

# Stavovi o smrti i žalovanje medicinskih sestara nakon gubitka pacijenta

---

Čemeljić Slanina, Sanja

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:100066>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-17**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
PROMICANJE I ŽAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Sanja Čemeljić Slanina

STAVOVI O SMRTI I ŽALOVANJE MEDICINSKIH SESTARA NAKON GUBITKA  
PACIJENTA

Diplomski rad

Rijeka, 2022.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY  
OF PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Sanja Čemeljić Slanina

ATTITUDES TOWARDS DEATH AND MOURNING OF NURSES AFTER LOSS OF  
PATIENT

Master thesis

Rijeka, 2022.

## Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	FZSRI
Studij	DIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Sanja Čemeljić Šlanina
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Stavovi o smrti i žalovanje medicinskih sestara nakon gubitka pacijenta
Ime i prezime mentora	Gordana Pelčić
Datum zadavanja rada	10.02.2021.
Datum predaje rada	27.6.2022.
Identifikacijski br. podneska	1864574275
Datum provjere rada	29.6.2022.
Ime datoteke	Stavovi o smrti i žalovanje medicinskih sestara nakon gubitka pacijenta
Veličina datoteke	317,22K
Broj znakova	81941
Broj riječi	13858
Broj stranica	60

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	6%
Izvori s interneta	
Publikacije	
Studentski radovi	

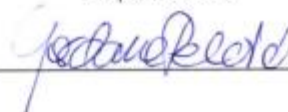
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> Rad zadovoljava uvjete izvornosti
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

29.6.2021.

Potpis mentora



Rijeka, 5.5.2022.

## Odobrenje nacrtu diplomskog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci  
odobrava nacrt diplomskog rada:

STAVOVI O SMRTI I ŽALOVANJE MEDICINSKIH SESTARA NAKON GUBITKA  
PACIJENTA: rad s istraživanjem

ATTITUDES TOWARDS DEATH AND MOURNING OF NURSES AFTER LOSS OF  
PATIENT: research

Student: Sanja Čemeljić Slanina  
Mentor: doc. dr. sc. Gordana Pelčić  
Komentor: dr. sc. Robert Doričić

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija  
Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – promicanje i zaštita mentalnog zdravlja

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva

  
\_\_\_\_\_

Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

## Sadržaj

1. UVOD.....	3
2. ŽALOVANJE.....	5
2.1. Stadiji žalovanja.....	6
2.1.1. Poricanje.....	6
2.1.2. Ljtnja.....	6
2.1.3. Cjenkanje.....	7
2.1.4. Depresija.....	7
2.1.5. Prihvaćanje.....	7
2.2. Model žalovanja Johna Bowlbyja.....	8
2.3. Žalovanje i njegove manifestacije.....	8
3. STRAH OD SMRTI.....	10
4. SUOČAVANJE MEDICINSKIH SESTARA SA STRESOM.....	10
4.1. Mindfulness i moralna otpornost.....	10
4.2. Kognitivno-bihevioralna terapija.....	11
4.3. Kognitivna terapija.....	11
4.4. Terapija motoričkim zaključivanjem i traumatičnim sjećanjima.....	12
5. CILJ I HIPOTEZE.....	12
6. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE.....	13
6.1. Ispitanici i materijali.....	13
6.2. Postupak i instrumentarij.....	13
6.3. Statistička obrada podataka.....	14
6.4. Etički aspekti istraživanja.....	15
7. REZULTATI.....	16
8. RASPRAVA.....	39
9. ZAKLJUČAK.....	41
10. LITERATURA.....	43
11. PRIVITCI.....	47
12. KRATAK ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA.....	57



## SAŽETAK

Bez obzira na područje profesionalne skrbi, smrt pacijenta je bez sumnje emocionalno kompleksno iskustvo (1) koje može utjecati na suočavanje medicinske sestre sa smrću (2). Medicinske sestre mogu iskazivati različite emocije vezane uz smrt pacijenta (1), a neadekvatno suočavanje sa smrću smanjuje zadovoljstvo poslom i uzrokuje povećanje razine stresa kod medicinskih sestara, što može nepovoljno utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi (5). Cilj ovog istraživanja bio je istražiti žaluju li medicinske sestre za preminulim pacijentom te njihove stavove prema smrti kao završetku života. Istraživanje je provedeno u *online* obliku u razdoblju od 10 dana i u njemu je sudjelovalo 203 medicinskih sestara, od čega je 28 bilo medicinskih tehničara, neprobabilističkim slučajnim uzrokom.

Istraživanje je pokazalo kako većina ispitanika osjeća jaku empatiju prema gubitku pacijenta, čak polovica ispitanika preplavljena je osjećajima nakon gubitka pacijenta te čak u 46% slučajeva misle na preminulog pacijenta. Skupina najpogođenija gubitkom pacijenta pokazala se ona u dobi od 40-55 godina, koja je nakon gubitka pacijenta značajnije preplavljena osjećajima, kao i skupina medicinskih sestara koje rade u ambulantama i rjeđe se susreću sa smrću. Rezultati istraživanja tako su pokazali da medicinske sestre koje imaju kraći radni staž rjeđe žaluju za preminulim pacijentom. Također, istraživanje je pokazalo da medicinske sestre često žaluju za pacijentom, ali imaju neutralne stavove prema smrti. Važno je za istaknuti kako je velik broj ispitanika, čak 57,6% iskazalo kako postoji potreba za psihološkom pomoći ili nekim vidom psihoterapije nakon smrti pacijenta.

Ključne riječi: medicinska sestra, žalovanje, pacijent, smrt, stavovi



## SUMMARY

Regardless of the area of professional care, a patient's death is undoubtedly an emotionally complex experience (1) that can affect a nurse's coping with death (2). Nurses can express a variety of emotions related to a patient's death (1), and inadequate coping with death reduces job satisfaction and causes an increase in stress levels in nurses, which can adversely affect the quality of health care (5). The aim of this study was to investigate whether nurses mourn a deceased patient and their attitudes toward death as the end of life. The study was conducted online over a 10-day period and involved 203 nurses, 28 of whom were medical technicians, by a non-probabilistic random cause.

The survey showed that most respondents feel strong empathy for the loss of a patient, as many as half of the respondents are overwhelmed with feelings after the loss of a patient, and in as many as 46% of cases, they think of a deceased patient. The group most affected by the loss of the patient was the one aged 40-55, who was significantly overwhelmed with feelings after the loss of the patient, as well as the group of nurses who work in clinics and are less likely to encounter death. The results of the research thus showed that nurses with shorter work experience are less likely to mourn the deceased patient. Also, the research showed that nurses often mourn the patient, but have neutral attitudes towards death. It is important to point out that large number of respondents, as many as 57.6% stated that there is a need for psychological help or some form of psychotherapy after the death of the patient.

Key words: nurse, grieving, patient, death, attitudes

## 1. UVOD

Smrt je još uvijek smatra strašnim iskustvom, a strah od smrti posve je autentičan i ljudski osjećaj, premda smatramo kako smo ga prevladali na mnogim nivoima (6). Medicinske sestre mogu pokazivati znakove žalovanja, čak i ako toga nisu svjesne. Naša podsvijest nije u stanju zamisliti smrt kao realan završetak života te se kod nekih medicinskih sestara javlja sram, žalost, pa čak i krivnja spram preminulog pacijenta (6). Smrt i umiranje značajni su u poimanju suvremenog čovjeka, premda često radi prikrivenosti problema, oni nisu poznati stručnjacima iz polja mentalnog zdravlja (22). Premda današnji čovjek ima mnoga saznanja temeljena na medicinskim otkrićima te posjeduje objektivno znanje da utvrdi pokazatelje biološke smrti, na emocionalnom polju prihvaćanje smrti je manje nego ranije (22).

Žalovanje za preminulim pacijentom ne mora nužno značiti prolazak kroz sve faze: poricanje, ljutnja, pregovaranje, depresiju i prihvaćanje, već se one mogu koristiti samo kao instrument shvaćanja procesa tugovanja. Vrlo je bitno za medicinske sestre da znaju prepoznati postojanje procesa žalovanja, koje može biti tjelesno, ali i duhovno i kognitivno (18). Proces tugovanja za umirućim pacijentom može započeti kod saznanja loše prognoze bolesti za pacijenta, ali često i kod životno ugroženih i kritičnih pacijenata (18).

Specifični procesi žalovanja u današnje vrijeme vrlo su dobro istraženi kako bi razložili normalno žalovanje od onog produženog ili patološkog, kvalificirajući tako žalovanje kao medicinsku dijagnozu. Razumijevanje ovog dubokog iskustva bolje će pripremiti medicinske profesionalce u pružanju najučinkovitije intervencije (18). Bol kod gubitka je jedinstven događaj i svi žaluju u svoje vrijeme i na svoj način.

U svrhu suočavanja sa stresnom situacijom smrti pacijenta, medicinskim sestrama potrebni su programi koji bi pomogli razviti učinkovite mehanizme suočavanja sa smrću, kao i kako verbalizirati strah od smrti koji osjećaju (13). U istraživanju koje su proveli Puente-Fernández D, Lozano-Romero i sur. (16) evidentno je da nedostatak znanja u vještinama suočavanja sa smrću pacijenta medicinskim sestrama uzrokuje veliki stres, a posljedično tome i frustraciju, koja u većini slučajeva, rezultira i izbjegavanjem takvih situacija čime se pacijentu onemogućuje dostojanstveno umiranje.

