентом?	Никада	21 (38,9%)	11 (35,5%)	$\chi^2 = 1,334,$ $p = 0,931$	
	Једном годишње или ређе	9 (16,7%)	8 (26,1%)		
	Неколико пута годишње	11 (20,4%)	5 (16,1%)		
	Неколико пута месечно	3 (5,6%)	1 (3,1%)		
	Једном седмично	2 (3,6%)	1 (3,1%)		
	Више него једном седмично	8 (14,8%)	5 (16,1%)		
Немам потешкоћа да са пацијентом разговарам о његовим/њеним размишљањима и недоумицама у вези са религијом/духовношћу ако пацијент покрене те теме	Никада	15 (27,8%)	2 (6,5%)	$\chi^2 = 6,854,$ $p = 0,232$	
	Једном годишње или ређе	12 (22,2%)	10 (32,2%)		
	Неколико пута годишње	10 (18,5%)	6 (19,4%)		
	Неколико пута месечно	6 (11,1%)	4 (12,9%)		
	Једном седмично	1 (1,9%)	0		
	Више него једном седмично	10 (18,5%)	9 (29%)		
Када се у разговорима са пацијентима појаве религиозне/духовне теме, колико често реагујете на следеће начине?	Слушам пажљиво и са саосећањем	Никада	3 (5,6%)	2 (6,5%)	$\chi^2 = 2,958,$ $p = 0,398$
		Ретко	11 (20,4%)	9 (29%)	
		Често	22 (40,7%)	7 (22,6%)	
		Врло често	18 (33,3%)	13 (41,9%)	
	Покушавам да на тактичан начин променим тему	Никада	13 (24,1%)	11 (35,5%)	$\chi^2 = 3,085,$ $p = 0,379$
		Ретко	29 (53,8%)	17 (54,9%)	
		Често	5 (9,2%)	2 (6,5%)	
		Врло често	7 (12,9%)	1 (3,1%)	
	Охрабрујем пацијенте у њиховим религиозним/духовним веровањима и у исповедању	Никада	8 (14,8%)	2 (6,5%)	$\chi^2 = 5,917,$ $p = 0,116$
		Ретко	19 (35,2%)	13 (41,9%)	
		Често	19 (35,2%)	6 (19,4%)	
		Врло често	8 (14,8%)	10 (32,2%)	

Са поштовањем саопштавам пацијенту своје сопствене мисли и искуства у вези са религијом/духовношћу	Никада	15 (27,8%)	9 (29%)	$\chi^2 = 0,399,$ $p = 0,940$
	Ретко	22 (40,7%)	11 (35,5%)	
	Често	12 (22,2%)	7 (22,6%)	
	Врло често	5 (9,2%)	4 (12,9%)	

Анализом четврте димензије четвородимензионог упитника утврђена је статистички значајна разлика између медицинских техничара и доктора медицина у сегменту који се односи на прикладност разговора здравственог радника са пацијентом о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене. Наиме, за разлику од групе медицинских техничара која у највећем проценту (31,5%) истиче да је неприкладно разговарати са пацијентом о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене, највећи број доктори медицине (35,5%) је става да је са пацијентом прикладно разговарати о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене, и то више него једном седмично. Тестирање разлика у осталим детерминантама четврте димензије између две групе испитаника није показало постојање статистички значајнијих разлика.

Сабирањем вредности појединачних ставки обухваћених ДИМЕНЗИЈОМ 4 четвородимензионог упитника израчунат је одговарајући субскор (4-D4 субскор). Просечна вредност 4-D4 субскора у читавој испитиваној популацији износила је $20,74 \pm 7,22$ (распон вредности 8–37). У односу на занимање, просечна вредност 4-D4 субскора код медицинских техничара износила је $19,98 \pm 6,37$, а просечна вредност 4-D4 субскора код доктора медицине износила је $22,06 \pm 8,46$. У том смислу није утврђена статистички значајна разлика у вредностима 4-D4 субскора код две групе испитаника (Mann Whitney test, $p = 0,351$).

За крај, сабирањем вредности појединачних 4-D субскорова израчунат је и анализиран укупан 4-D скор. Просечна вредност укупног 4-D скорa у испитиваној популацији била је $49,94 \pm 16,42$ (min 21, max 88). У односу на занимање, утврђено је да је просечна вредност укупног 4-D скорa у групи медицинских техничара била $48,27 \pm 14,90$, а у групи доктора медицине $52,83 \pm 18,71$, те да нема статистички значајне разлике између две групе испитаника у вредностима укупног 4-D скорa (Слика 7).



Слика 7. Однос вредности укупног 4-D скорa између две групе испитаника обухваћених истраживањем

4.3. Анализа индекса религиозности

За процену религиозности студијске популације коришћен је Индекс религиозности Дјук Универзитета – *The Duke University Religion Index (DUREL)*. Анализиране су три табеле (Табела 1, Табела 2 и Табела 5), од којих се прва односи на ставке индекса религиозности, друга на интринзичну религиозност и последња на референтне вредности за индивидуалне ставке у Индексу религиозности DUREL. Иницијално је спроведена процена ставки у оквиру сваке табеле, а потом и поређење одговарајућих скорова (DUREL1, DUREL2 и DUREL5) добијених сабирањем вредности бројева које су испитаници заокруживали током анкетирања. Изузетак су чиниле ставке са редним бројем 3, 9 и 10 унутар Табеле 2 DUREL анкете, за које је примењен принцип обрнутог скоровања.

Табела 1 – У оквиру табеле 1 DUREL анкете анализирано је пет ставки индекса религиозности састављеног на Универзитету Дјук. Резултати добијени овом приликом приказани су табеларно, и то најпре за целокупну испитавану популацију (Табела 9), а потом и у односу на занимање ради утврђивања евентуалних разлика између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (Табела 10).

Табела 9. Дистрибуција испитаника у оквиру прве табеле DUREL упитника

DUREL index ТАБЕЛА 1: Ставке индекса религиозности		Испитаници n (%)
Колико често идете у цркву или похађате друге верске скупове?	Никада	3 (3,5%)
	Једном годишње или ређе	11 (12,9%)
	Неколико пута годишње	48 (56,5%)
	Неколико пута месечно	10 (11,8%)
	Једном седмично	4 (4,7%)
	Више него једном седмично	9 (10,6%)
Колико често проводите време у приватним религиозним активностима?	Ретко или никада	42 (49,4%)
	Неколико пута месечно	17 (20%)
	Једном седмично	2 (2,4%)
	Два пута седмично или чешће	9 (10,6%)
	Свакодневно	9 (10,6%)
	Више него једном дневно	6 (7,1%)
У свом животу, осећам присуство Божанског - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	3 (3,5%)
	Углавном <i>није</i> тачно	7 (8,2%)
	Нисам сигуран/сигурна	16 (18,8%)
	Углавном тачно	32 (37,6%)
	Дефинитивно тачно за мене	27 (31,8%)
Моја религиозна убеђења су оно што је заиста у основи мог свеукупног приступа животу - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	7 (8,2%)
	Углавном <i>није</i> тачно	10 (11,8%)
	Нисам сигуран/сигурна	13 (15,3%)
	Углавном тачно	37 (43,5%)
	Дефинитивно тачно за мене	18 (21,2%)
Трудим се из све снаге да пренесем своју религију у све друге делатности у свом животу - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	13 (15,3%)
	Углавном <i>није</i> тачно	16 (18,8%)
	Нисам сигуран/сигурна	18 (21,2%)
	Углавном тачно	26 (30,6%)
	Дефинитивно тачно за мене	12 (14,1%)

За процену религиозности студијске популације коришћен је Индекс религиозности Дјук Универзитета – *The Duke University Religion Index (DUREL)*. Анализиране су три табеле (Табела 1, Табела 2 и Табела 5), од којих се прва односи на ставке индекса религиозности, друга на интринзичну религиозност и последња на референтне вредности за индивидуалне ставке у Индексу религиозности DUREL. Иницијално је спроведена процена ставки у оквиру сваке табеле, а потом и поређење одговарајућих скорова (DUREL1, DUREL2 и DUREL5) добијених сабирањем вредности бројева које су испитаници заокруживали током анкета. Изузетак су чиниле ставке са редним бројем 3, 9 и 10 унутар Табеле 2 DUREL анкете, за које је примењен принцип обрнутог скоровања.

Табела 1 – У оквиру табеле 1 DUREL анкете анализирано је пет ставки индекса религиозности састављеног на Универзитету Дјук. Резултати добијени овом приликом приказани су табеларно, и то најпре за целокупну испитивану популацију (Табела 9), а потом и у односу на занимање ради утврђивања евентуалних разлика између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (Табела 10).

Обрадом податка добијених тестирањем ставки унутар Табеле 1 DUREL индекса утврђено је да највећи проценат комплетне студијске популације (56,5%) одлазе у цркву или похађају друге верске скупове неколико пута годишње; углавном ретко (49,4%) проводе време у приватним религијским активностима (попут молитве, медитације итд). Углавном тачним (37,6%) сматрају став који се односи на лични доживљај присуства Божанског у животу, и тврде да је углавном тачно (43,5%) да су религијска убеђења оно што је заиста у основи свеукупног приступа животу, те да се труде из све снаге да пренесу своју религију у све друге делатности у животу (30,6%).

Табела 10. Дистрибуција испитаника у оквиру прве табеле DUREL упитника према занимању

DUREL index ТАБЕЛА 1: Ставке индекса религиозности		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p
Колико често идете у цркву или похађате друге верске скупове?	Никада	0	3 (9,7%)	$\chi^2 = 20,202$, p = 0,001
	Једном годишње или ређе	7 (12,9%)	4 (12,9%)	
	Неколико пута годишње	37(68,5%)	11 (35,5%)	
	Неколико пута месечно	7(12,9%)	3 (9,7%)	
	Једном седмично	2 (3,7%)	2 (6,4%)	
	Више него једном седмично	1 (2%)	8 (25,8%)	
Колико често проводите време у приватним религијским активностима?	Ретко или никада	35 (64,8%)	7 (22,6%)	$\chi^2 = 21,007$, p = 0,001
	Неколико пута месечно	11 (20,4%)	6 (19,4%)	
	Једном седмично	1 (2%)	1 (3,2%)	
	Два пута седмично или чешће	2 (3,7%)	7 (22,6%)	
	Свакодневно	4 (7,1%)	5 (16,1%)	
	Више него једном дневно	1 (2%)	5 (16,1%)	
У свом животу, осећам присуство Божанског - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	1 (2%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 27,723$, p < 0,001
	Углавном <i>није</i> тачно	0	7 (22,6%)	
	Нисам сигуран/сигурна	13 (24,1%)	3 (9,7%)	
	Углавном тачно	28 (51,9%)	4 (12,9%)	
	Дефинитивно тачно за мене	12 (22%)	15 (48,4%)	
	Дефинитивно <i>није</i> тачно	3 (6,1%)	4 (12,9%)	
	Углавном <i>није</i> тачно	4 (7,1%)	6 (19,4%)	

Моја религијска убеђења су оно што је заиста у основи мог свеукупног приступа животу - (интринзична религиозност)	Нисам сигуран/сигурна	12 (22%)	1 (3,2%)	$\chi^2 = 15,400,$ $p = 0,004$
	Углавном тачно	28 (51,9%)	9 (29%)	
	Дефинитивно тачно за мене	7 (12,9%)	11 (35,5%)	
Трудим се из све снаге да пренесем своју религију у све друге делатности у свом животу - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	8 (14,8%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 4,407,$ $p = 0,354$
	Углавном <i>није</i> тачно	10 (18,5%)	6 (19,4%)	
	Нисам сигуран/сигурна	15 (27,8%)	3 (9,7%)	
	Углавном тачно	15 (27,8%)	11 (35,5%)	
	Дефинитивно тачно за мене	6 (11,1%)	6 (19,4%)	

Као што се може видети из Табеле 10, утврђена је статистички значајна разлика између медицинских техничара и доктора медицине у свим ставкама индекса религиозности обухваћених ТАБЕЛОМ 1 DUREL упитника, сем у последњој која се односи на став о укључивању религије у све друге животне делатности за који су испитаници обе групе рекли да је углавном тачан. Када је реч о одласку у Цркву, највећи проценат и техничара и доктора медицине то чини неколико пута годишње, с тим што велики проценат доктора (25,8%) практикује одласке и чешће и то више него једном седмично, што није случај са медицинским техничарима ($\chi^2 = 20,202, p = 0,001$). Слично, испитаници из групе техничара у највећем проценту (64,8%) негирају провођење времена у приватним религијским активностима, док 22,6% лекара то чини два пута седмично или чешће ($\chi^2 = 21,007, p = 0,001$). Разлике су детектоване и у сегменту који се односи на осећај присуства Божанског, тако да је 51,9% медицинских техничара става да је тврдња у вези постојања Божанског у њиховим животима углавном тачна, док 48,4% доктора медицине истиче да је ова тврдња за њих дефинитивно тачна ($\chi^2 = 27,723, p < 0,001$). Напослетку, највећи проценат медицинских техничара (51,9%) углавном сматра исправним став да су религијска убеђења оно што је заиста у основи свеукупног приступа животу, док 35,5% доктора медицине категорички тврди да су религијска убеђења дефинитивно оно што је у основи свеукупног приступа њиховим животима ($\chi^2 = 15,400, p = 0,004$).

Након парцијалне анализе ставки унутар ТАБЕЛЕ 1 DUREL упитника, прерачунат је DUREL1 скор сабирањем нумеричких вредности за сваку од пет ставки из табеле. Просечна вредност DUREL1 скорa за читаву студијску популацију износила је $16,20 \pm 5,26$ (најмања забележена вредност износила је 5, а максимална 27). У односу на занимање, није утврђена статистички значајна разлика у просечним вредностима DUREL1 скорa између групе медицинских техничара и групе доктора медицине ($15,41 \pm 3,89$ vs. $17,58 \pm 6,88$) (Mann Whitney test, $p = 0,084$).

Табела 2 – У оквиру табеле 2 DUREL анкете анализирано је десет ставки индекса религиозности састављеног на Универзитету Дјук, на које су испитаници одговарали са 1–“да“ или 2–“не“. Резултати добијени овом приликом приказани су табеларно, и то најпре за целокупну испитивану популацију (Табела 11), а потом и у односу на занимање ради утврђивања евентуалних разлика између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (Табела 12).

**Табела 11. Дистрибуција испитаника у оквиру друге табеле DUREL
упитника**

DUREL index ТАБЕЛА 2: Скала интринзичне религиозности		Испитаници n (%)
Моја вера укључује сав мој живот	да	46 (54,1%)
	не	39 (45,9%)
У свом животу, осећам присуство Божанског	да	68 (80%)
	не	17 (20%)
Иако сам религиозна особа, не допуштам религиозним обзирима да утичу на моје свакодневне послове	да	58 (68,2%)
	не	27 (31,8%)
Ништа ми није важније од служења Богу најбоље што умам	да	32 (37,6%)
	не	53 (62,4%)
Моја вера понекад ограничава моје поступке	да	45 (52,9%)
	не	40 (47,1%)
Моја религијска убеђења су оно што је заиста у основи мог свеукупног приступа животу	да	45 (52,9%)
	не	40 (47,1%)
Трудим се из све снаге да пренесем своју религију у све друге делатности у свом животу	да	29 (34,1%)
	не	56 (65,9%)
Човек би требало да затражи Божију помоћ када год доноси важну одлуку	да	53 (62,4%)
	не	32 (37,6%)
Иако верујем у религију, сматрам да постоје многе важније ствари у жиивоту	да	42 (49,4%)
	не	43 (50,6%)
Није толико важно у шта верујем, док год водим моралан живот	да	47 (55,3%)
	не	38 (44,7%)

Анализа ставки у оквиру ТАБЕЛЕ 2 DUREL анкете показала је да већи проценат испитаника сматра: да вера укључује сав њихов живот (54,1%), да осећају присуство Божанственог у свом животу (80%), да вера понекад ограничава њихове поступке (52,9%), да су религијска убеђења оно што је заиста у основи свеукупног приступа животу (52,9%), и да би човек требало да затражи Божију помоћ када год доноси важну одлуку (62,4%). Такође, више од пола испитаника (55,3%) истиче значај вођења моралног начина живота. С друге стране, иако испитаници у највећем проценту (68,2%) не допуштају религиозним обзирима да утичу на њихове свакодневне послове, став по питању важности религије у односу на друге ствари у животу прилично је уједначен, тако да 49,4% популације сматра да постоје и важније ствари од религије у животу, док осталих 50,6% даје предност религији. Резултати анализе разлика у ставовима испитаника групе медицинских техничара и групе доктора медицине приказана је у Табели 12.

Табела 12. Дистрибуција испитаника у оквиру друге табеле DUREL упитника према занимању

DUREL index ТАБЕЛА 2: Скала интринзичне религиозности		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	P
Моја вера укључује сав мој живот	да	27 (50%)	19 (61,3%)	$\chi^2 = 1,011,$ $p = 0,218$
	не	27 (50%)	12 (38,7%)	
У свом животу, осећам присуство Божанског	да	48 (88,9%)	20 (64,5%)	$\chi^2 = 7,312,$ $p = 0,008$
	не	6 (11,1%)	11 (35,5%)	
Иако сам религиозна особа, не допуштам религиозним обзирима да утичу на моје свакодневне послове	да	43 (79,6%)	15 (48,4%)	$\chi^2 = 8,869,$ $p = 0,003$
	не	11 (20,4%)	16 (51,6%)	
Ништа ми није важније од служења Богу најбоље што умем	да	16 (29,6%)	16 (51,6%)	$\chi^2 = 4,054,$ $p = 0,038$
	не	38 (70,4%)	15 (48,4%)	
Моја вера понекад ограничава моје поступке	да	27 (50%)	18 (58,1%)	$\chi^2 = 0,514,$ $p = 0,312$
	не	27 (50%)	13 (41,9%)	
Моја религијска убеђења су оно што је заиста у основи мог свеукупног приступа животу	да	26 (48,1%)	19 (61,3%)	$\chi^2 = 1,365,$ $p = 0,173$
	не	28 (51,9%)	12 (38,7%)	
Трудим се из све снаге да пренесем своју религију у све друге делатности у свом животу	да	15 (27,8%)	14 (45,2%)	$\chi^2 = 2,648,$ $p = 0,083$
	не	39 (72,2%)	17 (54,8%)	
Човек би требало да затражи Божију помоћ када год доноси важну одлуку	да	34 (62,9%)	19 (61,3%)	$\chi^2 = 0,023,$ $p = 0,529$
	не	20 (37,1%)	12 (38,7%)	
Иако верујем у религију, сматрам да постоје многе важније ствари у жиивоту	да	29 (53,7%)	13 (41,9%)	$\chi^2 = 1,091,$ $p = 0,206$
	не	25 (46,3%)	18 (58,1%)	
Није толико важно у шта верујем, док год водим моралан живот	да	33 (61,1%)	14 (45,2%)	$\chi^2 = 2,027,$ $p = 0,116$

Посматрано у односу на занимање, показана је статистички значајна разлика у ставовима између медицинских техничара и доктора медицине за осећај присуства Божанског ($\chi^2 = 7,312, p = 0,008$) тако да је процентуално више медицинских техничара дало потврдан одговор. Међутим, исто тако процентуално више медицинских техничара се изјаснило да не допушта религиозним обзирима да утичу на њихове свакодневне послове ($\chi^2 = 8,869, p = 0,003$) нити да им је служење Богу најважније ($\chi^2 = 4,054, p = 0,038$). Ставови доктора медицине за наведене ставке били су прилично уједначени и значајно мањи проценат дао је одричне одговоре на питања везана за религиозне обзире и свакодневицу, као и за служењу Богу.

Након парцијалне анализе ставки унутар ТАБЕЛЕ 2 DUREL упитника, прерачунат је DUREL2 скор сабирањем нумеричких вредности за сваку од десет ставки из табеле (уз примену обрнутог скоровања за ставке под редним бројем 3,9 и 10). Просечна вредност DUREL2 скорa за читаву студијску популацију износила је $14,98 \pm 3,17$ (најмања забележена вредност износила је 10, а максимална 20). У односу на занимање, није утврђена статистички значајна разлика у просечним вредностима DUREL2 скорa између групе медицинских техничара и групе доктора медицине ($15,37 \pm 2,58$ vs. $14,32 \pm 3,94$) (Mann Whitney test, $p = 0,135$).

Табела 5 – У оквиру табеле 5 DUREL анкете анализирано је пет ставки индекса религиозности састављеног на Универзитету Дјук. Резултати добијени овом приликом приказани су табеларно, и то најпре за целокупну испитавану популацију (Табела 13),а потом и у односу на занимање ради утврђивања евентуалних разлика између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (Табела 14).

Табела 13. Дистрибуција испитаника у оквиру пете табеле DUREL упитника

DUREL index	Испитаници	
ТАБЕЛА 5: Референтне вредности за индивидуалне ставке у индексу религиозности	n (%)	
Колико често идете у цркву или похађате друге верске скупове?	Никада	3 (3,5%)
	Једном годишње или ређе	19 (22,4%)
	Неколико пута годишње	36 (42,4%)
	Неколико пута месечно	12 (14,1%)
	Једном седмично	8 (9,4%)
	Више него једном седмично	7 (8,2%)
Колико често проводите време у приватним религиозним активностима?	Ретко или никада	39 (45,9%)
	Неколико пута месечно	22 (25,9%)
	Једном седмично	4 (4,7%)
	Два пута седмично или чешће	5 (5,9%)
	Свакодневно	9 (10,6%)
	Више него једном дневно	6 (7,1%)
У свом животу, осећам присуство Божанског - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	6 (7,1%)
	Углавном <i>нијетачно</i>	12 (14,1%)
	Нисам сигуран/сигурна	19 (22,4%)
	Углавном тачно	24 (28,2%)
	Дефинитивно тачно за мене	24 (28,2%)
Моја религиозна убеђења су оно што је заиста у основи мог свеукупног приступа животу - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	10 (11,8%)
	Углавном <i>нијетачно</i>	14 (16,5%)
	Нисам сигуран/сигурна	19 (22,4%)
	Углавном тачно	26 (30,6%)
	Дефинитивно тачно за мене	16 (18,8%)
Трудим се из све снаге да пренесем своју религију у све	Дефинитивно <i>није</i> тачно	16 (18,8%)
	Углавном <i>нијетачно</i>	24 (28,2%)
	Нисам сигуран/сигурна	13 (15,3%)

друге делатности у свом животу - (интринзична религиозност)	Углавном тачно	24 (28,2%)
	Дефинитивно тачно за мене	8 (9,4%)

На питање о учесталости одласка у цркву највећи проценат испитиване популације (42,4%) је рекао да то чини неколико пута годишње, али да исто тако ретко (45,9%) практикују провођење времена у приватним религијским активностима попут молитве. За тврдње у вези осећања присуства Божанског (28,2%), религијских убеђења као основе свеукупног приступа животу (30,6%) и имплементирања религије у све друге делатности живота (28,2%), сматрају да су углавном тачне.

Резултати анализе разлика у ставовима испитаника групе медицинских техничара и групе доктора медицине приказана је у Табели 14.

