Mišljenje o djelovanju smrti i umiranja bolesnika na medicinske sestre u KBC Osijek

Bošnjak, Alisa

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:799068

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Alisa Bošnjak

MIŠLJENJE O DJELOVANJU UMIRANJA I SMRTI BOLESNIKA NA MEDICINSKE SESTRE I MEDICINSKE TEHNIČARE U KBC OSIJEK

Diplomski rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Alisa Bošnjak

MIŠLJENJE O DJELOVANJU UMIRANJA I SMRTI BOLESNIKA NA MEDICINSKE SESTRE I MEDICINSKE TEHNIČARE U KBC OSIJEK

Diplomski rad

Osijek, studeni 2017.

Rad je ostvaren u Kliničkom bolničkom centru Osijek.

Mentor rada: doc. dr. sc. Katarina Dodig-Ćurković, dr. med. specijalist psihijatar, specijalist dječje i adolescentske psihijatrije.

Rad sadrži 49 stranica i 28 tablica.

Zahvale

Ovaj rad posvećujem mojoj pokojnoj majci, koja me napustila pri završetku mog stručnog usavršavanja.

Također, neizmjerno sam joj zahvalna na njezinoj nesebičnoj podršci, strpljenju, razumijevanju i ljubavi koje mi je pružala od prvih dana mog školovanja.

Zahvaljujem mentorici, doc. dr. sc. Katarini Dodig-Ćurković, dr. med., čije je znanje i iskustvo znatno doprinijelo izradi ovog završnog rada.

Također, zahvaljujem na suradnji kolegicama i kolegama iz Kliničkog bolničkog centra Osijek, bez čije pomoći dovršenje ovog rada ne bi bilo moguće.

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. Umiranje i smrt u drevnim civilizacijama 2

1.2. Umiranje i smrt u filozofiji 3

1.3. Psihološko tumačenje umiranja i smrti 4

1.4. Medicinsko shvaćanje umiranja i smrti 5

1.5. Suvremeni pogled na umiranje i smrt 6

1.5.1. „Dobra smrt“ 7

1.5.2. „Loša smrt“ 8

1.6. Faze suočavanja sa smrću 9

1.7. Nedostatak profesionalne edukacije zdravstvenog osoblja o umiranju i smrti 10

2. HIPOTEZA 14

3. CILJ ISTRAŽIVANJA 15

4. ISPITANICI I METODE 16

4.1. Ustroj studije 16

4.2. Ispitanici 16

4.3. Metode istraživanja 16

4.4. Statističke metode 17

5. REZULTATI 18

5.1. Osnovna obilježja ispitanika 18

5.2. Stavovi o smrti (DAP-R upitnik) 21

5.2.1. Strah od smrti 21

5.2.2. Izbjegavanje smrti 22

5.2.3. Neutralno prihvaćanje 23

5.2.4. Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaza u zagrobni život 23

5.2.4. Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom 24

5.3. Indeks interpersonalne reaktivnosti 25
5.3.1. Zauzimanje perspektive drugoga 25
5.3.2. Empatija 26
5.3.3. Fantazija 27
5.3.4. Osobna nelagoda 28
5.4. Povezanost indeksa interpersonalne reaktivnosti i stava o smrti s obilježjima ispitanika 29
6. RASPRAVA 37
7. ZAKLJUČAK 43
8. SAŽETAK 44
9. SUMMARY 45
10. LITERATURA 46
11. ŽIVOTOPIS 48
12. PRILOZI 49

1. UVOD

Smrt je neizbježna činjenica za svako biće koje nazivamo „živim“ pa tako i za čovjeka (1). Iako se smrt može dogoditi bilo kada, samo staru dob shvaćamo kao prirodni biološki kraj života. Smrt je ne samo prestanak nečijeg života, ona je također društveni događaj koji pogađa obitelj, prijatelje, a također i druge osobe (2). Smrt i život podjednako su prisutni u našoj svakidašnjici. Jedni dolaze na ovu zemlju, drugi s nje odlaze. Jedni nas dolaskom u naše živote usrećuju, drugi nas svojim konačnim odlaskom rastužuju. Netko umre već pri rođenju, u djetinjoj, mladenačkoj ili zreloj dobi, dok rijetki dožive duboku starost. Umiranje i smrt trajno prate svakog čovjeka, čineći ga tako svjesnim vlastite prolaznosti. Unatoč neizbježne činjenice o prolaznosti i smrtnosti, sve manje ljudi ima izgrađen stav prema smrti, zbog čega se pokušava nijekati njezina stvarnost. Umiranje i smrt ne nalaze svoje odgovarajuće mjesto u društvenom shvaćanju te sve više bivaju potisnuti i zanemareni. Unatoč zadivljujućim medicinskim dostignućima, smrt ipak izmiče ljudskom nadzoru. Uobičajeno je razmišljanje da se smrt događa nekome drugom. Stoga ljudi izbjegavaju govoriti o njoj, smatrajući je neizbježnom stvarnošću neke tek daleke budućnosti. Nerado priznaju svoju tjeskobu i strah od smrti te činjenicu da će i sami jednog dana morati umrijeti (3).

Veliki mislioci, teolozi i filozofi kroz povijest uvijek su iznova pokušavali proniknuti u taj misterij smrti; proučavajući ju, shvatili su da istodobno proučavaju i sam život. Čitav život nije ništa drugo nego put u smrt. Gandhi smatra kako „rođenje i smrt nisu dva događaja, nego dvije strane istog događaja“. Lao Tse navodi da „stupiti u život znači početi umirati“. Smrt je pratilja života i ugrožava ga od samog početka. Umjesto da smrt prihvatimo kao dio života, ona postaje neželjena sudbina koja donosi strah i patnju. Većina ljudi bi radije odabrala iznenadnu smrt u visokoj dobi od uzroka koji nisu povezani s prethodnom hospitalizacijom ili signalima upozorenja. Smrt je za većinu osoba zastrašujuća ponajprije zato što uključuje gubitak. Smrt znači kraj osobnog identiteta, gubitak samoga sebe.

Umiranje i smrt su stvarnosti koje se mogu promatrati i proučavati s mnogo stajališta, a da se ipak o njima ništa ne zna. Tako npr. medicina promatra umirućeg kao skup bioloških stanica koje bespovratno gube svoje funkcije, psihologija ga vidi kao osobu koja više nema nikakvog kontakta s drugim ljudima, ekonomija kao onoga koji više ne predstavlja teret društvu, demografska statistika ga označava tek kao jedan manje itd. No svi ti pristupi ne pokazuju stvarnu stranu smrti. Na nju pokušava odgovoriti religija, naglašavajući da smrt nije prekid svih

odnosa nego, naprotiv, uspostava najčvršće veze između umirućega, Stvoritelja i cijelog čovječanstva (4).

1.1. Umiranje i smrt u drevnim civilizacijama

Od davnina se smrt štovala na razne ritualne načine u mnogim drevnim narodima. Nijedna se civilizacija nije mirila s mišlju da je smrt kraj čovjekova života pa tako ni narodi staroga Bliskog istoka, o čemu svjedoče arheološki nalazi u grobovima koji su sadržavali različite uporabne predmete. Najstarije ideje o besmrtnosti mogu se naći u mezopotamskim i egipatskim zapisima. Babilonci su izvorno smatrali da nagradu za dobra djela i kaznu za učinjena zla mogu očekivati u ovozemaljskom životu. Besmrtnost je pripadala bogovima, a ljudima smrtnost. Najstariji stavovi o smrti mogu se iščitati iz predmeta pronađenih u grobovima neandertalaca i kasnije kod drugih primitivnih naroda. Polagali su s pokojnicima u grobove stvari koje su im bile najdraže u životu, kao da će ih moći dalje upotrebljavati.

U drevnoj grčkoj, a potom i rimskoj kulturi predodžba o smrti i zagrobnom životu razvijala se slijedom homerskih razmatranja o podzemnom svijetu Hadu u kojem su djela bogova i božica smrtnicima izazivali strah i patnju. Stari Grci razlikovali su tjelesnu i životnu snagu (*timos*) koja je smrtna od duše (*psyche*) koja je besmrtna. Prema rimskom shvaćanju, nakon patnje i lutanja duša je izbavljena milošću Jupitera (4).

Stari Egipćani imali su svoju Knjigu mrtvih koja je uključivala znanja vezana uz smrt, način pripreme za nju, molitve, himne zaziva i ostale nužne elemente. Egipćani su vjerovali da se faraon, nakon tjelesne smrti, združuje s bogom Ra u sunčanom čamcu. Tako faraon zapravo pobjeđuje smrt, sjedinjuje se s božanskim bićem i dalje vječno živi (5).

U Indijaca i Kineza nalazimo drevne obrede štovanja smrti u kojima djeca i unuci svoje umrle štuju kultnim načinom. Vjerovali su da pokojni predak može svojim potomcima biti od koristi ili na štetu pa su im obrednim ritualima kultnoga štovanja nastojali pružiti što veću zadovoljštinu (4).

U vrijeme Staroga zavjeta bilo je raširenо vjerovanje da svi smrću odlaze u Šeol, zemlju sjena, mjesto tame koje je suprotnost života na zemlji (6).

Zajedničko svim narodima bilo je štovanje ljudskoga duhovnog bića koje će nadživjeti smrt unatoč njezinoj neizbježnosti. To su bile simboličke radnje u kojima se nalaze začeci prvih filozofskih razmatranja o smrti (7). Dok istočne filozofije prihvaćaju bolest i smrt kao dio prirodnoga ritma života, većina zapadnih kultura sklona je shvaćati smrt kao posljednji napad na našu osobnost koji bismo trebali odgađati što je dulje moguće (4).

1.2. Umiranje i smrt u filozofiji

Mnogi suvremeni filozofi i psiholozi tvrde da autentičan, pun život počinje tek onda kada se s našom smrću stvarno suočimo i u potpunosti shvatimo da smo konačni, ali unatoč svim misaonim naporima, život pred smrću upada u metafizičku paniku ne-bivstvovanja. Općenito se može reći da po pitanju predodžbe o smrti postoje dvije glavne struje. Jedna zastupa mišljenje da čovjekovom smrću prestaje i čovjekova egzistencija (biološki redukcionizam, materijalizam), dok druga promatra čovjeka kao biće koje, istina na drugačiji način, postoji i nakon svoje smrti (1).

Smrt je za Sokrata sretan, blaženi događaj. Umrijeti za Sokrata znači osloboditi se i doći do spoznaje vječnih ideja (istine, dobra, ljepote i pravednosti). Platon u svojim filozofskim razmišljanjima slijedi Sokrata. U platonskoj se filozofiji stvarnost smrti ne propituje kao nešto po sebi dobro ili zlo, već se govori o ispravnosti i neispravnosti proteklog života. Epikur je zastupao materijalističku tezu da ovozemaljska tjelesna smrt znači ujedno i prestanak svih ljudskih psihičkih funkcija. Rimski filozof Seneka preporučio je: „Procijeni dane svog života“, a u svojim spisima razlikuje zrelu od nezrele smrti. „Nije dobro živjeti, nego je dobro živjeti dobro. Stoga mudar čovjek živi što bolje može, a ne što je dulje moguće... On o životu uvijek razmišlja u pojmovima što se odnose na kvalitetu, a ne na količinu“. Toma Akvinski slijedi Aristotela, govoreći o povezanosti duše i tijela. Nakon toga dolazi do oprečnih stavova o smrti. Spinoza smatra da čovjek ni o čemu ne razmišlja tako malo kao o smrti. Leibniz misli kako smrt nije ništa drugo nego postupno propadanje tijela, dok njegov sunarodnjak Fichte tvrdi da je smrt zapravo korelativan pojam života, tj. njegova negativna strana.

U 17. stoljeću dolazi do potpunog razdvajanja filozofije i religije. Filozofi smatraju da ne trebaju religioznu podlogu. Kant je pokušao izbrisati s obzora filozofske i znanstvene spoznaje sve metafizičke stvarnosti (Bog, sloboda, duša). Za marksiste smrt ne znači ništa tajanstveno i natprirodno. Za Marxa je smrt tek samo okrutna pobjeda roda nad pojedincem. Pojedinac je samo određeno generičko biće i kao takvo smrtno. Prema Engelsu, smrt je „bitni moment života, a živjeti znači umirati“. Za Schopenhauera su smrt i rođenje samo vibracije vječno žive ideje pa „kad umre čovjek, propada doduše jedan svijet, ali samo onaj koji on nosi u glavi“. Nietzsche slavi smrt, jer samo smrt tjera život prema naprijed, a na jednom mjestu tvrdi da je: „smrt posredstvom čudotvornih apotekarskih duša postala gorkom kapljicom otrova“, dok Feuerbach smatra da je smrt najzagonetnija i ujedno najstrašnija prirodna pojava. Rilke je u europsku misao uveo tematiku smrti kao nečega egzistencijalnog: „Smrt je posvuda oko nas u vlastitoj kući i gleda nas kroz pukotine stvari“. Martin Heidegger smatra kako je ljudski bitak, bitak-ka-smrti. Smrt po sebi ne postoji, već postoji čovjek koji sve svoje mogućnosti određuje

iz krajnje mogućnosti vlastite nemogućnosti, odnosno smrti. „Čovjek, tek rođen, već je dovoljno star da umire“. Sartre smatra da doživljavajući smrt drugoga, ne spoznajemo ništa o vlastitoj smrti koja je na isti način individualna i pojedinačna kao i osobni život. Moderna filozofska misao postavila je smrt u samo žarište svoga razmišljanja o čovjeku. Gotovo bi se moglo reći da ta misao želi smrt potpuno personalizirati i učiniti je ljudskijom. Tako se rađa svijest da je smrt životni misterij koji se tiče svakoga čovjeka i koji obuhvaća cijeli njegov bitak. Filozofija je umijeće ispravnog umiranja, a svu odgovornost za to snosi čovjek. S tim je povezana predodžba besmrtnosti, pri čemu vjera u besmrtnost predstavlja smionost. Život nije ugrožen smrću, već predanošću pragmatičnom životu i njegovim dobrima (4).

1.3. Psihološko tumačenje umiranja i smrti

Stalna prisutnost smrti i umiranja rijetko se prihvaća kao dio života. Uobičajeni je postupak potiskivanje i bijeg, a iz toga izvire pogrešan odnos prema smrti i strah pred umiranjem. Činjenica je da se, primjerice, još prije stotinjak godina o smrti govorilo kao o normalnom dijelu ljudskog postojanja, djecu se vodilo gledati pokojnike, na pogrebima se okupljalo čitavo mjesto, smrt nije bila skrivena tajna, ona je bila prisutna u zajednici. Suvremeni čovjek najčešće nikada nema priliku vidjeti umirućega i pokojnika, jer danas se umire u bolnicama, a ako netko slučajno i umre kod kuće, nastoji ga se što prije otpremiti dalje jer boravak s pokojnikom u istome prostoru za današnjeg čovjeka znači izrazito tešku traumu. Povezanost žalovanja i melankolije opisao je još Freud, utemeljitelj psihoanalize. On je proširio polje duševnog od svjesnih težnji i doživljaja na maglovita i potisnuta sjećanja, posebno na doživljaje iz mladosti i djetinjstva. Freud je, proučavajući melankoliju, govorio o procesu žalovanja, ali prema njegovu mišljenju, u nesvjesnome ne postoji predodžba naše vlastite smrti te se psihoanalitičari usuđuju tvrditi da u dubini nitko ne vjeruje u svoju besmrtnost.

Jedan od problema s kojima se često susrećemo jest onaj otvorene komunikacije, kako s umirućim, tako i s njegovim bližnjima koji ga oplakuju. U odnosu na umirućeg, plašimo se uspostaviti dijalog jer nismo spremni suočiti se sa smrću i golemim strahom kako kod umirućeg tako i kod nas samih, kao i s našom bespomoćnošću i nemogućnošću da odgovorimo na njegova i naša izrečena i neizrečena pitanja: što dalje i zašto se ovo događa?

Drugi važan problem je opraštanje od umirućega. Izbjegavajući suočavanje sa smrću, radeći brojne bespotrebne ili manje važne aktivnosti, propuštamo vrijeme za opraštanje i kada smrt iznenada stigne ostajemo zatečeni, jer smo u svojoj jurnjavi zaboravili najvažniju stvar: saslušati onoga koji umire i prenijeti mu svoje osjećaje, oprostiti se od njega. To se vrijeme ne

može vratiti, a mi ostajemo s krivnjom što se nismo oprostili s bliskom osobom na pravi način. Osnovna stvar koja povezuje opraštanje i krivnju je proces žalovanja.