Medicinske sestre koje su zaposlene u palijativnoj njezi češće se suočavaju s gubitkom pacijenta te imaju važnu ulogu u njegovom životu i životu njegove obitelji (14). Njega umirućeg pacijenta (pacijenta za kojega se očekuje da će umrijeti u razdoblju od nekoliko mjeseci, tjedana ili dana) pobuđuje u medicinskim sestrama neopisive osjećaje, kao što su anksioznost, stres, tuga pa čak i strah (14). Unatoč emocionalno stresnoj situaciji gubitka pacijenta, neke

medicinske sestre svoju ulogu u završetku pacijentovog života smatraju kao nagrađujući aspekt njihovog posla (20). Medicinske sestre mogu iskazivati različite emocije koje sa sobom donosi gubitak pacijenta, što može biti posebice stresno jer tugu ili smrt mogu interpretirati kao vlastiti neuspjeh (4).

Ovo istraživanje doprinosi struci u saznanju stavova medicinskih sestara prema smrti kao završetku života te doživljaju žalovanja prilikom smrti pacijenta. Vrlo je važno za medicinske sestre da znaju prepoznati simptome žalovanja, kako bi im se pravovremeno pružila psihološka podrška, ako je ona potrebna (8).

## 2. ŽALOVANJE

Model žalovanja Elisabeth Kubler Ross, iako još uvijek iznimno popularan i često prihvaćen, također može izazvati značajne kritike protiv svog usvajanja kao smjernica za tugovanje. Netočno prikazan model tugovanja može dovesti do toga da ožalošćene osobe osjećaju kako tuguju pogrešno. Ovo stanje također može rezultirati neučinkovitom podrškom bliskih osoba i zdravstvenih djelatnika. Ove štetne posljedice čine fazu tugovanja od pet faza važnim područjem zabrinutosti (27). Naime, Dr. Elisabeth Kubler-Ross predstavila je model žalovanja koji se najčešće predstavlja za razumijevanje psiholoških reakcija na neposrednu smrt u svojoj knjizi „O smrti i umiranju“ 1969. godine. Knjiga je istraživala iskustvo umiranja kroz intervjue s terminalno bolesnim pacijentima te je ocrtała pet faza žalovanja: poricanje, ljutnju, cjenkanje, depresiju i prihvaćanje (6).

Njena knjiga značila je kulturološku prekretnicu u razumijevanju i pristupu smrti i umiranju. Prije njenog rada, tema smrti bila je pomalo tabu te su se često teme o smrti izbjegavale. Umirući pacijenti nisu uvijek imali pravo glasa ili izbora kada se radilo o planu skrbi. Istaknula je važnost slušanja i potpore njihovom jedinstvenom iskustvu te potrebi za novom perspektivom kojom liječnici i medicinske sestre mogu pomoći i poduprijeti terminalno bolesnog pacijenta i njihovu obitelj u prilagodbi k nadolazećoj smrti (28).

Kubler-Ross primjenjivala je svoj model na iskustvo gubitka u mnogim kontekstima, uključujući i žalovanje, kao i mnoge životne promjene koje prate smrt. Istaknula je kako pacijent često odbija realnost novih informacija poslije doživljenog inicijalnog šoka saznanja o terminalnom ishodu. Pacijenti bi često vrlo izravno odbijali prihvatiti dijagnozu i pripisivali je pogrešci krivog uzorkovanja ili čak nesposobnosti liječnika.

Dok je uporno negiranje ishoda bolesti bilo često, ono je sasvim normalno u kontekstu u procesuiranju teških informacija (28). U nekim situacijama može biti vrlo teško razaznati radi li se o procesu negiranja stvarnosti ili neupućenosti pacijenta. Također, ovaj model ne treba tumačiti kao konstantu u procesu žalovanja, već samo kao smjernicu k boljem razumijevanju emocija i ponašanja kroz koji pacijent s terminalnom dijagnozom prolazi (7).

Tuga je bolna i univerzalna reakcija na gubitak voljene osobe, a k tome je i prirodna i normalna. Misli i osjećaji koji se javljaju prilikom gubitka voljene osobe teško se mogu izbjeći te se k tome mogu javiti i promjene u ponašanju ožalošćene osobe (9). Vrlo su česti poremećaji sna, gubitak apetita, stalni nemir, iscrpljenost te gubitak interesa za ono što je nekad osobi predstavljalo užitak. Tjelesni simptomi, kao što su lupanje srca, mučnina te vrtoglavice normalne su razumljive reakcije ožalošćenoga na gubitak, a vještine suočavanja sa smrću

doprinosu smanjenju stresa, koji takav događaj, bez sumnje izaziva (3). Vrlo je bitno napomenuti kako faze žalovanja nisu linearne te se ne moraju odvijati spomenutim slijedom, nego se mogu ispreplitati (27).

## *2.1. Stadiji žalovanja*

### *2.1.1. Poricanje*

Poricanje je vrlo čest obrambeni mehanizam kojim se osoba štiti od bolne i teške stvarnosti. Pacijenti vrlo često odbacuju realitet dobivene dijagnoze nakon inicijalnog šoka saznanja terminalne dijagnoze. Vrlo često odbacuju dijagnozu kao nevaljalu, liječnika nazivaju nesposobnim i medicinsko osoblje nestručnim. Dok uporno poricanje može biti štetno, sasvim je normalno u kontekstu terminalne dijagnoze i može biti vrlo važno kod procesuiranja teških informacija.

Prepoznavanje pacijentove neupućenosti i razlikovati ga od poricanja može pomoći pacijentu u cjelokupnom suočavanju s informacijama (27). Usprkos tome, pacijent povremeno može pokazivati i spremnost razgovoru o gubitku te se kroz njega umiriti i rasteretiti. Razgovor s pacijentom treba voditi kada je on voljan surađivati i potrebno ga je prekinuti čim primijetimo kako ne može podnijeti realitet i ponovno ga hoće zaniijekati. Treba imati razumijevanja i strpljenja za takvog pacijenta te mu ne predbacivati njegovo ponašanje (23).

### *2.1.2. Ljutnja*

Ljutnju vrlo često iskazuju pacijenti koji popuštaju pod stvarnosti saznanja terminalne dijagnoze (28). Može se manifestirati i kao neusmjeren osjećaj gubitka strpljenja ili nervoze. Pacijente obuzima bijes zbog poremećena životna plana, kao i zavist prema osobama koje bezbrižno uživaju u životu. Pacijenti su u ovoj fazi obuzeti analizom događanja koja su dovela do njihovih nedaća te traže krivca za svoje trenutno stanje (23).

Pacijenti u ovoj fazi žalovanja veoma su neugodni i teški svojoj obitelji, kao i bolničkom osoblju jer ispoljavaju svoje negativne emocije prema okolini. Gnjev se posebice iskazuje prema medicinskim sestrama, ako je bolesnik smješten u bolnicu te sve što one učine nije im dovoljno dobro. Vrlo često pacijenti imaju osjećaj kako su zapostavljeni i odbačeni. Nerijetko i okolina negativno reagira na takvo ponašanje pacijenta pa na takvo ponašanje odgovara ljutnjom (23) što još više rasplamsava pacijentov gnjev.

### *2.1.3. Cjenkanje*

Cjenkanje je tipična manifestacija pacijenta koji pokušava popustiti pod težinom realnosti s kojom se suočava sa sudbinom neizlječive bolesti (23). U fazi cjenkanja pacijent pokušava pregovaranjem verbalizirati svoj osjećaj kontrole nad bolešću, obećavajući Bogu da će se promijeniti, odgoditi neizbježnu posljedicu tako da ovaj put poslušaju medicinsko osoblje, vjerujući kako će izlječenjem biti nagrađen za svoje dobro ponašanje (23). Iako cjenkanje može potaknuti pacijenta na aktivnije sudjelovanje u liječenju, medicinske sestre ne trebaju zavaravati pacijenta u njegovim nastojanjima da poslušnošću ispuni svoja nastojanja (27).

### *2.1.4. Depresija*

Kada smrtno bolesni pacijent uvidi prisutnost jasnih simptoma bolesti, ne može više jednostavno nijekati činjenice (6, 23). Depresija u svezi s gubitkom može se očitovati na razne načine te je često praćena osjećajima krivnje i srama (23). Pacijenti koji lakše mogu iskazati svoju bol, moći će se posljedično lakše pomiriti sa svojom prognozom te je zahvalniji svojim bližnjima koji strpljivo uz njega sjede i podupiru ga u verbalizaciji svoje tuge (23). Depresija je kod nekih pacijenata izrazito korisna kako bi u budućnosti prihvatili svoj novi način života, dok kod nekih pacijenata treba pristupiti s oprezom, iz razloga što je u fazi depresije povećana opasnost od suicida (23).