Табела 14. Дистрибуција испитаника у оквиру пете табеле DUREL упитника према занимању

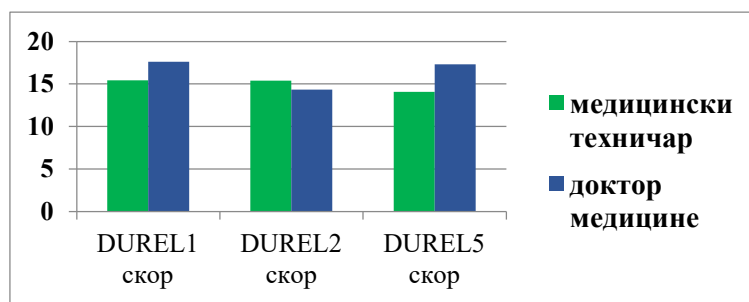
DUREL index ТАБЕЛА 5: Референтне вредности за индивидуалне ставке у индексу религиозности		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p
Колико често идете у цркву или похађате друге верске скупове?	Никада	1 (1,8%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 18,819,$ $p = 0,002$
	Једном годишње или ређе	12 (22,3%)	7 (22,5%)	
	Неколико пута годишње	29 (53,7%)	7 (22,5%)	
	Неколико пута месечно	9 (16,7%)	3 (9,8%)	
	Једном седмично	2 (3,7%)	6 (19,4%)	
	Више него једном седмично	1 (1,8%)	6 (19,4%)	
Колико често проводите време у приватним религијским активностима?	Ретко или никада	32 (59,25)	7 (22,5%)	$\chi^2 = 18,535,$ $p = 0,002$
	Неколико пута месечно	15 (27,9%)	7 (22,5%)	
	Једном седмично	1 (1,8%)	3 (9,8%)	
	Два пута седмично или чешће	1 (1,8%)	4 (12,9%)	
	Свакодневно	3 (5,6%)	6 (19,4%)	
	Више него једном дневно	2 (3,7%)	4 (12,9%)	
У свом животу, осећам присуство Божанског - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	3 (5,6%)	3 (9,8%)	$\chi^2 = 16,010,$ $p = 0,003$
	Углавном <i>није</i> тачно	6 (11,1%)	6 (19,4%)	
	Нисам сигуран/сигурна	16 (29,6%)	3 (9,8%)	
	Углавном тачно	20 (37%)	4 (12,9%)	
	Дефинитивно тачно за мене	9 (16,7%)	15 (48,4%)	
Моја религијска убеђења су оно што је заиста у основи мог свеукупног приступа животу - (интринзична религиозност)	Дефинитивно <i>није</i> тачно	6 (11,1%)	4 (12,9%)	$\chi^2 = 13,380,$ $p = 0,010$
	Углавном <i>није</i> тачно	8 (14,8%)	6 (19,4%)	
	Нисам сигуран/сигурна	17 (31,5%)	2 (6,4%)	
	Углавном тачно	18 (33,3%)	8 (25,8%)	
	Дефинитивно тачно за мене	5 (9,2%)	11 (35,5%)	
Трудим се из све снаге да пренесем своју религију у све	Дефинитивно <i>није</i> тачно	11 (20,4%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 4,192,$
	Углавном <i>није</i> тачно	18 (33,3%)	6 (19,4%)	
	Нисам сигуран/сигурна	8 (14,8%)	5 (16,1%)	

друге делатности у свом животу - (интринзична религиозност)	Углавном тачно	14 (25,9%)	10 (32,2%)	p = 0,381
	Дефинитивно тачно за мене	3 (5,6%)	5 (16,1%)	

Статистички значајне разлике између медицинских техничара и доктора медицине показане су за ставове у вези учесталости одласка у цркву или на друге верске скупове у смислу да је значајно већи проценат доктора истакао да одлази у цркву једном седмично (19,4%) односно више него једном седмично (19,4%), за разлику од медицинских техничара који су у највећем проценту дали одговор да то чине неколико пута годишње (53,7%) ($\chi^2 = 18,819, p = 0,002$). Иако су испитаници обе групе за провођење времена у приватним религијским активностима навели да то практикују ретко, евентуално неколико пута месечно, значајно већи проценат доктора медицине истакао је да то чини свакодневно (19,4%), односно више него једном дневно (12,9%), што није био случај у групи медицинских техничара ($\chi^2 = 18,535, p = 0,002$). Такође, доказана је значајна разлика у ставу везаном за осећај постојања Божанског, што је потврдило 48,4% доктора медицине ($\chi^2 = 16,010, p = 0,003$). Испитаници из групе медицинских техничара на ово питање махом су дали одговор да је тврдња о постојању Божанског углавном тачна (37%), односно да нису сигурни у постојање Божанског (29,6%). Напоследку, доктори медицине су већински става да су религијска убеђења дефинитивно оно што је заиста у основи свеукупног њиховог приступа животу (48,4%), док техничко особље истиче да није сигурно у ово тврдњу (31,5%), односно да је овај став углавном тачан (37%) ($\chi^2 = 16,010, p = 0,003$).

Након парцијалне анализе ставки унутар ТАБЕЛЕ 5 DUREL упитника, прерачунат је DUREL5 скор сабирањем нумеричких вредности за сваку од пет ставки из табеле. Просечна вредност DUREL5 скорa за читаву студијску популацију износила је $15,25 \pm 5,78$ (најмања забележена вредност износила је 5, а максимална 27). У односу на занимање, утврђена је статистички значајна разлика у просечним вредностима DUREL5 скорa између групе медицинских техничара и групе доктора медицине ($14,07 \pm 4,43$ vs. $17,29 \pm 7,23$) (Mann Whitney test, $p = 0,040$), тако да су вредности скорa биле значајно веће код доктора медицине.

Графички приказ односа три скорa детерминисана у оквиру анализе индекса религиозности међу медицинским техничарима и докторима медицине дат је на Слици 8.



Слика 8. Однос вредности индекса религиозности код медицинских техничара и доктора медицине

4.4.Анализа дневног духовног искуства

Духовно искуство испитаника анализирано је применом Скале дневног духовног искуства (*Daily Spiritual Experience Scale, DSES*), као и одређивањем индекса духовног искуства (*Spiritual Experience Index, SEI*), и ревидираног индекса духовног искуства (*Spiritual Experience Index-Revised, SEI-R*). Додатно је анализирана и скала преиспитивања.

4.4.1. Скала духовног дневног искуства

У оквиру скале духовног дневног искуства анализирано је 14 ставки са могућим одговором 1–много пута дневно, 2– сваког дана, 3– скоро сваки дан, 4– неким данима, 5– једном у дужем временском периоду, 6– никада или скоро никада. Свака од ставки анализирана је најпре посебно, а сабирањем вредности 14 ставки одређен је DSES скор. Посебно је утврђена блискост испитаника са Богом (15.ставка у скали) (1– нимало блиско, 2–донекле блиско, 3–веома блиско, 4–најближе могуће). Подаци добијени обрадом целокупног студијског узорка приказани су у Табели 15.

Табела 15. Дистрибуција испитаника у оквиру скале духовног дневног искуства

Скала духовног дневног искуства(DSES)		Испитаници n (%)
Осећам присуство Бога	Много пута дневно	15 (17,6%)
	Сваког дана	14 (16,5%)
	Скоро сваки дан	11 (12,9%)
	Неким данима	22 (25,9%)
	Једном у дужем временском периоду	11 (12,9%)
	Никада или скоро никада	12 (14,1%)
Целог живота осећам повезаност	Много пута дневно	12 (14,1%)
	Сваког дана	11 (12,9%)
	Скоро сваки дан	10 (11,8%)
	Неким данима	23 (27,1%)
	Једном у дужем временском периоду	17 (20%)
	Никада или скоро никада	12 (14,1%)
За време службе Божије, или другим приликама када се обраћам Богу, осећам радост која ме издиже изнад свакодневних брига	Много пута дневно	10 (11,8%)
	Сваког дана	9 (10,6%)
	Скоро сваки дан	16 (18,8%)
	Неким данима	24 (28,2%)
	Једном у дужем временском периоду	9 (10,6%)
	Никада или скоро никада	17 (20%)
Религија или духовност даје ми снагу	Много пута дневно	15 (17,6%)
	Сваког дана	15 (17,6%)
	Скоро сваки дан	12 (14,1%)
	Неким данима	26 (30,6%)
	Једном у дужем временском периоду	8 (9,4%)
	Никада или скоро никада	9 (10,6%)

Налазим утеху у својој религији или духовности	Много пута дневно	12 (14,1%)
	Сваког дана	10 (11,8%)
	Скоро сваки дан	14 (16,5%)
	Неким данима	23 (27,1%)
	Једном у дужем временском периоду	12 (14,1%)
	Никада или скоро никада	14 (16,5%)
Осећам дубоки душевни мир и хармонију	Много пута дневно	9 (10,6%)
	Сваког дана	15 (17,6%)
	Скоро сваки дан	17 (20%)
	Неким данима	29 (34,1%)
	Једном у дужем временском периоду	8 (9,4%)
	Никада или скоро никада	7 (8,2%)
Молим за Божију помоћ током свакодневних активности	Много пута дневно	13 (15,3%)
	Сваког дана	10 (11,8%)
	Скоро сваки дан	14 (16,5%)
	Неким данима	25 (29,4%)
	Једном у дужем временском периоду	10 (11,8%)
	Никада или скоро никада	13 (15,3%)
Директно осећам љубав Божију према мени	Много пута дневно	15 (17,6%)
	Сваког дана	16 (18,8%)
	Скоро сваки дан	12 (14,1%)
	Неким данима	20 (23,5%)
	Једном у дужем временском периоду	7 (8,2%)
	Никада или скоро никада	15 (17,6%)
Кроз друге људе осећам љубав Божију према мени	Много пута дневно	12 (14,1%)
	Сваког дана	10 (11,8%)
	Скоро сваки дан	7 (8,2%)
	Неким данима	29 (34,1%)
	Једном у дужем временском периоду	11 (12,9%)
	Никада или скоро никада	16 (18,8%)
Духовно сам дирнут/дирнута лепотом свега што је Бог створио	Много пута дневно	18 (21,2%)
	Сваког дана	9 (10,6%)
	Скоро сваки дан	16 (18,8%)
	Неким данима	19 (22,4%)
	Једном у дужем временском периоду	11 (12,9%)
	Никада или скоро никада	12 (14,1%)
Осећам захвалност за благослове	Много пута дневно	19 (22,4%)
	Сваког дана	16 (18,8%)
	Скоро сваки дан	16 (18,8%)
	Неким данима	18 (21,2%)
	Једном у дужем временском периоду	8 (9,4%)
	Никада или скоро никада	8 (9,4%)
Несебично бринем за друге	Много пута дневно	29 (34,1%)
	Сваког дана	13 (15,3%)
	Скоро сваки дан	22 (25,9%)
	Неким данима	10 (11,8%)
	Једном у дужем временском периоду	7 (8,2%)

	Никада или скоро никада	4 (4,7%)
Прихватам друге чак и ако раде нешто што сматрам да је погрешно	Много пута дневно	23 (27,1%)
	Сваког дана	11 (12,9%)
	Скоро сваки дан	25 (29,4%)
	Неким данима	11 (12,9%)
	Једном у дужем временском периоду	9 (10,6%)
	Никада или скоро никада	6 (7,1%)
Желим да будем ближе Богу или у заједници са Њим	Много пута дневно	17 (20%)
	Сваког дана	9 (10,6%)
	Скоро сваки дан	11 (12,9%)
	Неким данима	20 (23,5%)
	Једном у дужем временском периоду	13 (15,3%)
	Никада или скоро никада	15 (17,6%)
Уопштено говорећи, колико се блиско Богу осећате?	Нимало блиско	10 (11,8%)
	Донекле блиско	37 (43,5%)
	Веома блиско	32 (37,6%)
	Најближе могуће	6 (7,1%)

Анкетирањем испитаника утврђено је да највећи проценат студијске популације неким данима: осећа присуство Бога (25,9%), осећа повезаност (27,1%), за време службе Божије осећа радост која се издиже изнад свих брига свакодневних (28,2%), да им религија или духовност дају снагу (30,6%), да налазе утеху својој религији (27,1%), да осећају дубоки душевни мир и хармонију (34,1%), да се моле за Божију помоћ током свакодневних активности (29,4%), да директно осећају љубав Божију (23,5%), да кроз друге људе осећају љубав Божију (34,1%), да су духовно дирнути лепотом свега што је Бог створио (22,4%), и да желе да буду ближе Богу (23,5%). Односно, највећи проценат испитаника изјаснио се да много пута дневно осећају захвалност за благослове (22,4%), и да несебично брину за друге (34,1%), а да скоро сваки дан прихватају друге чак и ако раде нешто што сматрају да је погрешно (29,4%). Уопштено говорећи, сматрају да су донекле блиско Богу (43,5%).

У Табели 16 приказане су разлике у дистрибуцији испитаника у односу на занимање, а везано за скалу духовног дневног искуства

Табела 16. Дистрибуција испитаника према занимању у оквиру скале духовног дневног искуства

Скала духовног дневног искуства(DSES)		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p
Осећам присуство Бога	Много пута дневно	6 (11,1%)	9 (29%)	$\chi^2 = 17,063,$ $p = 0,004$
	Сваког дана	8 (14,8%)	6 (19,4%)	
	Скоро сваки дан	10 (18,5%)	1 (3,2%)	
	Неким данима	19 (35,2%)	3 (9,7%)	
	Једном у дужем временском периоду	7 (13%)	4 (12,9%)	
	Никада или скоро никада	4 (7,4%)	8 (25,8%)	
	Много пута дневно	7 (13%)	5 (16,1%)	

Целог живота осећам повезаност	Сваког дана	8 (14,8%)	3 (9,7%)	$\chi^2 = 8,353,$ $p = 0,138$
	Скоро сваки дан	5 (9,2%)	5 (16,1%)	
	Неким данима	17 (31,5%)	6 (19,4%)	
	Једном у дужем временском периоду	13 (24,1%)	4 (12,9%)	
	Никада или скоро никада	4 (7,4%)	8 (25,8%)	
За време службе Божије, или другим приликама када се обраћам Богу, осећам радост која ме издиже изнад свакодневних брига	Много пута дневно	5 (9,2%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 2,999,$ $p = 0,700$
	Сваког дана	7 (13%)	2 (6,4%)	
	Скоро сваки дан	10 (18,5%)	6 (19,4%)	
	Неким данима	17 (31,5%)	7 (22,6%)	
	Једном у дужем временском периоду	6 (11,1%)	3 (9,7%)	
	Никада или скоро никада	9 (16,7%)	8 (25,8%)	
Религија или духовност даје ми снагу	Много пута дневно	8 (14,8%)	7 (22,6%)	$\chi^2 = 8,944,$ $p = 0,111$
	Сваког дана	9 (16,7%)	6 (19,4%)	
	Скоро сваки дан	9 (16,7%)	3 (9,7%)	
	Неким данима	21 (38,9%)	5 (16,1%)	
	Једном у дужем временском периоду	4 (7,4%)	4 (12,9%)	
	Никада или скоро никада	3 (5,6%)	6 (19,4%)	
Налазим утеху у својој религији или духовности	Много пута дневно	5 (9,2%)	7 (22,6%)	$\chi^2 = 7,173,$ $p = 0,208$
	Сваког дана	5 (9,2%)	5 (16,1%)	
	Скоро сваки дан	11 (20,4%)	3 (9,7%)	
	Неким данима	18 (33,3%)	5 (16,1%)	
	Једном у дужем временском периоду	7 (13%)	5 (16,1%)	
	Никада или скоро никада	8 (14,8%)	6 (19,4%)	
Осећам дубоки душевни мир и хармонију	Много пута дневно	5 (9,2%)	4 (12,9%)	$\chi^2 = 2,696,$ $p = 0,747$
	Сваког дана	11 (20,4%)	4 (12,9%)	
	Скоро сваки дан	10 (18,5%)	7 (22,6%)	
	Неким данима	20 (37%)	9 (29%)	
	Једном у дужем временском периоду	5 (9,2%)	3 (9,7%)	
	Никада или скоро никада	3 (5,6%)	4 (12,9%)	
Молим за Божију помоћ током свакодневних активности	Много пута дневно	7 (13%)	6 (19,4%)	$\chi^2 = 8,094,$ $p = 0,151$
	Сваког дана	4 (7,4%)	6 (19,4%)	
	Скоро сваки дан	10 (18,5%)	4 (12,9%)	
	Неким данима	20 (37%)	5 (16,1%)	
	Једном у дужем временском периоду	7 (13%)	3 (9,7%)	
	Никада или скоро никада	6 (11,1%)	7 (22,6%)	
Директно осећам љубав Божију према мени	Много пута дневно	7 (13%)	8 (25,8%)	$\chi^2 = 9,534,$ $p = 0,090$
	Сваког дана	13 (24,1%)	3 (9,7%)	
	Скоро сваки дан	10 (18,5%)	2 (6,4%)	
	Неким данима	14 (25,9%)	6 (19,4%)	
	Једном у дужем временском периоду	3 (5,6%)	4 (12,9%)	

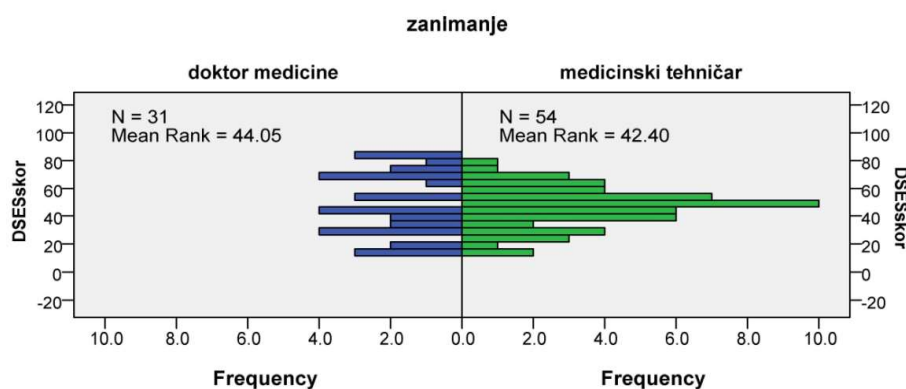
	Никада или скоро никада	7 (13%)	8 (25,8%)	
Кроз друге људе осећам љубав Божију према мени	Много пута дневно	7 (13%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 1,204,$ $p = 0,944$
	Сваког дана	7 (13%)	3 (9,7%)	
	Скоро сваки дан	4 (7,4%)	3 (9,7%)	
	Неким данима	20 (37%)	9 (29%)	
	Једном у дужем временском периоду	6 (11,1%)	5 (16,1%)	
	Никада или скоро никада	10 (18,5%)	6 (19,4%)	
Духовно сам дирнут/дирнута лепотом свега што је Бог створио	Много пута дневно	10 (18,5%)	8 (25,8%)	$\chi^2 = 4,001,$ $p = 0,549$
	Сваког дана	6 (11,1%)	3 (9,7%)	
	Скоро сваки дан	11 (20,4%)	5 (16,1%)	
	Неким данима	15 (27,8%)	4 (12,9%)	
	Једном у дужем временском периоду	6 (11,1%)	5 (16,1%)	
	Никада или скоро никада	6 (11,1%)	6 (19,4%)	
Осећам захвалност за благослове	Много пута дневно	11 (20,4%)	8 (25,8%)	$\chi^2 = 6,474,$ $p = 0,263$
	Сваког дана	11 (20,4%)	5 (16,1%)	
	Скоро сваки дан	10 (18,5%)	6 (19,4%)	
	Неким данима	15 (27,8%)	3 (9,7%)	
	Једном у дужем временском периоду	4 (7,4%)	4 (12,9%)	
	Никада или скоро никада	3 (5,6%)	5 (16,1%)	
Несебично бринем за друге	Много пута дневно	22 (40,7%)	7 (22,6%)	$\chi^2 = 8,535,$ $p = 0,129$
	Сваког дана	9 (16,7%)	4 (12,9%)	
	Скоро сваки дан	15 (27,8%)	7 (22,6%)	
	Неким данима	4 (7,4%)	6 (19,4%)	
	Једном у дужем временском периоду	3 (5,6%)	4 (12,9%)	
	Никада или скоро никада	1 (1,8%)	3 (9,7%)	
Прихватам друге чак и ако раде нешто што сматрам да је погрешно	Много пута дневно	17 (31,5%)	6 (19,4%)	$\chi^2 = 5,250,$ $p = 0,386$
	Сваког дана	8 (14,8%)	3 (9,7%)	
	Скоро сваки дан	16 (29,7%)	9 (29%)	
	Неким данима	7 (13%)	4 (12,9%)	
	Једном у дужем временском периоду	4 (7,4%)	5 (16,1%)	
	Никада или скоро никада	2 (3,7%)	4 (12,9%)	
Желим да будем ближе Богу или у заједници са Њим	Много пута дневно	6 (11,1%)	11 (35,5%)	$\chi^2 = 12,484,$ $p = 0,029$
	Сваког дана	6 (11,1%)	3 (9,7%)	
	Скоро сваки дан	10 (18,5%)	1 (3,2%)	
	Неким данима	16 (29,7%)	4 (12,9%)	
	Једном у дужем временском периоду	8 (14,8%)	5 (16,1%)	
	Никада или скоро никада	8 (14,8%)	7 (22,6%)	
Уопштено говорећи, колико се блиско Богу осећате?	Нимало блиско	5 (9,2%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 2,004,$ $p = 0,572$
	Донекле блиско	26 (48,1%)	11 (35,5%)	
	Веома блиско	20 (37%)	12 (38,7%)	
	Најближе могуће	3 (5,6%)	3 (9,7%)	

Тестирање разлика у ставовима две групе испитаника, указало је на постојање значајне разлике између групе медицинских техничара и групе доктора медицине у осећању

присуства Бога ($\chi^2 = 17,063, p = 0,004$) као и жељи да се буде ближе Богу и у заједници са њим ($\chi^2 = 12,484, p = 0,029$). У првом случају највећи проценат медицинских техничара (35,2%) изјаснио се да неким данима осећа присуство Бога, док је највећи проценат доктора медицине (29%) рекао да много пута дневно осећа присуство Бога. Када је у питању жеља да се буде ближе Богу, медицински техничари (29,7%) у највећем броју тврде да неким данима имају ову жељу, док су доктори медицине (35,5%) става да много пута дневно пожелеле да су ближе Богу.

Када је у питању DSES скор, просечна вредност у целој студијској популацији износила је $47,35 \pm 18,22$ (минимална забележена вредност 14, максимална забележена вредност 84). У односу на занимање, просечна вредност DSES скор код медицинских техничара износила је $46,68 \pm 15,03$, док је просечна вредност DSES скор код доктора медицине била $48,52 \pm 22,98$. Није утврђена статистички значајна разлика у средњим вредностима DSES скорa између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (Independent samples T test, $p = 0,658$) (Слика 9).

Слика 9. Однос вредности укупног DSES скорa код медицинских техничара и доктора медицине



4.5. Индекса духовног искуства (Spiritual Experience Index, SEI)

Сви испитаници обухваћени истраживањем анкетирани су на 38 питања у оквиру Индекса духовног искуства са могућим одговором 1– изразито се не слажем, 2– не слажем се, 3– донекле се не слажем, 4– донекле се слажем, 5– слажем се, 6– изразито се слажем (Табела 18). Након анализе појединачних детерминанти, одређиван је SEI индекс, сабирањем вредности сваке од 38 ставки.