Žalovanje se odvija na nekoliko različitih načina:

- poricanje traumatskog događaja (negiranje smrti);
- identifikacija s umrlim i preuzimanje njegovih načina ophođenja, osobina i ponašanja;
- potiskivanje, proces u kojem subjekt nastoji odbaciti ili nesvjesno ograničiti misli, slike i sjećanja, a često se pri tome okupira brojnim pretjeranim aktivnostima.

U poremećeno žalovanje ubrajaju se napadi tjeskobe i strah, preuzimanje simptoma bolesti od kojih je pokojnik bolovao, nepromišljeni poslovni pothvati, apatija, autodestruktivno ponašanje, agitirana depresija, pretjerana aktivnost bez osjećaja i obiteljskih modela iskazivanja emocija. Razgovor o našim strahovima i tuzi uglavnom je tabu tema i teško je dobiti sliku naših potreba. Često nam pomažu snovi. Kod žalovanja najbolje dolazi do izražaja Freudovo tumačenje da su snovi ispunjenje želja. Snovi u kojima se opetovano pojavljuju traumatski doživljaji imaju olakšavajuću ulogu, jer takav sadržaj snova ima karakter poruke i komunikacije. Snovi nam pomažu da razumijemo odnos između ožalošćenoga i pokojnika kako sadašnji, tako i prijašnji. Žalovanje je dubok osobni proces, ali da bi se odvijao, potrebna je zdrava okolina u kojoj će se očitovati. Okolina može olakšati ili sprječavati žalovanje. Zabranjeno spominjanje pokojnika i izražavanje žalovanja zbog bilo kojeg razloga (političkog, društvenog i dr.) dovodi do teških duševnih poremećaja (8).
Psihologija govori o procesima u ljudskoj svijesti koji prate strah od smrtnoga časa ali mu ne otkrivaju smisao. Međutim, ono besmisleno nije moguće prihvatiti u procesu razvoja osobnosti. Mnogo je lakše proživjeti bol koja ima smisao. Svaki pojedinac će se u određenoj fazi svoga života zapitati o njegovu smislu, svrhovitosti. Religioznost je stoga važna jer njezina ukorijenjenost u čovjeku i pružanje odgovora na vječna pitanja može predstavljati najčvršći oslonac u kriznim razdobljima života. Nedostatak religioznosti može pojedinca odvesti u smjeru korisne racionalizacije okolnosti u kojima se našao, ali se pokazati i tragičnim ako mu ponestane motiva za suočavanje s životnim (ne)prilikama (4).

1.4. Medicinsko shvaćanje umiranja i smrti

Šutnja o umiranju i smrti u suvremenoj je medicini vrlo izražena. Udžbenici pojedinih struka jedva da progovaraju i opisuju proces umiranja, kao i postupak koji se očekuje od zdravstvenog radnika koji radi s umirućima (4). *Encyclopaedia Britannica* smrt definira kao razdvajanje duše

i tijela. Smrt je za medicinu „stanje nepovratnog oštećenja mozga s gubitkom funkcija moždanih hemisfera, malog mozga i moždanog debla" (9).

Klinička smrt jest potpuni cirkulacijski zastoj s posvemašnjim prekidom cerebralne aktivnosti. Klinička smrt predstavlja rani period smrti, redovito u trajanju od 5 do 7 minuta, ali ponekad i do jednog sata. Biološka smrt označava stanje u kojem nepovratno prestane rad svih stanica, tj. dolazi do potpunog prestanka cirkulacije, a nastupa obamrlost svih stanica i raspadanje živčanog sustava. Cerebralna (kortikalna) smrt jest nepovratno oštećenje cerebruma i neokorteksa povezano sa smrću i nekrozom mozga. Moždana je smrt stanje nakon prestanka funkcije središnjeg živčanog sustava. Vitalne tjelesne funkcije mogu se još održavati na raznim medicinskim aparatima. Prividna smrt ili zamrlost jest stanje duboke nesvijesti slično smrti. Pluća i srce još rade, ali bitni životni procesi svedeni su na minimum, tako da pri površnom pregledu nisu vidljivi znaci života. Vegetiranje je trajno komatozno stanje ili apalični sindrom. U ovih bolesnika ne funkcionira moždana kora, ali moždano deblo funkcionira uredno. Terminalna faza bolesti završno je razdoblje života, kada medicina odluči da se stanje nepovratnih bolesnika ne može izliječiti, nego se može samo ublažavati patnja pacijenta. Smrtni čas, preminuće ili izdisaj posljednja je faza umiranja.

Prema uzroku smrti razlikuje se normalna (prirodna) i abnormalna smrt. Prirodna ili fiziološka smrt završetak je dugotrajnog i postupnog gašenja osnovnih životnih funkcija, rezultat je procesa starenja. Abnormalna ili patološka smrt izazvana je bolesnim stanjem ili ozljedama organizma, odnosno za život najvažnijih organa (mozga, srca, pluća itd.). Ako je uzrok smrti nejasan i postoji sumnja da je posrijedi nasilna smrt govori se o sumnjivoj smrti. Nasilna smrt može biti posljedica ubojstva, samoubojstva i nesretnog slučaja (1).

Smrt je zapravo proces i teško je precizirati trenutak smrti. Smatra se da u čovjeka smrt nastaje prestankom osnovnih životnih funkcija organizma, prije svega refleksivne živčane funkcije, disanja i optoka krvi. Kodeks medicinske etike i deontologije navodi da je temeljna zadaća liječnika ublažavanje patnje i boli umirućih bolesnika. Namjerno skraćivanje života u suprotnosti je s medicinskom etikom. No nastavljanje intenzivnog liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju nije samo medicinski neutemeljeno nego isključuje pravo umirućeg na dostojanstvenu smrt (4).

1.5. Suvremeni pogled na umiranje i smrt

Suvremeni čovjek najčešće nikada nije vidio umirućeg ili mrtvog čovjeka. Boravak s pokojnikom u istom stanu izaziva tjeskobu i traumu (1). Zygmunt Bauman navodi da je Norbert Elias u svojoj knjizi *The Loneliness of the Dying* zapazio „osobitu nelagodu koju ljudi osjećaju

u prisutnosti osoba na samrti. Često ne znaju što bi rekli“, jer kako ističe Elias, „osjećaj nelagode koči riječi“. U takvim situacijama čovjek ne zna kako se obratiti umirućem, s kojim je prije toga stalno razgovarao (10).

Bauman stoga ističe da je smrt već nekoliko stoljeća prestala biti „ulaz u drugu fazu bivanja, što je nekoć bila, i svedena je na krajnje jasan izlaz, trenutak prestajanja, kraj svega smisla i planiranja“. Ona je s modernom, koja je obećavala glas razuma, prestala biti „pitoma“ i postala je „divlja“ i nepoželjna (11).

Kada je smrt blizu, razmišljanje o njoj otvara pitanja o prirodi i značenju života, razlozima patnje i skončavanja. Naime, moderno shvaćanje smrti, što je ujedno i ono koja prevladava u bolnicama, jest da nema prirodne smrti, dakle smrti same po sebi. Svatko umire iz nekog razloga. Smrt se smatra patološkim, a ne prirodnim i normalnim dijelom života: umire se od srčanog udara, karcinoma, moždanog udara – uvijek zbog nekog razloga, a mogla bi se konačno izbjeći kada bi taj uzrok bio uspješnije suzbijan. Čovjek bi živio i dalje (dulje), možda i vječno. Moderni čovjek razvio je zaobilazna sredstva suočavanja sa smrću: koristeći zamagljujući jezik, uklanjajući smrt iz doma u institucije; uistinu, ponašajući se na načine koji teže njezinu poricanju. Iako je čovjek povećao dugovječnost kroz poboljšanu kontrolu svojega tijela i njegovih funkcija, samoća i anksioznost su intenzivirane (1).

1.5.1. „Dobra smrt“

Dobra smrt često se definira kao filozofija življenja i umiranja ili kao zreli dijalog između onih koji se brinu za bolesnika i čine sve kako bi se kontrolirao bol i stres, a da umirućoj osobi ostane dovoljno kvalitetnog vremena da postupno prihvati umiranje (12). Osim toga, dobra smrt uključivala bi oslobađanje od neugode i trpljenja koji se mogu izbjeći te skrb realistično usklađenu sa željama umirućega i obitelji te postojećim medicinskim, kulturnim i etičkim standardima.

Sociolog W. Fuchs, poznat u medicinskoj literaturi zbog svoje teorije prirodne smrti, misli da je, nakon što otkrije i prihvati potpunu prirodnost smrti, čovjeku sasvim moguće racionalno i smireno prihvatiti vlastitu smrt kao nešto samorazumljivo što dolazi nakon smisleno i stvaralački provedenog života. Pritom on snažno naglašava potrebu da se što većem broju ljudi omogući što zdravije i što duže življenje koje će naći svoju logičnu završnicu u smrti bez bola (13). Za neke ljude dobra smrt ne znači prihvatiti mirno svoje umiranje, već ostati u borbenom stavu do posljednjeg trenutka vođen željom i nastojanjem da od života dobiju ili otmu makar još nešto, primjenjujući sve mjere distanazije, tzv. beskorisnih agresivnih medicinskih tretmana. Za neke je ljude dobra smrt ona koja se poštuje kao odraz njihove autonomije i

slobodnog izbora da umru prema vlastitom nahođenju u slobodi odabranog trenutka, kada odluče sami sebi prekinuti život tražeći da ih drugi eutanaziraju na njihov zahtjev.

Za pojedince lijepo umrijeti ili umrijeti u dostojanstvu znači umrijeti u pravom trenutku, prirodnom smrću, poštovanim prirodnim ishodom umiranja, u pratnji bližnjih i u poznatom okruženju. Da bi se umrlo dostojanstveno, svjesno i uz autonomiju odlučivanja, potrebno je biti i dobro informiran, dostatno i pravovremeno obaviješten o dijagnozi bolesti, tijeku umiranja, prognozi trajanja života te blizini smrti (14).

1.5.2. „Loša smrt“

Neki autori navode da je loša smrt ona bez dostojanstva, osamljena i tehnizirana, depersonalizirana, tj. dugo i teško umiranje uz trpljenje, na mjestu na kojem osoba ne želi biti, bez mira kojem se nada, osamljena, u boli, prestrašena i otuđena, zatim smrt koja nastupa prerano, nepravovremeno, neočekivano, za koju se ne možemo pripremiti. Loša smrt slijedi produljeno umiranje, u potpunoj ovisnosti o drugima (čime nastaje opterećenje obitelji), uz teško trpljenje, osamljenost umirućeg, loše organiziranu skrb ili je posljedica nasilnog čina (15,16).

Dostojanstvo umirućeg može biti ugroženo:

- ako se prema umirućem bolesniku ne postupa s poštovanjem i razumijevanjem,
- ako osjeća da je na teret drugima,
- ako osjeća da nema kontrolu nad svojim životom,
- ako ne uviđa smislenost svoje egzistencije,
- ako ne može samostalno upravljati tjelesnim funkcijama,
- ako se ne osjeća vrijedno,
- ako smatra da ga se ne podržava u njegovoj zajednici,
- ako ne može obavljati svakodnevne poslove,
- ako ne može obnašati važne uloge,
- ako ne može jasno razmišljati,
- ako vjeruje da za život više nema nikakve svrhe,
- ako ne može nastaviti s dosadašnjim rutinama,
- ako se psihički ne može boriti,
- ako više ne zna tko je,
- ako nema smislen duhovni život,
- ako ne može prihvatiti situaciju kakva jest,
- zbog promjene u izgledu,

- zbog osjećaja smanjene privatnosti,
- zbog depresivnosti ili anksioznosti,
- zbog nesigurnost u vezi s bolešću,
- zbog doživljaja neugodnih simptoma,
- zbog misli o tome da se život može neočekivano završiti…

1.6. Faze suočavanja sa smrću

Kada saznamo da netko nama drag ili mi osobno bolujemo od neizlječive bolesti, tu činjenicu vrlo teško prihvaćamo. Svatko suočen s prijetnjom smrti mora prijeći put od razmišljanja o sebi kao savršenoj zdravoj osobi do razmišljanja o sebi kao osobi koja bi mogla umrijeti te konačno kao osobi koja će umrijeti (17).

U tom tranzicijskom procesu suočeni smo s mnogim psihološko-emocionalnim fazama. Najpoznatije istraživanje o fazama suočavanja sa smrću je ono Elizabeth Kubler-Ross, psihijatrice koja je opažala i intervjuirala nekoliko stotina tisuća umirućih pacijenata. Kubler-Ross sugerira da reakcije svih osoba na umiranje izražavaju dimenzije esencijalne za ljudska bića: tjelesnu, emocionalnu, intelektualnu i spiritualno-intuitivnu.

Definirala je pet faza suočavanja sa smrću, od kojih svaka ima karakterističan stav, a to su:

- faza nepriznavanja i osamljivanja,
- faza gnjeva,
- faza cjenkanja,
- faza depresije,
- faza prihvaćanja.

Sama Kubler-Ross ističe da svi ne prolaze kroz sve faze, da se faze ne javljaju uvijek u istome redoslijedu i da, ustvari, bolesnik može očitovati dvije ili više faza istodobno. Većina ljudi koja dospije u fazu prihvaćanja postiže stanje smirenosti u vezi s nadolazećom smrti. Pretežno se to postiže tek u posljednjim tjednima ili danima. Kubler-Ross zaključuje: „Tko osjeća dovoljno snage i ljubavi da kraj bolesnika sjedi, u šutnji koja nadilazi svaku riječ, znade da ti trenuci nisu mučni ni strašni, jer je to jednostavno prestanak tjelesnih funkcija. Pogled na smireno umirućeg čovjeka podsjeća na zvijezdu koja pada među milijunima svjetala na nebu: usplamti i zauvijek iščezne u beskrajnoj noći“ (18). Sve te postupne faze dio su putanje koju osoba mora proći do terminalne, zaključne faze svoga života (4).

Gledati patnju i bol drage nam osobe, a nemoći učiniti ništa za njezin oporavak, iz dana u dan je gledati kako postupno umire ili doživjeti nečiju naglu smrt, najteži su egzistencijalni izazovi s kojima se moramo najprije sami suočiti, a potom ih približiti onima koje smrt izravno pogađa,

a naposljetku i ožalošćenima, koji ostaju iza smrti bližnjega. Vrlo je teško, gotovo nemoguće nositi se sam s tugom, stoga je važno za ožalošćenu osobu da drugima stavi do znanja da osjeća bol i dopusti im da joj pomognu. Od svih čimbenika koji utječu na reakciju osobe na gubitak voljene osobe, najznačajniji je čimbenik društvena podrška. Društvena podrška mogla bi se definirati kao raspoloživa pomoć bliskih osoba ili institucija u slučaju potrebe (19).

Uspješan prolazak prirodnim putem tugovanja možemo zahvaliti vlastitim unutarnjim snagama koje svi posjedujemo. S druge strane, pomažu i grupe podrške iz socijalne mreže (prijatelji, članovi uže i šire obitelji, poznanici, susjedi, kolege s posla, svećenici laici, teolozi, socijalni radnici, medicinske sestre itd.) koji podupiru tugujuće na različite načine kako bi prebrodili nevolju koja ih je pogodila (20).

Whitaker i Garbarino ističu važnost razlikovanja neformalne uzajamne pomoći od pomoći formalnih društvenih servisa. Hartman navodi da hijerarhija društvene podrške počinje od obitelji i najbližih pomagača koji predstavljaju primarni servis socijalne pomoći. Taj intimni krug podrške za osobu je najprirodniji, najvažniji i najvrjedniji, jer posjeduje poseban legitimitet te unutarnju energiju i značenje. Krug se širi na daljnje srodnike, susjede i prijatelje koji pružaju novčanu, emocionalnu i duhovnu podršku, a završava s formalno stručnom podrškom društvenih servisa (institucionalna razina) (21).

Udruga za edukaciju i savjetovanje o smrti (The Association for Death Education and Counseling, ADEC) razvila je program za profesionalne edukatore o smrti (Death and Dying Course). Ta je međunarodna organizacija razvila svoj program 1981. godine s namjerom da profesionalno osposobljavaju edukatore koji će poučavati pristupu smrti i žalovanju. Njihov program razvija preventivno planiranje te usmjerava ponašanje kada krizna situacija već nastupi (uloga savjetnika, pružanje informacija, uključivanje medija, suradnja sa socijalnim institucijama, individualno i grupno savjetovanje, sastanci s rizičnim skupinama itd.).