### *2.1.5. Prihvaćanje*

Prihvaćanje predstavlja spoznaju realnosti teške dijagnoze te neminovnost svoje sudbine (23, 27). Pacijenti su sada sposobni prihvatiti neizbježno te se fokusirati na iskorištavanje preostalog vremena što je produktivnije moguće. Počinju se pripremati za svoju smrt planirajući svoj sprovod, rješavajući nedovršene poslove te boraviti što više vremena uz svoju obitelj (23). U ovoj fazi često je pomoć i suosjećanje potrebna pacijentovoj obitelji nego samom umirućem pacijentu. U ovoj fazi pacijent je često sposobniji izraziti svoje osjećaje, ljutnju ili zavist, kako sve više očekuje smrt kao neizbježan kraj života (27).

## *2.2. Model žalovanja Johna Bowlbyja*

Smatra se da je model žalovanja Johna Bowlbyja (28) neadekvatan za objašnjenje fenomena koji su povezani s tugovanjem. Bowlbyjev etološki model žalovanja bavi se tugovanjem kao neravnotežom u okruženju ožalošćenih i izgubljenog objekta. Osnova neprihvatljivosti tog modela leži u Bowlbyjevom odbijanju Freudova koncepta identifikacije, kada je Bowlby nastavio s teorijom traume koju je svojevremeno Freud napustio (28). Bowlby i sur. (27) predložili su reformulirana četiri modela tugovanja koja se temelje na radu Kubler-Ross.

Prvu fazu žalovanja, koju je Kubler-Ross opisala kao poricanje (6), zamijenili su šokom i nevjericom, jer su smatrali da poricanje sa sobom donosi negativne konotacije. U ovoj fazi stvarnost je izmijenjena kako um reagira na stresnu situaciju postajući obamro te neadekvatno reagira na novonastalu stresnu situaciju. S vremenom, um procesuiru novu stvarnost te pacijent ulazi u novu fazu žalovanja. Druga faza po Bowlbyju usko je povezana s fazama ljutnje i cjenkanja po Kubler-Ross. U njoj pacijent pokušava svim snagama poništiti novu stvarnost i preispitivati razloge za situaciju u kojoj se našao (27). Treća faza donosi reorganizaciju i pokušaje popravljavanja situacije te je usko povezana s fazom depresije po Kubler-Ross, u kojoj pacijent pokazuje znakove apatije te depresije (27). U četvrtoj fazi, koju je nazvao zacjeljivanjem i nadogradnjom, pacijent doživljava obnovljenje vlastitog identiteta, koje predstavlja prevladavanje gubitka te počinje osjećati kako ima kontrolu nad svojom sudbinom (27).

## *2.3. Žalovanje i njegove manifestacije*

Koncept tuge, žalovanja i gubitka sa sobom nosi različite manifestacije koje se odnose na osobu u društvenom okruženju (29). Osoba razvija razne somatske, psihološke, socijalne i duhovne probleme (24). Vrlo su značajne uznemiravajuće misli i ponašanja koja prate gubitak, koji ne utječu samo na pacijenta, već i na cijelu njegovu obitelj.

Prema biopsihosocijalnom modelu zdravlja i bolesti, nijednu dugotrajnu bolest ne treba sagledavati samo kao utjecaj bolesti na bolesnog pojedinca, već i u pogledu utjecaja i posljedice koje sa sobom nosi na sve članove njegove obitelji (24).

Psihoterapijski i psihološki aspekti pomoći pacijentu i članovima njegove obitelji mogu se odvijati na više nivoa. Pacijentu se pruža psihološka pomoć koja se usredotočuje na smanjenje stresa, depresivnosti i anksioznosti te raznih psihopatoloških manifestacija (24). U pacijentovoj obitelji pokušava se postići otvorena komunikacija o terminalnoj bolesti, stvaranje

kohezije te rad na osobnom osjećaju gubitka, kada se smrt realno i dogodi (10). Posebice su osjetljive obitelji s djecom ili adolescentima u stadijima terminalne faze bolesti djeteta.

Tuga je emocionalna reakcija na gubitak i njen intenzitet i trajanje različite su za svakog pojedinca (29). Zbog intenzivnih emocija u raznim fazama tugovanja, ožalošćena osoba može smatrati ovaj proces teško prihvatljivim i nenormalnim (24), ponajviše zbog nedostatka znanja o samom procesu žalovanja (11, 25). Prihvaćanje smrti i psihoterapijska priprema na nadolazeći gubitak nužni su za daljnji razvoj osobe i njene obitelji (29).

Žalovanje tako može imati negativan utjecaj na fizičko zdravlje osobe i može se manifestirati i promjenama u mentalnom zdravlju, smetnjama spavanja i usnivanja, gubitkom apetita, bezvoljnošću, osjećajem krivnje, ljutnje te anksioznosti (29). Promjene u ponašanju vrlo su česte, a manifestiraju se čestim plakanjem, povlačenjem iz društva te preokupiranošću mislima o umrloj osobi.

Kod smrti djeteta tako može doći do dugotrajne depresije i patološkog žalovanja (19), koje može postati kronično (prolongirano žalovanje koje se pretvorilo u obrazac po kojem živi osoba ili cijela obitelj), inhibirano žalovanje (izostaju sve faze žalovanja) ili odloženo žalovanje (reakcije na gubitak se javljaju u kasnijem periodu) (24).

Kod patološkog žalovanja simptomatologija je značajno izmijenjena. Čest simptom patološkog žalovanja jest odlaganje reakcije žalovanja (24), gdje se pojedinac koji je doživio gubitak ponaša kao da se nije ništa dogodilo. Pojedinci tako pribjegavaju nekoj pretjeranoj aktivnosti, nemajući jasnu svijest o stvarnom gubitku. Prisutne su i somatske reakcije na gubitak, koje u normalnom procesu žalovanja ne moraju nužno prouzročiti psihosomatske tj. somatske bolesti. Gubitak voljene osobe tako postaje razlogom udaljavanja od bližnjih i razlogom depresivnih stanja (22).

Iako žalovanje može postati prolongirano ili komplicirano, nije nužno stanje patološkog odgovora pojedinca na gubitak, već u većini slučajeva potrebno i uobičajeno. Tako ožalošćeni može osjećati prisutnost umrle osobe, ili ga čak vidjeti ili čuti (18). Mnogi ljudi doživljavaju gubitak i patnju duhovnom manifestacijom. Osjećaju kako su kažnjeni ili zaboravljeni od Svevišnjeg, ili su pak doživjeli osnaženje i pročišćenje gubitkom (17, 18). Kako su osobe snažno povezane sa svojom duhovnošću, važno im je dopustiti i osigurati duhovnu podršku tokom razdoblja žalovanja. Freud je opisao kako u nesvjesnome ne postoji predodžba smrti, odnosno kako svaka osoba vjeruje u svoju besmrtnost (18). Tako Abraham (18) navodi kako je privremena introjeksija objekta, prisutna u normalnom procesu žalovanja, dovela do utjehe ožalošćenog, jer je voljeni objekt još uvijek prisutan (18).



### 3. STRAH OD SMRTI

Kako mnogi ljudi vjeruju, smrt je trajan i neizbježan kraj našega postojanja. Mnogi ljudi se nadaju kako će njihova vlastita smrt biti niti užasna niti preuranjena (30). Smatra se kako je život sve što osoba posjeduje, a smrt kao takva, znači najveći gubitak koji netko može iskusiti. Strah od smrti je univerzalna pojava i njena odsutnost može se shvatiti kao poricanje postojanja smrti (25).

Osobe se boje smrti iz različitih razloga, neke od njih su neznanje o postojanju života nakon smrti, gubitak selfa, bol i patnja koje ju prate, gubitak propuštenih prilika te briga o preživjelim članovima obitelji nakon smrti voljene osobe (25).

Stavovi prema smrti variraju kroz povijesna razdoblja, ovise o kulturi u kojoj živimo, etnicitetu, spolu, obrazovanju te osobnoj samosvijesti o ideji smrti (15).

### 4. SUOČAVANJE MEDICINSKIH SESTARA SA STRESOM

Briga za pacijenta koji je u terminalnoj fazi bolesti vrlo je zahtjevan dio posla medicinskih sestara i može biti vrlo iscrpljujuće iskustvo (27). Često se osjećaju kao da ne mogu više ništa učiniti za pacijenta i to vrlo često prati osjećaj frustracije situacijom te trebaju psihičku pomoć u suočavanju s nastalim stanjem. Vrlo je teško zadržati sabranost, empatiju i biti prisutan u trenutku kada je umirućem pacijentu to najpotrebnije.

Medicinske sestre, pacijentova obitelj i sam pacijent dijele iste potrebe kada se radi o suočavanju sa smrću (18). Implementiranjem zdravih mehanizama suočavanja medicinske sestre lakše mogu prebroditi negativne utjecaje koje pacijentova smrt na njih može ostaviti, jer se često nakon negativnog ishoda nemaju vremena suočiti s gubitkom i iskusiti tugu (31). Organizirana psihološka potpora od strane poslodavca, obiteljska i socijalna podrška mogu pružiti dodatan izvor moralne snage kada se radi o suočavanju s gubitkom pacijenta.