Табела 18. Дистрибуција испитаника у оквиру индекса духовног искуства

Индекс духовног искуства(SEI)		Испитаници n (%)
Често осећам блиску повезаност са вишом силом	изразито се не слажем	10 (11,8%)
	не слажем се	9 (10,6%)
	донекле се не слажем	14 (16,5%)
	донекле се слажем	29 (34,1%)

	слажем се	19 (22,4%)
	изразито се слажем	4 (4,7%)
Често осећам да немам много контроле над оним што ми се дешава	изразито се не слажем	4 (4,7%)
	не слажем се	20 (23,5%)
	донекле се не слажем	23 (27,1%)
	донекле се слажем	18 (21,2%)
	слажем се	4 (16,5%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Моја вера даје мом животу значење и смисао.	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	15 (17,6%)
	донекле се не слажем	18 (21,2%)
	донекле се слажем	13 (15,3%)
	слажем се	18 (21,2%)
	изразито се слажем	15 (17,6%)
Моја вера је начин живота.	изразито се не слажем	8 (9,4%)
	не слажем се	12 (14,1%)
	донекле се не слажем	20 (23,5%)
	донекле се слажем	21 (24,7%)
	слажем се	18 (21,2%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Идеје из вероисповести које су другачије од моје могу да повећају моје разумевање духовне истине	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	17 (20%)
	донекле се слажем	28 (32,9%)
	слажем се	13 (15,3%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
Не треба се венчавати са особом друге вероисповести	изразито се не слажем	22 (25,9%)
	не слажем се	24 (28,2%)
	донекле се не слажем	11 (12,9%)
	донекле се слажем	15 (17,6%)
	слажем се	8 (9,4%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
Моја вера је важан део мог идентитета.	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	14 (16,5%)
	донекле се не слажем	13 (15,3%)
	донекле се слажем	17 (20%)
	слажем се	27 (31,8%)
	изразито се слажем	9 (10,6%)
Моја вера ми помаже да се ухватим укоштац са трагедијом и патњом.	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	13 (15,3%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	10 (11,8%)
	слажем се	25 (29,4%)
	изразито се слажем	15 (17,6%)
Моја вера је често дубоко емоционално искуство	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	14 (16,5%)
	донекле се не слажем	11 (12,9%)

	донекле се слажем	22 (25,9%)
	слажем се	25 (29,4%)
	изразито се слажем	8 (9,4%)
Тешко ми је да формирам јасну, конкретну представу Бога	изразито се не слажем	10 (11,8%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	17 (20%)
	донекле се слажем	19 (22,4%)
	слажем се	16 (18,8%)
	изразито се слажем	7 (8,2%)
Верујем да постоји само једна истинска вера	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	14 (16,5%)
	донекле се не слажем	18 (21,2%)
	донекле се слажем	15 (17,6%)
	слажем се	18 (21,2%)
	изразито се слажем	13 (15,3%)
Важно је да следим религијска веровања мојих родитеља	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	17 (20%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	20 (23,5%)
	слажем се	20 (23,5%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Сазнавање о другим вероисповестима је важан део мог духовног развоја	изразито се не слажем	2 (2,4%)
	не слажем се	9 (10,6%)
	донекле се не слажем	21 (24,7%)
	донекле се слажем	21 (24,7%)
	слажем се	23 (27,1%)
	изразито се слажем	9 (10,6%)
Често размишљам о верским темама	изразито се не слажем	9 (10,6%)
	не слажем се	17 (20%)
	донекле се не слажем	19 (22,4%)
	донекле се слажем	21 (24,7%)
	слажем се	14 (16,5%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
Ако је моја вера довољно снажна, нећу искусити сумњу	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	17 (20%)
	донекле се слажем	17 (20%)
	слажем се	18 (21,2%)
	изразито се слажем	10 (11,8%)
Покоравање религијској доктрини је најважнији аспект моје вере	изразито се не слажем	11 (12,9%)
	не слажем се	19 (22,4%)
	донекле се не слажем	25 (29,4%)
	донекле се слажем	20 (23,5%)
	слажем се	5 (5,9%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	13 (15,3%)

Свој однос према Богу доживљавам као безусловну љубав	донекле се не слажем	14 (16,5%)
	донекле се слажем	15 (17,6%)
	слажем се	20 (23,5%)
	изразито се слажем	17 (20%)
Моја духовна уверења мењају се како сусрећем нове идеје и искуства	изразито се не слажем	16 (18,8%)
	не слажем се	22 (25,9%)
	донекле се не слажем	24 (28,2%)
	донекле се слажем	12 (14,1%)
	слажем се	5 (5,9%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Понекад нисам сигурна/сигурна како да на најбољи начин решим морални конфликт	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	15 (17,6%)
	донекле се не слажем	20 (23,5%)
	донекле се слажем	24 (28,2%)
	слажем се	12 (14,1%)
	изразито се слажем	8 (9,4%)
Често се бојим казне Божије	изразито се не слажем	11 (12,9%)
	не слажем се	12 (14,1%)
	донекле се не слажем	15 (17,6%)
	донекле се слажем	22 (25,9%)
	слажем се	16 (18,8%)
	изразито се слажем	9 (10,6%)
Иако понекад не достижем своје духовне идеале, ја сам ипак у основи добра и достојна особа	изразито се не слажем	3 (3,5%)
	не слажем се	5 (5,9%)
	донекле се не слажем	10 (11,8%)
	донекле се слажем	16 (18,8%)
	слажем се	36 (42,4%)
	изразито се слажем	15 (17,6%)
Главна сврха молитве је да се избегне лична трагедија	изразито се не слажем	14 (16,5%)
	не слажем се	25 (29,4%)
	донекле се не слажем	15 (17,6%)
	донекле се слажем	17 (20%)
	слажем се	10 (11,8%)
	изразито се слажем	4 (4,7%)
Могу да искушим духовне сумње и да ипак останем предан/предана својој вери	изразито се не слажем	3 (3,5%)
	не слажем се	10 (11,8%)
	донекле се не слажем	11 (12,9%)
	донекле се слажем	22 (25,9%)
	слажем се	30 (35,3%)
	изразито се слажем	9 (10,6%)
Верујем да је свет у основи добар	изразито се не слажем	1 (1,2%)
	не слажем се	8 (9,4%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	29 (34,1%)
	слажем се	26 (30,6%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
Моја вера ми омогућава да искушим опроштај када поступама супротно од своје моралне савести	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	7 (8,2%)
	донекле се не слажем	19 (22,4%)
	донекле се слажем	25 (29,4%)

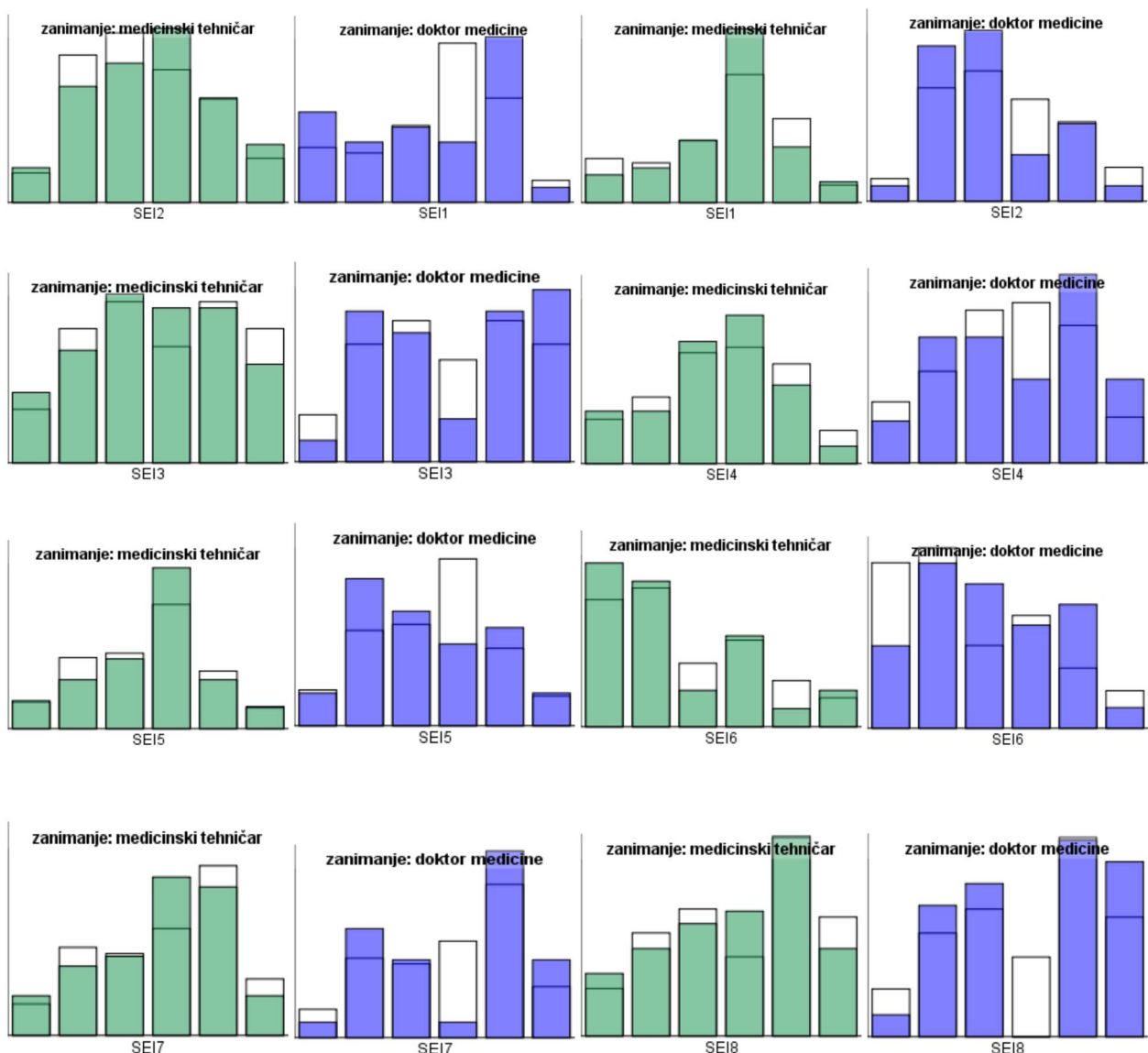
	слажем се	23 (27,1%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
Важно је да да су моја духовна убеђења у складу са духовним убеђењима особа које су ми најближе	изразито се не слажем	2 (2,4%)
	не слажем се	18 (21,2%)
	донекле се не слажем	17 (20%)
	донекле се слажем	23 (27,1%)
	слажем се	20 (23,5%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
Особе различитих вероисповести имају заједничку духовну везу	изразито се не слажем	3 (3,5%)
	не слажем се	18 (21,2%)
	донекле се не слажем	12 (14,1%)
	донекле се слажем	29 (34,1%)
	слажем се	17 (20%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Стичем духовну снагу поверењем у вишу силу	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	11 (12,9%)
	донекле се слажем	28 (32,9%)
	слажем се	15 (17,6%)
	изразито се слажем	9 (10,6%)
Обично постоји само једно правилно решење сваке моралне дилеме	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	19 (22,4%)
	донекле се слажем	24 (28,2%)
	слажем се	15 (17,6%)
	изразито се слажем	5 (5,9%)
Чиним свестан напор да живим у складу са својим духовним вредностима	изразито се не слажем	4 (4,7%)
	не слажем се	11 (12,9%)
	донекле се не слажем	15 (17,6%)
	донекле се слажем	25 (29,4%)
	слажем се	21 (24,7%)
	изразито се слажем	9 (10,6%)
Осећам снажну духовну повезаност са целим човечанством	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	18 (21,2%)
	донекле се не слажем	17 (20%)
	донекле се слажем	30 (35,3%)
	слажем се	8 (9,4%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Моја вера је лично искуство које са другима делим веома ретко, ако то искуство уопште икада делим са другима	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	12 (14,1%)
	донекле се не слажем	26 (30,6%)
	донекле се слажем	21 (24,7%)
	слажем се	14 (16,5%)
	изразито се слажем	7 (8,2%)
Дељење моје вере са другима је важно за мој духовни развој	изразито се не слажем	10 (11,8%)
	не слажем се	18 (21,2%)
	донекле се не слажем	21 (24,7%)
	донекле се слажем	17 (20%)
	слажем се	13 (15,3%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Никада не доводим у питање учења моје вере	изразито се не слажем	3 (3,5%)
	не слажем се	14 (16,5%)

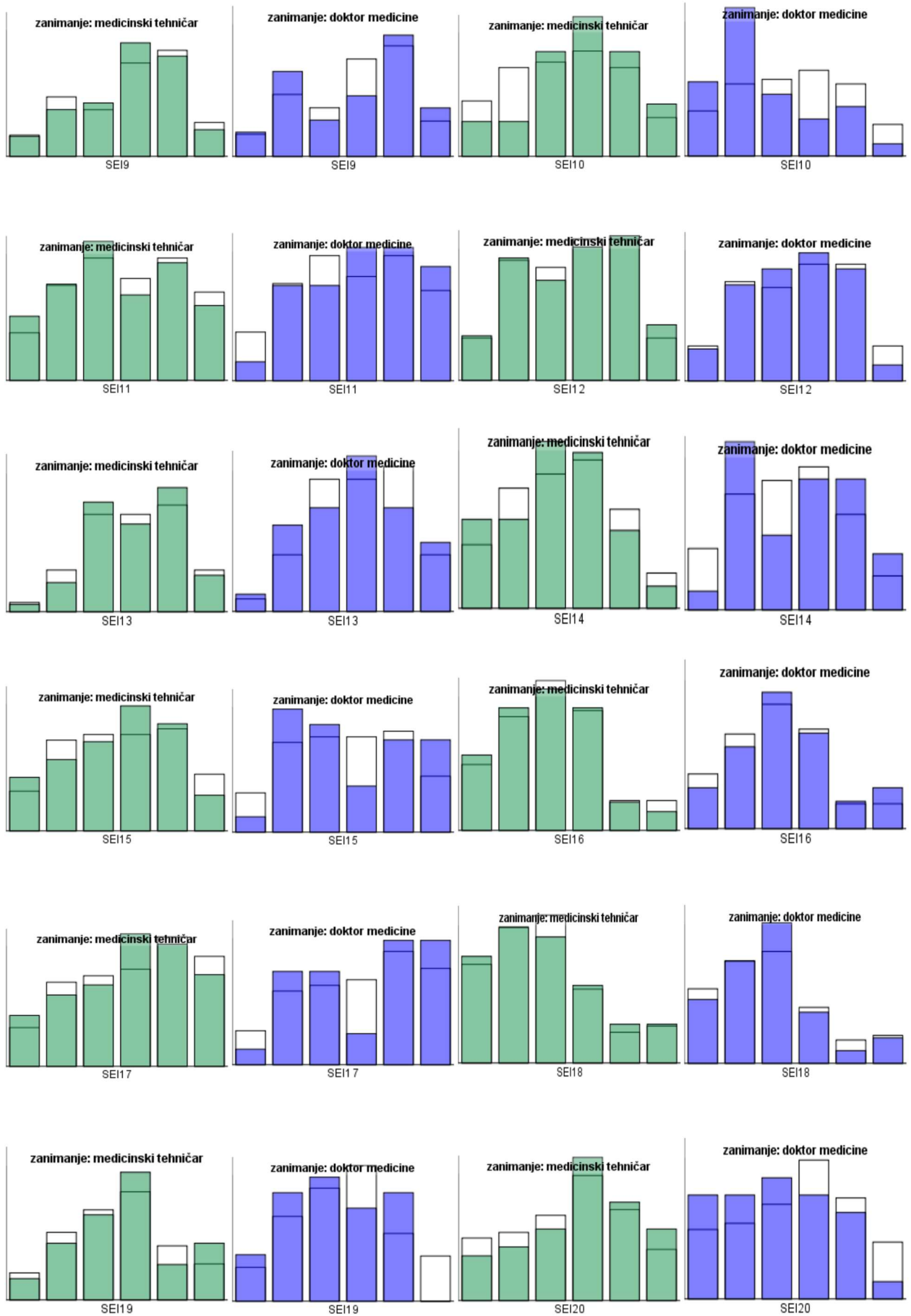
	донекле се не слажем	13 (15,3%)
	донекле се слажем	21 (24,7%)
	слажем се	22 (25,9%)
	изразито се слажем	12 (14,1%)
Верујем да је свет у основи зао	изразито се не слажем	32 (37,6%)
	не слажем се	22 (25,9%)
	донекле се не слажем	21 (24,7%)
	донекле се слажем	9 (10,6%)
	слажем се	/
Религијски списи се најбоље могу интерпретирати као симболички покушаји да се саопште врховне истине	изразито се не слажем	4 (4,7%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	22 (25,9%)
	донекле се слажем	28 (32,9%)
	слажем се	12 (14,1%)
	изразито се слажем	3 (3,5%)
Моја вера усмерава у целости мој став према животу	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	11 (12,9%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	26 (30,6%)
	слажем се	19 (22,4%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Побољшање људског јединства је важан духовни циљ	изразито се не слажем	2 (2,4%)
	не слажем се	8 (9,4%)
	донекле се не слажем	9 (10,6%)
	донекле се слажем	16 (18,8%)
	слажем се	31 (36,5%)
	изразито се слажем	19 (22,4%)

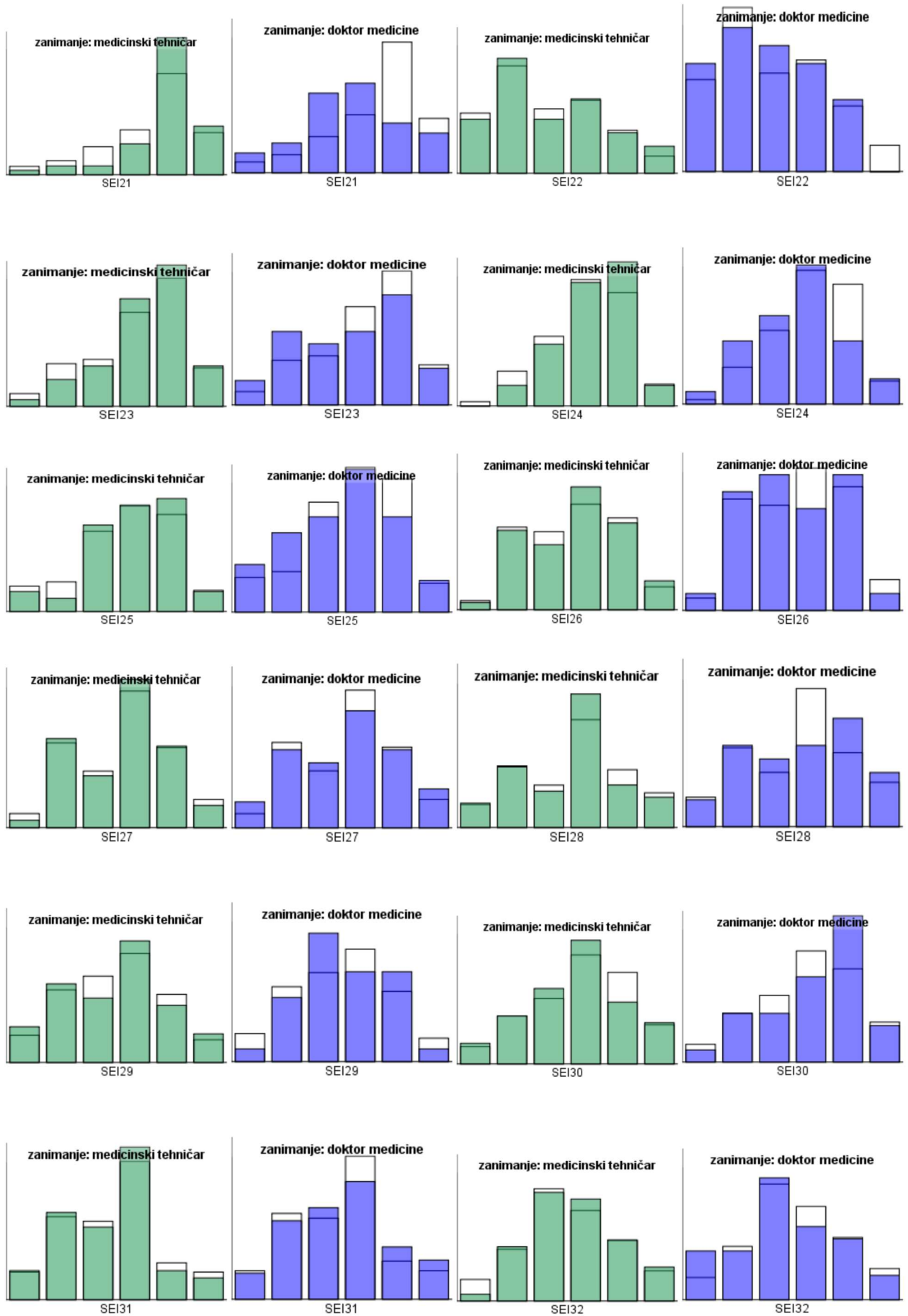
Када је у питању индекс духовног искуства, највећи проценат испитиване популације се донекле слаже са ставовима да: често осећају блиску повезаност са вишом силом (34,1%), да је вера начин живота (24,7%), да идеје из вероисповести које су другачије од њихових могу да повећају њихове разумевање духовне истине (32,9%), да им је тешко да формирају јасну, конкретну представу Бога (22,4%), често размишљају о верским темама (24,7%), да понекад нису сигурни како да на најбољи начин реше морални конфликт (28,2%), да се често боје казне Божије (25,9%), да верују да је свет у основи добар (34,1%), да им њихова вера омогућава да искусе опроштај када поступе супротно од своје моралне савести (29,4%), да им је важно да су њихова духовна убеђења у складу са духовним убеђењима особа које су им најближе (27,1%), да особе различитих вероисповести имају заједничку духовну везу (34,1%), да стичу духовну снагу поверењем у вишу силу (32,9%), да обично постоји само једно правилно решење сваке моралне дилеме (28,2%), да чине свестан напор да живе у складу са својим духовним вредностима (29,4%), да осећају снажну духовну повезаност са целим човечанством (35,3%), да се религијски списи најбоље могу интерпретирати као симболички покушаји да се саопште врховне истине (32,9%), као и то да вера усмерава у целости њихов став према животу (30,6%). Испитаници се у највећем проценту слажу са ставом да је вера важан део њиховог идентитета (31,8%), да им њихова вера помаже да се ухвате у коштац са трагедијом и патњом (29,4%), да је њихова вера често дубоко емоционално искуство (29,4%), да верују да постоји само једна истинска вера (21,2%), да је важно следити религијска веровања својих родитеља (23,5%), да сазнавање о другим вероисповестима представља важан део њиховог духовног развоја (27,1%), да ако је њихова вера довољно снажна, нећу искусити сумњу (21,2%), да свој однос према Богу доживљавају

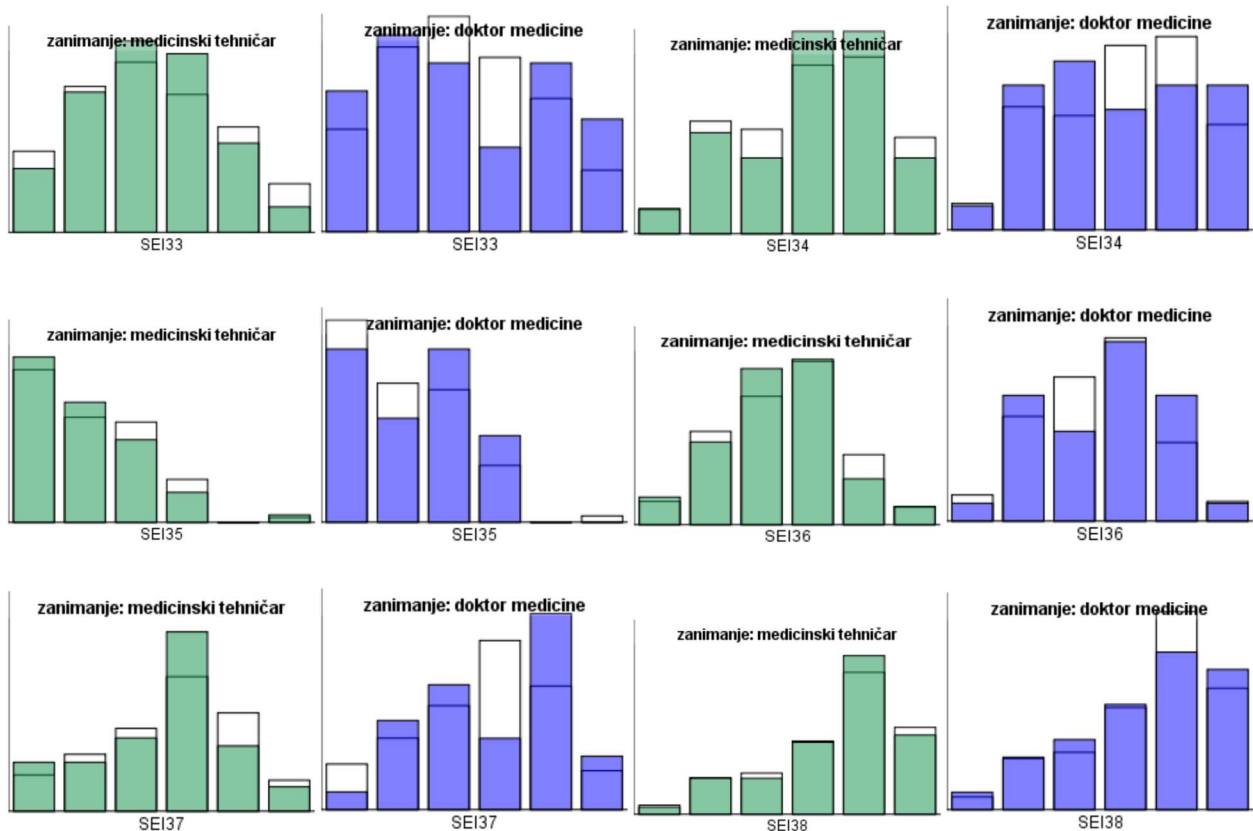
као безусловну љубав (23,5%), да иако понекад не достижу своје духовне идеале, у основи су ипак добре и достојне особе (42,4%), да могу да искусе духовне сумње и да ипак остану предани својој вери (35,3%), да никада не доводе у питање учења вере (25,9%) и да је побољшање људског јединства важан духовни циљ (36,5%). Супротно, студијска популација донекле се не слаже са следећим: да често осећају да немају много контроле над оним што им се дешава (27,1%), да вера даје њиховом животу значење и смисао (21,2%), да покораване религијској доктрини јесте најважнији аспект њихове вере (29,4%), да се њихова духовна уверења мењају у сусрету са новим идејама и искуствима (28,2%), да је вера лично искуство које са другима деле веома ретко (30,6%) и да је дељење вере са другима важно за њихов духовни развој (24,7%). Испитаници се у највећем проценту не слажу са ставом да се не треба венчавати са особом друге вероисповести (28,2%) и да је главна сврха молитве да се избегне лична трагедија (29,4%). Изразито се не слажу са константацијом да је свет у основи зао (37,6%).