Među organiziranim programima podrške tugujućim ljudima na našem prostoru pohvalno djeluju: Hrvatska udruga za psihosocijalnu onkologiju, Liga za borbu protiv raka, Udruga prijatelja nade u Hrvatskoj, Udruga žena oboljelih od raka „Sve za nju“, Udruga žena operiranih dojki „Nada“, Hrvatska udruga prijatelja hospicija, Hrvatski forum protiv raka dojke „Europa Donna“ i drugi (4).

1.7. Nedostatak profesionalne edukacije zdravstvenog osoblja o umiranju i smrti

Naša suvremena civilizacija pokazuje da više nemamo vremena za umiruće. Kada se nakupe godine te se naši starci i nemoćni nađu u situaciji trajne potrebe za njegom mi ih prebacujemo u bolnice, klinike, staračke domove, u strogo organizirani ambijent daleko od kruga obitelji. Tako istrgnuti iz poznate okoline potpuno su ovisni o liječničkom i bolničkom osoblju koje se izmjenjuje u određene sate, a međusobno se jedva i poznaju. Bolesnik postaje brzo impersonalan i anoniman. Što se više specijaliziraju načini da se protjera bolest ili da se produlji život, to se manje posvećuje briga umirućima. Osoblje se kvalificira za tehničku i medicinsku pomoć, dok psihološka i emocionalna asistencija jako zaostaju. Budući da se ne pripremaju u tom smjeru, liječnici i bolničko osoblje jednako su nespremni za skrb o umirućem, kao i rodbina. Stječe se dojam da u tim sudbonosnim trenucima svi napuštaju bolesnika. Rodbina sva svoja očekivanja usmjerava prema liječniku, liječnici prepuštaju situaciju bespomoćnima ili apeliraju na ponovno uključivanje rodbine. Tako se vrtimo u krug, a riječ je o podijeljenoj odgovornosti svih koji su uključeni u skrb za umirućega (4).

Većina medicinskih sestara i medicinskih tehničara tijekom svoga radnog vijeka susreće se s umiranjem i smrću bolesnika. Međutim, osim očekivanih smrti bolesnika kada im je zdravstveno stanje nepopravljivo, postoje i iznenadne, neočekivane smrti koje su posebno stresne za svakoga, pa tako i za zdravstveno osoblje. Medicinske sestre i medicinski tehničari provode više vremena uz bolesnika od bilo kojeg djelatnika u zdravstvenom timu, jer su neprestano uz bolesnika 24 sata na dan. Od njih se očekuje da se znaju suočiti s umiranjem i smrću bolesnika, pri tome pružajući podršku bolesnicima i njihovim obiteljima.

Zdravstvena njega teških i umirućih bolesnika zasigurno je najteži dio posla koji obavljaju medicinske sestre i medicinski tehničari, budući da utječe na njih i može probuditi intenzivne osobne osjećaje kao što su: tuga, anksioznost, depresija, krivnja, ljutnja te olakšanje jer je patnja pacijenta završila. Posljedica dugotrajne izloženosti stresu dovodi do simptoma izgaranja na poslu. On se očituje kroz progresivni gubitak idealizma, poleta, energije i osjećaja smislenosti vlastitog rada što je posljedica frustracije i stresa na radnom mjestu. Izgaranje na poslu slično je sindromu kroničnog umora, ali pri tome se mijenja i stav prema radnim zadacima, što za umor nije karakteristično. Ako medicinske sestre i medicinski tehničari ne mogu prihvatiti umiranje i smrt bolesnika, oni sami mogu proživljavati unutarnji sukob između njihova profesionalnog i osobnog života. Negativni osjećaji mogu utjecati na kvalitetu života medicinskih sestara i medicinskih tehničara, kao i na kvalitetu zdravstvene njege koju pružaju bolesnicima. Osim toga, medicinske sestre i medicinski tehničari koji sudjeluju u procesu zdravstvene njege kritičnih bolesnika suočeni su s neskladom između onoga što su u procesu

školovanja i socijalizacije naučili, društvenih vrijednosti koje su usvojili, očekivanja sredine u kojoj se nalaze i rade te objektivnih mogućnosti djelovanja koja im stoje na raspolaganju.

Postoji niz istraživanja u svijetu koja su pokazala kako je edukacija medicinskih sestara i medicinskih tehničara o umiranju i smrti bolesnika jedno od važnijih područja u njihovom školovanju i osposobljavanju za posao koji obavljaju i za ponašanje u situacijama s kojima se suočavaju svakog dana. Kod nas se još uvijek o toj temi dovoljno ne govori.

Udruga američkih medicinskih fakulteta (AAMC) ukazala je na neodgovarajuću nastavu u smislu obrade pitanja koja se tiču liječenja i njege bolesnika na kraju života pregledom nastavnih kurikuluma srednjih medicinskih škola i sveučilišnih programa. Poseban nedostatak stručnog osposobljavanja uočava se u područjima: 1) procjene boli; 2) ublažavanja boli; 3) etičnog ponašanja; 4) komunikacije između liječnika i pacijenta; 5) komunikacije u vezi s primjenom ili obustavom postupaka na kraju života; 6) psihosocijalne skrbi; 7) osobne svjesnosti; 8) žalovanja; 9) obrazovanja o načinima skrbi na kraju života.

Kvaliteta skrbi o pacijentima koji umiru u bolnici često se ocjenjuje nedostatnom. Razlog tomu pretežno leži u nedostatku palijativne edukacije zdravstvenih djelatnika. Nedovoljno usavršene komunikacijske vještine vjerojatno su jedan od važnih razloga zašto zdravstveni stručnjaci često izbjegavaju otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima uz opravdanje prezaposlenošću, manjkom vremena za duži razgovor, komuniciranjem u žurbi ili na bolničkom hodniku. Sve se to događa uglavnom zbog premorenosti, uplašenosti i osobne nesigurnosti u komunikaciji (22).

Istraživanja su pokazala da postoje brojne prepreke za učinkovitu komunikaciju u pružanju zdravstvene skrbi, uključujući i ograničene komunikacijske vještine, uglavnom zbog razine zdravstvene pismenosti pacijenata, interkulturalnih komunikacijskih izazova, vremenskih ograničenja, slabog pristupa relevantnim informacijama o zdravlju, razlika između zdravstvenih usluga i korisnika u odnosu na gradove i seoske ili otočne sredine, niske razine profesionalne suradnje između članova zdravstvenih timova, kao i nedostataka međusobne osjetljivosti u zdravstvenoj interakciji (4).

Najčešće kritike koje bolesnici upućuju zdravstvenim djelatnicima odnose se upravo na nedovoljno informiranje. Komunikacija s bolesnicima mogla bi se poboljšati pokušajem prilagođavanja mogućnosti razumijevanja bolesnika, pružanjem što više informacija o obilježjima bolesti te o njezinu liječenju, uvođenjem sadržaja koji nisu isključivo vezani uz organske pojavnosti bolesti, empatijskim pristupom, neverbalnom komunikacijom, ostavljanjem prostora za nadu u pozitivan ishod liječenja.

2. HIPOTEZA

Medicinske sestre i medicinski tehničari s manje radnog staža kao i medicinske sestre i medicinski tehničari srednje stručne spreme stresnije doživljavaju umiranje i smrt bolesnika.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog rada je ispitati mišljenje medicinskih sestara i medicinskih tehničara o njihovu doživljaju umiranja i smrti bolesnika.

Specifični su ciljevi istraživanja:

- Utvrditi povezanost doživljaja umiranja i smrti bolesnika prema spolu, dobi, radnom stažu, radnom mjestu i stupnju obrazovanja.
- Ispitati postoji li prema stavovima medicinskih sestara i medicinskih tehničara potreba za educiranjem (uvođenjem nastavnih kolegija ili dodatnih povremenih predavanja za one koji već rade) o umiranju i smrti.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Provedena je presječna studija u razdoblju od svibnja do srpnja 2017. godine u Kliničkom bolničkom centru Osijek.

4.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 400 ispitanika. Ispitanici su bili medicinske sestre i medicinski tehničari Kliničkog bolničkog centra Osijek. Kriterij za uključivanje u istraživanje bila su radna mjesta na sljedećim odjelima: Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje (Kardiovaskularna jedinica intenzivne medicine, Zavod za intenzivnu medicinu), Klinika za unutarnje bolesti (Zavod za bolesti srca i krvnih žila – Jedinica intenzivne kardiološke skrbi, Odjel intenzivnog liječenja internističkih bolesnika), Zavod za onkologiju, Klinka za pedijatriju (Zavod za neonatologiju i i neonatalnu intenzivnu medicinu, Odjel za intenzivno liječenje djece), Klinika za kirurgiju, Klinika za neurologiju (Odjel za intenzivno neurološko liječenje), Klinika za ginekologiju (Zavod za ginekološku onkologiju s intenzivnim liječenjem), Objedinjeni hitni bolnički prijam, Klinika za infektologiju.

4.3. Metode istraživanja

Kao instrument istraživanja korišten je standardizirani upitnik Death Attitude Profile – Revised (DAP-R) autora Wong, Reker i Gesser. Upitnik se sastoji od 32 tvrdnje koje se tiču različitih stavova koje ljudi zauzimaju prema smrti. Ispitanici će zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora koji se po stupnju slaganja s izrečenim najbliže podudara s njihovim stajalištem. Ponuđeni odgovori su: posve se slažem, slažem se, umjereno se slažem, ne mogu se odlučiti, umjereno se ne slažem, ne slažem se, posve se ne slažem. Bodovi za sve ponuđene odgovore kreću se od 1 do 7 i to počevši od „posve se ne slažem“ (1 bod) do „posve se slažem“ (7 bodova). Za svaku varijablu, srednja vrijednost skale može se izračunati dijeljenjem ukupnog zbroja bodova s brojem odgovora koji formiraju svaku pojedinu skalu.

U drugom dijelu tragali smo za indeksom interpersonalne reaktivnosti (Davis 1983.) kojim se dobiva višedimenzionalna mjera empatičnog reagiranja, odnosno mjera kognitivnog i afektivnog aspekta empatičnosti. Upitnikom se procjenjuje sljedeće: zauzimanje tuđe perspektive, fantazija, empatijska briga i osobna nelagoda. Upitnik se osniva na samoprocjeni, a sadrži 28 tvrdnji podijeljenih u četiri subskale. Svaka subskala sadrži sedam čestica/tvrdnji. Različiti aspekti empatičnosti procjenjuju se na skali Likertova tipa od pet stupnjeva, pri čemu 0 označava potpuno neslaganje a 4 potpuno slaganje. Ocjena na svakoj subskali može varirati

od minimalne 0 do maksimalne 28. Pouzdanost upitnika je visoka (Cronbachov alfa koeficijent je 0,83). Subskala zauzimanja perspektive drugog (PT) mjeri sposobnost ispitanikova korištenja mehanizma kognitivnog preuzimanja uloga, odnosno spontanog prihvaćanja psihološke točke promatranja sa stajališta druge osobe. Ona sadrži čestice koje opisuju zauzimanje perspektive drugoga u svakodnevnim, životnim situacijama. Subskala empatijske brižnosti (EC) mjeri individualne razlike u afektivnom reagiranju pojedinaca na opaženo emocionalno izražavanje drugih osoba. Ovom subskalom procjenjuje se do koje mjere ispitanik proživljava osjećaje emocionalne topline, suosjećanja i brige za pojedinca kojeg opaža. Subskala fantazije (F) mjeri ispitanikovu sposobnost da se uživi u osjećaje i postupke izmišljenih ličnosti, sposobnost da se uživi u zamišljene okolnosti (prikazane, primjerice, u knjizi ili na filmu), kao i sklonost ka sanjarenju. Subskala osobne nelagode (PD) mjeri osjećaje ispitanika usmjerene na vlastito ja, koji su izazvani opažanjem izraza tuđeg (negativnog) emocionalnog doživljavanja; riječ je o osjećajima straha, anksioznosti i opće nelagode koji se prenose mehanizmom neposredne emocionalne zaraze u objektivno ili subjektivno stresnim situacijama. Zbrajanjem postignutih bodova na ovim subskalama dobiva se ukupan rezultat empatijske reaktivnosti, odnosno indeks interpersonalne reaktivnosti. Raspon varira od 0 do 112 bodova. Treći dio upitnika čini 21 pitanje vezano uz sociodemografske podatke, a pitanja se odnose na: dob, spol, bračni status, broj djece, radni status, stručnu spremu, mjesto stanovanja. Zaključno, tu je anketni upitnik koji se odnosi na pitanja vezana za umiranje i smrt bolesnika.

4.4. Statističke metode

Kategorijski podaci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U-testom, a između tri i više nezavisnih skupina Kruskal-Wallisovim testom. Ocjena povezanosti dana je Spearmanovim koeficijentom korelacije ρ (Rho) (x). Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software, inačica 14.12.0 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgija; http://www.medcalc.org;2014.).

5. REZULTATI

5.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 400 ispitanika od kojih je 59 (14,7 %) muškaraca i 341 (85,3 %) žena. Medijan dobi ispitanika je 39 godina (interkvartilnog raspona od 30 do 50 godina) u rasponu od 20 do 69 godina. Ukupna duljina radnog staža je medijana 20 godina (interkvartilnog raspona od 10 do 28 godina), a duljina radnog staža na sadašnjem radnom mjestu 11 godina (interkvartilnog raspona od 4 do 23 godine). Najviše ispitanika, njih 237 (59,3 %), živi u gradu, a prema razini obrazovanja znatno su više zastupljene medicinske sestre/tehničari srednje stručne spreme, točno njih 274 (68,5 %) (tablica 1).

Tablica 1. Podjela ispitanika prema spolu, mjestu stanovanja i razini obrazovanja

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	59 (14,7)
Žene	341 (85,3)
Ukupno	400 (100)
Mjesto stanovanja	
Grad	237 (59,3)
Selo	110 (27,6)
Prigradsko naselje	53 (13,2)
Ukupno	400 (100)
Stručna sprema	
SSS	274 (68,5)
VŠS	10 (2,5)
bacc. med. techn.	94 (23,5)
mag. med. techn.	21 (5,3)
dipl. med. techn.	1 (0,3)
Ukupno	400 (100)

Najviše je ispitanika s Klinike za kirurgiju, njih 111 (28,9 %), zatim slijedi 73 (19,1 %) ispitanika s Klinike za unutarnje bolesti. Na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje zaposleno je 35 (9,1 %) ispitanika. Sa Zavoda za onkologiju je 27 (7 %) ispitanika, a s Jedinice intenzivne kardiološke skrbi njih 22 (5,7 %) (tablica 2).

Tablica 2. Podjela ispitanika prema mjestu zaposlenja u KBC Osijek (klinike/zavodi/odjeli)

	Broj (%) Ispitanika
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	35 (9,1)
Klinika za unutarnje bolesti	73(19,1)
JIKS	22 (5,7)
Odjel intenzivnog liječenja internističkih bolesnika	4 (1)
Zavod za onkologiju	27 (7)
Klinika za pedijatriju (ostali odjeli)	9 (2,3)
Zavod za neonatologiju i intenzivno liječenje djece	13 (3,4)
Klinika za kirurgiju	111 (28,9)
Klinika za neurologiju (ostali odjeli)	15 (3,9)
Odjel za intenzivno neurološko liječenje	6 (1,6)
Klinika za ginekologiju i opstetriciju (ostali odjeli)	19 (4,9)
Zavod za ginekološku onkologiju	6 (1,6)
Centar objedinjenog hitnog prijema	19 (4,9)
Klinika za infektologiju	15 (3,9)
Klinika za neurokirurgiju	1 (0,3)
Klinika za ORL i kirurgiju glave i vrata	3 (0,8)
Zavod za ortopediju	6 (1,6)
Ukupno	384 (100)

U braku je 226 (56,5 %) ispitanika, a kao samci žive njih 110 (27,6 %). Prema broju djece, najviše ispitanika ima po dvoje djece, njih ukupno 140 (35 %), dok njih 41 (10,3 %) ima troje ili više djece. Od tog broja, troje djece ima 32 (8 %) ispitanika, četvero djece njih 5 (1,3 %), s petero djece je njih dvoje (0,5 %), a jedan ispitanik (0,3 %) ima šestero djece (tablica 3).

Tablica 3. Ispitanici prema bračnom statusu i broju djece

	Broj (%) ispitanika
Bračni status	
Samac	110 (27,6)
U braku	226 (56,5)
Izvanbračna zajednica	22 (5,5)
Rastavljen/rastavljena	26 (6,5)
Udovac/udovica	16 (4)
Ukupno	400 (100)
Broj djece	
Jedno	78 (19,5)
Dvoje	140 (35)
Troje i više	41 (10,3)
Bez djece	141 (35,3)
Ukupno	400 (100)

U potpunosti je religiozno 108 (37,1 %) ispitanika, uglavnom je religiozno njih 154 (38,5 %), a uopće ne 32 (8,1 %) ispitanika (tablica 4).