#### *4.1. Mindfulness i moralna otpornost*

Vrlo je bitno da se medicinske sestre usredotoče na razvoj moralne otpornosti kod suočavanja s gubitkom pacijenta. Moralna otpornost znači sposobnost konfrontiranja sa stresnom situacijom sa snagom i samopouzdanjem u jake vlastite vrijednosti. Moralna otpornost pomaže pojedincima da zadrže misli u fokusu, dopuštajući im da kontekstualiziraju situaciju te shvate kada situaciju možda ne drže pod kontrolom (31). Strategije koje mogu pomoći stvoriti moralnu

otpornost uključuju vježbanje metode *mindfulnessa* i usredotočiti se na jačanje vlastitih pozitivnih reakcija na stresne situacije.

*Mindfulness* je oblik meditacije, kojom se naša pažnja na trenutak usredotočuje na određenu misao, stvar ili emociju, koji je posebno učinkovit kada su u pitanju anksiozna i depresivna stanja.

Ono rezultira mentalnom jasnoćom i smanjenjem stresa, smanjenjem razine hormona kao što je kortizol ili norepinefrin (31).

Vježbe fokusiranog dubokog disanja prije ulaska u pacijentovu sobu mogu pomoći medicinskim sestrama nositi se s neizbježnom traumom smrti pacijenta. Navedeno pomaže medicinskim sestrama da ostanu fokusirane na posao, umjesto na traumu te anksioznost predstojeće situacije.

#### *4.2. Kognitivno-bihevioralna terapija*

Kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se vrlo učinkovitom tehnikom kod suočavanja s anksioznošću, depresijom te stresom. Može se provoditi u grupama ili individualno te uz prisutnost obitelji, prijatelja i suradnika. Kognitivno-bihevioralna terapija uključuje spoznaju određenih negativnih osjećaja, identifikaciju okidača koji su povezani s određenom emocijom te razvoj određenih obrambenih mehanizama kada su negativne emocije prisutne (31). Mehanizmi suočavanja mogu uključivati pozitivnu samoafirmaciju, vještine rješavanja problema te relaksacijski trening. Kako pozitivno utječe na anksioznost i na kvalitetu spavanja, može pomoći i kod poremećaja raspoloženja koji su do toga doveli.

#### *4.3. Kognitivna terapija*

Za osobe koje su iskusile traumatično iskustvo, kognitivna terapija može biti od velike koristi. Kognitivna terapija je oblik kognitivno-bihevioralne terapije koja slijedi program od četiri koraka: edukacija, informacija, razvoj vještina i promjena uvjerenja (31).

Koristeći ovaj pristup, medicinske sestre mogu identificirati problem i simptome te bolje razumjeti uzroke svoje traume. Kognitivna terapija može pomoći medicinskim sestrama da bolje spoznaju kako su prošle traume povezane s njihovim sadašnjim stresom, depresivnim poremećajem ili anksioznošću (32).

Osnovno načelo kognitivne terapije jest da svaka osoba procesuirá i prima podatke koji dolaze iz okoline na sebi svojstven način (33). Taj način naziva se kognitivna shema i označava kognitivni filter kroz koji prorađujemo svoja životna događanja (33).

Kognitivno bihevioralna terapija orijentirana je na osposobljavanje pojedinca za pronalazak novih rješenja vlastitog problema koje može biti korisnije od trenutnog načina sukobljavanja s problemom.

Razvoj neučinkovitih vještina suočavanja može rezultirati negativnim i dugotrajnim fatalnim posljedicama za pojedince. Medicinske sestre treba poticati da uoče slabu sposobnost nošenja s postojećim problemom i zatraže pomoć na vrijeme. Kognitivno bihevioralna terapija također se može provoditi kod problema kroničnog umora i poremećaja spavanja, kronične boli te ljutnje (33).

#### *4.4. Terapija motoričkim zaključivanjem i traumatičnim sjećanjima*

Terapija motoričkim zaključivanjem učinkovita je kod pojedinaca koji pate od nerazriješenih prošlih trauma. Navedena terapija značajno je jeftinija i uključuje kombinaciju kognitivnih zadataka i motoričkih poremećaja (kao što je tapkanje prstima).

Ova terapija određenim zadatkom može pomoći odvratiti osobu od traumatske obrade sjećanja (31), mnogo je jeftinija i mogla bi biti idealna opcija za pomoć medicinskim sestrama u suočavanju s traumatičnim iskustvom gubitka pacijenta.

## **5. CILJ I HIPOTEZE**

Glavni cilj rada je istražiti žaluju li medicinske sestre za preminulim pacijentom te njihove stavove prema smrti.

Uz glavni cilj postavljeni su sljedeći specifični ciljevi:

1. Ispitati povezanost između učestalosti susretanja sa smrću pacijenata i stavove medicinskih sestara prema smrti.

2. Utvrditi povezanost između duljine radnog staža medicinskih sestara i učestalosti žalovanja za pacijentom.

Glavna hipoteza: Medicinske sestre često žaluju za pacijentom te imaju pozitivne stavove prema smrti.

Hipoteza 1: Medicinske sestre koje se češće susreću sa smrću imaju pozitivnije stavove prema smrti od onih koje se ne susreću sa smrću u svakodnevnom radu.

Hipoteza 2: Medicinske sestre koje imaju kraći radni staž češće žaluju za preminulim pacijentom.

## **6. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE**

### *6.1. Ispitanici/materijali*

U istraživanju je sudjelovalo 203 medicinskih sestara, bez obzira na dob, spol radni staž te radno mjesto ispitanika. Predviđeno trajanje istraživanja je 10 dana. Istraživanje se po potrebi moglo produžiti ukoliko tokom 10 dana istraživanju ne bude pristupilo dovoljan broj ispitanika. Kriteriji uključenja ispitanika bili su zvanje medicinske sestre/tehničara i rad u struci. Metoda uzorkovanja je probabilistički, slučajni uzorak.

Anketni upitnik u obliku online obrasca *Google forms* postavljen u grupe *Facebook* platforme kojima imaju pristup medicinske sestre diljem Hrvatske. Svi ispitanici obaviješteni su o svrsi ankete te o samom postupku i cilju istraživanja.

### *6.2. Postupak i instrumentarij*

U istraživanju su se koristili anketni upitnici koji su osmišljeni od strane pristupnice i sastoje se od 4 dijela (Prilog A). Ispunjavanje upitnika traje približno 10 minuta, a sastoji se od ukupno 58 pitanja zatvorenog tipa i ispunjavani su putem elektronske pošte.

Na prvoj stranici upitnika nalaze se upute za ispitanika te kontakt mail provoditelja istraživanja.

Prvi dio upitnika odnosi se na socidemografska obilježja te su ispitanici dali svoje opće podatke, kao što su dob, spol, radni staž, stručna sprema te radno mjesto ispitanika (nominalna ljestvica).

Drugi dio upitnika odnosi se na Upitnik učestalosti žalovanja za pacijentom, kreiranog za potrebe ovog istraživanja. Upitnik ispituje simptome i emocije medicinskih sestara kod gubitka pacijenta (12 čestica) te ponašanje i stavove medicinskih sestara nakon smrti pacijenta (7 čestica). Ispitanici na svaku od čestica odgovaraju putem Likertove skale (ordinalna ljestvica) od 1-5, gdje je 1 „uopće se ne slažem“, do 5 „u potpunosti se slažem“. Ovaj dio upitnika odnosi se na samoprocjenu navika, emocije, osobine i simptome ispitanika.

Treći dio anketnog upitnika sastoji se od standardiziranog upitnika o smrti i umiranju Profil stavova prema smrti – revidirana verzija (eng. j. *Death attitude profile revised – DAP – R*) (7) prevedenog na hrvatski jezik, koji je već korišten na hrvatskom jeziku u svrhu istraživanja. Upitnik se sastoji od 32 čestice koje mjere sljedećih pet dimenzija emocija spram i prihvaćanja smrti:

- 1.) Straha od smrti – negativne misli i osjećaji oko smrti
- 2.) Izbjegavanje smrti – izbjegavanje razmišljanja o smrti što je više moguće
- 3.) Neutralno prihvaćanje – smrt niti strah nisu dobrodošli
- 4.) Pristup prihvaćanju – smrt se smatra dolaskom do sretnog zagrobnog života
- 5.) Prihvaćanje – smrt se smatra bijegom od bolnog postojanja

Ispitanici na svaku od čestica odgovarali su na Likertovoj skali (ordinalna ljestvica) od 1-7 bodova, gdje 1 znači „u potpunosti se ne slažem“, do 7 „u potpunosti se slažem“.

Rezultat na svakoj od dimenzija je zbroj odgovora za svaku česticu unutar dimenzije, podijeljen s brojem čestica.

Ispitanici su upitnike popunjavali individualno putem online obrasca i prikupljeni podaci prikazani su skupno. Svi podaci analizirani su od strane provoditelja ovog istraživanja, posebno za svaku česticu.

Od ispitanika se tražilo da iskreno odgovore na pitanja u upitniku kako bi rezultati bili valjani i vjerodostojni.

Kvaliteta istraživanja osigurana je anonimnošću ispitanika te se ni u jednoj stavci upitnika ne traže njegovi osobni podaci.

Korištenjem ovih podataka u bilo koje druge svrhe provoditelj istraživanja može biti krivično gonjen pri Sudu Republike Hrvatske.

### 6.3. Statistička obrada podataka

U istraživanju su korištene metode tabelarnog i grafičkog prikaza kojima se iskazuje struktura prema sociodemografskim karakteristikama i stavovima prema smrti.