Ставови испитаника у односу на занимање (медицински техничар/доктор медицине) за сваку од 38 ставки Индекса духовног искуства (SE11–38) приказани су графички у форми хистограма дистрибуције на Слици 10.









Слика 10. Хистограми дистрибуције испитаника две студијске групе за индекс духовног искуства

Посматрано у односу на занимање утврђена је статистички значајна разлика у дистрибуцији испитаника две групе везано за: осећање блиске повезаности са вишом силом (SEI1), став у вези венчавања са особом друге вероисповести (SEI6), чињенице да иако понекад не достижу своје духовне идеале, да су испитаници ипак у основи добре и достојне особе (SEI21) и осећаја да вера усмерава у целисти њихов став према животу (SEI37). Појединачне вредности Хи квадрат теста добијене анализом разлика у фреквенцији одговора за Индекс духовног искуства две групе испитаника дате су у Табели 19.

Табела 19. Резултати добијени тестирањем разлика у дистрибуцији одговора за Индекс духовног искуства код медицинских техничара и доктора медицине

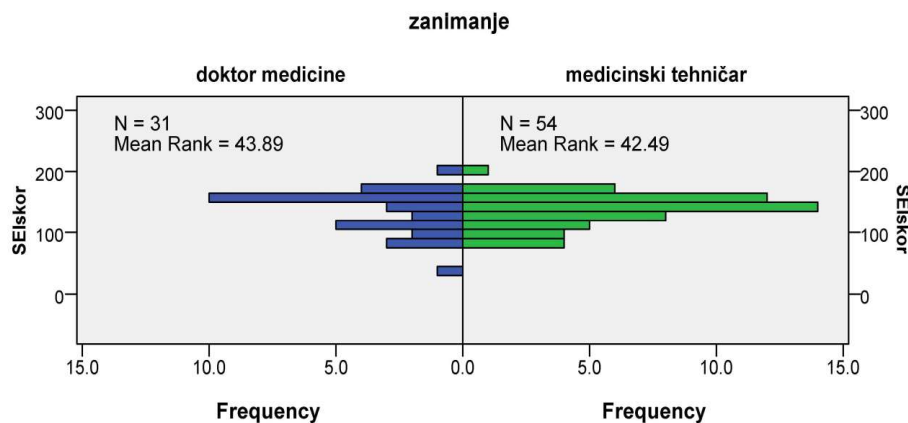
Индекс духовног искуства(SEI)	χ^2 тест
Често осећам блиску повезаност са вишом силом/SEI1	$\chi^2 = 13,068, p = 0,023$
Често осећам да немам много контроле над оним што ми се дешава/SEI2	$\chi^2 = 7,153, p = 0,209$
Моја вера даје мом животу значење и смисао/SEI3	$\chi^2 = 6,146, p = 0,292$
Моја вера је начин живота/SEI4	$\chi^2 = 8,298, p = 0,141$
Идеје из вероисповести које су другачије од моје могу да повећају моје разумевање духовне истине/SEI5	$\chi^2 = 7,630, p = 0,178$
Не треба се венчавати са особом друге вероисповести/SEI6	$\chi^2 = 12,556, p = 0,028$
Моја вера је важан део мог идентитета/SEI7	$\chi^2 = 10,734, p = 0,057$

Моја вера ми помаже да се ухватим у коштац са трагедијом и патњом/SEI8	$\chi^2 = 9,492, p = 0,091$
Моја вера је често дубоко емоционално искуство/SEI9	$\chi^2 = 4,094, p = 0,536$
Тешко ми је да формирам јасну, конкретну представу Бога/SEI10	$\chi^2 = 18,910, p = 0,002$
Верујем да постоји само једна истинска вера/SEI11	$\chi^2 = 3,322, p = 0,650$
Важно је да следим религијска веровања мојих родитеља/SEI12	$\chi^2 = 1,543, p = 0,908$
Сазнавање о другим вероисповестима је важан део мог духовног развоја/SEI13	$\chi^2 = 3,825, p = 0,575$
Често размишљам о верским темама/SEI14	$\chi^2 = 8,828, p = 0,116$
Ако је моја вера довољно снажна, нећу искусити сумњу/SEI15	$\chi^2 = 7,979, p = 0,157$
Покоравање религијској доктрини је најважнији аспект моје вере/SEI16	$\chi^2 = 1,973, p = 0,853$
Свој однос према Богу доживљавам као безусловну љубав/SEI17	$\chi^2 = 6,184, p = 0,289$
Моја духовна уверења мењају се како сусрећем нове идеје и искуства/SEI18	$\chi^2 = 1,758, p = 0,881$
Понекад нисам сигурна/сигурна како да на најбољи начин решим морални конфликт/SEI19	$\chi^2 = 9,686, p = 0,085$
Често се бојим казне Божије/SEI20	$\chi^2 = 6,662, p = 0,247$
Иако понекад не достижем своје духовне идеале, ја сам ипак у основи добра и достојна особа/SEI21	$\chi^2 = 21,800, p = 0,001$
Главна сврха молитве је да се избегне лична трагедија/SEI22	$\chi^2 = 3,495, p = 0,624$
Могу да искусим духовне сумње и да ипак останем предан/предана својој вери/SEI23	$\chi^2 = 5,337, p = 0,376$
Верујем да је свет у основи добар/SEI24	$\chi^2 = 7,836, p = 0,166$
Моја вера ми омогућава да искусим опроштај када поступама супротно од своје моралне савести/SEI25	$\chi^2 = 5,462, p = 0,362$
Важно је да да су моја духовна убеђења у складу са духовним убеђењима особа које су ми најближе/SEI26	$\chi^2 = 2,789, p = 0,732$
Особе различитих вероисповести имају заједничку духовну везу/SEI27	$\chi^2 = 2,251, p = 0,813$
Стичем духовну снагу поверењем у вишу силу/SEI28	$\chi^2 = 5,238, p = 0,388$
Обично постоји само једно правилно решење сваке моралне дилеме/SEI29	$\chi^2 = 5,157, p = 0,397$
Чиним свестан напор да живим у складу са својим духовним вредностима/SEI30	$\chi^2 = 5,535, p = 0,354$
Осећам снажну духовну повезаност са целим човечанством/SEI31	$\chi^2 = 1,913, p = 0,861$
Моја вера је лично искуство које са другима делим веома ретко, ако то искуство уопште икада делим са другима/SEI32	$\chi^2 = 4,942, p = 0,423$
Дељење моје вере са другима је важно за мој духовни развој/SEI33	$\chi^2 = 6,888, p = 0,229$
Никада не доводим у питање учења моје вере/SEI34	$\chi^2 = 5,157, p = 0,397$
Верујем да је свет у основи зао/SEI35	$\chi^2 = 4,295, p = 0,368$
Религијски списи се најбоље могу интерпретирати као симболички покушаји да се саопште врховне истине/SEI36	$\chi^2 = 4,882, p = 0,430$

Моја вера усмерава у целости мој став према животу/SEI37	$\chi^2 = 11,463, p = 0,043$
Побољшање људског јединства је важан духовни циљ/SEI38	$\chi^2 = 1,417, p = 0,922$

Наиме, у вези са осећајем блиске повезаности са вишом силом, највећи проценат медицинских техничара (25/54, 46,3%) се донекле слагао са овим ставом, док се највећи проценат доктора медицине (11/31, 35,4%) слагао са овим ставом. По питању венчавања са особама друге вероисповести, за разлику од медицинских техничара који су се донекле слагали (16/54, 29,6%), највећи број доктора медицине се није слагао (12/31, 38,7%). Иако понекад не достижу своје духовне идеале, медицински техничари (31/54, 54,7%) се слажу да су ипак у основи добре и достојне особе, док се доктори медицине донекле слажу (9/31, 29%) са овом константацијом, али донекле и не слажу (8/31, 25,8%). Напослетку, 22/54 (40,7%) техничара се делимично слаже са ставом да вера усмерава у целости њихов став у животу, док се 11/31 (35,4%) доктора медицине слаже са овим ставом. По питању неслагања са истим, 6/54 (11,1%) техничара и 1/31 (3,2%) доктора медицине се изричито не слажу са оваквим гледиштем.

За крај је тестиран укупан SEI скор. Просечна вредност укупног скорa у комплетној испитиваној популацији износила је $136,32 \pm 30,15$ (најмања забележена вредност скорa износила је 38, а максимална 201). Посматрано у односу на занимање, просечна вредност SEI скорa код медицинских техничара била је $137,18 \pm 26,63$, а просечна вредност SEI скорa код доктора медицине била је $134,80 \pm 35,89$. Другим речима, није утврђена статистички значајна разлика у вредностима укупног SEI скорa између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (Mann Whitney test, $p = 0,802$) (Слика 11)



Слика 11. Однос вредности SEI скорa код две групе испитаника

4.6. Ревидирани индекс духовног искуства (SEI-R)

У оквиру ревидираног индекса духовног искуства (*Spiritual Experience Index-Revised*, SEI-R) анализирана је духовна подршка (*Spiritual Support*, SS) и духовна отвореност (*Spiritual Openness*, SO). SS анкета била је састављена од 13 питања, а SO анкета од 10 питања са могућим одговором: 1– изразито се не слажем, 2– не слажем се, 3– донекле се не слажем, 4– донекле се слажем, 5– слажем се, 6– изразито се слажем. Након појединачне анализе сваке од ставки у наведеним анкетама, одређивани су SS и SO индекс као збир вредности одговара

из наведених анкета, а збир два индекса третиран је као SEI-R индекс. Дистрибуција испитаника целокупне студијске популације у оквиру анкете духовне подршке дата је у Табели 20.

Табела 20. Дистрибуција испитаника у оквиру анализе духовне подршке

Духовна подршка(SS)		Испитаници n (%)
Често осећам блиску повезаност са вишом силом	изразито се не слажем	9 (10,6%)
	не слажем се	12 (14,1%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	23 (27,1%)
	слажем се	17 (20%)
	изразито се слажем	8 (9,4%)
Моја вера даје мом животу значење и смисао	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	11 (12,9%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	23 (27,1%)
	слажем се	17 (20%)
	изразито се слажем	12 (14,1%)
Моја вера је начин живота	изразито се не слажем	8 (9,4%)
	не слажем се	11 (12,9%)
	донекле се не слажем	19 (22,4%)
	донекле се слажем	22 (25,9%)
	слажем се	18 (21,2%)
	изразито се слажем	7 (8,2%)
Често размишљам о верским темама	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	17 (20%)
	донекле се не слажем	20 (23,5%)
	донекле се слажем	23 (27,1%)
	слажем се	10 (11,8%)
	изразито се слажем	8 (9,4%)
Моја вера је важан део мог идентитета	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	15 (17,6%)
	донекле се слажем	23 (27,1%)
	слажем се	17 (20%)
	изразито се слажем	9 (10,6%)
Свој однос према Богу доживљавам као безусловну љубав	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	15 (17,6%)
	донекле се не слажем	10 (11,8%)
	донекле се слажем	17 (20%)
	слажем се	22 (25,9%)
	изразито се слажем	14 (16,5%)

Моја вера ми помаже да се ухватим укоштац са трагедијом и патњом	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	13 (15,3%)
	донекле се не слажем	15 (17,6%)
	донекле се слажем	16 (18,8%)
	слажем се	23 (27,1%)
	изразито се слажем	12 (14,1%)
Стичем диховну снагу поверењем у вишу силу	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	13 (15,3%)
	донекле се не слажем	18 (21,2%)
	донекле се слажем	21 (24,7%)
	слажем се	20 (23,5%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Моја вера је често дубоко емоционално искуство	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	13 (15,3%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	25 (29,4%)
	слажем се	18 (21,2%)
	изразито се слажем	8 (9,4%)
Чиним свестан напор да живим у складу са својим духовним вредностима	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	14 (16,5%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	23 (27,1%)
	слажем се	20 (23,5%)
	изразито се слажем	7 (8,2%)
Моја вера ми омогућава да искусим опроштај када поступама супротно од своје моралне савести	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	10 (11,8%)
	донекле се не слажем	20 (23,5%)
	донекле се слажем	25 (29,4%)
	слажем се	16 (18,8%)
	изразито се слажем	8 (9,4%)
Дељење моје вере са другима је важно за мој духовни развој	изразито се не слажем	8 (9,4%)
	не слажем се	21 (24,7%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	22 (25,9%)
	слажем се	15 (17,6%)
	изразито се слажем	3 (3,5%)
Моја вера усмерава у целисти мој став према животу	изразито се не слажем	6 (7,1%)
	не слажем се	16 (18,8%)
	донекле се не слажем	21 (24,7%)
	донекле се слажем	19 (22,4%)
	слажем се	17 (20%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)

Када је у питању духовна подршка највећи проценат испитаника је истакао да се донекле слажу са ставом да: често осећају повезаност са вишом силом (27,1%), да вера даје њиховом животу значење и смисао (27,1%), да је вера начин живота (25,9%), да често размишљају о верским темама (27,1%), да је вера важан део њиховог идентитета (27,1%), да стичу духовну снагу поверењем у вишу силу (24,7%), да је вера често дубоко емоционално искуство

(29,4%), да чине свестан напор да живе у складу са својим духовним вредностима (27,1%), да им вера омогућава да искусе опроштајкада поступају супротно од своје моралне савести (29,4%), и да је дељење вере са другима важно за њихов духовни развој (25,9%). 25,9% испитаника се слаже са ставом да свој однос према Богу доживљавају као безусловну љубав, тј 27,1% њих се слаже са чињеницом да им вера помаже да се ухвате у коштац са трагедијом и патњом. Супротно, највећи проценат испитаника (24,7%) се донекле не слаже са ставом да вера усмерава у целости њихов став према животу.

Разлике у ставовима две групе испитаника у вези духовне подршке дате су у Табели 21.

Табела 21. Дистрибуција испитаника у оквиру анализе духовне подршке према занимању

Духовна подршка (SS)		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	p
Често осећам блиску повезаност са вишом силом	изразито се не слажем	7 (12,9%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 2,500,$ $p = 0,776$
	не слажем се	6 (11,1%)	6 (19,4%)	
	донекле се не слажем	9 (16,7%)	7 (22,6%)	
	донекле се слажем	15 (27,7%)	8 (25,8%)	
	слажем се	12 (22,2%)	5 (16,1%)	
	изразито се слажем	5 (9,2%)	3 (9,7%)	
Моја вера даје мом животу значење и смисао	изразито се не слажем	5 (9,2%)	1 (3,2%)	$\chi^2 = 5,900,$ $p = 0,316$
	не слажем се	5 (9,2%)	6 (19,4%)	
	донекле се не слажем	8 (14,8%)	8 (25,8%)	
	донекле се слажем	15 (27,7%)	8 (25,8%)	
	слажем се	11 (20,4%)	6 (19,4%)	
	изразито се слажем	10 (18,5%)	2 (6,4%)	
Моја вера је начин живота	изразито се не слажем	6 (11,1%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 1,363,$ $p = 0,928$
	не слажем се	6 (11,1%)	5 (16,1%)	
	донекле се не слажем	11 (20,4%)	8 (25,8%)	
	донекле се слажем	14 (25,9%)	8 (25,8%)	
	слажем се	12 (22,2%)	6 (19,4%)	
	изразито се слажем	5 (9,2%)	2 (6,4%)	
Често размишљам о верским темама	изразито се не слажем	4 (7,4%)	3 (9,7%)	$\chi^2 = 3,129,$ $p = 0,680$
	не слажем се	8 (14,8%)	9 (29%)	
	донекле се не слажем	13 (24,1%)	7 (22,6%)	
	донекле се слажем	16 (29,6%)	7 (22,6%)	
	слажем се	17 (31,5%)	3 (9,7%)	
	изразито се слажем	6 (11,1%)	2 (6,4%)	
Моја вера је важан део мог идентитета	изразито се не слажем	3 (5,6%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 1,801,$ $p = 0,876$
	не слажем се	9 (16,7%)	7 (22,6%)	
	донекле се не слажем	9 (16,7%)	6 (19,4%)	
	донекле се слажем	17 (31,5%)	6 (19,4%)	
	слажем се	11 (20,4%)	6 (19,4%)	
	изразито се слажем	5 (9,2%)	4 (12,9%)	

Свој однос према Богу доживљавам као безусловну љубав	изразито се не слажем	5 (9,2%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 2,468,$ $p = 0,781$
	не слажем се	8 (14,8%)	7 (22,6%)	
	донекле се не слажем	5 (9,2%)	5 (16,1%)	
	донекле се слажем	11 (20,4%)	6 (19,4%)	
	слажем се	16 (29,6%)	6 (19,4%)	
	изразито се слажем	9 (16,7%)	5 (16,1%)	
Моја вера ми помаже да се ухватим у коштац са трагедијом и патњом	изразито се не слажем	3 (5,6%)	3 (9,7%)	$\chi^2 = 11,079,$ $p = 0,050$
	не слажем се	6 (11,1%)	7 (22,6%)	
	донекле се не слажем	7 (12,9%)	8 (25,8%)	
	донекле се слажем	14 (25,9%)	2 (6,4%)	
	слажем се	18 (33,3%)	5 (16,1%)	
	изразито се слажем	6 (11,1%)	6 (19,4%)	
Стичем диховну снагу поверењем у вишу силу	изразито се не слажем	5 (9,2%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 4,768,$ $p = 0,445$
	не слажем се	6 (11,1%)	7 (22,6%)	
	донекле се не слажем	10 (18,5%)	8 (25,8%)	
	донекле се слажем	13 (24,1%)	8 (25,8%)	
	слажем се	16 (29,6%)	4 (12,9%)	
	изразито се слажем	4 (7,4%)	2 (6,4%)	
Моја вера је често дубоко емоционално искуство	изразито се не слажем	3 (5,6%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 2,912,$ $p = 0,714$
	не слажем се	7 (12,9%)	6 (19,4%)	
	донекле се не слажем	9 (16,7%)	7 (22,6%)	
	донекле се слажем	18 (33,3%)	7 (22,6%)	
	слажем се	13 (24,1%)	5 (16,1%)	
	изразито се слажем	4 (7,4%)	4 (12,9%)	
Чиним свестан напор да живим у складу са својим духовним вредностима	изразито се не слажем	3 (5,6%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 9,220,$ $p = 0,101$
	не слажем се	8 (14,8%)	6 (19,4%)	
	донекле се не слажем	11 (20,4%)	5 (16,1%)	
	донекле се слажем	17 (31,5%)	6 (19,4%)	
	слажем се	14 (25,9%)	6 (19,4%)	
	изразито се слажем	1 (1,8%)	6 (19,4%)	
Моја вера ми омогућава да искусим опроштај када поступама супротно од своје моралне савести	изразито се не слажем	3 (5,6%)	3 (9,7%)	$\chi^2 = 5,003,$ $p = 0,416$
	не слажем се	6 (11,1%)	4 (12,9%)	
	донекле се не слажем	10 (18,5%)	10 (32,2%)	
	донекле се слажем	16 (29,6%)	9 (29%)	
	слажем се	12 (22,2%)	4 (12,9%)	
	изразито се слажем	7 (12,9%)	1 (3,2%)	
Дељење моје вере са другима је важно за мој духовни развој	изразито се не слажем	6 (11,1%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 6,585,$ $p = 0,253$
	не слажем се	10 (18,5%)	11 (35,5%)	
	донекле се не слажем	8 (14,8%)	8 (25,8%)	
	донекле се слажем	16 (29,6%)	6 (19,4%)	
	слажем се	12 (22,2%)	3 (9,7%)	
	изразито се слажем	2 (3,7%)	1 (3,2%)	
Моја вера усмерава у целости мој став према животу	изразито се не слажем	4 (7,4%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 1,901,$ $p = 0,863$
	не слажем се	8 (14,8%)	8 (25,8%)	
	донекле се не слажем	13 (24,1%)	8 (25,8%)	
	донекле се слажем	13 (24,1%)	6 (19,4%)	
	слажем се	12 (22,2%)	5 (16,1%)	
	изразито се слажем	4 (7,4%)	2 (6,4%)	

Тестирањем разлика између две групе испитаника, утврђена је једино статистички значајна разлика за став у вези тога да вера помаже особама да се ухвате у коштац са трагедијом и патњом ($\chi^2 = 11,079$, $p = 0,050$). За разлику од медицинских техничара који се у највећем проценту (33,3%) слажу са овом констатацијом, доктори медицине се углавном донекле не слажу са истом (25,8%). Надаље је тестиран SS скор.

Средња вредност SS скорa у читавој популацији износила је $47,4 \pm 15,92$ (min 13, max 78). У односу на занимање, средња вредност индекса духовне подршке код медицинских техничара износила је $48,7 \pm 15,86$, а код доктора медицине $45,13 \pm 16,01$, те тиме није утврђена статистички значајна разлика у SS скору између ове две групе испитаника (Independent samples T test, $p = 0,322$).

Табела духовне отворености (SO анкета) дата је у наставку текста.