Tablica 4. Ispitanici prema religioznosti

	Broj (%) ispitanika
U kojoj su mjeri osobe religiozne	
U potpunosti	108 (37,1)
Uglavnom da	154 (38,5)
Osrednje	99 (24,8)
Uglavnom ne	7 (1,8)
Uopće ne	32 (8,1)
Ukupno	400 (100)

Mjesečno, tijekom njihove smjene, na odjelu na kojem rade premine jedan bolesnik (interkvartilnog raspona od 0 do 3 bolesnika) u rasponu od 0 do 50 bolesnika.

Da postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o umiranju i smrti bolesnika navodi 276 (69,1 %) ispitanika, a po mišljenju 297 (74,3 %) ispitanika potrebno je uvesti u obrazovni kurikulum smjera medicinska sestra/tehničar edukaciju o smrti i tehnikama suočavanja s teškim umirućim bolesnikom i članovima obitelji. Određen oblik pripreme za suočavanje sa smrću imalo je 87 (21,8 %) ispitanika (tablica 5).

Tablica 5. Potreba za edukacijom o smrti i modalitetima skrbi za umiruće te podrškom nakon smrti bolesnika

	Broj (%) ispitanika
Postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o umiranju i smrti bolesnika	276 (69,1)
Prošli su određen oblik pripreme za suočavanje sa smrću	87 (21,8)
Na poslu imaju grupe podrške u svezi smrti pacijenata i suočavanja sa smrću	14 (3,5)
Kolege na poslu im savjetima i iskustvom pomažu u svladavanju problema i suočavanju sa smrću bolesnika	245 (61,3)
Nije im potrebna dodatna edukacija o tome kako se suočiti sa smrću bolesnika	125 (31,3)
Po njihovu mišljenju, treba uvesti u obrazovni kurikulum smjera medicinska sestra/tehničar edukaciju o smrti i tehnikama suočavanja s teškim, umirućim bolesnikom i članovima obitelji	297 (74,3)

U slobodno vrijeme najviše ispitanika, njih 255 (63,8 %), opušta se uz obitelj, njih 153 (38,3 %) uz glazbu, sportom se bavi 101 (25,3 %) ispitanik, a neke druge slobodne aktivnosti (kao što su ručni rad, čitanje, izlasci, gledanje televizije, filmova ili dokumentarnih emisija) navode njih 73 (18,3 %). S članovima obitelji o poslu priča 131 (32,8 %) ispitanik, a 208 (52 %) ispitanika

navodi da im posao utječe na privatni život. Nakon bolesnikova preminuća 265 (66,3 %) ispitanika najradije popriča s kolegama na poslu (tablica 6).

Tablica 6. Podjela ispitanika prema tome s kim najradije popričaju nakon smrti pacijenta

Nakon pacijentova preminuća najradije popričaju s	Broj (%) ispitanika
Kolegicama/kolegama	265 (66,3)
Psihologom	29 (7,3)
Psihijatrom	6 (1,5)
Svećenikom	23 (5,8)
Ni s kim	93 (23,3)
Ostalo	9 (2,3)

5.2. Stavovi o smrti (DAP-R upitnik)

Profil stavova o smrti čini pet domena: strah od smrti, izbjegavanje smrti, neutralno prihvaćanje smrti, prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaza u zagrobni život, prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom. Ocjena pouzdanosti skale prema Cronbachovom alfa koeficijentu je 0,897.

5.2.1. Strah od smrti

Da je smrt nesumnjivo užasno iskustvo posve se slaže 134 (33,7 %) ispitanika, a najviše ih se posve ne slaže s tvrdnjom da proživljavaju intenzivan strah od smrti. Najviše je neodlučnih, njih 125 (31,8 %), po pitanju osjećaja nesigurnosti zbog nemogućnosti spoznaje o onome što nas čeka nakon smrti te ih to zabrinjava (tablica 7).

Tablica 7. Podjela ispitanika prema modalitetu straha od smrti koji osjećaju

	Broj (%) ispitanika							
	Posve se ne slažem	Ne slažem se	Umjereno se ne slažem	Neodlučno	Umjereno se slažem	Slažem se	Posve se slažem	Ukupno
Smrt je bez sumnje užasno iskustvo.	32 (8)	28 (7)	32 (8)	36 (9)	49 (12,3)	87 (21,9)	134 (33,7)	398 (100)
Izglednost vlastite smrti izaziva osjećaj bojazni u meni.	37 (9,3)	53 (13,3)	48 (12)	57 (14,3)	63 (15,8)	86 (21,6)	55 (13,8)	399 (100)
Uznemiren(a) sam zbog vlastite konačnosti	84 (21,1)	98 (24,6)	37 (9,3)	68 (17)	48 (12)	45 (11,3)	19 (4,8)	399 (100)
Imam intenzivan strah od smrti.	99 (25,1)	104 (26,4)	44 (11,2)	70 (17,8)	36 (9,1)	28 (7,1)	13 (3,3)	394 (100)

Tema o životu poslije smrti me jako uznemirava.	73 (18,6)	94 (24)	44 (11,2)	99 (25,3)	38 (9,7)	24 (6,1)	20 (5,1)	392 (100)
Straši me činjenica da smrt označava kraj svega što znam da postoji.	73 (18,5)	79 (20)	40 (10,1)	97 (24,6)	36 (9,1)	42 (10,6)	28 (7,1)	395 (100)
Nesigurnost zbog nemogućnosti spoznaje o tome što se događa nakon smrti me zabrinjava	64 (16,3)	68 (17,3)	33 (8,4)	125 (31,8)	46 (11,7)	30 (7,6)	27 (6,9)	393 (100)

5.2.2. Izbjegavanje smrti

S tvrdnjom da izbjegavaju misliti o smrti pod svaku cijenu u potpunosti se slaže 68 (17 %) ispitanika, dok se najviše ne slažu s tvrdnjom da kad god ih obuzmu misli o smrti nastoje iste odagnati, što je ustvrdilo 37 (9,5 %) ispitanika. Najviše je neodlučnih, njih 122 (31 %), po pitanju tvrdnje da pokušavaju ne imati ništa zajedničkoga s temom smrti (tablica 8).

Tablica 8. Podjela ispitanika prema modalitetima izbjegavanja razmišljanja o smrti

	Broj (%) ispitanika							
	Posve se ne slažem	Ne slažem se	Umjereno se ne slažem	Neodlučno	Umjereno se slažem	Slažem se	Posve se slažem	Ukupno
Izbjegavam misliti o smrti pod svaku cijenu.	31 (7,8)	79 (19,8)	39 (9,8)	65 (16,3)	52 (13)	65 (16,3)	68 (17)	399 (100)
Kad god mi misli o smrti padnu na pamet nastojim ih odagnati.	37 (9,5)	53 (13,6)	40 (10,3)	79 (20,3)	54 (13,9)	79 (20,3)	47 (12,1)	389 (100)
Uvijek nastojim ne misliti o smrti.	28 (7,1)	55 (14)	40 (10,2)	77 (19,6)	51 (13)	83 (21,1)	59 (15)	393 (100)
Izbjegavam uopće misliti na smrt.	34 (8,6)	53 (13,4)	48 (12,1)	72 (18,2)	56 (14,1)	76 (19,2)	57 (14,4)	396 (100)
Pokušavam ne imati ništa zajedničkoga s temom smrti.	34 (8,6)	67 (17)	40 (10,2)	122 (31)	48 (12,2)	50 (12,7)	33 (8,4)	394 (100)

5.2.3. Neutralno prihvaćanje

U domeni neutralnog prihvaćanja, najviše ispitanika, njih 204 (51,8 %) u potpunosti se slaže s tvrdnjom da je smrt prirodan aspekt života, dok ih se najviše ne slaže s tvrdnjom da smrt nije ni dobra niti loša. Veći broj ispitanika neodlučno je po pitanju tvrdnje se da smrti ne boje niti je očekuju kao dobrodošlu (tablica 9).

Tablica 9. Raspodjela ispitanika prema modalitetima neutralnog prihvaćanja smrti

	Broj (%) ispitanika							
	Posve se ne slažem	Ne slažem se	Umjereno se ne slažem	Neodlučno	Umjereno se slažem	Slažem se	Posve se slažem	Ukupno
Smrt treba promatrati kao prirodan, nepobitan i neizbježan događaj.	12 (3)	3 (0,8)	8 (2)	19 (4,8)	29 (7,3)	131 (32,8)	197 (49,4)	399 (100)
Smrt je prirodan aspekt života.	11 (2,8)	4 (1)	10 (2,5)	21 (5,3)	13 (3,3)	131 (33,2)	204 (51,8)	394 (100)
Smrti se ne bojim niti je očekujem kao dobrodošlu.	15 (3,8)	17 (4,3)	34 (8,6)	97 (24,6)	49 (12,4)	92 (23,4)	90 (22,8)	394 (100)
Smrt je jednostavno dio životnog procesa.	12 (3)	7 (1,8)	12 (3)	22 (5,6)	29 (7,3)	119 (30,1)	194 (49,1)	395 (100)
Smrt nije ni dobra niti loša.	20 (5,1)	24 (6,1)	23 (5,9)	163 (41,5)	50 (12,7)	61 (15,5)	52 (13,2)	393 (100)

5.2.4. Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaza u zagrobni život

U domeni prihvaćanja smrti kao pristupa ili ulaza u zagrobni život, 104 (26,4 %) ispitanika se u potpunosti slaže s tvrdnjom da je smrt sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo, a njih 52 (13,2 %) u potpunosti se ne slaže s tvrdnjom da smrću pristupamo mjestu potpunog zadovoljstva. Neodlučno je po pitanju iste tvrdnje 122 (30,9 %) ispitanika, kao što je 111 (28,2 %) ispitanika neodlučno o tome da li smrt donosi ostvarenje obećanog života u slavi, 122 (30,8 %) ispitanika neodlučno je o tome da li smrt nudi prekrasno olakšanje za dušu, a 127 (32,4 %) ispitanika ne može odlučiti da li očekuju novi život poslije smrti (tablica 10).

Tablica 10. Podjela ispitanika prema modalitetima prihvaćanja smrti kao pristupa ili ulaza u zagrobni život

	Broj (%) ispitanika							
	Posve se ne slažem	Ne slažem se	Umjereno se ne slažem	Neodlučno	Umjereno se slažem	Slažem se	Posve se slažem	Ukupno
Vjerujem da ću nakon smrti biti na nebu.	33 (8,3)	19 (4,8)	30 (7,5)	106 (26,6)	42 (10,6)	80 (20,1)	88 (22,1)	398 (100)
Smrt je pristup mjestu potpunog zadovoljstva.	52 (13,2)	55 (13,9)	33 (8,4)	122 (30,9)	37 (9,4)	54 (13,7)	42 (10,6)	395 (100)
Vjerujem da će nebo biti puno bolje mjesto od ovoga svijeta.	44 (11,3)	48 (12,3)	22 (5,6)	114 (29,2)	31 (7,9)	71 (18,2)	61 (15,6)	391 (100)
Smrt je sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo.	29 (7,4)	25 (6,3)	16 (4,1)	77 (19,5)	56 (14,2)	87 (22,1)	104 (26,4)	394 (100)
Smrt donosi ostvarenje obećanog života u slavi.	41 (10,4)	31 (7,9)	28 (7,1)	111 (28,2)	58 (14,7)	56 (14,2)	69 (17,5)	394 (100)
Nakon smrti očekujem ponovni susret s osobama koje volim.	28 (7,2)	18 (4,6)	18 (4,6)	96 (24,7)	49 (12,6)	94 (24,2)	85 (21,9)	388 (100)
Na smrt gledam kao na tranziciju u vječno i blagoslovljeno mjesto.	31 (7,8)	30 (7,6)	20 (5,1)	110 (27,8)	45 (11,4)	82 (20,8)	77 (19,5)	395 (100)
Smrt nudi prekrasno olakšanje za dušu.	40 (10,1)	47 (11,9)	24 (6,1)	122 (30,8)	64 (16,2)	49 (12,4)	50 (12,6)	396 (100)
Jedina stvar koja me tješi u suočavanju sa smrću moja je vjera u zagrobni život.	38 (9,6)	34 (8,6)	22 (5,6)	101 (25,6)	49 (12,4)	77 (19,5)	73 (18,5)	394 (100)
Očekujem novi život poslije smrti.	29 (7,4)	31 (7,9)	21 (5,4)	127 (32,4)	49 (12,5)	68 (17,3)	67 (17,1)	392 (100)

5.2.4. Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom

Kod prihvaćanja smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom, najviše se ispitanika, njih 73 (18,6 %), slaže s tvrdnjom da će smrt donijeti kraj svim njihovim nevoljama, a najveće je neslaganje s tvrdnjom da smrt donosi bijeg iz ovog strašnog svijeta, što svjedoči 90 (22,9 %) ispitanika (tablica 11).

Tablica 11. Podjela ispitanika prema modalitetu prihvaćanja smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom

	Broj (%) ispitanika							
	Posve se ne slažem	ne slažem se	Umjereno se ne slažem	Neodlučno	Umjereno se slažem	Slažem se	Posve se slažem	Ukupno
Smrt će donijeti kraj svim mojim nevoljama.	67 (16,8)	66 (16,5)	26 (6,5)	72 (18)	37 (9,3)	55 (13,8)	76 (19)	399 (100)
Smrt donosi bijeg iz ovog strašnog svijeta.	90 (22,9)	93 (23,7)	38 (9,7)	81 (20,6)	32 (8,1)	29 (7,4)	30 (7,6)	393 (100)
Smrt je oslobođenje od boli i patnje.	37 (9,4)	48 (12,2)	27 (6,9)	82 (20,9)	54 (13,7)	72 (18,3)	73 (18,6)	393 (100)
Na smrt gledam kao na olakšanje od zemaljskih muka.	45 (11,4)	64 (16,2)	29 (7,4)	102 (25,9)	45 (11,4)	53 (13,5)	56 (14,2)	394 (100)
Vidim smrt kao olakšanje od tereta ovoga života.	58 (14,6)	58 (14,6)	38 (9,6)	108 (27,3)	50 (12,6)	45 (11,4)	39 (9,8)	396 (100)

5.3. Indeks interpersonalne reaktivnosti

Indeks interpersonalne reaktivnosti označava višedimenzionalnu mjeru empatičnog reagiranja. Njime se procjenjuje zauzimanje tuđe perspektive, fantazija, empatija i osobna nelagoda. Ocjena pouzdanosti skale prema Cronbachovu alfa koeficijentu je 0,777.

5.3.1. Zauzimanje perspektive drugoga

Za 87 (22,6 %) ispitanika potpuno je točno da vjeruju kako postoje dvije strane svakog pitanja i nastoje uvijek sagledati obje. S druge strane, 46 (11,7 %) ispitanika navodi da uopće nije točna tvrdnja kako im je ponekad teško sagledati stvari iz perspektive druge osobe. Za 138 (35,8 %) ispitanika niti je točna niti netočna tvrdnja da ukoliko su sigurni da su u pravu u vezi nečega, obično ne troše vrijeme slušajući argumente drugih. Zanimljivo, za isti broj ispitanika niti je točna niti netočna tvrdnja da prije nego što nekoga kritiziraju, pokušaju zamisliti kako bi se osjećali na njihovom mjestu (tablica 12).