Stavovi prema smrti se prikazuju uporabom metode deskriptivne statistike; aritmetičke sredine i standardne devijacije koja ima ulogu pokazatelja odstupanja od srednje vrijednosti, dok će se razlike u sociodemografskim obilježjima ispitanika ispitivati  $X^2$  testom.

Prije određivanja statističkog testa provedeno je testiranje o normalnosti podataka te sukladno tome korišteni su sljedeći testovi: parametrijski testovi ANOVA i t test, ukoliko su varijable normalno distribuirane, te neparametrijski testovi (Mann Whitneyjev test, Kruskal

Wallisov test) ukoliko nije ispunjen uvijet normalnosti za utvrđivanje razlika, dok se povezanost varijabli ispitati Pearsonovim koeficijentom korelacije, ukoliko su varijable bile normalno distribuirane, a ukoliko nisu, Spearmanovim koeficijentom korelacije.

U istraživanju su se uspoređivale sljedeće skupine medicinskih sestara, s obzirom na podatke prikupljene iz sva tri dijela upitnika:

-učestalost susretanja sa smrću pacijenta i stavovi medicinske sestre prema smrti

-duljina radnog staža medicinskih sestara i učestalost žalovanja za preminulim pacijentom

Nezavisne varijable:

- Spol (muško, žensko)
- Dob ispitanika (do 25, 26-39, 40-55, više od 56)
- Stečena stručna sprema, godina studiranja, radno mjesto ispitanika
- Učestalost susretanja sa smrću pacijenta (svakodnevno, nekoliko puta tjedno, nekoliko puta godišnje, nikada)

Zavisne varijable:

- Učestalost žalovanja za pacijentom (analizom svake od 19 čestica u upitniku)
- Stav medicinskih sestara prema smrti (analizom 5 dimenzija na upitniku Profil stavova prema smrti – revidirana verzija)

Rezultati istraživanja prikazani su deskriptivno (standardna devijacija, srednja vrijednost, aritmetička sredina), tabelarno i grafički (u programu Microsoft Excell).

Podaci dobiveni istraživanjem obrađeni su u programu za statističku bradu podataka IBM SPSS 24 (*Statistical Package for Social Sciences, 24.0, SPSS Inc, Chicago IL*).

Statistička značajnost određena je na  $p < 0,05$ .

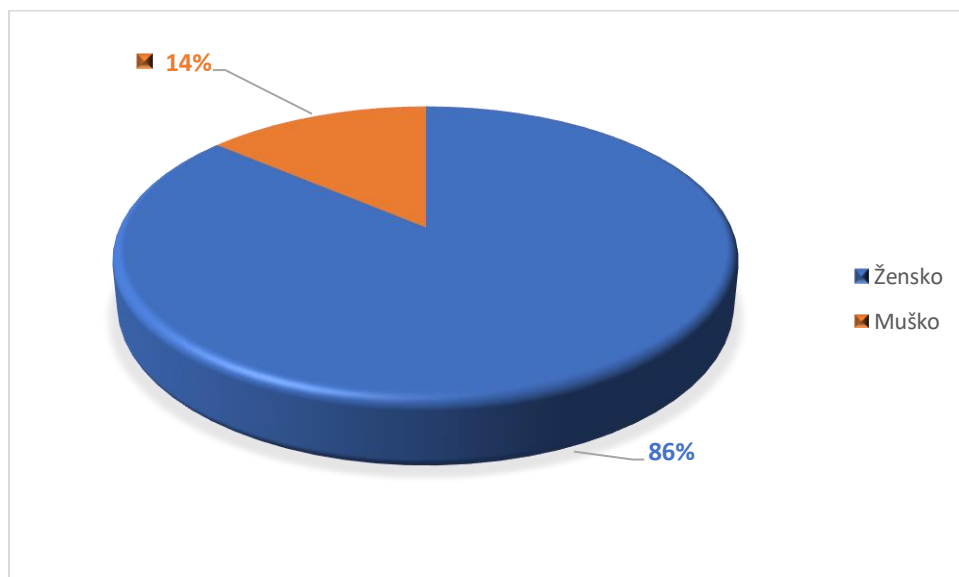
#### 6.4. Etički aspekti istraživanja

Svi ispitanici u ovom istraživanju sudjelovali su dobrovoljno te je osigurana njihova apsolutna anonimnost, autonomnost i dignitet, poštujući važeće zakone i međunarodne konvencije etičkih standarda. Ispitanicima se detaljno objasnila svrha istraživanja koje se provodilo u svrhu izrade diplomskog rada na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci te su se u bilo kojem trenutku tokom istraživanja mogli povući iz istog, ne navodeći razloge.

Dokument je i pohranjen u arhivi Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci tokom 5 godina i pristup njemu ima samo voditelj istraživanja

## 7. REZULTATI

Istraživanje je provedeno na uzorku od 203 ispitanika, od čega je 28 muškog, a 175 ženskog spola. Ženski spol je za 6,25 puta više zastupljen kod ispitanika u odnosu na muški spol. Utvrđena je statistički značajna razlika ispitanika s obzirom na spol (Slika 1.) ( $\chi^2=106,448$ ;  $p=0,000$ ).



Slika 1. Ispitanici prema spolu

S obzirom na dob, ispitanici su podijeljeni u četiri skupine za potrebe ovog istraživanja: do 25 godina, 26-39 godina, 40-55 godina i stariji od 56 godina. U prvoj starosnoj skupini nalazi se 35 ispitanika (17,2%), od 26-39 godina ih je 57 (53,3%), dok je starijih od 40 godina 29 (31,1%). Struktura prema dobi statistički se značajno razlikuje među ispitanicima ( $\chi^2=113,552$ ;  $p=0,000$ ).

**Tablica 1. : Sociodemografska obilježja (u %)**

Obilježje	N	%	$\chi^2$	p
<b>Spol</b>				
Žensko	175	86,2	106,448	0,000
Muško	28	13,8		
Ukupno	203	100,0		
<b>Dob</b>				
do 25 godina	35	17,2	113,552	0,000
26-39	110	54,2		
40-55	52	25,6		
više od 56	6	3,0		
Ukupno	203	100,0		
<b>Zvanje</b>				
Medicinska sestra opće njege	27	13,3	160,325	0,000
Medicinska sestra	52	25,6		
Prvostupnica sestrinstva	105	51,7		
Magistra sestrinstva	17	8,4		
Diplomirana medicinska sestra	2	1,0		
Ukupno	203	100,0		
<b>Radno mjesto</b>				
Ambulanta PZZ	13	6,4	146,143	0,000
Poliklinika	10	4,9		
Bolnički odjel	115	56,7		
Palijativna njega	65	32,0		
Ukupno	203	100,0		
<b>Studirate li trenutno?</b>				
Ne	123	60,6	9,108	0,003
Da	80	39,4		
<b>Ako studirate, navedite studij:</b>				
Preddiplomski stručni studij	37	46,3	156,862	0,000
Diplomski stručni studij	42	52,5		
Doktorski studij	1	1,3		
Ukupno	80	100		
<b>Godine radnog staža</b>				
0-10 godina	80	39,4	54,438	0,000



11-20 godina	72	35,5		
21-30 godina	35	17,2		
31 godina i više	16	7,9		
Ukupno				

Dob ispitanika u nešto je slabijoj korelaciji s postotkom radnog staža. Najviši postotak ispitanika (35,5 %) imao je od 11 do 20 godina radnog staža, a najmanje 7,9% ih je bilo sa 31 godinom i više radnog staža. Razlika prema radnom stažu je statistički značajna ( $\chi^2=54,438$ ;  $p=0,000$ )

Polovina ispitanika (51,7%) ima zvanje prvostupnice sestrinstva, dok je zvanje magistre sestrinstva ili diplomirane medicinske sestre zabilježeno tek kod 9,4% ispitanika. Od 39,4% ispitanika koji studiraju, njih nešto više od pola je na diplomskom stručnom studiju, što predstavlja statistički značajnu razliku ( $\chi^2=160,325$ ;  $p=0,000$ )

Svaki drugi ispitanik radi na bolničkom odjelu, dok trećina ispitanika radi u palijativnoj njezi ( $\chi^2=146,143$ ;  $p=0,000$ ).

**Tablica 2. Učestalost susretanja s gubitkom pacijenta**

Koliko često se susrećete s gubitkom pacijenta?			$\chi^2$	p
Nikada	11	5,4	113,379	0,000
Nekoliko puta godišnje	83	40,9		
Nekoliko puta mjesečno	71	35,0		
Nekoliko puta tjedno	25	12,3		
Svakodnevno	13	6,4		
Ukupno	203	100,0		

Većina ispitanika povremeno se susreće s gubitkom pacijenta. Tako se 40,9% ispitanika susreće sa smrću pacijenta nekoliko puta mjesečno, a 35% njih nekoliko puta mjesečno.

Podjednak je broj onih koji se nikada nisu sreli sa smrću pacijenta te onih koji se svakodnevno susreću sa smrću pacijenta.