Табела 22. Дистрибуција испитаника у оквиру анализе духовне отворености

Духовна отвореност (SO)		Испитаници n (%)
Верујем да постоји само једна истинска вера	изразито се не слажем	11 (12,9%)
	не слажем се	17 (20%)
	донекле се не слажем	19 (22,4%)
	донекле се слажем	10 (11,8%)
	слажем се	15 (17,6%)
	изразито се слажем	13 (15,3%)
Идеје из вероисповести које су другачије од моје могу да повећају моје разумевање духовне истине	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	12 (14,1%)
	донекле се не слажем	20 (23,5%)
	донекле се слажем	24 (28,2%)
	слажем се	18 (21,2%)
	изразито се слажем	4 (4,7%)
Не треба се венчавати са особом друге вероисповести	изразито се не слажем	20 (23,5%)
	не слажем се	24 (28,2%)
	донекле се не слажем	23 (27,1%)
	донекле се слажем	7 (8,2%)
	слажем се	8 (9,4%)
	изразито се слажем	3 (3,5%)
Верујем да је свет у основи добар	изразито се не слажем	3 (3,5%)
	не слажем се	7 (8,2%)
	донекле се не слажем	14 (16,5%)
	донекле се слажем	27 (31,8%)
	слажем се	21 (24,7%)
	изразито се слажем	13 (15,3%)
Сазнавање о другим вероисповестима је важан део мог духовног развоја	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	10 (11,8%)
	донекле се не слажем	17 (20%)

	донекле се слажем	31 (36,5%)
	слажем се	16 (18,8%)
	изразито се слажем	6 (7,1%)
Осећам снажну духовну повезаност са целим човечанством	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	17 (20%)
	донекле се не слажем	21 (24,7%)
	донекле се слажем	29 (34,1%)
	слажем се	7 (8,2%)
	изразито се слажем	4 (4,7%)
Никада не доводим у питање учења моје вере	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	8 (9,4%)
	донекле се не слажем	16 (18,8%)
	донекле се слажем	19 (22,4%)
	слажем се	25 (29,4%)
	изразито се слажем	10 (11,8%)
Моја духовна уверења мењају се како сусрећем нове идеје и искуства	изразито се не слажем	7 (8,2%)
	не слажем се	28 (32,9%)
	донекле се не слажем	25 (29,4%)
	донекле се слажем	13 (15,3%)
	слажем се	8 (9,4%)
	изразито се слажем	4 (4,7%)
Особе различитих вероисповести имају заједничку духовну везу.	изразито се не слажем	5 (5,9%)
	не слажем се	15 (17,6%)
	донекле се не слажем	24 (28,2%)
	донекле се слажем	27 (31,8%)
	слажем се	12 (14,1%)
	изразито се слажем	2 (2,4%)
Верујем да је свет у основи зао	изразито се не слажем	27 (31,8%)
	не слажем се	26 (30,6%)
	донекле се не слажем	19 (22,4%)
	донекле се слажем	12 (14,1%)
	слажем се	/
	изразито се слажем	1 (1,2%)

Испитаници су у оквиру анкете духовне отворености рекли да се донекле слажу са ставом да: идеје из вероисповести које су другачије од њихових могу да повећају њихово разумевање духовне истине (28,2%), да верују да је свет у основи добар (31,8%), да сазнавање о другим вероисповестима јесте важан део духовног развоја (36,5%), да осећају снажну духовну повезаност са целим човечанством (34,1%), и да особе различитих вероисповести имају заједничку духовну везу (31,8%). Процентуално највећи део испитаника се донекле не слаже са ставом да постоји само једна истинска вера (22,4%), тј не слажу се са ставовима који се односе на то да се не треба венчавати са особом друге вероисповести (28,2%), да се њихова духовна уверења мењају у сусрету са новим идејама и искуством (32,9%), и да верују да је свет у основи зао (30,6%). Супротно, 29,4% испитаника сагласно је са тиме да никада не доводи у питање учења њихове вере.

Резултати добијени поређењем ставова у вези духовне отворености између групе медицинских техничара и групе доктора медицине дати су у Табели 23.

Табела 23. Дистрибуција испитаника у оквиру анализе духовне отворености према занимању

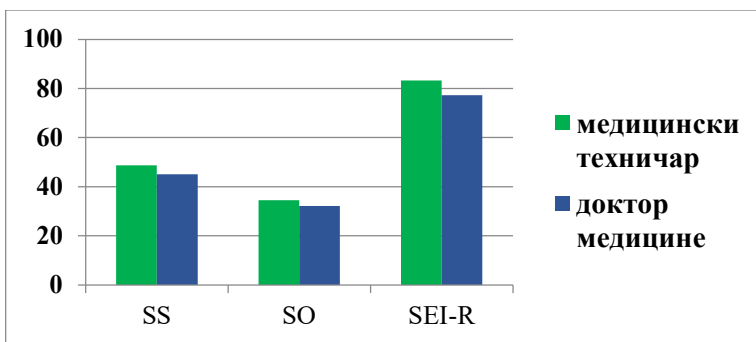
Духовна отвореност (SO)		Медицински техничар n = 54	Доктор медицине n = 31	P
Верујем да постоји само једна истинска вера	изразито се не слажем	6 (11,1%)	5 (16,1%)	$\chi^2 = 1,372$, p = 0,927
	не слажем се	10 (18,5%)	7 (22,6%)	
	донекле се не слажем	12 (22,2%)	7 (22,6%)	
	донекле се слажем	7 (12,9%)	3 (9,7%)	
	слажем се	11 (20,4%)	4 (12,9%)	
	изразито се слажем	8 (14,8%)	5 (16,1%)	
Идеје из вероисповести које су другачије од моје могу да повећају моје разумевање духовне истине	изразито се не слажем	4 (7,4%)	3 (9,7%)	$\chi^2 = 10,907$, p = 0,053
	не слажем се	7 (12,9%)	5 (16,1%)	
	донекле се не слажем	8 (14,8%)	12 (38,7%)	
	донекле се слажем	17 (31,5%)	7 (22,6%)	
	слажем се	16 (29,6%)	2 (6,4%)	
	изразито се слажем	2 (3,7%)	2 (6,4%)	
Не треба се венчавати са особом друге вероисповести	изразито се не слажем	14 (25,9%)	6 (19,4%)	$\chi^2 = 5,907$, p = 0,315
	не слажем се	12 (22,2%)	12 (38,7%)	
	донекле се не слажем	16 (29,6%)	7 (22,6%)	
	донекле се слажем	4 (7,4%)	3 (9,7%)	
	слажем се	7 (12,9%)	1 (3,2%)	
	изразито се слажем	1 (1,8%)	2 (6,4%)	
Верујем да је свет у основи добар	изразито се не слажем	1 (1,8%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 4,126$, p = 0,660
	не слажем се	4 (7,4%)	3 (9,7%)	
	донекле се не слажем	9 (16,7%)	5 (16,1%)	
	донекле се слажем	15 (27,8%)	12 (38,7%)	
	слажем се	16 (29,6%)	5 (16,1%)	
	изразито се слажем	9 (16,7%)	4 (12,9%)	
Сазнавање о другим вероисповестима је важан део мог духовног развоја	изразито се не слажем	2 (3,7%)	3 (9,7%)	$\chi^2 = 6,361$, p = 0,273
	не слажем се	4 (7,4%)	6 (19,4%)	
	донекле се не слажем	10 (18,5%)	6 (19,4%)	
	донекле се слажем	24 (44,4%)	7 (22,6%)	
	слажем се	10 (18,5%)	6 (19,4%)	
	изразито се слажем	4 (7,4%)	2 (6,4%)	
Осећам снажну духовну повезаност са целим човечанством	изразито се не слажем	5 (9,2%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 6,858$, p = 0,231
	не слажем се	9 (16,7%)	8 (25,8%)	
	донекле се не слажем	14 (25,9%)	7 (22,6%)	
	донекле се слажем	22 (40,7%)	7 (22,6%)	
	слажем се	3 (5,6%)	4 (12,9%)	
	изразито се слажем	1 (1,8%)	3 (9,7%)	
Никада не доводим у питање учења моје вере	изразито се не слажем	3 (5,6%)	4 (12,9%)	$\chi^2 = 7,201$, p = 0,206
	не слажем се	3 (5,6%)	5 (16,1%)	
	донекле се не слажем	10 (18,5%)	6 (19,4%)	
	донекле се слажем	16 (29,6%)	3 (9,7%)	
	слажем се	16 (29,6%)	9 (29%)	

	изразито се слажем	6 (11,1%)	4 (12,9%)	
Моја духовна уверења мењају се како сусрећем нове идеје и искуства	изразито се не слажем	5 (9,2%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 3,113$, $p = 0,683$
	не слажем се	17 (31,5%)	11 (35,4%)	
	донекле се не слажем	16 (29,6%)	9 (29%)	
	донекле се слажем	7 (12,9%)	6 (19,4%)	
	слажем се	7 (12,9%)	1 (3,2%)	
	изразито се слажем	2 (3,7%)	2 (6,4%)	
Особе различитих вероисповести имају заједничку духовну везу.	изразито се не слажем	3 (5,6%)	2 (6,4%)	$\chi^2 = 1,753$, $p = 0,882$
	не слажем се	10 (18,5%)	5 (16,1%)	
	донекле се не слажем	13 (24,1%)	11 (35,4%)	
	донекле се слажем	19 (35,2%)	8 (25,8%)	
	слажем се	8 (14,8%)	4 (12,9%)	
	изразито се слажем	1 (1,8%)	1 (3,2%)	
Верујем да је свет у основи зао	изразито се не слажем	18 (33,3%)	9 (29%)	$\chi^2 = 5,216$, $p = 0,266$
	не слажем се	17 (31,5%)	9 (29%)	
	донекле се не слажем	14 (25,9%)	5 (16,1%)	
	донекле се слажем	5 (9,2%)	7 (22,6%)	
	слажем се	/	/	
	изразито се слажем	/	1 (3,2%)	

Као што се може видети из табеле, нису утврђене статистички значајне разлике у појединим ставовима духовне отворености између медицинских техничара и доктора медицине.

Просечна вредност SO score у читавој популацији износила је $33,67 \pm 7,98$ (минимална забележена вредност била је 10, а максимална 56). У односу на занимање, просечна вредност SO score код медицинских техничара била је $34,55 \pm 6,98$, а код доктора медицине $32,12 \pm 9,40$. У том смислу, није утврђена статистички значајна разлика у вредностима score духовне отворености између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (Independent samples T test, $p = 0,216$).

Напоследку, сабирањем индекса духовне подршке и индекса духовне отворености добијен је SEI-R индекс. Просечна вредност SEI-R индекса у читавој испитиваној популацији била је $81,07 \pm 21,73$ (минимална забележена вредност била је 23, а максимална 129). Просечна вредност ревидираног индекса у групи медицинских техничара износила је $83,25 \pm 20,12$, а у групи доктора медицине $77,25 \pm 24,15$. Другим речима, није показана значајнија разлика у вредностима ревидираног индекса између две групе испитаника (Independent samples T test, $p = 0,222$).



Слика 12. Однос вредности индекса духовне подршке, индекса духовне отворености и ревидираног индекса духовног искуства у студијској популацији

4.7. Скала преиспитивања

У оквиру скале преиспитивања тестирано је 12 ставки у вези спремности за суочавање са егзистенцијалним питањима без редуковања њихове сложености (прве 4 ставке) и самокритике и перцепције религијске сумње као нечега позитивног (друге 4 ставке), и отвореност ка промени (последње 4 ставке) са 9 могућих варијанти одговора (од 1– изразито се не слажем до 9– изразито се слажем). Свака од 12 ставки анализирана је појединачно, а потом и у форми скорa преиспитивања (Review Score, RS) добијејног сабирањем вредности појединачних ставки.

Табела 24. Дистрибуција испитаника у оквиру анализе преиспитивања

Скала преиспитивања		Испитаници n (%)
Нисам био/била много заинтересован/заинтересована за религију све док нисам почео/почела да постављам питања о значењу и сврси мог живота	1	15 (17,6%)
	2	13 (15,3%)
	3	9 (10,6%)
	4	15 (17,6%)
	5	8 (9,4%)
	6	5 (5,9%)
	7	8 (9,4%)
	8	2 (2,4%)
	9	10 (11,8%)
На постављање питања у вези са религијом навела ме је растућа свест о напетостима у мом свету и у моме односу према моме свету	1	9 (10,6%)
	2	13 (15,3%)
	3	19 (22,4%)
	4	11 (12,9%)
	5	12 (14,1%)
	6	4 (4,7%)
	7	3 (3,5%)
	8	5 (5,9%)
	9	9 (10,6%)
Моја животна искуства навела су ме да преиспитам своја религијска убеђења	1	13 (15,3%)
	2	21 (24,7%)
	3	7 (8,2%)
	4	12 (14,1%)
	5	12 (14,1%)
	6	1 (1,2%)
	7	3 (3,5%)
	8	6 (7,1%)
	9	10 (11,8%)
Бог ми није био веома важан док нисам почео/почела да преиспитујем смисао мог живота	1	21 (24,7%)
	2	18 (21,2%)
	3	14 (16,5%)
	4	9 (10,6%)
	5	10 (11,8%)
	6	2 (2,4%)
	7	3 (3,5%)
	8	3 (3,5%)
	9	5 (5,9%)

Може се рећи да ценим сопствене религијске сумње и неизвесности	1	8 (9,4%)
	2	8 (9,4%)
	3	10 (11,8%)
	4	17 (20%)
	5	16 (18,8%)
	6	3 (3,5%)
	7	8 (9,4%)
	8	6 (7,1%)
	9	9 (10,6%)
За мене, сумња је важан део религиозности појединца	1	13 (15,3%)
	2	13 (15,3%)
	3	14 (16,5%)
	4	15 (17,6%)
	5	7 (8,2%)
	6	7 (8,2%)
	7	6 (7,1%)
	8	4 (4,7%)
	9	6 (7,1%)
Узнемирују ме религијске сумње	1	22 (25,9%)
	2	12 (14,1%)
	3	24 (28,2%)
	4	8 (9,4%)
	5	6 (7,1%)
	6	5 (5,9%)
	7	3 (3,5%)
	8	1 (1,2%)
	9	4 (4,7%)
Питања су много важнија за моје религијско искуство него одговори	1	10 (11,8%)
	2	15 (17,6%)
	3	17 (20%)
	4	15 (17,6%)
	5	8 (9,4%)
	6	4 (4,7%)
	7	3 (3,5%)
	8	4 (4,7%)
	9	9 (10,6%)
Како се развијам и мењам, очекујем да моја религија такође нараста и мења се	1	10 (11,8%)
	2	10 (11,8%)
	3	10 (11,8%)
	4	12 (14,1%)
	5	11 (12,9%)
	6	6 (7,1%)
	7	8 (9,4%)
	8	6 (7,1%)
	9	12 (14,1%)
Стално преиспитујем своја религијска веровања	1	17 (20%)
	2	14 (16,5%)
	3	11 (12,9%)
	4	13 (15,3%)
	5	11 (12,9%)

	6	6 (7,1%)
	7	5 (5,9%)
	8	2 (2,4%)
	9	6 (7,1%)
Не очекујем да ће се моја регијска убеђења променити у наредних неколико година	1	10 (11,8%)
	2	9 (10,6%)
	3	4 (4,7%)
	4	9 (10,6%)
	5	8 (9,4%)
	6	4 (4,7%)
	7	9 (10,6%)
	8	8 (9,4%)
	9	24 (28,2%)
Има много религијских питања у вези са којима се моји погледи још увек мењају	1	17 (20%)
	2	9 (10,6%)
	3	11 (12,9%)
	4	13 (15,3%)
	5	12 (14,1%)
	6	3 (3,5%)
	7	6 (7,1%)
	8	6 (7,1%)
	9	8 (9,4%)

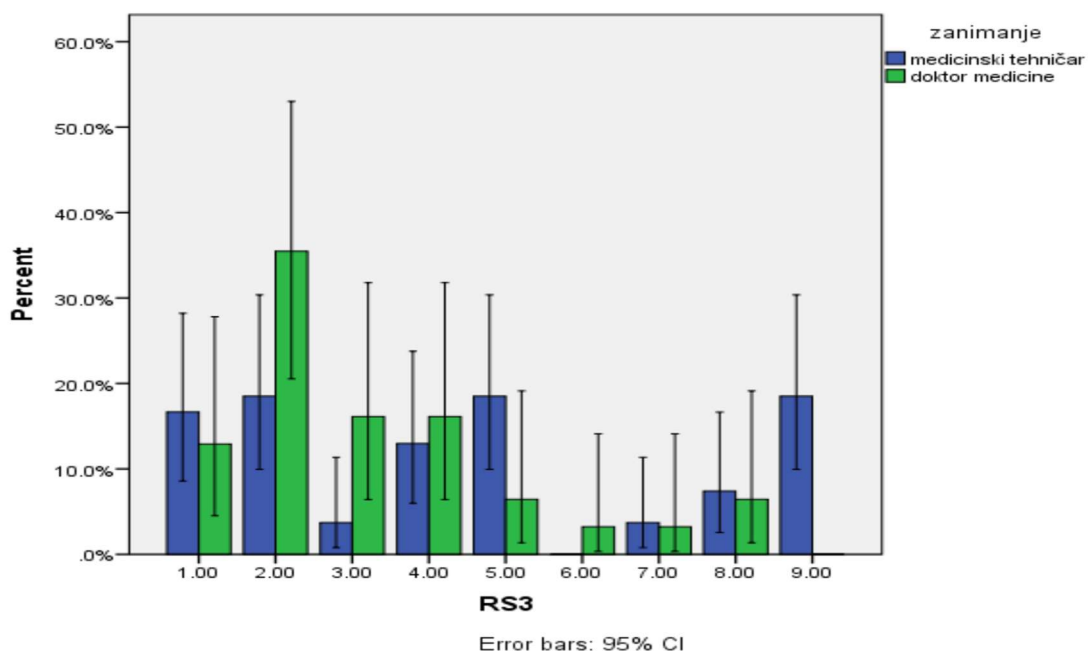
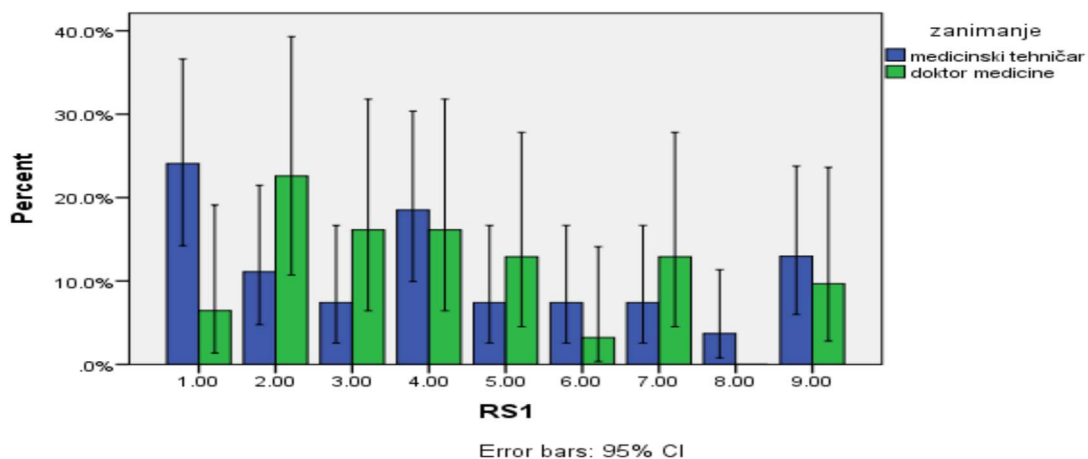
У вези са преиспитивањем највећи проценат испитаника се изразито није слагао са ставовима да: нису били много заинтересовани за религију све док нису почели да постављају питања о значењу и сврси живота (17,6%), да им Бог није био веома важан док нису почели да преиспитују смисао свог живота (24,7%), да стално преиспитују своја религијска веровања (20%), и да има много религијских питања у вези са којима се њихови погледи још увек мењају (20%). Такође, највећи број испитаника био је ближе ставу изразитог неслагања са следећим чињеницама: да их на постављање питања у вези са религијом нагна растућа свест о напетостима у свету и у њиховом односу према свету (22,4%), да су их њихова животна искуства навела да преиспитују своја религијска убеђења (24,7%), да се може рећи да цене сопствене религијске сумње и неизвесности (20%), да за њих сумња представља важан део религиозности појединца (17,6%), да их узнемирују религијске сумње (28,2%), и да су им питања много важнија за њихово религијско искуство него одговори (17,6%). Супротно, испитаници су већински показали изразито слагање са ставовима у вези очекивања да се њихова религија мења и нараста са њиховим растом (14,1%) и да не очекују да ће се њихова религијска убеђења променити у наредних неколико година (28,2%).

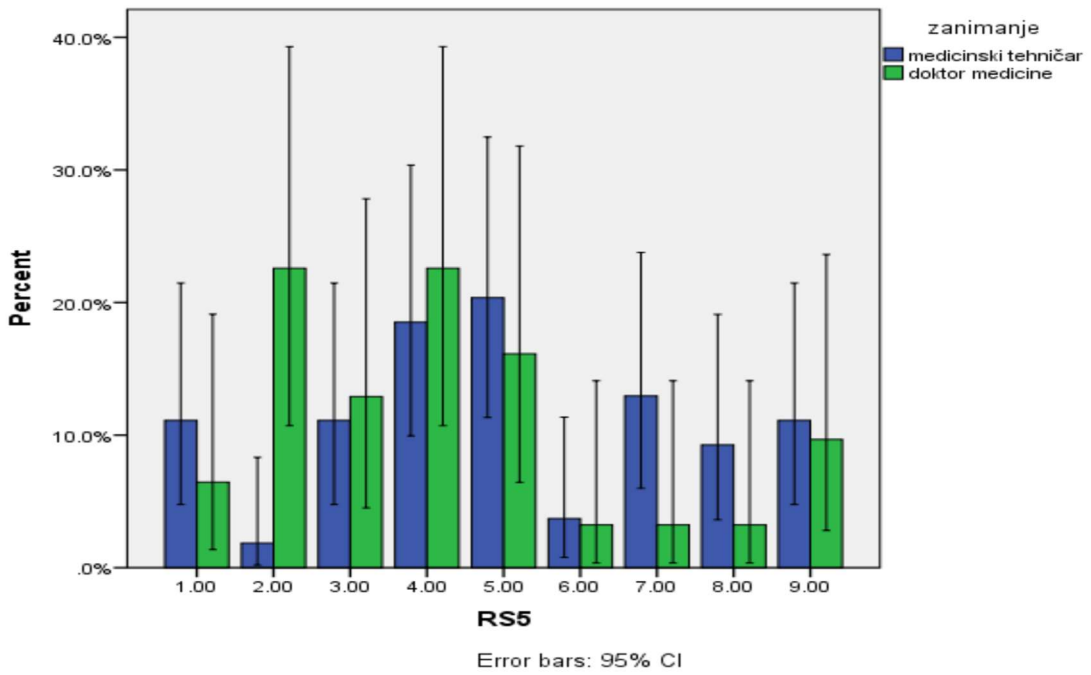
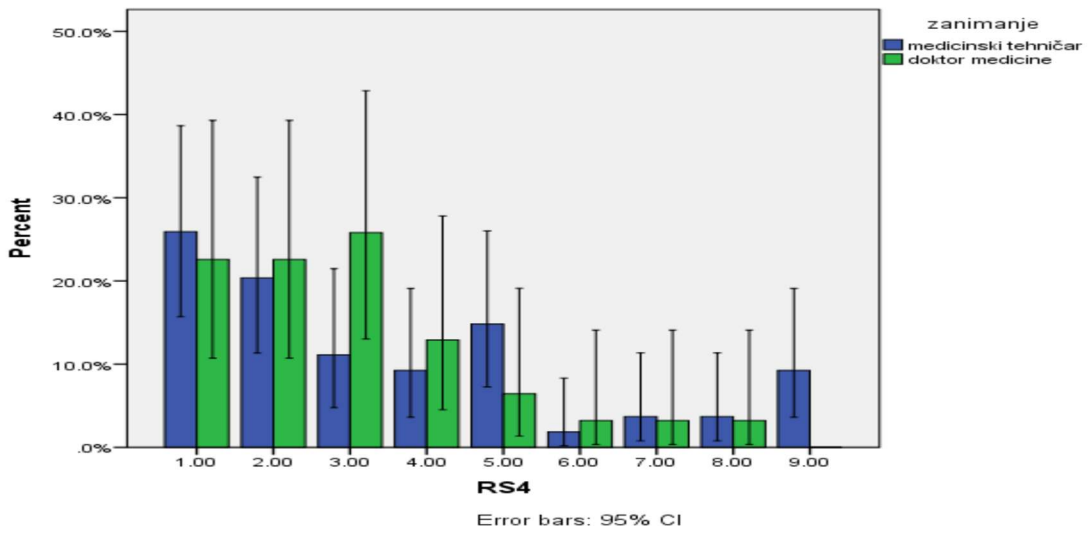
Тестирањем разлика између групе медицинских техничара и групе доктора медицине у вези преиспитивања показана је статистички значајна разлика у следећим ставовима:

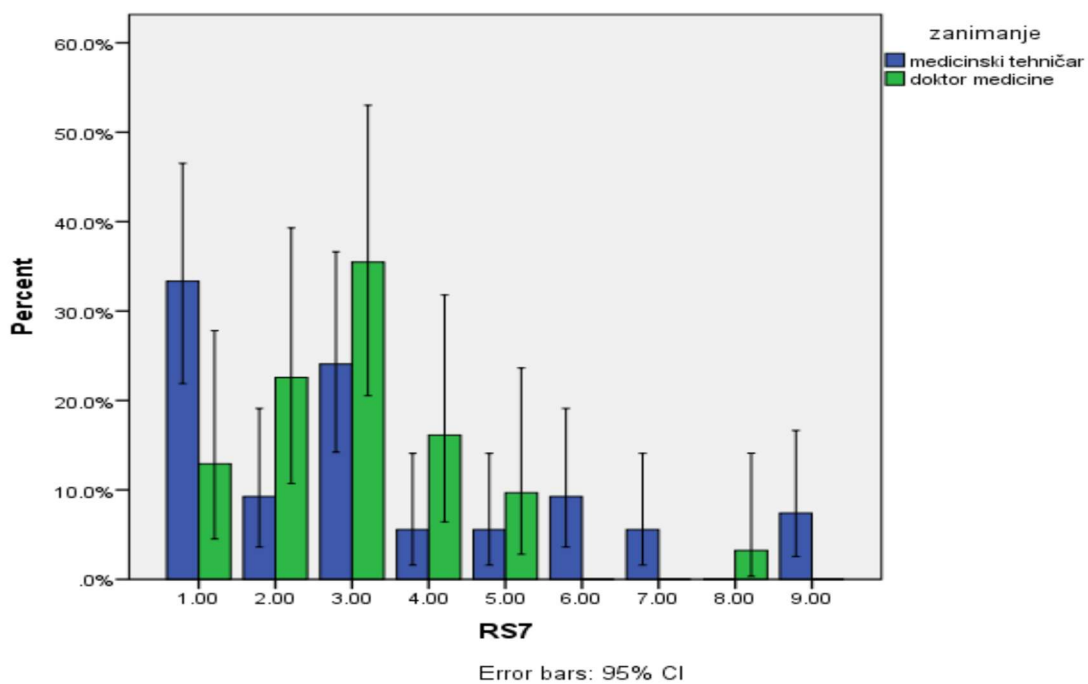
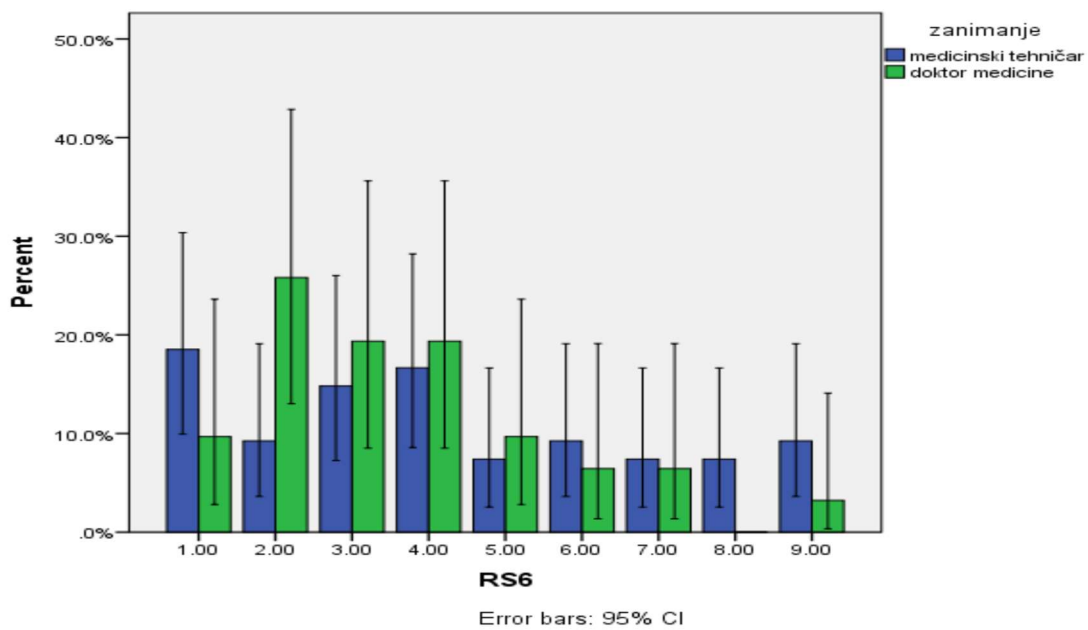
- ✓ „Моја животна искуства навела су ме да преиспитам своја религијска убеђења“ (медицински техничари у највећем проценту исказали изразито слагање са ставом, док је супротна ситуација била код доктора медицине, који су у највећем проценту исказали неслагање са истим; $\chi^2 = 15,861$, $p = 0,044$)

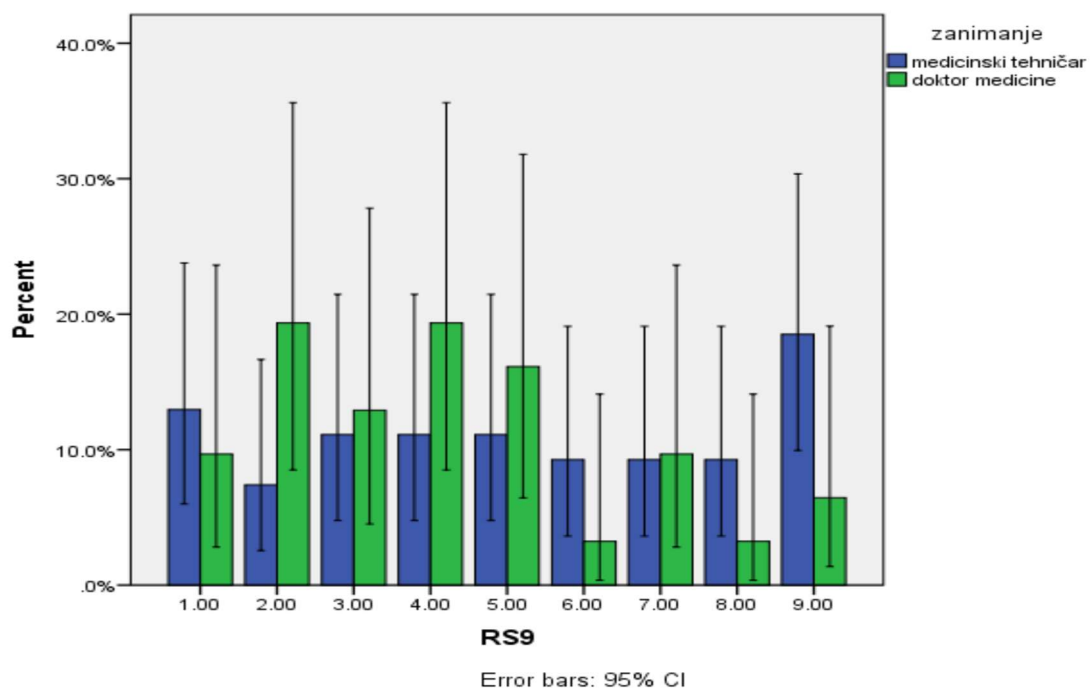
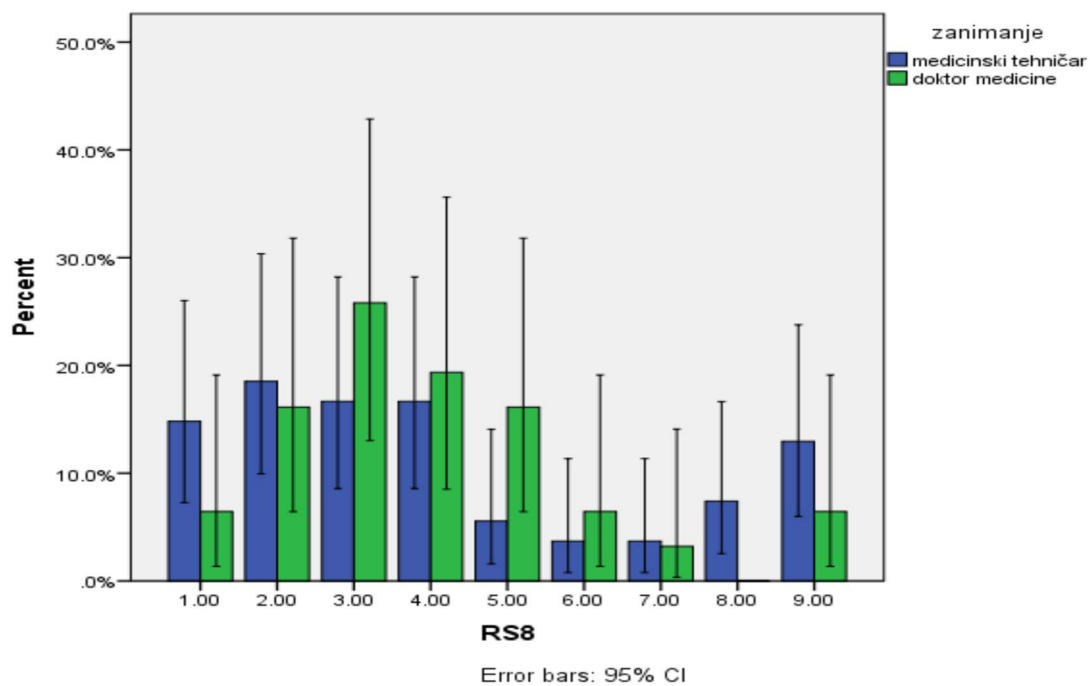
- ✓ „Узнемирују ме религијске сумње“ (медицински техничари у највећем проценту исказали изразито слагање са ставом, док су доктори медицине били блажи у степену неслагања; $\chi^2 = 18,004$, $p = 0,021$).

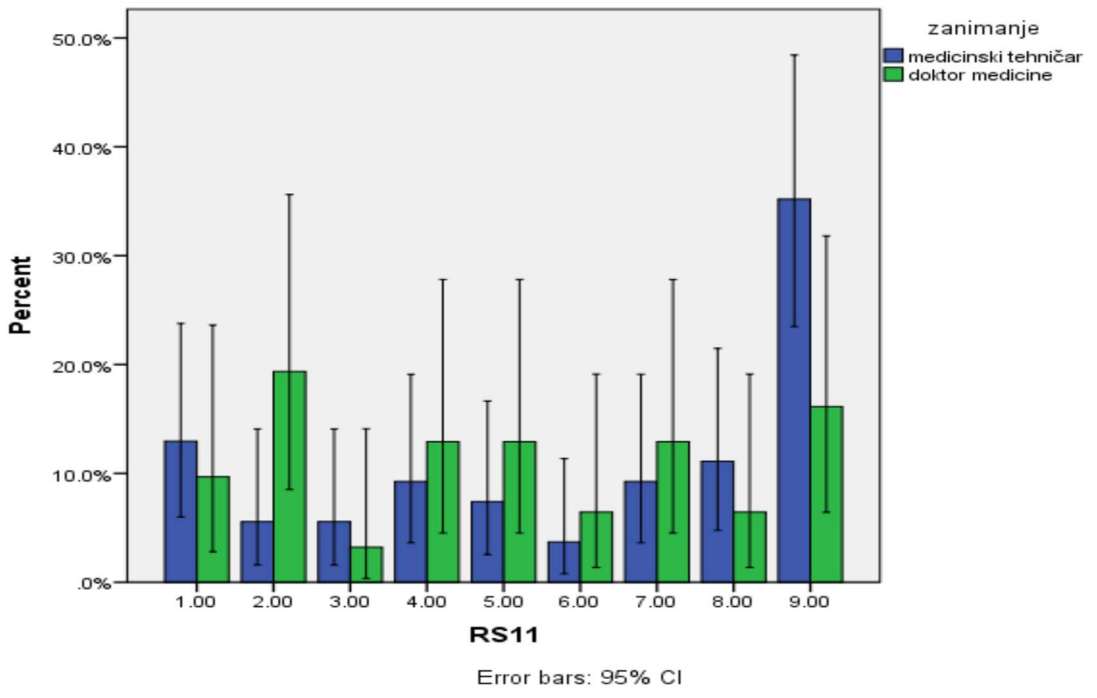
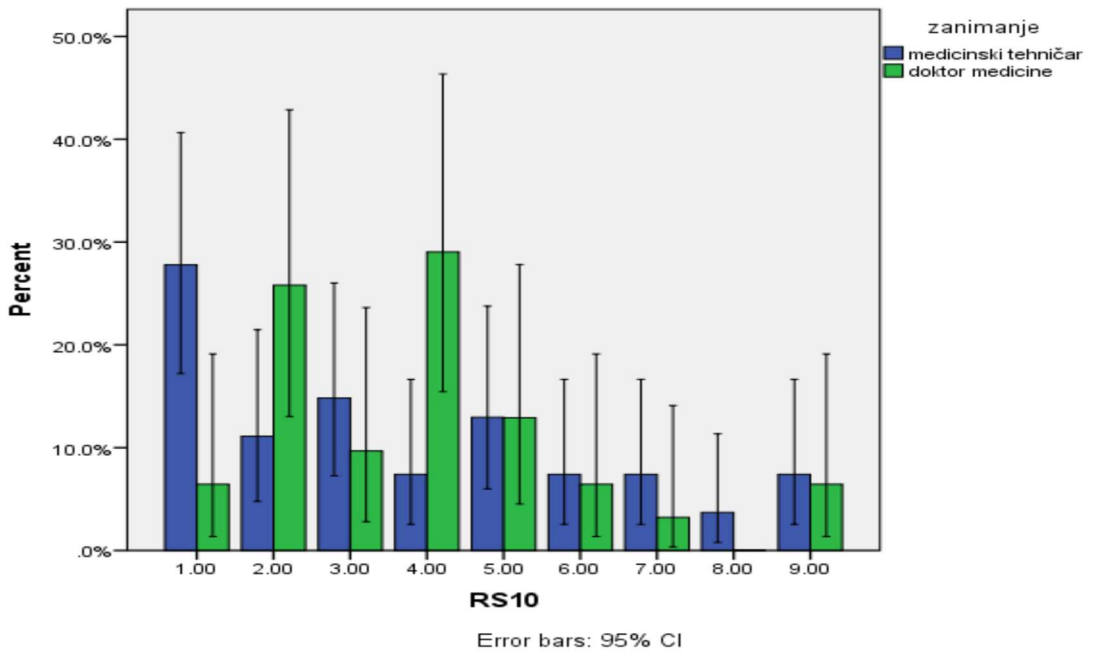
Однос између ставова групе медицинских техничара и групе доктора медицине у оквиру скале преиспитивања приказан је графички за сваку од 12 ставки обухваћених скалом (Слика 13).

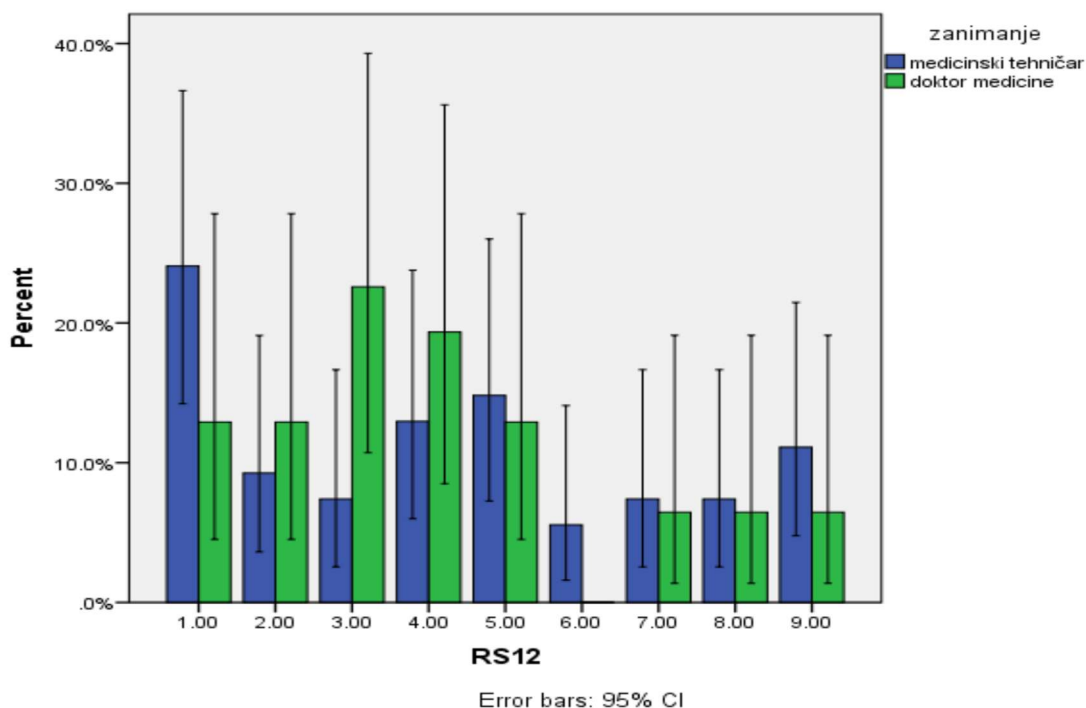










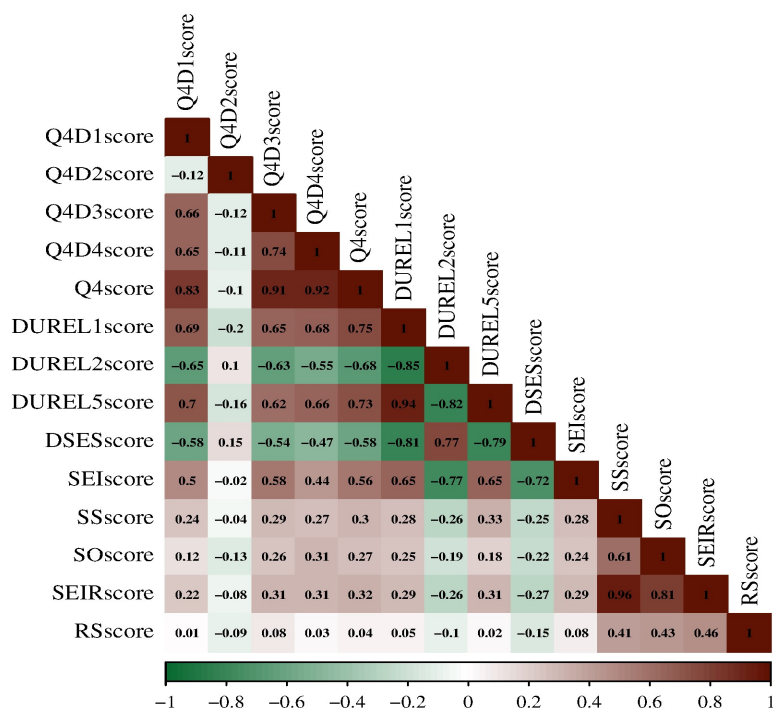


13. Разлике у ставовима две групе испитаника у оквиру скале преиспитивања

Када је у питању укупан скор (RS), средња вредност скова у читавој студијској популацији била је $50,74 \pm 16,95$ (минимална вредност 12, максимална вредност 108). У односу на занимање, показано је да је средња вредност скова код медицинских техничара била $53,27 \pm 17,36$, а средња вредност скова код доктора медицине $46,32 \pm 15,53$. Другим речима, није утврђена статистички значајна разлика у преиспитивању код медицинских техничара и доктора медицине (Independent samples T test, $p = 0,069$).

4.8. Корелација 4-D скорa са независним варијаблама

Након одређивања скорова, и провере разлика у одговарајућим варијаблама између две групе испитаника, тестирани су корелациони односи свих претходно обрађених параметара, и приказани графички (Слика 14).



Слика 14. Корелациони односи анализираних скорова у испитиваној популацији (у пољима су наведене вредности одговарајућих корелационих коефицијената)

Утврђена је статистички значајна корелација четвородимензионог скорa (зависна варијабла) са следећим независним параметрима:

- ✓ 4-D скорa са индексом религиозности DUREL 1 (табела 1 Индекса религиозности Универзитета Дјук): Spearman $r = 0,750$, $p < 0,001$;
- ✓ 4-D скорa са индексом религиозности DUREL 2 (табела 2 Индекса религиозности Универзитета Дјук): Spearman $r = - 0,680$, $p < 0,001$;
- ✓ 4-D скорa са индексом религиозности DUREL 5 (табела 5 Индекса религиозности Универзитета Дјук): Spearman $r = 0,730$, $p < 0,001$;
- ✓ 4-D скорa са скором духовног дневног искуства DSES: Spearman $r = - 0,580$, $p < 0,001$;
- ✓ 4-D скорa са индексом духовног искуства SEI: Spearman $r = 0,559$, $p < 0,001$;
- ✓ 4-D скорa са скором духовне подршке SS: Spearman $r = 0,305$, $p = 0,005$;
- ✓ 4-D скорa са скором духовне отворености SO: Spearman $r = 0,270$, $p = 0,027$;
- ✓ 4-D скорa са ревидираним индексом духовног искуства SEI-R: Spearman $r = 0,320$, $p = 0,005$.

4.9. Регресиона анализа-процена утицаја независних варијабли на вредност 4-D скора као зависне варијабле

Регресиона анализа процене утицаја социо-демографских карактеристика испитаника (пола, старости, занимања, брачног и професионалног статуса, дужине стажа, боравишта), индекса религиозности (DUREL1, 2 и 5), духовног дневног искуства (DSES), индекса духовног искуства (SEI), духовне подршке (SS) и духовне отворености (SO) као компоненти ревидираног индекса духовног искуства (SEI-R), као и преиспитивања (RS индекс) указала је на следеће: старост ($p = 0,023$), дужина радног стажа ($p = 0,007$), вредности DUREL1 ($p < 0,001$), DUREL5 ($p < 0,001$), SEI ($p < 0,001$), SS ($p = 0,005$), SO ($p = 0,012$), и SEI-R ($p = 0,003$) индекса представљају статистички значајне позитивне предикторе за 4-D скор, док су DUREL2 ($p < 0,001$) и DSES ($p < 0,001$) негативни предиктори за 4-D скор (Табела 25). Другим речима, утицај религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу расте са годинама старости, дужином радног стажа, индексом религиозности, индексом духовног искуства, као и ревидираним индексом духовног искуства тј. са духовном подршком и духовном отвореношћу. Супротно, показано је да утицај религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу опада са већом интринзичном религиозношћу и духовним дневним искуством. Није показан статистички значајан утицај осталих варијабли, укључујући и занимање (медицински техничар/доктор медицине) на 4-D скор.

Табела 25. Регресиона анализа провере утицаја независних варијабли на Q4 скор

	4-D СКОР				
	Нестандардизовани коефицијенти		Стандардизовани коефицијент	95% CI for B	p
	B	S.E.	β		
Пол	-0,508	3,781	-0,015	-8,028 – 7,012	0,893
Старост	0,398	0,171	0,247	0,057 – 0,739	0,023
Занимање	0,456	0,369	0,134	-0,278 – 1,902	0,220
Брачни статус	-2,779	3,229	-0,092	-9,340 – 3,782	0,402
Професионални статус	-0,438	5,127	0,084	-1,453 – 0,586	0,400
Дужина стажа	0,523	0,190	0,289	0,145 – 0,901	0,007
Боравиште	-0,573	0,529	-0,113	-1,671 – 0,528	0,304
DUREL1	2,342	0,227	0,750	1,891 – 2,794	< 0,001
DUREL2	-3,508	0,419	-0,676	-4,342 – -2,674	< 0,001
DUREL5	2,083	0,212	0,734	1,662 – 2,505	< 0,001
DSES	-0,526	0,080	-0,583	-0,686 – -0,366	< 0,001
SEI	0,308	0,049	0,564	0,209 – 0,406	< 0,001
SO	0,313	0,108	0,303	0,098 – 0,528	0,005
SS	0,556	0,217	0,270	0,124 – 0,989	0,012
SEI-R	0,243	0,079	0,321	0,087 – 0,399	0,003
RS	0,043	0,106	0,044	-0,168 – 0,254	0,687

5. ДИСКУСИЈА

Медицинска истраживања која повезују медицину с теологијом спроводе се у свету деценијама. У нашој средини тога није било. Пионир на овом пољу је амерички психијатар, професор Дјук Уиверзитета, Harold G. Koenig. Он је у својим експерименталним истраживањима и ревијалним радовима показао како се овој проблематици приступа коришћењем методологије својствене природним наукама. Истраживања на овом пољу увек су интердисциплинарна. Сумирајући резултате својих дугогодишњих истраживања и истраживања других аутора, Професор Кениг закључује: наука је доказала повезаност религије/духовности и здравља; медицински радници – пре свих лекари – морају бити свесни овога због могућег утицаја на клиничку праксу; увид у духовност/религиозност пацијената требало би увести у историје болести пацијената; уколико се, кроз историју болести, уочи потреба за духовном подршком или проблематика у религиозно/духовној сфери пацијентовог живота, медицински радници требало би да консултују свештена лица која раде при болницама [34, 35].