Tablica 12. Podjela ispitanika prema modalitetu zauzimanja perspektive drugoga

	Broj (%) ispitanika					
	Uopće nije točno za mene	Uglavnom nije točno za mene	Niti je točno niti netočno za mene	Uglavnom je točno za mene	Potpuno je točno za mene	Ukupno
*Ponekad mi je teško vidjeti stvari iz perspektive druge osobe.	46(11,7)	117(29,8)	132(33,7)	80(20,4)	17(4,3)	392(100)
Prije nego što donesem odluku, pokušavam saslušati sve strane uključene u raspravu ili sukob.	11(2,8)	21(5,4)	101(25,8)	180(46)	78(19,9)	391(100)
Ponekad pokušavam bolje razumjeti svoje prijatelje tako što zamišljam kako stvari izgledaju iz njihove perspektive.	10(2,6)	28(7,2)	86(22,1)	199(51)	67(17,2)	390(100)
*Ako sam siguran/na da sam u pravu u vezi nečega, obično ne trošim vrijeme slušajući argumente drugih.	35(9,1)	82(21,2)	138(35,8)	93(24,1)	38(9,8)	386(100)
Vjerujem da postoje dvije strane svakog pitanja i nastojim uvijek sagledati obje.	9(2,3)	19(4,9)	75(19,5)	195(50,6)	87(22,6)	385(100)
Kada se ljutim na nekoga, obično se pokušam staviti u „njegove/njezine cipele“ na neko vrijeme.	33(8,6)	69(17,9)	158(41)	107(27,8)	18(4,7)	385(100)
Prije nego što nekoga kritiziram, pokušam zamisliti kako bi se ja osjećao/la na njihovom mjestu.	20(5,2)	34(8,8)	138(35,8)	143(37)	51(13,2)	386(100)

*obrnuto bodovanje

5.3.2. Empatija

Empatija mjeri sposobnost ispitanikova korištenja mehanizma kognitivnog preuzimanja uloga. Za 97 (24,9 %) ispitanika potpuno je točna tvrdnja da kada vide da se nekoga iskorištava, osjećaju se zaštitnički prema toj osobi. S tvrdnjom da često gaje brižne ili posve zabrinute misli o ljudima koji su manje sretni od njih niti se slaže niti ne slaže 150 (38,5 %) ispitanika. Za tvrdnju da su osoba mekog srca, najviše ispitanika odgovara da je to uglavnom točno, a za njih 86 (22,4 %) to je potpuno točno (tablica 13).

Tablica 13. Podjela ispitanika prema modalitetima empatije (doživljaja emocionalne topline, suosjećanja i brige za pojedinca kojeg osoba opaža

	Broj (%) ispitanika					
	Uopće nije točno za mene	Uglavnom nije točno za mene	Niti je točno niti netočno za mene	Uglavnom je točno za mene	Potpuno je točno za mene	Ukupno
Često gajim brižne ili posve zabrinute misli o ljudima koji su manje sretni od mene.	19(4,9)	46(11,8)	150(38,5)	139(35,6)	36(9,2)	390(100)
*Ponekad mi nije osobito žao drugih ljudi kada imaju problema.	113(28,8)	126(32,1)	80(20,4)	54(13,8)	19(4,8)	392(100)
Kada vidim da se nekoga iskorištava, osjećam se zaštitnički prema toj osobi.	6(1,5)	16(4,1)	57(14,6)	214(54,9)	97(24,9)	390(100)
*Nesreća drugih ljudi me obično ne uznemiruje previše.	103(26,7)	143(37)	90(23,3)	40(10,4)	10(2,6)	386(100)
*Kada vidim da se s nekim nepravedno postupa, ponekad ne osjećam baš previše suosjećanja prema toj osobi.	74(19,3)	100(26)	99(25,8)	76(19,8)	35(9,1)	384(100)
Obično me prilično dirnu stvari koje vidim da se događaju oko mene.	11(2,9)	26(6,8)	126(32,7)	161(41,8)	61(15,8)	385(100)
Sebe bi opisao/la kao osobu prilično mekog srca.	12(3,1)	25(6,5)	103(26,8)	158(41,1)	86(22,4)	384(100)

*obrnuto bodovanje

5.3.3. Fantazija

Skala fantazije mjeri ispitanikovu sposobnost da se uživi u osjećaje i postupke izmišljenih ličnosti, također i u izmišljene okolnosti, kao i sklonost sanjarenju. Najviše ispitanika, njih 45 (11,5 %), navodi da je potpuno točna tvrdnja da relativno često zamišljaju stvari koje bi im se mogle dogoditi, dok za 85 (22,1 %) ispitanika uopće nije točna tvrdnja da se nakon nekog filma ili kazališne predstave osjećaju kao da su jedan od prikazanih likova (tablica 14).

Tablica 14. Podjela ispitanika prema modalitetima fantazije

	Broj (%) ispitanika					
	Uopće nije točno za mene	Uglavnom nije točno za mene	Niti je točno niti netočno za mene	Uglavnom je točno za mene	Potpuno je točno za mene	Ukupno
Relativno često zamišljam stvari koje bi mi se mogle dogoditi.	47(12)	72(18,4)	118(30,1)	110(28,1)	45(11,5)	392(100)
Stvarno se uživim u osjećaje likova u romanima.	87(22,3)	74(19)	112(28,7)	86(22,1)	31(7,9)	390(100)
*Obično sam objektivan/na kada gledam film ili kazališnu predstavu i rijetko se potpuno uživim u nju.	39(9,9)	106(27)	136(34,7)	80(20,4)	31(7,9)	392(100)
*Rijetko se jako uživim u knjigu ili film.	65(16,6)	113(28,9)	115(29,4)	76(19,4)	22(5,6)	391(100)
Nakon nekog filma ili kazališne predstave, osjećao/la sam se kao da sam jedan od likova.	85(22,1)	95(24,7)	123(31,9)	64(16,6)	18(4,7)	385(100)
Kada gledam dobar film, mogu se lako staviti na mjesto glavnog lika.	54(14)	64(16,6)	143(37,1)	91(23,6)	33(8,6)	385(100)
Kada čitam zanimljivu priču ili roman, zamišljam kako bi se osjećao/la da se to događa meni.	55(14,2)	67(17,4)	125(32,4)	109(28,2)	30(7,8)	386(100)

*obrnuto bodovanje

5.3.4. Osobna nelagoda

Skala osobne nelagode mjeri refleksivne osjećaje ispitanika (osjećaj straha, anksioznosti i opće nelagode koji se prenose u objektivno ili subjektivno stresnim situacijama).

Da uopće nisu skloni izgubiti kontrolu u hitnim (izvanrednim) situacijama navodi 95 (24,7 %) ispitanika, dok 69 (17,9 %) ispitanika navodi da je za njih potpuno točno kako su obično prilično učinkoviti u nošenju s hitnim situacijama (tablica 15).

Tablica 15. Podjela ispitanika prema modalitetima osobne nelagode

	Broj (%) ispitanika					
	Uopće nije točno za mene	Uglavnom nije točno za mene	Niti je točno niti netočno za mene	Uglavnom je točno za mene	Potpuno je točno za mene	Ukupno
U hitnim (izvanrednim) situacijama osjećam se prestrašeno i nervozno.	72(18,4)	110(28,1)	126(32,2)	57(14,6)	26(6,6)	391(100)
Ponekad se osjećam bespomoćno, kada se nađem usred neke emocionalne situacije.	14(3,6)	49(12,6)	134(34,4)	134(34,4)	59(15,1)	390(100)
*Kada vidim da je netko ozlijeđen, obično ostajem miran/na.	56(14,3)	73(18,7)	114(29,2)	111(28,4)	37(9,5)	391(100)
Plaši me pomisao da se nađem u emocionalno napetoj situaciji.	63(16,5)	99(25,9)	138(36,1)	61(16)	21(5,5)	382(100)
*Obično sam prilično učinkovit/a u nošenju s hitnim situacijama.	7(1,8)	14(3,6)	112(29,1)	183(47,5)	69(17,9)	385(100)
Sklon/a sam izgubiti kontrolu u hitnim (izvanrednim) situacijama.	95(24,7)	127(33,1)	114(29,7)	37(9,6)	11(2,9)	384(100)
Kada vidim nekoga kome jako treba pomoć u nekoj izvanrednoj situaciji, raspadnem se.	74(19,2)	107(27,7)	122(31,6)	63(16,3)	20(5,2)	386(100)

*obrnuto bodovanje

5.4. Povezanost indeksa interpersonalne reaktivnosti i stava o smrti s obilježjima ispitanika

Muškarci, u odnosu na žene, imaju značajno manji strah od smrti (Mann-Whitney U test, P = 0,001), manje izražen psihološki mehanizam izbjegavanja smrti (Mann-Whitney U test, P = 0,002), manje prihvaćaju smrt kao pristup ili ulazak u zagrobni život (Mann-Whitney U test, P < 0,001) te značajno manje prihvaćaju smrt kao izlaz ili bijeg od života ispunjenog patnjom (Mann-Whitney U test, P = 0,003) (tablica 16).

Tablica 16. Stavovi o smrti u odnosu na spol ispitanika

Stavovi o smrti	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Strah od smrti	3 (2,3 - 3,9)	3,7 (2,9 - 4,6)	3,7 (2,7 - 4,6)	**0,001**
Izbjegavanje smrti	3,5 (2,4 - 5,2)	4,4 (3,4 - 5,2)	4,2 (3,2 - 5,2)	**0,002**
Neutralno prihvaćanje	5,8 (4,8 - 6,2)	5,8 (5,2 - 6,2)	5,8 (5 - 6,2)	0,67
Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život	3,7 (2,1 - 5)	4,5 (3,8 - 5,7)	4,4 (3,7 - 5,6)	< **0,001**
Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega iz života ispunjenog patnjom	3,2 (2,2 - 4,5)	4 (2,8 - 5,2)	3,8 (2,6 - 5)	**0,003**

*Mann-Whitney U test

Značajno izraženiji strah od smrti imaju ispitanici srednje i više stručne spreme, u odnosu na ispitanike visoke razine obrazovanja (Kruskal-Wallisov test, P = 0,02). Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život značajno je prisutnije kod ispitanika s višom razinom obrazovanja (Kruskal-Wallisov test, P = 0,009) (tablica 17).

Tablica 17. Stavovi o smrti u odnosu na razinu obrazovanja

Stavovi o smrti	Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na razinu obrazovanja					P*
	SSS	VŠS	bacc. med. techn.	mag./dipl. med. techn.	Ukupno	
Strah od smrti	3,7 (2,7 - 4,6)	5,1 (3,8 - 5,6)	3,6 (2,9 - 4,4)	3,1 (2,5 - 3,9)	3,7 (2,7 - 4,6)	**0,02**
Izbjegavanje smrti	4,2 (3,2 - 5,2)	5,4 (4 - 5,9)	4,1 (3,2 - 5,1)	4 (2,6 - 5,2)	4,2 (3,2 - 5,2)	0,21
Neutralno prihvaćenje	5,8 (5 - 6,2)	5,6 (4,8 - 6)	5,6 (5,2 - 6,2)	5,8 (5 - 6,1)	5,8 (5 - 6,2)	0,95
Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život	4,3 (3,5 - 5,4)	4,3 (3,5 - 5,3)	4,9 (3,7 - 5,7)	5,6 (4,5 - 6,2)	4,4 (3,7 - 5,6)	**0,009**
Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom	4 (2,6 - 5)	4,3 (3,8 - 5,1)	3,6 (2,4 - 5)	4,2 (3,5 - 5,8)	3,8 (2,6 - 5)	0,12

*Kruskal-Wallisov test

Upitnik nije ukazao na značajne razlike u stavovima o smrti između operativnih i neoperativnih odjela (tablica 18).

Odjel za intenzivno neurološko liječenje ima značajno najnižu ocjenu prihvaćanja smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život u odnosu na druge odjele s povećanom smrtnosti bolesnika (tablica 19).

Tablica 18. Stavovi o smrti u odnosu na operativne i neoperativne odjele

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Operativni odjeli	**Neoperativni odjeli**	**Ukupno**	
Strah od smrti	3,9 (2,9 - 4,6)	3,6 (2,7 - 4,6)	3,7 (2,7 - 4,6)	0,17
Izbjegavanje smrti	4,2 (3,2 - 5,2)	4,2 (3,2 - 5,4)	4,2 (3,2 - 5,2)	0,94

Neutralno prihvaćanje	5,8 (5,2 - 6,2)	5,6 (5 - 6,2)	5,8 (5 - 6,2)	0,60
Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život	4,5 (3,6 - 5,7)	4,3 (3,7 - 5,5)	4,4 (3,7 - 5,6)	0,57
Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom	4 (2,6 - 5,2)	3,8 (2,8 - 4,8)	3,8 (2,6 - 5)	0,31

*Mann-Whitneyev U test

Tablica 19. Stavovi o smrti u odnosu na zavode i odjele s povećanom smrtnošću bolesnika

	Medijan (interkvartilni raspon)						P*
	Klinika za unutarnje bolesti (JIKS)	Zavod za onkologiju	Zavod za neonatologiju i intenzivno liječenje djece	Odjel za intenzivno neurološko liječenje	Zavod za ginekološku onkologiju	Ukupno	
Strah od smrti	3,4 (2,1 - 4,4)	3,7 (2,9 - 4,6)	3,9 (3,5 - 4,4)	2,7 (2,3 - 4,1)	3,9 (3,1 - 4,6)	3,7 (2,7 - 4,6)	0,41
Izbjegavanje smrti	4 (3,1 - 5,5)	4,4 (3 - 5)	3,8 (2,8 - 4,2)	3,2 (2,3 - 4,7)	3,6 (3 - 4,5)	4,2 (3,2 - 5,2)	0,66
Neutralno prihvaćanje	6 (5,2 - 6,4)	5,6 (4,8 - 6,2)	5,8 (5,4 - 6,2)	5,2 (4,9 - 7)	6 (5,7 - 6,6)	5,8 (5 - 6,2)	0,36
Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život	5,6 (4,5 - 6,1)	4,2 (3,8 - 6,1)	4,1 (3,4 - 4,6)	2,6 (1,5 - 4,4)	4,7 (4,1 - 5,8)	4,4 (3,7 - 5,6)	**0,009**
Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom	4 (3,3 - 5,4)	3,8 (3 - 5)	3,6 (2,5 - 4,6)	3,8 (1,9 - 4,3)	4 (3,1 - 5,7)	3,8 (2,6 - 5)	0,75

*Kruskal-Wallisov test

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost dobi i duljine radnog staža sa stavovima o smrti. Ispitanici starije životne dobi imaju značajno više ocjene prihvaćanja smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život ($\rho = 0,178$, $P < 0,001$) te prihvaćanja smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom ($\rho = 0,242$, $P < 0,001$). Ista dva stava o smrti značajno su povezana i s duljinom radnom staža, kao i s ukupnim stažem na sadašnjem radnom mjestu (tablica 20).

Tablica 20. Ocjena povezanosti dobi ispitanika, duljine njihova radnog staža i staža na sadašnjem radnom mjestu s izrečenim stavovima o smrti

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)		
	Dob ispitanika	Duljina radnog staža	Staž na sadašnjem radnom mjestu
Strah od smrti	-0,031 (0,54)	-0,028 (0,58)	0,069 (0,18)
Izbjegavanje smrti	0,019 (0,71)	0,032 (0,52)	0,047 (0,36)
Neutralno prihvaćanje	0,082 (0,10)	0,073 (0,18)	0,033 (0,51)
Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život	**0,178 (< 0,001)**	**0,173 (0,001)**	**0,221 (< 0,001)**
Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom	**0,242 (< 0,001)**	**0,224 (< 0,001)**	**0,248 (< 0,001)**

Značajno veću ukupnu interpersonalnu reaktivnost, medijana 61 (interkvartilnog raspona od 55 do 69), pokazuju žene (Mann-Whitneyev U test, $P < 0,001$), što se očituje i u česticama empatija (Mann-Whitneyev U test, $P < 0,001$), fantazija (Mann-Whitneyev U test, $P = 0,02$) i osobna nelagoda (Mann-Whitneyev U test, $P < 0,001$) (tablica 21).

Tablica 21. Interpersonalna reaktivnost u odnosu na spol ispitanika

Interpersonalna reaktivnost	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Zauzimanje perspektive drugoga	17 (14 - 20)	17 (15 - 19)	17 (15 - 19,3)	0,68
Empatija	17 (14 - 18,8)	19 (16 - 21)	18 (15 - 21)	**< 0,001**
Fantazija	13 (9,3 - 15)	14 (10 - 17)	14 (10 - 17)	**0,02**
Osobna nelagoda	9 (5,3 - 13)	13 (9 - 15)	12 (9 - 14)	**< 0,001**
Ukupno	56 (47 - 60)	61 (55 - 69)	60 (54 - 68)	**< 0,001**

*Mann-Whitneyev U test

Nema značajnih razlika u interpersonalnoj reaktivnosti u odnosu na razinu obrazovanja, kao i s obzirom na to rade li ispitanici na operativnim ili na neoperativnim odjelima (tablica 22 i tablica 23).