**Tablica 3.: Simptomi žalovanja (u %)**

Oznaka	Tvrdnja	1	2	3	4	5	M	SD
Ž2	Nikada mi se nije dogodilo da žalujem za pacijentom.	44,3	26,6	16,7	7,9	4,4	2,01	1,154
Ž3	Nakon gubitka pacijenta preplavljena sam osjećajima	3,9	10,3	39,9	23,6	22,2	3,50	1,069
Ž4	Nakon gubitka pacijenta imam poteškoća sa spavanjem	32,0	26,6	28,1	9,4	3,9	2,27	1,125
Ž5	Nakon gubitka pacijenta nemam apetita i loše mi je ako nešto pojedem.	44,8	30,0	17,7	4,9	2,5	1,90	1,020
Ž6	Nakon gubitka pacijenta osjećam se iscrpljeno i umorno.	11,8	19,2	26,6	22,7	19,7	3,19	1,285
Ž7	Nakon gubitka pacijenta preokupirana sam mislima o pacijentu.	11,8	27,1	25,1	23,2	12,8	2,98	1,223
Ž8	Nakon gubitka pacijenta osjećam strah da će se nešto strašno dogoditi.	46,8	21,7	19,2	6,9	5,4	2,02	1,196
Ž9	Nakon gubitka pacijenta stvari koje su mi nekada predstavljale užitak, tada se čine besmislenima.	44,3	22,7	19,2	9,4	4,4	2,07	1,188
Ž10	Nakon gubitka pacijenta osjećam pritisak u prsima, otežano dišem i imam glavobolju.	59,1	18,2	12,3	9,4	1,0	1,75	1,058
Ž11	Nakon gubitka pacijenta sklona sam pretjeranoj konzumaciji alkohola.	86,7	6,9	4,4	1,0	1,0	1,23	0,666
Ž12	Nakon gubitka pacijenta treba mi neko vrijeme kako bih se sabrala.	25,1	28,1	24,6	13,8	8,4	2,52	1,240

*1=Uopće se ne slažem; 2=Ne slažem se; 3= Niti se slažem niti se ne slažem; 4= Slažem se; 5= Apsolutno se slažem*

Većina ispitanika pokazala je jaku empatiju prema gubitku pacijenta. Više od pola (70,9%), ispitanika ne slaže se s tvrdnjom da im se nikada nije dogodilo da žaluju za pacijentom. Ipak, proces žalovanja više je emocionalne prirode nego fizičke. Naime, gotovo polovica ispitanika preplavljena je osjećajima, a ta je tvrdnja ujedno dobila i najveću ocjenu, ali nema poteškoća sa spavanjem ili s apetitom. Dvije trećine ispitanika ne osjeća zdravstvene tegobe nakon gubitka pacijenta, poput osjećaja pritiska u prsima, otežanog disanja i glavobolje. Ispitanika koji nakon gubitka pacijenta nalaze utjehu u alkoholu, zanemariv je broj na razini statističke pogreške.

Upravo su za ovu tvrdnju ispitanici iskazali najveće neslaganje.

Iako se trećina ispitanika nakon smrti pacijenta osjeća iscrpljeno i umorno, ipak dvije trećine njih ne osjeća strah da će se nešto strašno dogoditi niti u stvarima koje su im nekada predstavljale užitak vide besmisao, tako da se može reći da se ispitanici poprilično distanciraju od gubitka pacijenta, iako suosjećaju s tim događajem i u 46% slučajeva misle na preminulog pacijenta.

S obzirom da je Kolmogorov Smirnov test pokazao normalnost barem jedne varijable ( $p > 0,05$ ), značajnost žalovanja s obzirom na radni staž i ostale sociodemografske osobine ispitana je parametrijskim testovima-jednosmjernom ANOVO-om i Pearsonovim koeficijentom korelacije.

**Tablica 4.: Matrica korelacija - Simptomi žalovanja**

Tvrđnja	Ž1	Ž2	Ž3	Ž4	Ž5	Ž6	Ž7	Ž8	Ž9	Ž10	Ž11	Ž12
Ž1	1	-0,125	-,139*	-,162*	-,177*	-0,102	-,222**	-0,050	-0,027	-,138*	0,025	-,160*
Ž2		1	-,243**	0,001	-0,083	-0,032	-0,088	0,057	-0,048	-0,090	0,086	-0,040
Ž3			1	,412*	,363**	,496**	,534**	,312**	,335**	,404**	-0,041	,423**
Ž4				1	,640**	,430**	,547**	,381**	,416**	,551**	0,111	,454**
Ž5					1	,487**	,550**	,453**	,451**	,656**	0,135	,534**
Ž6						1	,636**	,390**	,290**	,502**	0,088	,571**
Ž7							1	,552**	,420**	,547**	0,054	,647**
Ž8								1	,431**	,486**	0,080	,442**
Ž9									1	,475**	,212**	,372**
Ž10										1	,222**	,546**
Ž11											1	,156*
Ž12												1

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Postoji srednje jaka negativna korelacija između učestalosti susretanja sa smrću pacijenta i tvrdnje „Nakon gubitka pacijenta preokupirana sam mislima o pacijentu“ ( $r = 0,222$ ), što znači da ispitanici koji se češće susreću sa smrću rezigniraniji su prema istoj i manje misle na pacijenta. Ispitanici koji su empatični prema smrti pacijenta osjećaju fizičke simptome pa ispitanike koji nakon gubitka pacijenta imaju poteškoća sa spavanjem u većini slučajeva nemaju apetita ( $r = 0,640$ ) te osjećaju pritisak u prsima, otežano dišu i imaju glavobolju ( $r = 0,551$ ). Ispitanici koji su preokupirani s mislima o pacijentu, osjećaju u većoj mjeri strah da će se nešto strašno dogoditi ( $r = 0,552$ ) i treba im više vremena da se saberu ( $r = 0,647$ ), umorniji su i osjećaju

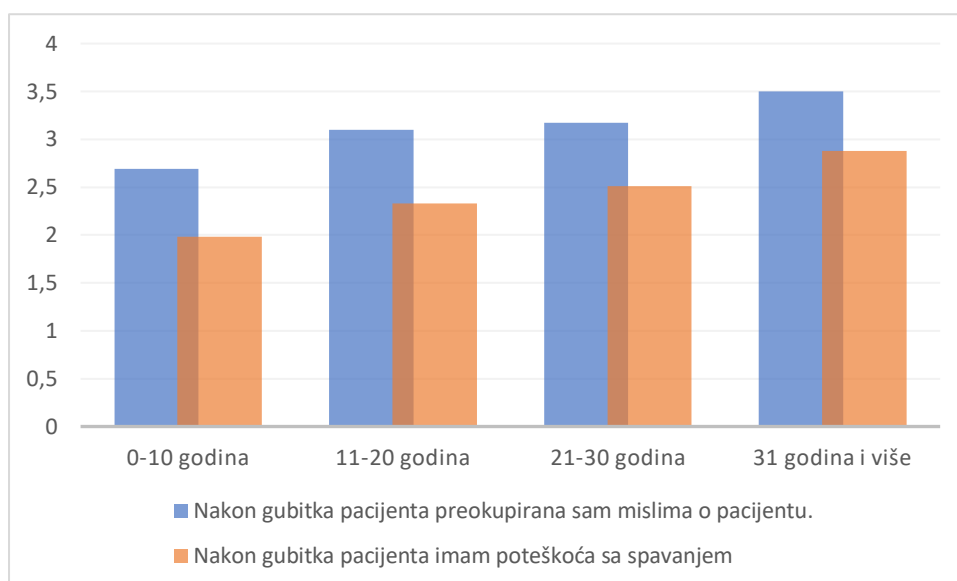
se iscrpljeno ( $r=0,636$ ). Ispitanicima koji nakon gubitka pacijenta osjećaju pritisak u prsima, otežano dišu i imaju glavobolju, nakon gubitka pacijenta treba neko vrijeme kako bi se sabrali ( $r=0,546$ ). Dodatno vrijeme će češće trebati i ispitanicima koji imaju problema s apetitom ( $r=0,534$ ) te koji osjećaju umor nakon gubitka pacijenta ( $r=0,571$ ).

**Tablica 5.: Analiza varijance – Žalovanje s obzirom na radni staž**

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Post hoc</i>
<i>Nakon gubitka pacijenta imam poteškoća sa spavanjem</i>						
Radni staž (Scheffe)	0-10 godina	1,98	1,031	3	4,191**	1<4
	11-20 godina	2,33	1,163			
	21-30 godina	2,51	1,147			
	31 godina i više	2,88	1,025			
<i>Nakon gubitka pacijenta preokupirana sam mislima o pacijentu</i>						
Radni staž (Scheffe)	0-10 godina	2,69	1,186	3	3,091**	
	11-20 godina	3,10	1,212			
	21-30 godina	3,17	1,200			
	31 godina i više	3,50	1,265			

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p<0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p<0,01$

ANOVA je utvrdila značajne razlike s obzirom na radni staž kod sljedećih tvrdnji „Nakon gubitka pacijenta imam poteškoća sa spavanjem“ i „Nakon gubitka pacijenta preokupirana sam mislima o pacijentu“. Ispitanici koji imaju manje godina radnog staža značajno su imali manje problema sa spavanjem i bili preokupirani s mislima o pacijentu (Slika 2.).