Духовност и религиозност се у истраживањима анализирају заједно и/или под једним од та два појма. Hall и сарадници, на пример, у чланку који се бави мерењем религиозности, пишу да је могуће бити духован а не религиозан и религиозан а не духован [36]. Религиозност/духовност човека може се мерити [37]. Теолошко-хуманистички појмови религиозности и духовности блиско се везују с појмом клиничке медицине.

Неке студије истраживале су ефекат религиозности и духовности на благостање. Према Фатими и сарадницима, људи користе верске и духовне стратегије приликом суочавања са својим проблемима, траже опроштај, носе се са стресним ситуацијама [38]. Доживљај интензивног страха, патње и болести често прати духовно обраћење, јер вера омогућава људима да задрже наду и осећају сигурност [39].

Духовност/ религиозност се сматра кључним ресурсом током катастрофалних ситуација. Као на пример, током Првог светског рата, капелани су додељени војним јединицама као ресурс за моралну подршку, а у време битке ишли су на фронт да изврше свете обреде војницима у непосредној животној опасности [40]. Други пример је била пандемија високо патогеног птичјег грипа ХПАИ А/Х5Н1. У овом периоду студија открива да је утицај духовности повезан са вишим нивоима позитивних емоција и нижим нивоима незаконитог понашања [41]. Исто тако, 2014, највећа епидемија еболе у историји изазвала је 10.000 смртних случајева, у Африци је заражено 26.000 људи. Током ове кризе, религиозност /духовност је такође била важан аспект пружања подршке [42]. После поменутих криза уследила је пандемија заразне болести коју изазива вирус КОВИД 19 са којима се свет икада суочио, пандемија незапамћених размера. Према подацима које је забележио Универзитет Џон Хопкинс, укупан број случајева инфекција широм света почетком октобра 2021. било је 237.668.106, а укупан број смртних случајева био је близу 5 милиона људи (Центар за системске науке и инжењерствона Универзитету Џонс Хопкинс, 2021) [43]. Светска здравствена организација (СЗО) је пријавила пораст менталних проблема како због саме болести тако и због социјалног дистанцирања као мере у циљу заустављања инфекције (ПанАмеричка здравствена организација, 2020). У овом контексту духовност и религиозност појавиле су се као важни механизми суочавања за превазилажење менталних и физичких здравствених проблема, подстицање позитивних емоција које би могле да ојачају имуни одговор и да минимизирају патњу [44].

Студијска популација нашег истраживања (доктори медицине и медицински техничари) без обзира на занимање, у највећем проценту има став да Бог активно учествује у здрављу пацијената. За разлику од групе медицинских техничара, највећи проценат доктора медицине обухваћених истраживањем верује да религија може спречити тешке медицинске исходе.

Истраживања у нашој средини показала су да верници, војни осигураници, желе религиозну подршку од верујућих медицинских радника и да та подршка унапређује клиничку праксу [45]. Истраживања у свету показала су, рецимо, да је виши ниво медицинског образовања здравствених радника повезан с нижим степеном њихове религиозности/духовности [46]. С друге стране, постоје убедљиви докази да религија/духовност медицинских радника и средина у којој живе директно утичу на клиничку праксу, на избор класичних или комплементарних медицинских метода [47, 48].

У нашем истраживању лекари и медицински техничари нерадо сами покрећу разговор о религиозним темама са пацијентима, али зато је утврђена статистички значајна разлика између медицинских техничара и доктора медицине у сегменту који се односи на прикладност разговора здравственог радника са пацијентом о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене. Највећи број доктора медицине 35,5% је става да је са пацијентом прикладно разговарати о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене и то више него једном седмично, док медицински техничари у највећем проценту 31,5% истичу да је неприкладно разговарати са пацијентом о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене.

Лекари, пре свега, или не обраћају пажњу на религиозност/духовност пацијената или беже од њихове религиозности/духовности [49]. Главни разлози су следећи: не виде разлог зашто би своју енергију трошили на нематеријалну сферу пацијентовог живота, не осећају се сигурним у религиозно/духовној проблематици, немају довољно времена и не желе прелазити међупрофесионалне границе [34, 50].

Показало се, наиме, да су медицински лидери, они који раде у доминантно хришћанским земљама, често у озбиљним сукобима сами са собом. Реч је о унутрашњем конфликту између религиозног и капиталистичког етоса који су, као етичко практични појмови, потпуно различити [51]. То је показала и студија пресека спроведена на узорку од 327 аустралијских духовника - капелана. Испитаници су били различити по животној доби, полу, образовању и вери (протестанти и католици). Значајна већина испитаника сматрала је да је духовним лицима место у медицинским тимовима. Према њиховом мишљењу, између лекара и духовника- капелана постоји нејасан али постојан професионални антагонизам [52].

Палмер и сарадници у својој студији о процени религиозности здравствених радника истичу да није било разлике у средњим вредностима ДУРЕЛ индекса, међутим, постојала је разлика у самоидентификовању здравствених радника као духовног и/или религиозног.

Постојала је разлика међу здравственим радницима у учесталости молитве и укључивању у дискусије о духовности/религиозности; ниједан здравствени радник није пријавио да се моли са пацијентима, али стручњаци за ментално здравље су навели да (скоро увек/често/понекад) воде духовно/религиозне дискусије са пацијентима чешће него други здравствени радници, али им није пријатно да учествују у специфичним

духовно/религиозним понашањима (тј. молитви), иако су вољни да учествују у другим сродним активностима (нпр. медитација) са својим пацијентима [53]. Карлин и група истраживача су дошли до закључка да су неки стручњаци за ментално здравље, укључујући клиничке психологе, мање религиозни од доктора медицине [54, 55]. Истраживање је сугерисало да се мали број стручњака за ментално здравље идентификује као религиозан, што сугерише да ова група здравствених радника можда не разматра проблем духовности/религиозност са својим пацијентима [55, 56]. Западна медицина, окренута секуларном и материјалном, често сматра да су душевни проблеми човека домен искључиво психијатрије и психологије. Код верних, међутим, психологија није довољна за душевну-духовну проблематику [56].

Наше истраживање указује да је став испитаника обе групе по питању зајдничке молитве са пацијентом био уједначен, већински део медицинских техничара 48,1% и доктора медицине 38,7% негирао је молитву са пацијентом. Молитва као чин побожности и облик религиозног поашања је разговор са Богом, може бити умно срдачна (унутрашња молитва која се не изговара) може бити таква да је изговарамо наглас и она се често догађа при различитим молитвеним обредима и правилима, може бити лична и заједничка. Највећи проценат комплетне студијске популације 56,5% одлази у Цркву или похађа друге верске скупове неколико пута годишње; углавном ретко 49,4% проводи време у приватним религијским активностима (попут молитве, медитације).

Има аутора који сматрају да праве клиничке емпатије нема без духовности, конкретније, без хришћанског религиозног концепта [57]. Светска здравствена организација (СЗО) за квалитет живота предложила је нови концепт здравља у коме се оно сматра „динамичким стањем потпуног физичког, менталног, духовног и социјалног благостања“. СЗО је такође предузела кораке на препознавању утицаја религиозности/духовности на здравље [4]. Истраживања показују да су религиозни здравствени радници у просеку здравији у односу на нерелигиозне здравствене раднике [58]. Резултати нашег истраживања указују да су доктори медицине већински става да су религијска убеђења дефинитивно оно што је заиста у основи њиховог свеукупног приступа животу 48,4%, док медицински техничари истичу да нису сигурни у ову тврдњу 37%. У систематском прегледу литературе о религиозности, духовности и здрављу у чланцима објављеним између 2012. и 2017. године, откривено је да „припадност“ религији имплицира образац понашања који је здравствени ресурс. Поред тога, појединци без религијског убеђења, али који имају висок ниво духовности, такође прибегавају здравијим стиловима живота, од оних са ниским нивоом [59]. На пример, религијско учешће у адвентистичкој цркви помаже да се смање фактори који се односе на смртност, посебно када је у комбинацији са здравим понашањем и друштвеном и емоционалном подршком коју имају у својој црквеној рутини. У лонгитудиналној студији о дуговечности и начину живота у САД са 183.321 адвентистом, истраживачи су признали да практиковање здравих навика, повезаних са осам природних лекова, има користи за кардиоваскуларни систем и последично смањује ризик од смртности [60, 61]. Адвентисти такође подстичу уздржавање од кафе, газираних пића, чајева са кофеином и имају мању стопу преваленције пушења и конзумирања алкохола [61, 62]. На основу доказа, здравствени истраживачи и здравствени радници све више признају религију као једну од друштвених детерминанти здравља [63, 64]. Интересовање истраживача усмерено је ка улози религиозних веровања која су у вези са здрављем и телом, као што су моћ молитве, значај Бога у опоравку од болести и поглед на тело као на храм Божији. Веровање да је Бог важан фактор у здрављу интегрише религију са концептом здравственог локуса контроле, у којем се исходи и догађаји могу приписати појединцу (унутрашња контрола) или спољним факторима (спољна контрола) [65, 66].

Резултати нашег истраживања указују да се највећи проценат испитаника обе групе изјаснио да верује да Бог или нека друга надприродна сила учествује у здрављу пацијената са религиозним потребама више него једном седмично. Разлика међу техничарима и докторима се међутим бележи у делу неверујућих испитаника, где се 29,6% свих медицинских техничара и 12,9% свих доктора медицине изјаснило да Бог никада не учествује у здрављу пацијената.

Питања духовности/религиозности често постају све важнија како за пацијента тако и за здравствене раднике посебно у узнемирујућим ситуацијама, као што је дијагноза хроничне или терминалне болести [67]. Духовност/религиозност су често важни ресурси за пацијенте као подршка приликом суочавања као и психосоцијалног прилагођавања након дијагнозе и током лечења. При суочавању са озбиљном дијагнозом, духовност/религиозност може олакшати прогностичко прихватање, донети наду и дати смисао искуству болести, чиме се побољшава квалитет живота пацијената [68]. Од укупно 85 испитаника обухваћених нашом студијом 42,4% је става да религија/духовност помаже пацијентима да издрже бол и патњу, док 57,6% сматра да религија/духовност пружа пацијентима оптимизам и наду. С обзиром на важност духовности/религиозности за добробит пацијената од здравствених радника се очекује да препознају везу религиозност-здравље због унапређења клиничке праксе [69]. Једна од многих улога које лекар пружа својим пацијентима је саосећање и удобност, што укључује бригу о свим психолошким, духовним и верским потребама које пацијент има. Крипалани и сарадници у својој студији на узорку од 111 лекара у академској болници, открили су да је 92% лекара било спремно да разговара са пацијентима у терминалном стадијуму. Такође су открили да религиозност и духовност лекара нису нужно потребни за разговор о смрти и умирању и да религиозне и духовне вредности лекара нису у корелацији са њиховом способношћу да воде разговоре са умирућим пацијентима [70].

Здравствени радници обухваћени нашим истраживањем не практикују значајно разговоре о религији/духовности у случају да пацијент: има мање тешку болест или повреду (47,1%), суочава се са застрашујућом дијагнозом (40%), схвати да ће ускоро преминути (40%), пати од анксиозности или депресије (36,5%), долази на преглед током ког се узима анамнеза 35,3% или се суочава са етичком дилемом (38,8%). Када је у питању мишљење о могућности религије/духовности да спречи тешке медицинске исходе највећи број медицинских техничара је негирао ову тврдњу (35,2%), док је међу докторима медицине доминантно било супротно мишљење, (45,2%) свих доктора верује да религија више него једном седмично може утицати на тешке медицинске исходе).

На истоку је то нешто другачије. У Русији, рецимо, постоји удружење православних лекара [71]. Ти лекари не занемарују религиозне потребе религиозних пацијената и блиско сарађују са свештеницима. Истраживања су показала да верујући пацијенти желе да поделе свој поглед на свет с верујућим медицинским радницима и да то доприноси њиховом лечењу [72, 73].

Религија је интринзична кад је темељ људског веровања и вредносног система, кад прожима цео живот и представља главни мотивациони фактор човека. Она је екстринзична ако је, првенствено, у функцији олакшавања човековог живота и смрти, у функцији емоционалне и социјалне подршке [74]. Нека истраживања указују да висок ниво интринзичне религиозности може утицати на здравствене раднике и њихов имплицитни/експлицитни приступ у клиничкој интеракцији са пацијентима [75]. Лоренс и Карлин су интервјуисали

докторе медицине како би оценили факторе који су утицали на њихово доношење одлука, укључујући изражене жеље пацијената, процену лекара, стандарде неге и моралне смернице из верских традиција. Аутори су закључили да је мања вероватноћа да ће лекари са високим нивоом унутрашње религиозности навести „пацијентове изражене жеље” као најважнији фактор у доношењу одлука у односу на лекаре са нижим нивоом унутрашње религиозности [76].

У нашој студији показано је да утицај религиозности/духовности здравствених радника на клиничку праксу опада са већом интринзичком религиозношћу. Разлике у интринзичној религиозности схватамо као одраз интровертности лекара, у смислу да религију доживљавају као нешто интимно, јер сви остали параметри говоре у прилог веће религиозности/духовности лекара у односу на медицинске техничаре (почев од одлазака у Цркву, преко осећаја постојања Божанског до веровања да религија може бити од помоћи пацијентима са тешким дијагнозама). Оно што потврђује нашу претпоставку у вези утицаја искуства на религиозност/духовност лекара је и њихов став да су управо животна искуства утицала на преиспитивање њихових религијских убеђења и да имају дозу страха од религијских сумњи, а то су опет две ствари са којима се највећи део техничара није слагао. Постоји виши степен свесности код лекара, што је вероватно резултат вишег степена образовања, у смислу прихватања нечега апстрактног каква је религија и спознаја безизлазности у ситуацијама када се ради о тешким дијагнозама и стањима у којима су практично сви медицински ресурси (дијагностички и примарно терапијски ресурси) исцрпљени, и када остаје само нада и вера.

Увид у религију/духовност пацијената обавеза је и медицинских сестара у свету [77]. Оне су свесне колико је то значајно за њих саме и за њихове пацијенте [78, 79]. Истраживања су показала да духовници који раде у болницама (капелани, свештеници, имами, рабини) највише контактирају управо с медицинским сестрама [80]. Холистичким приступом медицинска сестра препознаје физичке, личне, породичне и духовне потребе пацијената. Сарадња између медицинских техничара и капелана је од суштинског значаја за пружање духовне подршке у здравственим установама [81]. Ипак, постоје докази, иако оскудни, да овај однос можда није увек толико пун поштовања или функционалан колико би требало да буде. На пример, анкета над 100 хоспицијских капелана открила је да 35% перципира сукоб улога, углавном са социјалним радницима и медицинским техничарима [82]. Ове ниске стопе указују на перцепцију здравствених радника у односу на разумевање улоге свештеника [83]. Истраживање Дамена и сарадника (2019) међу учесницима конференције о палијативном збрињавању показало је да је 90% од 110 клиничара (од којих су 44% били медицински техничари) изјавило да бар умерено разуме рад капелана [84]. Винтер-Пфандлер и сарадници у студији о 192 главних медицинских техничара у Швајцарској (од којих је три четвртине радила у јавној болници) открила је да су капеланску службу оценили са 2,74 (СД = 0,73), на скали од 1–4 (са 4 означава потпуно одобрење). Ови истраживачи су приметили да је процена улоге капелана била најснажнији предиктор за препоруку [85].

Тејлор и Амента открили су разлоге зашто поједини медицински техничари не контактирају свештеника. Разлози за то су: непознавање капелана, гледање на капелана као нељубазног или недоступног или некомпетентног, и мишљење да се капелани мешају у негу медицинских сестара [86]. Ким и сарадници су у свом истраживању изнели мишљење да се улоге медицинских техничара и духовника преклапају, закључују да у ситуацијама када су мислиле да је пацијентова религија другачија од њихове сопствене, ови медицински техничари би позвали капелане [87]. Такође, поједини капелани, свештеници истичу да уче медицинске техничаре да се не распитују да ли пацијенти желе посету капелана. Они се

плаше да ако медицински техничари то уради и добије негативан одговор, онда немају дозволу да приђу пацијенту [88].

Постоје докази из швајцарске студије да када је болнички капелан питао пацијента да ли је пожељна духовна подршка, 86% се сложило; међутим, када су медицинским техничарима поставили исто питање само 37,5% се сложило са посетом капелана [88]. Проблем сарадње духовних лица с здравственим радницима био је и остаје актуелан. На узорку од 92 медицинске сестре у Индијани 57% ретко или никада није пружало духовну подршку, 45% је изјавило да имају слабу или ограничену способност да пружају духовну подршку, а 33% се осећа непријатно због пружања духовне подршке. Занимљиво је да је 24% често или увек разговарало са пацијентима о темама духовности/религиозности, а половина се често или увек молило насамом са пацијентом, док је само 28% често или увек упућивало пацијенте свештенству. Слично томе, истраживање које је спроведено у Њујорку на узорку од 271 медицинске сестре 98% узорка истакло је да њихова улога укључује решавање духовних потреба пацијената, 48% је ретко примењивала и у пракси [89].

Упркос чињеници да већина пацијената жели да њихови здравствени радници разговарају о питањима религиозности/духовности, мали број здравствених радника се осећа спремним да се баве решавањем духовних потреба својих пацијената [90].

Иако су истраживања о утицају војних свештеника/капелана на клиничке исходе оскудна, постоји значајан део литературе која показује утицај свештеника/капелана на исте у различитим здравственим установама. Пацијенти који раде са свештеницима/капеланима у здравственим установама обично пријављују велико задовољство овим услугама [91]. Посете свештеника/капелана доводе до већег менталног благостања међу пацијентима у оквиру примарне здравствене заштите смањеном анксиозношћу међу хоспитализованим пацијентима са хроничном опструктивном плућном болешћу [92]. Интервенције које изводе интердисциплинарни тимови који укључују свештенике/капелане су повезани са вишим духовним благостањем и квалитетом живота међу пацијентима са узнапредовалим хроничним болестима [93]. На пример, Пасторално наративно откривање је нова техника која је предложена да воде свештеници/капелани у лечењу моралних повреда. Овај приступ се заснива на литургијском исповедном моделу као би се особа посматрала са холистичког аспеката [94]. Свештеници/капелани и клиничари за ментално здравље имају јединствене и међусобно повезане улоге унутар Министарства одбране, обављају сличан посао и чланови су повезаних али одвојених професионалних заједница [95].

6. ЗАКЉУЧАК

1. Испитаници студијске популације, без обзира на занимање, у највећем проценту имају став да Бог активно учествује у здрављу пацијената.
2. За разлику од групе медицинских техничара, највећи проценат доктора медицине обухваћених истраживањем верује да религија може спречити тешке медицинске исходе.
3. Највећи број испитаника обе групе негира заједничку молитву са пацијентима приликом
4. појаве религиозних/духовних тема током разговора.
5. Испитаници студијске популације, без обзира на занимање, верују да религија/духовност благотворно делује на ментално здравље пацијената, пружајући им наду и оптимизам.
6. Испитаници студијске популације, без обзира на занимање, у највећем проценту су мишљења да су разговори са пацијентима о темама везаним за религију/духовност неприкладни (у смислу интересовања медицинског особља за религију/духовност пацијената).
7. С друге стране, највећи проценат испитаника из групе доктора медицине радо прихвата разговор о религиозним/духовним темама када их пацијент покрене, што није случај са групом медицинских техничара који су става да су овакве теме неприкладне.
8. Сумарно посматрано, не постоји статистички значајна разлика у вредности укупног 4-D скорa између групе медицинских техничара и групе доктора медицине (другим речима, није показана значајнија разлика у утицају религиозности/духовности медицинских техничара и религиозности/духовности доктора медицине на клиничку праксу).
9. Анализа индекса религиозности указала је на статистички значајно веће референтне вредности за индивидуалне ставке у индексу религиозности код доктора медицине у односу на групу медицинских техничара. Утврђено је да доктори медицине чешће практикују одласке у Цркву и провођење времена у приватним религијским активностима. Највећи проценат доктора медицине, за разлику од техничара, осећа постојање Божанског и верује да су религијска убеђења основа свеукупног приступа животу.
10. Иако није утврђена статистички значајна разлика у просечним вредностима DSES (скала духовног дневног искуства) између две групе испитаника, показано је да се осећај присуства Бога и жеља да се буде ближе Богу чешће јавља код највећег процената доктора медицине у односу на медицинске техничаре.
11. Постоји статистички значајна разлика између две групе испитаника у погледу појединих ставки духовног искуства, и то за: осећај блиске повезаности са вишом силом, став у вези венчавања са особом друге вероисповести, чињенице да иако понекад не достижу своје духовне идеале, да су испитаници ипак у основи добре и достојне особе и осећаја да вера усмерава у целости њихов став према животу. Наиме, доктори медицине су били категоричнији у својим изјавама (у највећем проценту сагласни са свим горе наведеним ставкама сем венчавања са особама друге вероисповести), док су се медицински техничари донекле слагали са понуђеним ставкама.
12. Није показана значајнија разлика између две групе испитаника у вредностима укупног SEI скорa.
13. Анализа ревидираног индекса религиозности (индекса духовне подршке и индекса духовне отворености) искључила је постојање статистички значајних разлика између две групе испитаника обухваћених истраживањем.
14. Тестирањем разлика између групе медицинских техничара и групе доктора медицине у вези преиспитивања показана је статистички значајна разлика у ставовима везаним за утицај животног искуства на преиспитивање религијских убеђења и страх од религијских

сумњи: највећи проценат медицинских техничара је исказао изразито слагање, за разлику од доктора медицине који су били супротног става.

15. Није утврђена статистички значајна разлика у укупном скору религијског преиспитивања између две групе испитаника обухваћених истраживањем.
16. Постоји значајна позитивна корелација индекса религиозности са скором духовног дневног искуства, индексом духовног искуства тј. скором духовне подршке и духовне отворености у испитиваној популацији, као и позитивна корелација индекса религиозности са ревидираним индексом духовног искуства.
17. Утицај религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу расте са годинама старости, дужином радног стажа, индексом религиозности, индексом духовног искуства, као и ревидираним индексом духовног искуства тј. са духовном подршком и духовном отвореношћу.
18. Није показан предиктивни значај занимања (медицински техничар/доктор медицине) на утицај религиозности/духовности медицинских радника на клиничку праксу.