Tablica 22. Interpersonalna reaktivnost u odnosu na razinu obrazovanja ispitanika

Interpersonalna reaktivnost	Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na razinu obrazovanja					P*
	SSS	VŠS	bacc. med. techn.	mag./ dipl. med. techn.	Ukupno	
Zauzimanje perspektive drugoga	17 (14 - 19)	17,5 (15 - 20)	17 (15 - 20)	17 (14 - 20)	17 (15 - 19,3)	0,51
Empatija	18 (15 - 20)	18,5 (16,8 - 22,3)	19 (15 - 21)	19 (15 - 23)	18 (15 - 21)	0,35
Fantazija	13 (10 - 16)	14 (9 - 15,8)	14 (11 - 17)	13 (9,5 - 17,5)	14 (10 - 17)	0,47
Osobna nelagoda	12 (9 - 15)	12 (9 - 14)	12 (8 - 14)	11 (7 - 14)	12 (9 - 14)	0,61
Ukupno	60 (54 - 67)	61,5 (53,5 - 68,5)	60 (54,8 - 68)	60 (55 - 69,5)	60 (54 - 68)	0,74

*Kruskal-Wallisov test

Tablica 23. Interpersonalna reaktivnost u odnosu na to rade li ispitanici na operativnim ili neoperativnim odjelima

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Operativni odjeli	Neoperativni odjeli	Ukupno	
Zauzimanje perspektive drugoga	17 (14,8 - 20)	17 (15 - 19)	17 (15 - 19,3)	0,74
Empatija	18 (15 - 21)	18 (15 - 21)	18 (15 - 21)	0,75
Fantazija	14 (10 - 17)	13 (10 - 17)	14 (10 - 17)	0,41
Osobna nelagoda	12 (9 - 14)	12 (9 - 15)	12 (9 - 14)	0,73
Ukupno	60 (54 - 68)	60 (54,3 - 67)	60 (54 - 68)	0,88

*Mann-Whitneyev U test

Ispitanici Odjela za intenzivno neurološko liječenje imaju značajno nižu ocjenu osobne nelagode, medijana 4 (interkvartilnog raspona od 3,8 do 13), u odnosu na druge klinike/zavode/odjele s učestalijom smrti pacijenata (Kruskal-Wallisov test, P = 0,001) (tablica 24).

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenjena je značajna povezanost osobne nelagode s dobi ispitanika (ρ = 0,147, P = 0,004), duljinom radnog staža (ρ = 0,132, P = 0,009) i sa stažem na sadašnjem radnom mjestu (ρ = 0,151, P = 0,003) (tablica 25).

Tablica 24. Interpersonalna reaktivnost u odnosu na odjele s učestalijom smrti bolesnika

	Medijan (interkvartilni raspon)						P*
	Klinika za unutarnje bolesti (JIKS)	Zavod za onkologiju	Zavod za neonatologiju i intenzivno liječenje djece	Odjel za intenzivno neurološko liječenje	Zavod za ginekološku onkologiju	Ukupno	
Zauzimanje perspektive drugoga	18 (15 - 20)	16 (14 - 21)	15 (12,5 - 19)	15 (10 - 16,5)	15,5 (15 - 17,3)	16 (14,3 - 20)	0,21
Empatija	19 (17,5 - 21)	18 (14 - 20)	17,5 (12,8 - 20)	16 (12 - 18,5)	19,5 (16,5 - 20,8)	18 (15 - 20)	0,31
Fantazija	13 (10,8 - 16)	13 (10 - 17)	12,5 (10 - 14,8)	12 (3,5 - 16)	15,5 (7,8 - 19,5)	13 (10 - 16)	0,74
Osobna nelagoda	12,5 (9,8 - 14)	13 (11 - 16)	10 (6,5 - 11,8)	4 (2 - 8,5)	9,5 (3,8 - 13)	11 (9 - 14)	**0,001**
Ukupno	59,5 (55,8 - 70)	62 (55 - 68)	55 (44,8 - 63)	50 (29 - 56,5)	59 (45,3 - 71,8)	59 (53 - 67)	0,07

*Kruskal-Wallisov test

Tablica 25. Povezanost interpersonalne reaktivnosti s dobi ispitanika, duljinom radnog staža i provedenim stažem na sadašnjem radnom mjestu

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)		
	Dob ispitanika	Duljina radnog staža	Staž na sadašnjem radnom mjestu
Zauzimanje perspektive drugoga	0,033 (0,52)	0,017 (0,73)	-0,004 (0,94)
Empatija	0,015 (0,77)	0,024 (0,64)	0,021 (0,68)
Fantazija	-0,064 (0,21)	-0,075 (0,14)	-0,001 (0,98)
Osobna nelagoda	**0,147 (0,004)**	**0,132 (0,009)**	**0,151 (0,003)**
Ukupno	0,052 (0,30)	0,040 (0,43)	0,052 (0,31)

Strah od smrti značajno utječe na fantaziju, osobnu nelagodu i ukupnu skalu interpersonalne reaktivnosti. Izbjegavanje smrti značajno je povezano s empatijom, osobnom nelagodom i ukupnom interpersonalnom reaktivnosti, dok je neutralno prihvaćanje u pozitivnoj korelaciji sa zauzimanjem perspektive drugoga i empatijom. Uz više ocjene neutralnog prihvaćanja dolaze značajno niže ocjene osobne nelagode. Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život značajno je povezano sa svim česticama i ukupnom skalom interpersonalne reaktivnosti, dok je prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom značajno povezano sa zauzimanjem perspektive drugoga, fantazijom, osobnom nelagodom i ukupnom skalom interpersonalne reaktivnosti (tablica 26).

Tablica 26. Povezanost interpersonalne reaktivnosti sa stavovima o smrti

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)				
	Strah od smrti	Izbjegavanje smrti	Neutralno prihvaćenje	Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život	Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom
Zauzimanje perspektive Drugoga	-0,033 0,51	0,060 0,23	**0,196** < 0,001	**0,186** < 0,001	**0,102** 0,04
Empatija	0,055 0,27	**0,137** 0,006	**0,137** 0,007	**0,239** < 0,001	0,099 0,05
Fantazija	**0,171** 0,001	0,099 0,05	-0,012 0,81	**0,180** < 0,001	**0,136** 0,007
Nelagoda	**0,370** < 0,001	**0,303** < 0,001	**-0,127** 0,01	**0,191** < 0,001	**0,212** < 0,001
Ukupno	**0,205** 0,001	**0,186** < 0,001	0,067 0,19	**0,266** < 0,001	**0,203** < 0,001

5.5. Indeks interpersonalne reaktivnosti i stav o smrti u odnosu na religioznost ispitanika

Veće ocjene straha od smrti značajno su više dali ispitanici koji su se izjasnili da se smatraju osrednje religioznim osobama, a najmanje su ocjene značajno dali ispitanici koji se uopće ne smatraju religioznim osobama (Kruskal-Wallisov test, P = 0,01). Kod ispitanika koji su u potpunosti religiozne osobe, neutralno prihvaćanje je značajno veće (Kruskal-Wallisov test, P = 0,02), kao i prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život te prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom (Kruskal-Wallisov test, P< 0,001) (tablica 27).

Značajno jače izražene interpersonalne reaktivnosti imaju ispitanici koji su u potpunosti religiozne osobe, medijana 63 (interkvartilnog raspona od 55 do 71) (Kruskal-Wallisov test, P = 0,01), kao i u domeni zauzimanja perspektive drugoga (Kruskal-Wallisov test, P = 0,02). U domeni empatije, značajno niže vrijednosti imaju ispitanici koji su osrednje religiozni, dok značajno više vrijednosti bilježimo kod ispitanika koji su se izjasnili da su u potpunosti

religiozne, a također i kod onih koji uglavnom nisu religiozne osobe (Kruskal-Wallisov test, $P < 0,001$) (tablica 28).

Tablica 27. Stavovi o smrti u odnosu na religioznost

Stavovi o smrti	Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na religioznost						P*
	u potpunosti	uglavnom da	osrednje	uglavnom ne	uopće ne	Ukupno	
Strah od smrti	3,4 (2,4 - 4,3)	3,7 (3 - 4,8)	4 (3 - 4,6)	3,3 (2,1 - 4,9)	3,1 (2,4 - 4,7)	3,7 (2,7 - 4,6)	**0,01**
Izbjegavanje smrti	4,2 (3 - 5,4)	4,4 (3,4 - 5,3)	4 (3 - 5,2)	3,2 (2,2 - 4,6)	4 (2,4 - 4,6)	4,2 (3,2 - 5,2)	0,14
Neutralno prihvaćanje	5,8 (5,4 - 6,4)	5,6 (5,2 - 6,1)	5,6 (4,8 - 6)	5,8 (5,8 - 6)	5,6 (4,6 - 6,2)	5,8 (5 - 6,2)	**0,02**
Prihvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život	5,7 (4,8 - 6,5)	4,6 (4 - 5,4)	3,9 (3,1 - 4,4)	4,1 (2,5 - 5)	2,6 (1,3 - 3,1)	4,4 (3,7 - 5,6)	**<0,001**
Prihvaćanje smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom	4,6 (3,4 - 5,6)	3,8 (2,8 - 4,8)	3,6 (2,4 - 4,4)	4 (3,4 - 4,6)	3,4 (2 - 4,6)	3,8 (2,6 - 5)	**<0,001**

*Kruskal-Wallisov test

Tablica 28. Interpersonalna reaktivnost u odnosu na religioznost

Interpersonalna reaktivnost	Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na religioznost						P*
	u potpunosti	uglavnom da	osrednje	uglavnom ne	uopće ne	Ukupno	
Zauzimanje perspektive drugoga	18 (15 - 20)	17 (15 - 19)	16 (14 - 19)	16 (13 - 17)	17 (14 - 20)	17 (15 - 19,3)	**0,02**
Empatija	20 (17 - 22)	18 (15,5 - 20)	17 (14 - 20)	20 (12 - 23)	18 (14 - 20)	18 (15 - 21)	**<0,001**
Fantazija	13 (10 - 16)	14 (11 - 17)	13 (10 - 16)	11 (8 - 21)	13 (8 - 15)	14 (10 - 17)	0,10
Osobna nelagoda	13 (9 - 15)	12 (9 - 14,5)	11 (9 - 14)	16 (6 - 17)	12 (6 - 13)	12 (9 - 14)	0,31
Ukupno	63 (55 - 71)	60 (55 - 68)	57 (50 - 64)	61 (35 - 77)	58 (52 - 65)	60 (54 - 68)	**0,01**

*Kruskal-Wallisov test

6. RASPRAVA

U ovom istraživanju o mišljenju djelovanja umiranja i smrti bolesnika na medicinske sestre i medicinske tehničare u Kliničkom bolničkom centru Osijek, ispitanici koji su se izjasnili da imaju veći strah od smrti u najvećem broju (341, odnosno 85,3 %) su žene, dok ukupno 59 (14,7 %) muškaraca imaju manji strah od smrti, manje psihološki izbjegavaju smrt, manje prihvaćaju smrt kao pristup ili ulaz u zagrobni život te značajno manje prihvaćaju smrt kao izlaz ili bijeg od života ispunjenog patnjom. U svjetskim istraživanjima o stavovima koji ispitanici imaju prema smrti te povezanosti tih stavova s dobi i spolom ispitanika, autori se u dobivenim rezultatima razlikuju. Tako neke studije navode da žene imaju veću anksioznost od muškaraca, dok druge ne nalaze takvih razlika (23). Većina ispitanika ima dvadeset godina radnog staža (interkvartilnog raspona od 10 do 28 godina), a duljina staža na sadašnjem radnom mjestu u prosjeku je jedanaest godina (interkvartilnog raspona od 4 do 23 godine). U prosjeku jedan bolesnik mjesečno umre na odjelu na kojem rade (interkvartilnog raspona od 0 do 50 umrlih). S obzirom da su u ovom istraživanju zastupljeni odjeli intenzivne njege, kao i operativni i neoperativni bolnički odjeli, ovo nije velik broj umrlih bolesnika, ali vjerojatno na odjelima gdje su oživljavanja i reanimacije svakodnevna pojava, sigurno je i brojka umrlih bolesnika veća tijekom jednog mjeseca.

Ispitanici starije životne dobi imaju značajno više ocjene prihvaćanja smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život. Mnoga su istraživanja potvrdila da starije osobe pokazuju manji stupanj anksioznosti vezano uz promišljanje smrti i slabiji intenzitet straha nego mlađe. Ove pronalaske možemo protumačiti Eriksonovom psihosocijalnom teorijom ljudskog razvoja. Naime, dobro integrirane starije osobe (tj. one koje su zadovoljne svojim proteklim životom, za razliku od onih koje su očajne) imaju neutralan stav prema smrti, tj. ona je za njih neizbježan dio života. Autori Gesser, Wong i Reker navode da mlađe i osobe srednje životne dobi s više poteškoća prihvaćaju realnosti smrti od starijih osoba, jer su njihovi životni planovi na neki način započeti ili još nedovršeni (23).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da 33,7 % ispitanika trpi strah od smrti i posve se slaže da je smrt užasno iskustvo, a intenzivan strah od smrti ima 26,4 % ispitanika. Od ukupnog broja, 51,8% ispitanika neutralno prihvaća stavove o smrti i slaže se da je smrt prirodan aspekt života, dok ih se najviše ne slaže s tvrdnjom da smrt nije dobra niti loša. Smrt i umiranje rijetko se prihvaćaju kao sastavni dio života, a njihovim potiskivanjem izaziva se pogrešan odnos prema smrti i strah pred umiranjem. Smrt je tema o kojoj se mora pravodobno i temeljito razmišljati

(4). Prihvaćajući smrt kao pristup ili ulaz u zagrobni život, 26,4 % ispitanika se u potpunosti slaže da je smrt sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo, 32,4 % ispitanika je neutralno, a 30,9 % sudionika istraživanja smatra da je smrt ulaz u mjesto potpunog zadovoljstva. Vjerovanje u zagrobni život povezano je s religioznošću i duhovnošću. Budući da je iskustvo života poslije smrti nepoznanica svima koji su živi i ne može se nikakvom znanstvenom metodom istražiti, ostaje samo dimenzija nadanja, odnosno vjerovanja, koja na neki način umanjuje strah od ništavila, tj. nepostojanja. Alvarado, Templer, Bresler i Thomas-Dobson navode da religioznije osobe pokazuju pozitivnije stavove prema smrti od nereligioznih. Stoga neka istraživanja vezana uz smrtnost i religioznost ukazuju na manji strah od smrti ako je osoba religiozna, odnosno ako vjeruje u zagrobni život (23). Nadalje, 17 % ispitanika izbjegava pod svaku cijenu razmišljati o smrti, a najviše je neodlučnih ispitanika i to 31 % od ukupnog broja. Također, 18,6 % ispitanika smatra da će smrt donijeti kraj njihovim nevoljama, a 22,9 % ispitanika ne slaže se s tvrdnjom da je smrt bijeg iz ovog strašnog svijeta. Izbjegavanje i strah od smrti duboko je ukorijenjeno u našu psihu i kulturu. Elisabeth Kubler-Ross ističe da „jedan od najgorih razloga za to leži u činjenici da je umiranje danas osamljeno, mehanizirano i neosobno te se nekada ne može ni odrediti kada smrt nastupa“ (18). „Umirući, članovi obitelji, zdravstveno osoblje koji su do jučer pratili smrt gestama familijarnosti i osjećajnosti danas su pozvani da fingiraju, da ne govore, da skrivaju i lažu. Unatoč svemu tome, smrt je tu“ (24). Kada netko umre, više ne možemo nijekati realnost smrti, a slabo smo pripremljeni za suočavanje s njom. Rezultati našeg istraživanja pokazali su da nema značajne razlike između operativnih i neoperativnih odjela u suočavanju sa smrću i umiranjem bolesnika. Od svih odjela u Kliničkom bolničkom centru Osijek koji su obuhvaćeni istraživanjem samo je na intenzivnoj neurologiji značajno niža ocjena prihvaćanja smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život u odnosu na druge odjele s povećanom smrtnosti bolesnika.

Prema Halpernu, Levu i Thiedkeu, autorima koji rade u zapadnoj medicini koja naglasak stavlja na skrb za bolesnika, smrt predstavlja često traumatičan događaj za zdravstvene stručnjake. Medicinske sestre i medicinski tehničari primarno skrbe za bolesnike dok borave u bolnici. Nažalost, stabilni bolesnici često dožive komplikacije koje nisu bile predvidive. Dogodi se da bolesnik umre i medicinska sestra ostane prepuštena sama sebi, noseći se s tim iskustvom, primorana shvatiti emocionalnu uznemirenost koja se često ne rješava. I dok se mnoge studije usredotočuju na poboljšanje kvalitete skrbi o bolesnicima koje pružaju medicinske sestre i medicinski tehničari, mali broj studija usredotočen je na njih i njihovo sagledavanje dinamike zdravstvene okoline i proživljavanje iznenadne smrti bolesnika. Žalovanje je uobičajena pojava

među medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima i često je zaista bolno kad bolesnik umre, ali žalovanje se, nažalost, ignorira. Kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara bude se sumnje, otvaraju moralna pitanja i dolazi do tzv. zamora suosjećanja. Emocionalna reakcija medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji su iskusili neočekivanu smrt pacijenta uglavnom je posve neistraženo (25).