**Slika 2. Ispitanici prema spolu**

Očito je da postoji poprilično čvrsta veza između ove dvije varijable ( $\chi^2=46,975$ ,  $p=0,000$ ), odnosno da nakon gubitka pacijenta medicinske sestre koje su preokupirane mislima o pacijentu imaju i više poteškoća sa spavanjem.

S obzirom na radni staž, donekle je bilo i očekivano da će medicinske sestre s više radnog staža lakše govoriti o smrti i izražavati stavove od medicinskih sestara s kraćim stažem.

**Tablica 6.: Analiza varijance – Žalovanje s obzirom na dob**

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Post hoc</i>
<b><i>Nakon gubitka pacijenta preplavljena sam osjećajima</i></b>						
Dob (Scheffe)	Do 25 godina	3,00	1,029	3	5,157**	1<3 1<4
	26-39 godina	3,48	1,047			
	40-55 godina	3,88	,963			
	56 godina i više	3,33	1,506			
<b><i>Nakon gubitka pacijenta imam poteškoća sa spavanjem</i></b>						
Dob (Scheffe)	Do 25 godina	1,80	,933	3	5,861**	1<3 2<3
	26-39 godina	2,17	1,082			
	40-55 godina	2,73	1,157			
	56 godina i više	2,67	1,366			
<b><i>Nakon gubitka pacijenta osjećam se iscrpljeno i umorno</i></b>						
Dob (Scheffe)	Do 25 godina	2,69	1,255	3	3,,330*	1<3
	26-39 godina	3,18	1,279			
	40-55 godina	3,56	1,195			

	56 godina i više	3,17	1,602			
<i>Nakon gubitka pacijenta preokupirana sam mislima o pacijentu</i>						
	Do 25 godina	2,40	1,193			
Dob (Scheffe)	26-39 godina	2,98	1,204	3	4,593**	1<3
	40-55 godina	3,29	1,126			1<4
	56 godina i više	3,67	1,506			

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Žalovanje se pokazalo puno osjetljivije s obzirom na dob, a ne na radni staž. Razlog može biti dvojaki: da starosne grupe nastale za potrebe ovoga rada nisu korelacijski povezane, odnosno ne prate radni staž.

Drugi razlog je sljedeći; većina ispitanika je ili studirala ili studira, s godinama i naobrazbom je sam njihov pristup drugačiji, o čemu svjedoče i statističke značajne razlike u žalovanju s obzirom na naobrazbu te o tome studira li ispitanik ili ne.

Najrezigniraniji su najmlađi ispitanici, koji su ili u nedovoljnoj mjeri iskusili smrt na poslu, ili se u biti, negirajući osjećaje nakon smrti pacijenta, štite od emocionalne boli. Treći razlog može se tražiti i u naobrazbi medicinskih sestara, koja im pruža način da se bore protiv smrti na radnom mjestu.

Najpogođenija skupina je ona od 40-55 godina starosti, koja nakon gubitka pacijenta statistički značajnije preplavljena osjećajima, ima poteškoća sa spavanjem, osjeća se iscrpljeno i umorno te stalno misli o pacijentu. S druge strane, Russac i sur., 2007 (7) mišljenja su da je starijim ispitanicima lakše govoriti o smrti pacijenta.

S obzirom na radno mjesto pokazalo su se statistički značajne sljedeće tvrdnje:

Tablica 7.: Analiza varijance – Žalovanje s obzirom na radno mjesto

Tvrdnja	Radno mjesto	M	SD	df	F	Post hoc
<i>Nikada mi se nije dogodilo da žalujem za pacijentom</i>						
Radno mjesto (Scheffe)	Ambulanta PZZ	1,23	,599	3	2,774*	1<2
	Poliklinika	2,40	1,174			1<4
	Bolnički odjel	1,99	1,188			
	Palijativna njega	2,15	1,121			
<i>Nakon gubitka pacijenta imam poteškoća sa spavanjem</i>						
Radno mjesto (Scheffe)	Ambulanta PZZ	4,15	,987	3	3,980**	1>4
	Poliklinika	3,70	1,059			
	Bolnički odjel	3,52	1,063			
	Palijativna njega	3,29	1,057			
<i>Nakon gubitka pacijenta osjećam se iscrpljeno i umorno</i>						
Radno mjesto (Scheffe)	Ambulanta PZZ	13	3,77	3	3,330*	1>4
	Poliklinika	10	3,30			
	Bolnički odjel	115	3,26			
	Palijativna njega	65	2,94			
<i>Nakon gubitka pacijenta preokupirana sam mislima o pacijentu</i>						
Radno mjesto (Scheffe)	Ambulanta PZZ	13	4,00	3	4,593**	1>2
	Poliklinika	10	2,90			1>3
	Bolnički odjel	115	2,90			1>4
	Palijativna njega	65	2,94			

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p<0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p<0,01$

Medicinske sestre koje rade u ambulanti i koje se najrjeđe susreću sa smrću, najteže ju i doživljavaju. U usporedbi s medicinskim sestrama koje rade u palijativnoj njezi i poliklinici, značajno više žaluju za pacijentom, imaju više poteškoća sa spavanjem, osjećaju se iscrpljeno i umorno te su u znatnijoj mjeri okupiranije mislima o pacijentu.

S obzirom na spol, muškarci značajno manje izražavaju žaljenje prema umrlom pacijentu jer su skloniji skrivati svoje emocije, dok su žene bile otvorenije (7).

**Tablica 8.: T test za nezavisne uzorke – Žalovanje s obzirom na spol**

<b>Tvrdnja</b>	<b>Spol</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>F(p)</b>	<b>t</b>
Nikada mi se nije dogodilo da žalujem za pacijentom	Ž	1,91	1,124	0,317(0,574)	-3,171**
	M	2,64	1,162		
Nakon gubitka pacijenta preplavljena sam osjećajima	Ž	3,57	1,074	3,759 (0,054)	2,494*
	M	3,04	,922		

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Drugi dio analize odnosi se na stavove o žalovanju.



**Tablica 9.: Ponašanje i stavovi o žalovanju (u %)**

Oznaka	Tvrdnja	1	2	3	4	5	M	SD
Ž13	Smatram da medicinske sestre koje žaluju za pacijentom nisu za ovaj posao.	50,2	17,2	24,1	6,4	2,0	1,93	1,085
Ž14	Nakon gubitka pacijenta imam običaj zapaliti svijeću i ostaviti otvorena vrata njegove sobe.	52,7	15,8	17,7	7,4	6,4	1,99	1,259
Ž15	Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta.	2,5	0,5	12,3	27,1	57,6	4,17	,936
Ž16	Smatram da bi svaka ožalošćena medicinska sestra trebala primiti psihološku pomoć u vidu psihoterapije, ako je to potrebno.	39,9	26,6	23,2	8,9	1,5	4,37	,899
Ž17	Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao.	28,6	23,6	28,6	11,8	7,4	2,05	1,059
Ž18	Nakon gubitka pacijenta moram se nekako opustiti kako bih mogla dalje funkcionirati.	54,7	19,2	17,7	4,4	3,9	2,46	1,228
Ž19	Nakon gubitka pacijenta često razmišljam kako bih napustila ovaj posao.	50,2	17,2	24,1	6,4	2,0	1,84	1,112

*1=Uopće se ne slažem; 2=Ne slažem se; 3= Niti se slažem niti se ne slažem; 4= Slažem se; 5= Apsolutno se slažem*

Ispitanici su najveći broj bodova dodijelili tvrdnji „Smatram da bi svaka ožalošćena medicinska sestra trebala primiti psihološku pomoć u vidu psihoterapije, ako je to potrebno“, iako se polovica ispitanika u stvari ne slaže s tom tvrdnjom, što upućuje na to da druga polovica ispitanika osjeća snažnu potrebu za potporom nakon gubitka pacijenta, što nije neobično ni u nekim drugim djelatnostima.

Međutim, tri četvrtine ispitanika se slaže s tvrdnjom „Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta“ te uzme li se u obzir da su ispitanici uglavnom izrazili neslaganje s tvrdnjom „Smatram da medicinske sestre koje žaluju za pacijentom nisu za ovaj posao“ i dodijelili joj nisku prosječnu ocjenu, da među ispitanicima postoji svijest da iako je smrt sastavni dio njihovog posla, i da su pripremani tijekom školovanja na nju, ipak imaju emocionalnih zahtjeva spram pružanja potpore.

O tome svjedoči i činjenica da se s pitanjem „Nakon gubitka pacijenta često razmišljam kako bih napustila ovaj posao“ ne slaže dvije trećine ispitanika. Dakle, svjesni su da je smrt dio njihovog posla, ali svejedno smatraju da im treba pomoć da ju prevladaju. Takvo stajalište podupiru i istraživanja poput Irvina (8) i Baraka (9) i Holland (10).

Upravo zbog toga, vrlo je bitna edukacija zdravstvenih djelatnika, osobito onih koji se češće susreću sa smrću. Edukacija o smrti omogućava nam istražiti niz problema i podići osjećaj za samosvijest i može nam pomoći da razvijemo učinkovite strategije suočavanja (11). Programi edukacija o smrti koji uključuju procjenu stavova smrti, uz intervencije koje povećavaju pozitivan stav prema smrti, mogu imati utjecaja na zdravstvenu njegu pacijenata kod medicinskih sestara (12)

Same medicinske sestre smatraju da postoji potreba za edukacijom o umiranju i smrti bolesnika.