7. Литература

1. Mueller, P.S., Plevak, D.J. & Rummans, T.A. (2001). Religious Involvement, Spirituality and Medicine Implications for Clinical Practice. *Mayo Clin Proc*, 76, 1225-1235.
2. Susnjic, D.J. (2009). Religion. Belgrade: Cigoja Press.
3. Koenig, H.G. & Bussing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religion*, 1, 78-85.
4. World Health Organization. Report on the Global Status of Noncommunicable Diseases (2014). Geneva; World Health Organization. (1999). Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17-25. May 1999: verbatim transcripts of plenary meetings and list of participants. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258945/1/VHA52-1999-REC-2-eng-fre.pdf>.
5. Пост 1.31
6. Митрополит Хаџиниколау, Н. (2014). *Слободни од генома, приступи православне биоетике*. Крагујевац: Каленић.
7. Пантовић, М., Раванић, Д., Миловановић, Д., Пантовић, В. & Пантовић, М. (2009). Српска средњовековна медицина - баштина али и путоказ усмерен ка будућности. *Понс*, 6 (20), 24-33.
7. Катић, Р. (1981). *Порекло српске средњовековне медицине*. Београд: Српска академија наука и уметности.
8. Бојанин, С. (2017). Хиландарски медицински кодекс и научна медицина насредњовековном Балкану “*Studia Balcanica*”. Софија: Институт за балканистика с Център по тракологија Българска академия на науките Издателска къща „Тендрил“, 32, 277-297.
9. Мијушковић, С. & Ковијанић, Р. (1964). *Грађа за историју српске медицине*. Београд: Документи которског архива.
10. Лугоњић, М. & Арсенијевић, О. (2021). „Attitudes of medical students about e-learning“. *International journal of economics and law*, 11, 31.
11. Антић, Р. (2011). Удео хришћанства у развоју европске и српске медицине средњег века. *Историја медицине*. Пројекат Растко. <https://www.rastko.rs/>
12. Mueller, P.S., Plevak, D.J. & Rummans, T.A. *Religious Involvement, Spirituality and Medicine: Implications for Clinical Practice*. *Mayo Clin Proc*; 2001; 76: 1225-1235.
13. Радисављевић-Ћипаризовић, Д. (2006). *Религиозност и традиција*. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета у Београду.
14. Биговић, Р. (2010). *Истраживање религиозности грађана Србије и њиховог става према процесу европских интеграција*. Београд: Хришћански културни центар.
15. Кубурић, З. (1999). Хришћанство и психичко здравље верника: Хришћанство, друштво, политика, ЈУНИР годишњак VI, Ниш, ЈУНИР.
16. Јеротић, В. (2007). *Јунг и православље: Индивидуација и(или) обожење*, Сабрана дела, I коло. Београд: Задужбина Владете Јеротића у сарадњи са ИП Ars libri.
17. Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Faith and Health*. New York: Oxford University Press.
18. Haight, R. (1985). *An Alternative Vision. An Interpretation of Liberation Theology*. New York: Paulist Press, pp. 239–241.
19. Pricip, V., Muldoon, M. & King, N. (1995). Spirituality, health care and bioethics. *J Relig Health*, 34, 329–350.
20. Seeman, T.E., Dubin, F.L. & Seeman, M. (2003). A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58 (1), 53-63.
21. Mrdjenovich, A. J. (2009). *University counseling center practices regarding guidance on the health effects of religious/spiritual involvement*. Dissertation Toledo: the University of Toledo.

22. Дучкић, А. & Кокорић-Блажека, С. (2014). *Љетонис социјалног рада*, 21(3), 424-452.
23. Jackson, B. R. (2010). *Daily spiritual experiences: A buffer against the effect of daily perceived stress on daily mood*. Master of arts. Indiana: the University of Notre Dame.
Preuzeto sa:
<http://etd.nd.edu/etDdb/theses/available/etd1004201150741/unrestricted/JacksonB102010t.pdf>
24. Крстић, З. (2012). *Основи социјалне концепције Руске православне цркве у: Православље и модерност. Теме практичне теологије*. Београд: Службени гласник.
25. Narakas, S. (1993). "An Eastern Orthodox approach to bioethics". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 18, 531–548.
26. Андрејић, А. (2016). *Ставови о биоетичким питањима у оквиру Српске Православне Цркве у контексту православне биоетике*, 17, 23-45.
27. *Основе социјалне концепције Руске православне цркве*. (2007). Нови Сад: Беседа.
28. *The Holy Synod of the Church of Greece, Bioethics Committee* (2007). „Basic position on the ethics of Euthanasia“.
29. „*Религија и трансплантација*“ (н.д.) Преузето са: http://srbijazatransplantaciju.com/religija_i_transplantacija.htm
30. Епископ Иринеј. (2011). „*Укратко о трансплантацији*“. Преузето са: http://spc.rs/sr/ukratko_o_transplantaciji.
31. Патријарх Кирил. (2015). *Право на еутаназију и морална одговорност*. Православље, 1150, 22–25.
32. Vantsos, M. & Kiroudi, M. (2007). „An Orthodox view of philanthropy and Church Diaconia“, *Christian Bioethics*, 13, 251–268.
33. Koenig, H.G. (2004). Religion, Spirituality and Medicine: Research, Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.
34. Kaye, J. & Kumar Raghavan, S. (2002). Spirituality in Disability and Illness. *Journal of Religion and Health*, 41(3), 231-242.
35. Hall, De, Meador, K.G. & Koenig, HG. (2008). Measuring Religiousness in Health Research. Review and Critique. *Journal of Religion and Health* 47, 134-163.
36. Djurović, A. (2015). New Metaphysics in Serbian Rehabilitation Medicine. *Vojnosanitetski Pregled*, Online First November (00), 135-135.
37. Fatima, H., Oyetunji, T.P., Mishra, S., Sinha, K., Olorunsogbon, O.F., Akande, O.S., Srinivasan, & Kar, S.K. (2020). Religious coping in the time of COVID-19 Pandemic in India and Nigeria: Finding of a cross-national community survey. *The International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764020984511>
38. Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X., Pawliszak, W., Tylkowski, B. & Bajek, A. (2020). Religion and Faith perception in a pandemic of COVID-19. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 2671–2677. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01088-3>
39. Chirico, F. & Nucera, G. (2020). An Italian experience of spirituality from the coronavirus pandemic. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2193–2195. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01036-1>
40. Smith, B.W., Kay, V.S., Hoyt, T.V. & Bernard, M.L. (2009). Predicting the anticipated emotional and behavioral responses to an avian flu outbreak. *American Journal of Infection Control*, 37(5), 371–380. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.08.007>
41. Marshall, K. & Smith, S. (2015). *Religion and Ebola: Learning from experience*. *Lancet*, 386(10005), e24–e25. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61082-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61082-0).
42. Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University. (2021). JOHNS HOPKINS University & Medicine: *Coronavirus Resource Center*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

43. Bhaskar, A.U. & Mishra, B. (2019). Putting workplace spirituality in context: Examining its role in enhancing career satisfaction and reducing turnover intentions with perceived organizational support as an antecedent. *Personnel Review*, 48(7), 1848–1865. <https://doi.org/10.1108/PR-08-2018-0305>.
44. Đurović A, Sovilj S, Đokić I, Brdareski Z, Vukomanović A, Ilić N, Milavić-Vujković M. (2017). Pastoral care and religious support as a part of treatment of religious patient with the severe form of osteoarthritis. *Vojnosanit Pregl*, 74(1), 69-77. doi: 10.2298/VSP1508025059D. PMID: 29350895.
45. Hafizi, S., Koenig, H., Arbabi, M., Pakran, M. & Saghadzadeh, A. (2014). Attitudes of Muslim Physicians and Nurses Toward Religious Issues. *Journal of Religion and Health*, 53(5), 1374-1381.
46. Wolenberg, K., Yoon, J., Rasanski, K. & Curlin, F. (2013). Religion and United States Physician's Opinion and Self-Predicted Practices Concern in Artificial Nutrition and Hydration. *Journal of Religion and Health*, 54(2), 1051-1065.
47. Hughes, B.M. (2006). Regional Patterns of Religious Affiliation and Availability of Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Religion and Health*, 45(4), 549-557.
48. Aten, J.D. & Schenck, J.E. (2007). Reflections on Religion and Health Research: An Interview with Dr. Harold G. Koenig. *Journal of Religion and Health* 46 (2), 183-190.
49. López-Tarrida, Á.D., de Diego-Cordero, R. & Lima-Rodríguez, J.S. (2021). Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues? *Journal of Clinical Medicine*, 10(23): 5612. <https://doi.org/10.3390/jcm10235612>
50. La Mothe, R. (2013). The Spirits of Capitalism and Christianity and their Impact on the Formation of Healthcare Leaders. *Journal of Religion and Health*, 52(1), 3-17.
51. Carey, L.B. & Cohen, J. (2009). Chaplain-physician Consultancy: When Chaplains and Doctors Meet in the Clinical Context. *Journal of Religion and Health*, 48, 353-367.
52. Kelly, P. Hier, E. Paine, M. Pavlik, N. & Timothy, M. (2020). Does spiritual and religious orientation affect the clinical practice of health workers? *Journal of Interprofessional Care*, 34 (4), 520-527.
53. Curlin, F.A. Lantos, J.D. Roach, C.J. Sellergren, S.A. & Chin, M.H. (2005). Religious characteristics of American physicians: a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 629 – 634. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0119.k
54. Curlin, F.A., Lawrence, R.E., Odell, S., Chin, M.H, Lantos, J.D, Koenig, H.G, & Meador, K.G (2007). Religion, Spirituality, and Medicine: Different Observations, Interpretations, and Clinical Approaches of Psychiatrists and Other Physicians. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1825–1831. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06122088
55. Curlin, F.A., Odell, S.V., Lawrence, R.E., Chin, M.H., Lantos, J.D., Meador, K.G. & Koenig, H.G. (2007). The relationship between psychiatry and religion among American physicians. *Psychiatric Services*, 58, 1193 – 1198. doi: 10.1176/ps.2007.58.9.11934925
56. Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A review of the literature. *Quality and Quantity*, 47, 2025 – 2047. doi: 10.1007/s11135-011-9640-9
57. Pembroke, F.N. (2007). Empathy, Emotion and Ecstasy in the Patient-physician Relationship. *Journal of Religion and Health*, 46(2), 287-298.
58. Bafrooi, N.M., Loukzadeh, Z., Pak, S. & Zangui, Z. (2013). Spirituality and General Health among Hospital Personnel of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. *Journal of Community Health*, 2(1), 22-29.
59. Diego, C.R. & Rodriguez, M.G. (2018). La influencia de la religiosidad en la salud: El caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los Cuidados*, 22 (52), 167-177. [10.14198/cuid.2018.52.15](https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.15)

60. Kruizinga, R., Hartog, I.D., Jacobs, M., Daams, J.G., Scherer-Rath, M., Schilderman, J.B. & Van Laarhoven, H.V. (2015). The effect of spiritual interventions that deal with existential themes using a narrative approach on the quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 10.1002/mon.3910. 26257308
61. Fraser, G., Orlich, M.J. & Jaceldo-Siegl K. (2015). Studies of chronic disease in Seventh-day Adventists. *International Journal of Cardiology*, 184-573. 10.1016/j.ijcard.2015.03.015
62. Kanno, D.T., Sella, L.F. & Oliveira, N.C. (2014). Estilo de vida de Adventistas do Setimo Dia do municipio de Cotia, Sao Paulo. *Revista de Ciencias Medicas*, 23(3), 137-144. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v23n3a2824>
63. Duran, D.G. & Perez-Stable, E.J. (2019). New Approaches to Minority Health Improvement and Health Disparities Research. *American Journal of Public Health*, 109 (S1), S8-S10. doi: 10.2105/AJPH.2018.304931. PMID: 30699017; PMCID: PMC6356124.
64. Idler, E., Blevins, J., Kiser, M. & Hogue, C. (2017). Religion, a social determinant of mortality? 10-year follow-up of the *Health and Retirement Study*, PLoS ONE. 12(12), e0189134. doi: 10.1371/journal.pone.0189134. PMID: 29261682; PMCID: PMC5738040.
65. Benjamins, M., Ellison, C., Krause, N. & Marcum, J. (2011). Religion and the use of preventive services: Do congregational support and religious beliefs explain the relationship between attendance and use? *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 462-476. 10.1007/s10865-011-9318-8. 21286800
66. Janovski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B. & Jedinak, T. (2013). Health behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PloS One*. 8(5): e63920. doi: 10.1371/journal.pone.0063920. Print 2013.
67. Koenig, H.G., King, D.E. & Carson, V.B. (2012). *Handbook of faith and health*. (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
68. Dombeck, M.T. (1998). Spiritual and pastoral dimensions of care in interprofessional contexts. *Journal of Interprofessional Care*, 12 (4), 361–372. doi: 10.3109/1356182980902494
69. Edwards, A., Pang, N., Shiu, V. & Chan, C. (2010). Review: Understanding spirituality and the potential role of spirituality in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24, 753 – 770. doi: 10.1177/0269216310375860
70. Kripalani, S.G., Cerceo, J.P. & Cerceo, E. (2021). The role of religion in physicians' views of death, dying, and end-of-life care. *J Relig Health*, 60(3), 2109-2124. doi: 10.1007/s10943-020-01126-0. Epub 2021 Jan 2. PMID: 33386571.
71. Nedostup, AV. (2013). *Basic questions of medicine*. In: *Srbulj J, Dimitrijevic V. Jesus, the health of my body*. The Religious Charitable Seniority of the Belgrades'-Karlovac' Archdiocese, 297-319.
72. Haley, K.C., Koenig, H.G. & Bruchett, B.M. (2001). Relationship Between Private Religious Activity and Physical Functioning in Older Adults. *Journal of Religion and Health*, 40 (2), 305-312.
73. Stewart, W.C., Adams, M.P., Stewart, J.A. & Nelson, L.A. (2013). Review of Clinical Medicine and Religious Practice. *Journal of Religion and Health*, 52(1): 91-106.
74. Allport, G.W. & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
75. Koenig, H.G. & Bussing, A. (2010). The Duke University Index of Religion (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78–85. doi: 10.3390/rel1010078
76. Palmer Kelly, E., Hier, M., Paine, N. & Pavlik T.M (2020). *Journal of interprofessional care*, 34(4), 520-527.
77. Kozier, B., Erb, G. & Olivieri, R. (1991). *Fundamentals of nursing. Concepts, Process and Practice*. (4th edition). Redwood city, California: Addison - Wesley.

78. Bakibinga, P., Vinde, H. & Mittelmark, M. (2014). The Role of Religion in the Work Lives and Coping Strategies of Ugandan Nurses. *Journal of Religion and health*, 53(5), 1342-1352.
79. Van Rensburg, J.B., Poggenpoel, M., Myburgh, C. & Szabo, C.A. (2014). Model of the Role of Defined Spirituality in South African Specialist Psychiatric Practice and Training. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 393-412
80. Kilpatrick, S.D., Weaver, A.J., McCullough, M.E., Puchalski, C., Larson, D.B., Hays, J.C., Farran, C.J. & Flannelly, K.J. (2005). A Review of Spiritual and Religious Measures in Nursing Research Journals: 1995-1999. *Journal of Religion and Health*, 44(1), 55-56.
81. Hughes, B.P., DeGregory, C., Elk, R., Graham, D., Hall, E.J. & Ressler, J. (2017). Spiritual care and nursing: The contribution and practice of nursing. Retrieved January 2, 2020, from <https://www.healthcarechaplainsci.org/docs/about/nurses%5fspiritual%5fcare%5fvwhite%5fpaper%5f3%5f22%5f2017.pdf>
82. Vanderwerker, L.C., Handzo, G.F., Fogg, S.L. & Overvold, J.A. (2008). Selected findings from the "New York" and "metropolitan" studies of chaplaincy: A 10-year comparison of chaplaincy in the New York area. *Journal of health care chaplaincy*, 15(1), 13-24.
83. Flannelli, K.J., Weaver, A.J., Handzo, G.F. & Smith, V.J. (2005). A national survey of health care administrators' views on the importance of the various roles of chaplains. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 59 (1-2), 87-96.
84. Damen, A., Labuschagne, D., Fosler, L., O'Mahony, S., Levine, S. & Fitchett, G. (2019). What chaplains do: Views of palliative care physicians, nurses, and social workers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(5), 396-401.
85. Winter-Pfandler, U., Flannelli, K.J. & Morgenthaler, C. (2011). Referral of head nurses to health care chaplaincy: Situations and influencing factors. *Holistic nursing practice*, 25(1), 26-32.
86. Taylor, E.J. & Mamier, I. (2013). The nurse's responses to the patient's expressions of spiritual distress. *Holistic nursing practice*, 27(4), 217-224.
87. Kim, K., Bauck, A., Monroe, A., Mallory, M. & Aslakson, R. (2017). Critical care nurses' perceptions and experiences with chaplains. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(1), 41-48.
88. Martinuz, M., Durst, A.V., Faouzi, M., Petremand, D., Reichel, V., Ortega, B. & Vollenweider, P. (2013). Do you want spiritual support? Different rates of positive response to the offer of priests compared to the offer of nurses. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 67(3-4), 3.
89. Gallison, B.S., Xu, I., Jurgens, C.I. & Boile, S.M. (2013). Spiritual care practice of acute care nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 31, 95-102.
90. Cordero, R.D.D., Romero, B.B., de Matos, F.A., Costa, E., Espinha, D.C.M., Tomasso, C.D.S., Lucchetti, A.L.G. & Lucchetti, G. (2018). Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2804-2813. <https://doi.org/10.1111/jocn.14340>
91. Jankovski, K.R.B., Handzo, G.F. & Flannelli, K.J. (2011). Testing the effectiveness of chaplain care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17(3-4), 100-125. <https://doi.org/10.1080/08854726.2011.616166>
92. Kevern, P. & Hill, L. (2015). "Well-being chaplains" in primary care: An analysis of the results of a retrospective study. *Primary Health Care Research and Development*, 16(1), 87-99. <https://doi.org/10.1017/S14634236130004929>
93. Iler, V.L., Obershain, D. & Camac, M. (2001). The impact of daily visits by a priest on patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a pilot study. *Chaplaincy Today*, 17(1), 5-11. <https://doi.org/10.1080/10999183.2001.10767153>

94. Meador, K.G. & Nieuwsma, J.A. (2018). Moral injury: A contextualized concern. *The Journal of Medical Humanities*, 39(1), 93–99. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9480-2>
95. Pargament, K.I. & Eklund, J.J. (2021). *Religious and spiritual struggles and mental health: Implications for clinical practice*. In A. Moreira-Almeida, B.P. Mosqueiro, & D. Bhugra (Eds.), *Spirituality and mental health across cultures* (pp. 395–412). Oxford University Press.
96. Weaver, A.J., Pargament, K.I., Flannelly, K.J. & Oppenheimer, J.E. (2006). Trends in the Scientific Study of Religion, Spirituality and Health: 1965-2000. *Journal of Religion and Health*, 45(2), 208-214.
97. Stern, R.M., Rasinski, K.A. & Curlan, F.A. (2011). Jewish Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion/spirituality in the Clinical Encounter. *Journal of Religion and Health*, 50, 806-817.

Биографија аутора

Саша Совиљ рођен је 19. марта 1967. године у Панчеву, где је завршио основну и средњу школу. Године 1995. уписао је основне студије на Православном богословском факултету Универзитета у Београду где је и дипломирао. Мастер студије је успешно завршио на Православном богословском факултету 2012. године, на теми „Документ Руске православне цркве и документи Другог ватиканског Концила о екуменизму – упоредна богословска анализа“. Докторске академске студије при Универзитету у Београду модул Историја и филозофија природних наука и технологије уписао је 2014. године.

Образовање из Системске породичне терапије стекао је на Институту за ментално здравље у Београду у трајању од четири године. Програм је акредитован и препознат од стране Европске асоцијације за психотерапију и пружа проходност у апликовању за Европски сертификат за психотерапију (European Association for Psychotherapy). У Специјалној болници за болести зависности у Београду стекао је образовање из Системске породичне терапије у трајању од годину дана. Трогодишњу едукацију са учешћем у практичном раду остварио је у Школи за православне основе саветодавног рада, Православног пастирско-саветодавног центра Архиепископије београдско-карловачке. Као представник Одбора за Јасеновац Светог Архијерејског Сабора Српске Православне Цркве 2010. године боравио је у Израелу, Јерусалиму у оквиру образовања о холокаусту, у меморијалном центру Yad Vashem, као делу система образовања Хебрејског универзитета.

Од 2013. године налази се на радном месту начелника Групе за верске послове у официрском чину капетана I класе Управе Војномедицинске академије и старешине Параклиса св. Луке Симферополског и Кримског при Војномедицинској академији у Београду. Ожењен је и отац једног детета.

Публиковани научни радови који су проистекли из докторске дисертације:

[Đurović, A.](#) [Sovilj, S.](#) [Đokić, I.](#) [Brdareski, Z.](#) [Vukomanović, A.](#) [Ilić, N.](#) [Milavić-Vujković, M.](#) (2017). Pastoral care and religious support as a part of treatment of religious patient with the severe form of osteoarthritis. *Vojnosanitetski preglad*, 74, 69-77. DOI: [10.2298/VSP1508025059D](https://doi.org/10.2298/VSP1508025059D)

Публиковани радови у домаћим часописима:

Совиљ, С. (2014). Карактеристике и последице употребе психоактивне супстанце у периоду адолесценције. *Годишњак Учитељског факултета у Врању*, 5, 227-235. (МПНТР 2013: М52)

Совиљ, С. (2012). Траума и холокауст: трауматизација као трансгенерацијски модел. *Институт за теолошка истраживања*, 4, 562-572.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора: **Саша Д. Совиљ**

Број индекса: **43/2014**

Изјављујем


да је докторска дисертација под насловом:

„Религиозност и духовност здравствених радника Војномедицинске академије и њихов значај за клиничку праксу у контексту биоетике и њене историје“

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, 26. 1. 2024. године



Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: **Саша Д. Совиљ**

Број индекса: **43/2014**

Студијски програм: **Историја и филозофија природних наука и технологије**

Наслов рада: **„Религиозност и духовност здравствених радника Војномедицинске академије и њихов значај за клиничку праксу у контексту биоетике и њене историје“**

Ментори: **Проф. др Драган Симеуновић**, редовни професор Факултета политичких наука Универзитета у Београду, **Проф. др Срђан Миловановић**, редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Београду

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањена у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, 26. 1. 2024. године



Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„Религиозност и духовност здравствених радника Војномедицинске академије и њихов значај за клиничку праксу у контексту биоетике и њене историје“

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

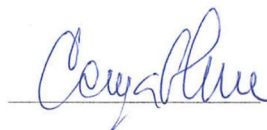
Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.
Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 26. 1. 2024. године





ВОЈНОМЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЈА
СЕКТОР ЗА ЛЕЧЕЊЕ

11 MAY 2016
ИД. 2742-5

Одлуку Етичког одбора,
доставља. –

Чланови Етичког одбора ВМА, на својој седници од 26.04.2016. године, размотрили су захтев начелника Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију ВМА, пк проф. др Александра Ђуровића за оцену етичности истраживачког пројекта: „Религиозност и духовност медицинских радника: приступ клиничкој пракси“.

После детаљног упознавања са предметом, описом и значајем истраживачког пројекта, чији је циљ да се провери колико религиозност и духовност религиозних и духовних медицинских радника Војномедицинске академије утиче на њихову клиничку праксу, закључено је да су испоштовани етички критеријуми, као и да планирана активност не одступа од принципа наведених у Хелсиншкој декларацији и њеним накнадним ревизијама. С тим у вези начелник Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију ВМА, пк проф. др Александар Ђуровић и лекари специјалисти клинике који ће учествовати у истраживању, дужни су да спроводе све планиране активности и да припремају и уредно воде сва документа (писану информацију за испитанике, образац писменог пристанка испитаника итд.), предвиђена опште прихваћеним стручним и етичким нормативима, с тим да се испоштују људска права и вредности у здравственој заштити и права пацијента, пре свега Право на приватност и поверљивост информација и Право на тајност података из „Закона о здравственој заштити“.

Под наведеним условима ДАЈЕ СЕ САГЛАСНОСТ за спровођење наведене студије.

Присутни чланови Етичког одбора ВМА: пк проф. др Небојша Јовић, пк проф. др Ранко Раичевић, проф. др Звонко Магић, проф. др Лидија Кандолф-Секуловић, пк мр Невен Вавић, дипл. правник Драган Никачевић, пуковник у пензији др Стеван Сикимић и проф. др Чедомир Чупић - Факултет политичких наука .

Етички одбор ВМА је организован и функционише у складу са смерницама *ICH GCP* и важећом законском регулативом.

Прилог: списак чланова Етичког одбора ВМА

нч

ПРЕДСЕДНИК ЕТИЧКОГ ОДБОРА
пк проф. др Небојша Јовић

ОБЕРАВА:
НАЧЕЛНИК СЕКТОРА ЗА ЛЕЧЕЊЕ
пк проф. др Зоран Шегрт



Умножено у 4 примерка и достављено:

1. пк проф. др Александар Ђуровић, Клиника за физикалну медицину ВМА: три примерка
2. Етичком одбору: два примерка