Od manjeg broja istraživanja koja su provedena u sestrinstvu vezano za temu smrti i umiranja bolesnika izdvajamo ono provedeno u Kanadi, koje je medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima postavilo glavno pitanje: Kakvo je iskustvo žalovanja kod medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji rade u opstetricijsko-neonatalnom bolničkom sektoru i skrbe o obiteljima u kojima se događa perinatalna smrt? Sestre tu opisuju profesionalni i osobni utjecaj žalovanja, zatim što im pomaže i kako ih je to iskustvo promijenilo i pomoglo im da sazriju. Jedna sestra govori, nakon što je doživjela smrt nerođene bebe: „...nitko te ništa ne pita, nitko ne shvaća kakav utjecaj to ima na tebe“. To se jednostavno smatra dijelom sestrinskog posla (26).

Dobar dio objavljene literature usredotočen je prvenstveno na ulogu medicinske sestre, njezino zadovoljstvo na poslu ili kvalitetu skrbi koju ona pruža. Jedan navod možda najbolje opisuje percepciju vrijednosti sestrinskog poziva: „Mislim da oni (administracija) uopće ne shvaćaju vrijednost sestrinstva i kako je ono nastalo. Mislim da oni istinski ne razumiju što to znači biti sestra u današnjem svijetu i okolnostima“. Mnoge medicinske sestre i medicinski tehničari proživljavaju moralni razdor i trpe zbog toga, jer se njihove životne vrijednosti sukobljavaju s vrijednostima koje nameće njihova radna organizacija (27).

Koristeći se Kruskal-Wallisovim testom u ovom istraživanju pokazali smo da značajnije veći strah od smrti trpe ispitanici srednje i više stručne spreme u odnosu na ispitanike visoke razine obrazovanja. Nadalje, u odnosu na one s nižom razinom obrazovanja, značajno veći broj ispitanika s višom razinom obrazovanja prihvaća smrt kao pristup ili ulazak u zagrobni život. Također s prihvaćanjem smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život te prihvaćanja smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom značajno je povezana i duljina radnog staža kao i staž na sadašnjem radnom mjestu. Manjak znanja o smrti i nedostatna osposobljenost za skrb o umirućima kod mlađih osoba i onih s malo radnog staža istaknuti su u velikom broju istraživanja (26). Većina ispitanika u ovom istraživanju (69,1 %) smatra da postoji potreba za edukacijom o umiranju i smrti, 74,3 % ispitanika smatra da treba uvesti u nastavni kurikulum sestrinstva kolegije o umiranju i smrti, a 21,8 % tvrdi da su imali određeni oblik pripreme za suočavanje sa smrću na radnom mjestu. Sestrinstvo kao akademska disciplina može i treba

uzimati u obzir novija istraživanja o sestrinskoj praksi, ali sve to ostaje besmisleno ukoliko se ne integrira u proces naobrazbe i poučavanja, a potom u kliničku praksu. Edukacija o skrbi na kraju života pacijenata mora biti naglašena u osnovnom kurikulumu sestrinstva te nastavljena i integrirana u kasniji diplomski i postdiplomski studij. Medicinska sestra i medicinski tehničar koji radi na intenzivnom bolničkom odjelu mora biti osposobljen pružati ne samo uslugu zdravstvene skrbi visoke kvalitete, koristeći se odgovarajućim tehnologijama, nego i primjenjivati psihosocijalne i holističke pristupe u planiranju i primjeni skrbi. Premda medicinske sestre i medicinski tehničari mogu biti ponosni na pozitivne učinke koje njihov rad ostavlja na bolesnike, preostaje niz otvorenih pitanja koja se javljaju kada god nastupi smrt, umiranje i očaj kojima svjedoče. Upravo zato razumijevanje stanja medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji rade na intenzivnim odjelima i suočavaju se sa umiranjem i smrti bolesnika može pomoći zdravstvenom sustavu da educira i pripravi medicinsko osoblje koje najviše vremena provodi s bolesnicima da se zna nositi s pitanjima povezanima s potrebama umirućih ili termalno bolesnih.

Sestrinstvo stoga treba razviti mrežu pripomoći, koja bi uključivala multidisciplinarni tim stručnjaka. Zdravstvene ustanove koje imaju intenzivnu skrb trebaju izdvojene zone/prostore za žalovanje, prilagođene potrebama tješenja bilo članova obitelji, voljenih osoba i drugih ožalošćenih. Profesionalna asistencija i savjetodavna služba moraju spremno biti dostupni svim osobama koji djeluju na odjelima intenzivne skrbi kada zahtijevaju pojašnjenje glede traumatskih događaja koje su doživjele na radnom mjestu (25).

Od ukupnog broja sudionika istraživanja, 52 % ispitanika navodi da im posao utječe na privatni život, većina ispitanika, njih 63,8 %, opušta se uz obitelj, 32,8 % ispitanika navodi da nakon bolesnikova preminuća priča s članovima obitelji, a 66,3 % ispitanika konzultira se s kolegama s posla. Kada emocionalni nemir nije prepoznat na vrijeme, započinje kaskada stresa koja zatim vodi k „pogrešnim načinima suočavanja sa stresom, emocionalnoj distanciranosti, ljutnji, etiketiranju sestara, padu morala kod osoblja, padu efikasnosti same zdravstvene skrbi, padu brige o pacijentima općenito, te povećanju nerada, povećanju bolničkih troškova te u konačnici smanjenju broja medicinskih sestara“ (27). Individualnu procjenu stresa psiholog Richard Lazarus nazvao je spoznajnom procjenom. Stres je neizbježan, no na nama je naučiti kako se djelotvorno nositi s njime (28). Radom na sebi može se izbjeći izgaranje. Temelj profesionalnog entuzijazma počiva na ravnoteži između prikladne brige za druge i brige za sebe.

Uporabom Mann-Whitneyeva U testa pokazalo se da značajno veću ukupnu interpersonalnu reaktivnost imaju žene u odnosu na muškarce, također i u česticama empatije, fantazije i osobne

nelagode. Spacal navodi da je empatija emocionalno stanje koje medicinska sestra i medicinski tehničar doživljava u kontaktu s bolesnikom kao subjektom, a kontratransfer je emocionalno stanje koje medicinska sestra i medicinski tehničar doživljava u kontaktu s unutarnjim objektima bolesnika. Žene općenito imaju razvijenije međuljudske vještine nego muškarci. Znači li to da su žene empatičnije nego muškarci? Često i jest tako, ali ne nužno. Popularna pretpostavka da su žene po prirodi prijemčivije na tuđe osjećaje ima znanstvene temelje, ali dokazane su dvije iznimke, nema spolne razlike u slučajevima kada ljudi pokušavaju prikriti svoje prave osjećaje niti je ima kada treba osjetiti nečije neizrečene misli tijekom razgovora. Doista, u opsežnom pregledu podataka o spolnim razlikama tvrdi se da muškarci imaju isto toliko potencijalne sposobnosti za empatiju kao i žene, ali manje su motivirani da budu empatični (29). William Ickles, jedan od glavnih istraživača fenomena empatije, kaže ako se katkada i čini da su muškarci društveno neosjetljivi, to se više odnosi na sliku o sebi koju žele prenijeti nego na empatiju koju posjeduju. Empatija uključuje sposobnost razumijevanja i emocionalnog usklađivanja s okolinom te sposobnost reguliranja vlastitih emocija, a empatijsko razmišljanje uključuje kognitivnu fleksibilnost i emocionalnu regulaciju s okolinom, kao i sposobnost ostavljanja vlastitih potreba po strani te zamišljanja što osjećaju drugi. Empatija je najvažnija ljudska osobina koja ne omogućava samo socijalne odnose i komunikaciju, već pruža i osnovu za stvaranje morala (30). Bezuvjetno prihvaćanje osobe i njezina načina gledanja na situaciju, bez nepotrebnog osuđivanja i procjenjivanja, bitan je preduvjet za empatično komuniciranje. Ukoliko namjeravamo razumjeti sugovornika važno je koristiti vještine aktivnog slušanja i opažanja smjera komunikacije te provjeravati jesmo li dobro shvatiti što je do tog trenutka rečeno. Pri iskazivanju razumijevanja važno je neverbalno pokazati toplinu, ljubaznost, interes i koristiti zrcaljenje, dok su na verbalnom planu najvažnije tehnike reflektiranja i parafraziranja (31).

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da što se tiče sposobnosti zauzimanja perspektive drugoga, 22,6 % ispitanika drži točnim da postoje dvije strane svakog pitanja i nastoje uvijek sagledati obje. Za 35,8 % ispitanika niti je točna niti netočna tvrdnja da ukoliko su sigurni da su u pravu u vezi nečega, obično ne troše vrijeme slušajući argumente drugih. Što se tiče empatije, 24,9 % ispitanika tvrde da je za njih točno da će se zauzeti za nekoga ako vide da ga se iskorištava, 38,5 % ispitanika niti se slažu niti ne slažu s tvrdnjom da su zabrinuti za onog tko je manje sretan od njih, dok 22,4 % ispitanika smatraju za sebe da su mekog srca. S obzirom na dobivene rezultate moglo bi se ustvrditi da velik postotak zdravstvenih djelatnika nema dovoljno razvijenu sposobnost empatije niti znanja o empatičnoj komunikaciji s pacijentima te

je stoga nužno u školovanje zdravstvenih djelatnika uključiti i lekcije o dobrobitima empatije te praktičan rad na vještina iskazivanja empatije. Prema Postu, da bi medicinske sestre i medicinski tehničari mogli primijeniti empatiju, moraju biti osobno dovoljno stabilni što će im dopustiti da adaptirano primjenjuju projektivnu i introjektivnu identifikaciju uz istodobno održavanje svijesti o svojoj odvojenosti. Pretjerana defenzivnost medicinskih sestara i medicinskih tehničara i nepostojanje granica mogu ometati tu funkciju. Empatija medicinskih sestara i tehničara može biti poremećena tako što je inhibirana ili nekontrolirana. Medicinske sestre i medicinski tehničari s inhibicijom empatije mogu misliti, sjećati se i opservirati, ali boje se afekata, impulsa ili senzacija koje dolaze od strane bolesnika, odnosno ne mogu participirati u njihovim emocijama. Zdravstveni djelatnici s nekontroliranom empatijom pretjerano su uključeni u emocionalne doživljaje svojih pacijenta i ne mogu se lako distancirati od njih. Za optimalni empatijski kapacitet zdravstvenog djelatnika važno je da može biti uključen i da se istovremeno može distancirati od doživljaja pacijenta (32).

7. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja moguće je zaključiti sljedeće:

- Medicinske sestre trpe veći strah od smrti i umiranja bolesnika u odnosu na medicinske tehničare.
- Ispitanici srednje i više stručne spreme u većem su strahu od smrti u odnosu na ispitanike visoke naobrazbe.
- Shvaćanje smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život značajno više prihvaćaju medicinske sestre i medicinski tehničari s visokom razinom obrazovanja.
- Duljina radnog staža medicinskih sestara i medicinskih tehničara te kontinuirani staž na sadašnjem radnom mjestu značajno su povezani s prihvaćanjem smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život te prihvaćanja smrti kao izlaza ili bijega od života ispunjenog patnjom.
- Nema značajnih razlika u stavovima o umiranju i smrti bolesnika između medicinskih sestara i medicinskih tehničara koji rade na operativnim i neoperativnim odjelima.
- Medicinske sestre i medicinski tehničari smatraju da postoji potreba za edukacijom o umiranju i smrti bolesnika te da istu treba uvesti u obrazovni kurikulum sestrinstva.

8. SAŽETAK

Cilj: Ispitati mišljenje medicinskih sestara/tehničara o njihovom doživljaju smrti i umiranja bolesnika.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovalo 400 ispitanika. Ispitanici su bili medicinske sestre i medicinski tehničari zaposleni u Kliničkom bolničkom centru Osijek. Kao instrument istraživanja korišten je standardizirani upitnik Death Attitude Profile – Revised (DAP-R) čiji su autori Wong, Reker i Gesser. Upitnik se sastoji od 32 tvrdnje koje se tiču različitih stavova koje ljudi zauzimaju o smrti. U drugom dijelu tražili smo indeks interpersonalne reaktivnosti (Davis 1983.) kojim se dobiva višedimenzionalna mjera empatičnog reagiranja, odnosno mjera kognitivnog i afektivnog aspekta empatičnosti. Taj upitnik je zasnovan na samoprocjeni, a sadrži 28 tvrdnji podijeljenih u četiri subskale.

Rezultati: Ispitanici muškog spola trpe manji strah od smrti (Mann-Whitneyev U test, p=0,001). Intenzivniji strah trpe ispitanici srednje i više stručne spreme, u odnosu na ispitanike s visokom razinom obrazovanja (Kruskal-Wallisov test, p=0,02). Nema značajnih razlika između operativnih i neoperativnih odjela. Ispitanici starije životne dobi imaju značajno više ocjene prihvaćanja smrti kao pristupa ili ulaska u zagrobni život ($\rho = 0{,}178$, $P < 0{,}001$). Jače izraženu interpersonalnu reaktivnost imaju ispitanici koji su u potpunosti religiozne osobe, medijana 63 (interkvartilnog raspona od 55 do 71), (Kruskal-Wallisov test, p=0,02). A 276 (69,1 %) ispitanika smatra da postoji potreba za edukacijom medicinskih/tehničara o umiranju i smrti bolesnika.

Zaključak: Značajno više smrt kao pristup zagrobnom životu prihvaćaju medicinske sestre i medicinski tehničari s visokom razinom obrazovanja u odnosu na srednje i više medicinske sestre i tehničare. Uočljiva je razlika u stavovima prema spolu, dobi i radnom stažu. Izražena je potreba za edukacijom o umiranju i smrti bolesnika.

Ključne riječi: umiranje, smrt, medicinske sestre, medicinski tehničari, bolesnik

9. SUMMARY

Aim: To survey the opinion of nurses/medical technicians about death and dying of patients.

Respondents and methods: The survey was conducted on 400 respondents. The respondents were nurses and medical technicians in the University Hospital Osijek. The standardized questionnaire Death Attitude Profile – Revised (DAP-R) by Wong, P. T. P., Reker, G.T. & Gesser, G. was used as the research tool. The questionnaire consists of 32 statements about people`s attitude to death. The second part consists of the questionnaire– the index of interpersonal reactivity by Davis (Davis, 1983). It provides the multidimensional measure of emphatic reaction, which is the measure of cognitive and affective aspect of empathy. The questionnaire is based on self-assessment and it contains 28 statements, divided into 4 subscales.

Results: The male respondents have less fear of death (Mann-Whitney U test, p=0,001). The respondents with secondary and higher education have greater fear of death, compared to the respondents with the university education (Kruskal-Wallis test, p=0,02). There are no significant differences between the operational units and non-operational units. The older respondents have higher ratings for the acceptance of the approach (p=0,178 p<0,001). The respondents who are deeply religious have stronger pronounced interpersonal reactivity, median 63 (interquartile range from 55 to 71) (Kruskal-Wallis test, p=0,02). Two hundred and seventy-six (276) respondents consider that there is need for education about death and dying of patients.

Conclusion: Nurses and medical tehnicians with the university education better accept the idea of death and dying of patients than the nurses and medical technicians with the secondary education and senior nurses. There is a difference by gender, age and work experience. The need for education about death and dying of patients is strongly expressed.

Key words: dying, death, nurses, medical technicians, patient

10. LITERATURA

1. I. Markešić. Čovjek i smrt. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Hrvatsko katoličko sveučilište, Udruga posmrtna pomoć; 2017.
2. K.Warner Schaie, S. Willis. Psihologija odrasle dobi i starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001.
3. Ž. Rakošec. Umiranje i smrt. Dostupno na adresi: www.plivamed.net/aktualno/clanak/10789/Umiranje-i-smrt.html. Datum pristupa: 25.02.2017.
4. I. Živković, S. Vuletić. Posljednji trenutci prije vječnosti. Zagreb: Hanza Media; 2016.
5. W. Y. Evans-Wenty. The Tibetian Book of the Dead. Oxford University Press. London: 1976.
6. D. L. Xavier. Rječnik biblijske teologije. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 1988.
7. A. Trstenjak. Umireš da živiš. Đakovo: UPT; 2000.
8. D. Hercigonja-Kocijan. Psihološki aspekti umiranja i smrti. Zbornik radova teološkog simpozija. Split: CUS; 1999.
9. Encyclopaedia Britannica. Dostupno na adresi: https://www.britannica.com/. Datum pristupa: 13.04.2017.
10. I. Markešić. Smrt je danas nepoželjna tema: umiranje je izdvojen i getoiziran segment u suvremenom društvu. Dostupno na adresi: www.novilist.hr/.../Smrt-je-danas-nepozeljna-tema-Umiranje-je-izdvojen-i-getoiziran-. Datum pristupa: 20.03.2017.
11. I. Markešić. Društveno značenje smrti kao jedne od temeljnih sastavnica čovjekova života. Bolest i zdravlje u religijama: zbornik radova interdisciplinarnog i interkonfesionalnog simpozija. Zagreb: 2010.
12. J. M. Coury, A. Štambuk. Problemi vezani s krajem života u zajednici: povezivanje profesionalnog i javnog obrazovanja. Revija za socijalnu politiku 9: 3; 2002.
13. N. A. Aničić, N. Bižaca: Pristupi umiranju i smrti. Zbornik radova teološkog simpozija. Split: CUS; 1999.
14. M. Štifanić. Kultura umiranja, smrti i žalovanja. Rijeka: Adamić; 2009.
15. I. Neuberger. A Healthy View of Dying. BMJ. 2003; 327: 207-208.
16. G. Howarth. Euthanasia. Encyclopaedia of Death and Dying. London: Routledge; 2001.
17. R. Buckman. Ne znam što reći. Zagreb: Školska knjiga; 1996.
18. E. Kubler-Ross. O smrti i umiranju. Zagreb: MISL; 2008.

19. K. Lacković-Grgin. Stres u djece i adolescenata. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2000.

20. I. Arambašić. Gubitak, tugovanje, podrška. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008.

21. B.P. Early, E.D. Smith, L. Todd, T. Beem. The need and supportive networks of the dying. An assesment instrument and mapping procedure for hospice patients. Am J Hosp Palliat Care. 17; 2000; 2: 87 – 96.

22. C. M. Williams, C. C. Wilson, C. H. Olsen. Dying, Death and Medical Education: Student Voices. J Palliat Med. 8; 2005; 2: 372 – 381.

23. A. Štambuk. Razmišljanje o smrti: dobne i spolne razlike. Ljetopis socijalnog rada. Zagreb: Pravni fakultet; Sveučilište u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada; 14; 1: 2007.

24. J. Ćorić. Sakrament bolesničkog pomazanja. Pristupi umiranja i smrti. Zbornik radova teološkog simpozija. Split: CUS; 1999.

25. V. Naldoo, Sibiya. Experiences of Critical Care Nurses of Death and Dying in an Intensive Care. Dostupno na adresi: https://www.omicsonline.org/.../experiences-of-critical-care-nurse. Datum pristupa: 22.03.2017.

26. J. Simpson. Nurses grieve too: insights into experiences with perinatal loss. Dostupno na adresi: http://patientcommando.com/stories/nurses-grieve-too-insights-into-experiences-with-perinatal-loss/. Datum pristupa: 22.02.2017.

27. T. L. Mumbrue. The lived experience of nurses who encounter the unexpected death of a patient. Dostupno na adresi: https://minds.wisconsin.edu/.../T%20Mumbrue%20CP.pdf. Datum pristupa: 23.03.2017.

28. S. Folkman, R. Lazarus. Stres: procjena i suočavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.

29. D. Goleman. Emocionalna inteligencija. Zagreb: Mozaik knjiga; 2013.

30. R. Gregurek. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.

31. J. Despot Lučanin. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Jastrebarsko: Naklada Slap; Zdravstveno Veleučilište; Zagreb: 2010.

32. L. Bajkovec. Empatija medicinskih sestara. Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.

11. ŽIVOTOPIS

Alisa Bošnjak rođena je 26. studenoga 1971. godine u Osijeku, gdje je završila osnovnu školu. Medicinsku školu završila je 1990. godine, također u Osijeku. Iste se godine zaposlila u Kliničkom bolničkom centru Osijek kao pripravnica-volonterka. Stručni ispit položila je u Osijeku 1992. godine. Od listopada iste godine počinje raditi na Klinici za unutarnje bolesti i to u Jedinici intenzivne koronarne skrbi. Godine 2007. završava preddiplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Osijeku. Članica je Hrvatske komore medicinskih sestara, Hrvatske udruge medicinskih sestara, Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara i Udruge Mobbing, a sudjelovala je na više domaćih i međunarodnih stručnih skupova medicinskih sestara i tehničara intenzivne terapije. Akademske godine 2015/16. upisuje diplomski studij sestrinstva na Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Od prosinca 2016. godine radi na Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja.

12. PRILOZI

1. Dokument o pristanku i suglasnosti obavještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju
2. Standardizirani upitnik " Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)"
3. Upitnik " Indeks interpersonalne reaktivnosti "
4. Sociodemografski upitnik

1. Dokument o pristanku i suglasnosti obavještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

DOKUMENT O PRISTANKU I SUGLASNOSTI OBAVJEŠTENOG

ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Pročitao/la sam obavijest o istraživanju, u svojstvu ispitanika, u svezi sudjelovanja u istraživanju koje provodi **Alisa Bošnjak, studentica druge godine diplomskog studija Sestrinstvo, pod naslovom "Mišljenje o djelovanju umiranja i smrti bolesnika na medicinske sestre/tehničare u KBC Osijek".**

Dobio/la sam iscrpna objašnjenja, dana mi je mogućnost postavljanja svih pitanja vezanih uz ovo istraživanje. Na pitanja mi je odgovoreno jezikom koji je meni bio razumljiv.
Svrha i korist istraživanja su mi objašnjeni.

Razumijem da će podatci o mojoj procjeni bez mojih identifikacijskih podataka biti dostupni voditelju istraživanja, Etičkom povjerenstvu KBC -a Osijek i Etičkom povjerenstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku kako bi analizirali ili provjeravali podatke koji su važni za procjenu rezultata istraživanja.

Razumijem kako se bilo kada mogu povući iz istraživanja, bez ikakvih posljedica, čak i bez obrazloženja moje odluke o povlačenju.

Također, razumijem kako ću nakon potpisivanja ovog obrasca i ja dobiti jedan primjerak istoga. Potpisom ovog obrasca suglasan/na sam se pridržavati se uputa istraživača.

ISPITANIK (ime i prezime):_____

POTPIS: _____

DATUM: _____

ISTRAŽIVAČ: *Alisa Bošnjak, studentica druge godine diplomskog studija Sestrinstvo*

2. Standardizirani upitnik " Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)"

Ovaj upitnik sadrži određeni broj izjava koje se tiču različitih stavova koje ljudi zauzimaju spram smrti. Svaku izjavu pročitajte pažljivo a zatim odlučite do koje razine se s izrečenim stajalištem slažete ili ne slažete. Važno je da razmotrite sve izjave i da zaokružite odgovore na svako pojedinačno pitanje. Mnoge od ponuđenih izjava će Vam izgledati slične, međutim sve su te izjave nužne da bi kroz nijansiranost odgovora bila vidljiva tražena različitost ili stupnjevitost u stavovima ispitanika.

Brojevi znače slijedeće:

1 - Posve se ne slažem 2 - Ne slažem se 3 - Umjereno se ne slažem 4 - Neodlučno

5 - Umjereno se slažem 6 - Slažem se 7 - Posve se slažem

1. Smrt je bez sumnje užasno iskustvo.
   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

2. Izglednost vlastite smrti izaziva osjećaj bojazni u meni.
   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

3. Izbjegavam misliti o smrti pod svaku cijenu.
   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

4. Vjerujem da ću nakon smrti biti na nebu.
   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

5. Smrt će donijeti kraj svim mojim nevoljama.
   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

6. Smrt treba promatrati kao prirodan, nepobitan i neizbježan događaj.
   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

7. Uznemiren(a) sam zbog konačnosti smrti.
   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

8. Smrt je ulaz u mjesto potpunog zadovoljstva.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

9. Smrt donosi bijeg iz ovog strašnog svijeta.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

10. Kadgod mi misli o smrti padnu na pamet nastojim ih odgurnuti od sebe.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

11. Smrt je oslobođenje od boli i patnje.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

12. Uvijek nastojim ne misliti o smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

13. Vjerujem da će nebo biti puno bolje mjesto od ovoga svijeta.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

14. Smrt je prirodan aspekt života.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

15. Smrt je sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

16. Smrt donosi ostvarenje obećanog života u slavi.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

17. Smrti se niti bojim niti čekam s dobrodošlicom.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

18. Imam intenzivan strah od smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

19. Izbjegavam uopće misliti na smrt.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

20. Tema o životu poslije smrti me jako smeta.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

21. Činjenica da smrt znači kraj svega što znam da postoji me straši.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

22. Nakon smrti očekujem ponovni susret s osobama koje volim.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

23. Na smrt gledam kao na olakšanje od zemaljskih muka.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

24. Smrt je jednostavno dio životnog procesa.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

25. Na smrt gledam kao na prijelaz u vječno i blagoslovljeno mjesto.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

26. Pokušavam nemati ništa zajedničko s temom smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

27. Smrt nudi prekrasno olakšanje za dušu.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

28. Jedina stvar koja me tješi u suočavanju sa smrću je moja vjera u zagrobni život.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

29. Vidim smrt kao olakšanje od tereta ovoga života.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

30. Smrt nije ni dobra ni loša.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

31. Očekujem novi život poslije smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

32. Nesigurnost zbog nemogućnosti spoznaje o onome što se događa nakon smrti me zabrinjava.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

3. Upitnik " Indeks interpersonalne reaktivnosti "

Slijedeće izjave govore o mislima i iskustvima u različitim situacijama. Za svaku tvrdnju, procijenite koliko ona točna za Vas i zaokružite ogovarajući broj. Molimo Vas da odgovorite što je iskrenije moguće. Brojevi znače slijedeće:

0 - Uopće nije točno za mene
1 - Uglavnom nije točno za mene
2 - Niti je točni niti je netočno za mene
3 - Uglavnom je točno za mene
4 - Potpuno je točno za mene

1. Relativno često zamišljam stvari koje bi mi se mogle dogoditi	0	1	2	3	4
2. Često gajim brižne i zabrinute misli o ljudima koji su manje sretni od mene	0	1	2	3	4
3. Ponekad mi je teško vidjeti stvari iz perspektive druge osobe	0	1	2	3	4
4. Ponekad mi nije osobito žao drugih ljudi kada imaju problema	0	1	2	3	4
5. Stvarno se uživim u osjećaje likova u romanima	0	1	2	3	4
6. U hitnim (izvanrednim) situacijama, osjećam se prestrašeno i nervozno	0	1	2	3	4
7. Obično sam objektivan/na kada gledam film ili predstavu i rijetko se kompletno uživim u nju	0	1	2	3	4
8. Prije nego donesem odluku, pokušavam sagledati svačiju stranu u raspravi ili sukobu	0	1	2	3	4
9. Kada vidim da se nekoga iskorištava, osjećam se zaštitnički prema toj osobi	0	1	2	3	4
10. Ponekad se osjećam bespomoćno, kada sam u sred neke emocionalne situacije	0	1	2	3	4
11. Ponekad pokušavam bolje razumjeti svoje prijatelje tako da zamišljam kako stvari izgledaju iz njihove perspektive	0	1	2	3	4
12. Za mene je rijetko da se jako uživim u knjigu ili film	0	1	2	3	4
13. Kada vidim da je netko ozlijeđen, obično ostajem miran/na	0	1	2	3	4
14. Nesreća drugih ljudi me obično ne uznemiruje previše	0	1	2	3	4

15. Ako sam siguran/na da sam u pravu u vezi nečega, obično ne trošim tratim vrijeme slušajući argumente drugih	0	1	2	3	4
16. Nakon nekog filma ili predstave, osjećao/la sam se kao da sam jedan od likova	0	1	2	3	4
17. Plaši me pomisao da se nađem u emocionalno napetoj situaciji	0	1	2	3	4
18. Kada vidim da nekoga nepravedno tretira, ponekad ne osjećam baš previše suosjećanja prema toj osobi	0	1	2	3	4
19. Obično sam prilično učinkovit/a u nošenju sa hitnim situacijama	0	1	2	3	4
20. Obično me prilično dirnu stvari koje vidim da se događaju oko mene	0	1	2	3	4
21. Vjerujem da postoje dvije strane svakog pitanja i nastojim uvijek sagledati obje	0	1	2	3	4
22. Sebe bi opisao/la kao osobu prilično mekog srca	0	1	2	3	4
23. Kada gledam dobar film, mogu se lako staviti na mjesto glavnog lika	0	1	2	3	4
24. Sklon/a sam izgubiti kontrolu u hitnim (izvanrednim) situacijama	0	1	2	3	4
25. Kada se ljutim na nekoga, obično se pokušam staviti u „njegove/njene cipele“ na neko vrijeme	0	1	2	3	4
26. Kada čitam zanimljivu priču ili roman, zamišljam kako bi se ja osjećao/la da se to događa meni	0	1	2	3	4
27. Kada vidim nekoga tko jako treba pomoć u nekoj izvanrednoj situaciji, raspadnem se	0	1	2	3	4
28. Prije nego što nekoga kritiziram, pokušam zamisliti kako bi se ja osjećao/la na njihovom mjestu	0	1	2	3	4

4. Sociodemografski upitnik

ANKETNI LIST

1. SPOL: a) M b) Ž

2. DOB: _____

3. STRUČNA SPREMA:
   a) SSS
   b) VŠS
   c) bacc.med.techn
   d) mag.med. techn
   e) dipl.med.techn

4. UKUPNI RADNI STAŽ: _____

5. DULJINA RADNOG STAŽA NA SADAŠNJEM RADNOM MJESTU: _____

6. ODJEL/KLINIKA/ZAVOD:
   a) Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
   (kardiovaskularna jedinica intenzivne medicine, JIL)
   b) Klinika za unutarnje bolesti (ostali odjeli)
      □ JIKS
      □ Odjel intenzivnog liječenja internističkih bolesnika
   c) Zavod za onkologiju
   d) Klinika za pedijatriju (ostali odjeli)
      □ Zavod za neonatologiju i intenzivno liječenje djece
   e) Klinika za kirurgiju
   f) Klinika za neurologiju (ostali odjeli)
      □ Odjel za intenzivno neurološko liječenje
   g) Klinika za ginekologiju i opstreticiju (ostali odjeli)
      □ Zavod za ginekološku onkologiju s intenzivnim liječenjem
   h) Centar objedinjenog hitnog prijema
   i) Klinika za infektologiju

7. BRAČNI STATUS:

a) samac

b) u braku

c) izvanbračna zajednica

d) rastavljen/rastavljena

e) udovac/ udovica

8. BROJ DJECE:

a) 1

b) 2

c) 3 i više _____(upisati koliko)

d) bez djece

9. MJESTO STANOVANJA:

a) grad

b) selo

c) prigradsko naselje

10. U KOJOJ MJERI SE SMATRATE RELIGIOZNOM OSOBOM:

a) u potpunosti

b) uglavnom da

c) osrednje

d) uglavnom da

e) uopće ne

11. Koliko u prosjeku mjesečno tijekom Vaše smjene premine bolesnika na odjelu gdje radite?

a) (navesti brojčano) _____

c) ni jedan

12. Po Vašem mišljenju, postoji li potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o umiranju i smrti bolesnika?

a) DA b) NE

13. Prošla/prošao sam određen oblik pripreme za suočavanje sa smrću.

a) DA b) NE

14. Na poslu imamo grupe podrške u svezi smrti pacijenata i suočavanja sa smrću.

a) DA b) NE

15. Kolege na poslu mi savjetima i iskustvom pomažu u savladavanju i suočavanju sa smrću bolesnika.

a) DA b) NE

16. Nije mi potrebna dodatna edukacija o tome kako se suočiti sa smrću bolesnika.

a) DA b) NE

17. Po Vašem mišljenju, treba li uvesti u kurikulum obrazovanja smjer medicinska sestra/ tehničar općeg smjera edukaciju o smrti, i o tehnikama suočavanja sa teškim umirućim bolesnikom i članovima obitelji?

a) DA b) NE

18. U slobodno vrijeme se opuštam pomoću:

a) glazbe

b) sporta

c) obitelji

d) nešto drugo (navesti) _____

19. Kod kuće pričam o poslu sa članovima obitelji.

a) DA b) NE

20. S kim bi najradije popričali nakon bolesnikova preminuća:

a) s kolegicama/kolegama

b) psihologom

c) psihijatrom

d) svećenikom

e) s nikim

f) ostalo (navesti) _____

21. Posao mi utječe na funkcioniranje u privatnom životu.

a) DA b) NE