Važno je da medicinske sestre budu samosvjesne svojih stavova o smrti i svojim pacijentima pružiti bolju njegu na kraju života (12). Iako je ovo samo referentni okvir, edukacija medicinskih sestara o smrti treba uključivati samoistraživanje problema kao što su tuga, gubitak, briga o sebi i ozdravljenje (14).

**Tablica 10.: Analiza varijance – Stavovi i ponašanja o žalovanju s obzirom na radno mjesto**

Sociodemografska osobina	Tvrđnja	M	SD	df	F	Post hoc
<i>Nakon gubitka pacijenta imam običaj zapaliti svijeću i ostaviti otvorena vrata njegove sobe</i>						
Radni staž (Scheffe)	0-10 godina	1,79	1,187	3	3,210**	1<4
	11-20 godina	1,93	1,237			
	21-30 godina	2,23	1,262			
	31 godina i više	2,75	1,438			
<i>Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao</i>						
Radno mjesto (Scheffe)	Poliklinika	2,00	,816	3	4,925**	3>4
	Bolnički odjel	2,12	1,069			
	Ambulanta PZZ	2,92	,954			
	Palijativna njega	1,77	,996			

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

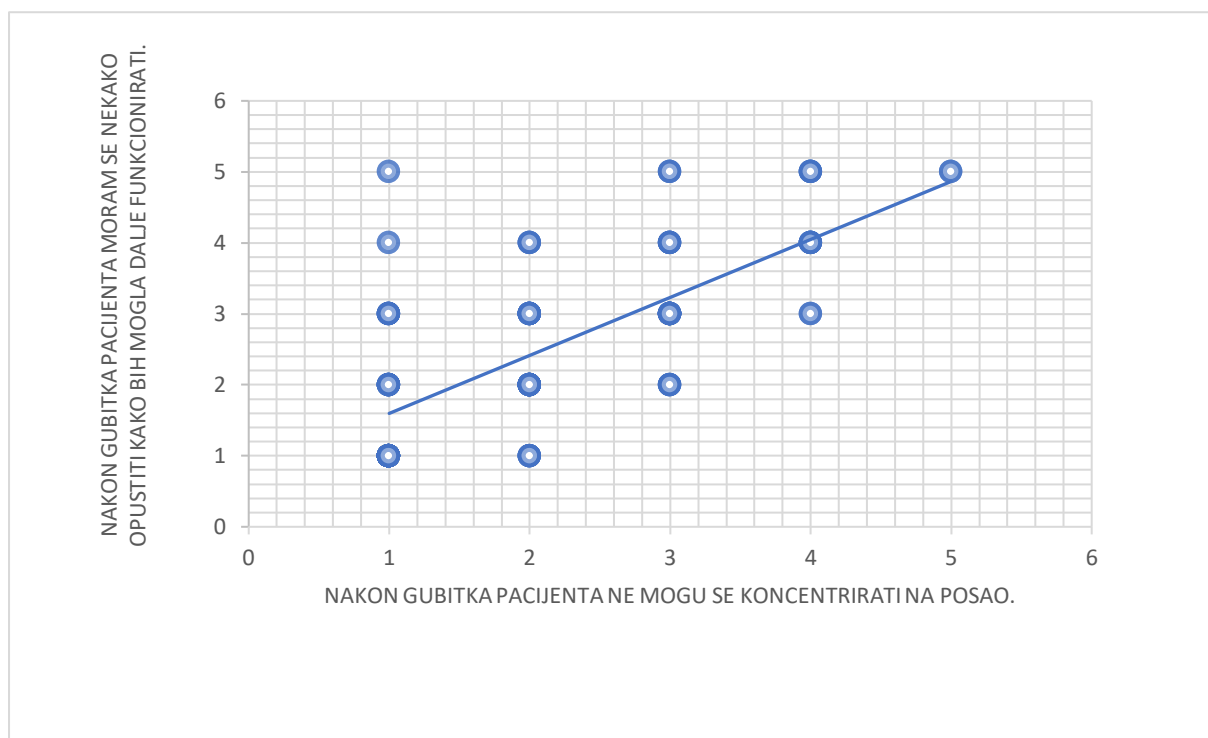
S obzirom na radni staž samo se pitanje „Nakon gubitka pacijenta imam običaj zapaliti svijeću i ostaviti otvorena vrata njegove sobe“ pokazalo statistički značajnim, a paljenje svijeće karakteristično je bilo više za medicinske sestre s najviše godina radnog staža, nego za one s manje godina. Nakon gubitka pacijenta najteže su se na posao koncentrirale sestre koje rade u ambulanti, a najlakše one koje rad u palijativnoj njezi. S obzirom na spol i zvanje, nije bilo značajnijih razlika u stavovima.

**Tablica 11.: Matrica korelacija – Stavovi i ponašanja o žalovanju**

Oznaka	Pitanje	13	14	15	16	17	18	19
Ž13	Smatram da medicinske sestre koje žaluju za pacijentom nisu za ovaj posao.	1	-0,062	-,275**	-0,063	-,199**	-,249**	-,174*
Ž14	Nakon gubitka pacijenta imam običaj zapaliti svijeću i ostaviti otvorena vrata njegove sobe.		1	0,090	0,130	,227**	,176*	0,020
Ž15	Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta.			1	,612**	,320**	,332**	,203**
Ž16	Smatram da bi svaka ožalošćena medicinska sestra trebala primiti psihološku pomoć u vidu psihoterapije, ako je to potrebno.				1	,312**	,294**	,140*
Ž17	Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao.					1	,705**	,449**
Ž18	Nakon gubitka pacijenta moram se nekako opustiti kako bih mogla dalje funkcionirati.						1	,443**
Ž19	Nakon gubitka pacijenta često razmišljam kako bih napustila ovaj posao.							1

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Ispitanici koji smatraju da medicinske sestre koje žaluju za pacijentom nisu za taj posao u negativnoj su korelaciji s tvrdnjom da se nakon gubitka pacijenta moraju nekako opustiti kako bi mogli dalje funkcionirati ( $r = -0,249$ ), što je bilo i očekivano, medicinske sestre koje smatraju smrt sastavnim dijelom posla, nakon smrti pacijenta puno se lakše koncentriraju na posao ( $r = -0,199$ ) te ne misle da bi trebale dobiti bilo kakvu psihološku pomoć ( $r = -0,275$ ). Nasuprot njima, one medicinske sestre koje smatraju da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta smatraju i da bi svaka ožalošćena medicinska sestra trebala primiti psihološku pomoć u vidu psihoterapije, ako je to potrebno ( $r = 0,612$ ). Većini medicinskih sestara koje se nakon gubitka pacijenta ne mogu koncentrirati na posao pomoglo bi da se nakon gubitka pacijenta mogu nekako opustiti ( $r = 0,705$ ) (Slika 3).



**Slika 3.** Dijagram rasipanja između tvrdnji *Nakon gubitka pacijenta moram se nekako opustiti kako bih mogla dalje funkcionirati* i *Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao*

Hi-kvadrat testom pokušala se dodatno utvrditi konzistentnost stavova, pri čemu su dobiveni statistički značajni rezultati. U tablici 12., prikazano je križanje dviju varijabli – „Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta.“ i „Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao.“ Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna povezanost– preko dvije trećine ispitanika koji se ne slažu s prvom, u najvećem se dijelu slažu s drugom tvrdnjom. Istodobno, ispitanici koji su neutralni prema tvrdnji „Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao“ u 42% slažu se s tvrdnjom „Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta.,,

Treba naglasiti da nema ispitanika koji se slažu s prvom tvrdnjom, a da se ne slažu ili nemaju stav prema drugoj tvrdnji. U tom smislu moguće je zaključiti da većina ispitanika smatra da bi psihološka pomoć nakon smrti pacijenta u znatnoj mjeri pomogla funkcionalnijem obavljanju posla medicinskih sestara.

**Tablica 12.: Hi kvadrat test „Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta.“ i „Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao.,,**

Tvrdnja		Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/ međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta		
		Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se
Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao	Ne slažem se	6,7	24,4	<b>68,9</b>
	Niti se slažem niti se ne slažem	0	5	42
	Slažem se	0	0	21

$$\chi^2=16,003^{***}; df=4 \text{ Kramerov } V=,199^{***}$$

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p<0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p<0,01$

Na temelju svega do sada navedenog, odbacujemo hipotezu Hipotezu 2: medicinske sestre koje imaju kraći radni staž češće žaluju za preminulim pacijentom, ali to bi u budućnosti trebalo podrobnije istražiti, osobito s obzirom na činjenicu u kolikoj su mjeri medicinske sestre s kraćim stažem odgovarale na pitanja kako se očekuje od njih, odnosno trebalo bi uzeti u obzir njihovu spremnost da se suoče s procesom žalovanja, za koji bi u svakom slučaju trebali dobiti adekvatnu psihološku pomoć, za kojom, kako je pokazalo istraživanje, postoji veliki interes.

Hipoteza 1: Medicinske sestre koje se češće susreću sa smrću imaju pozitivnije stavove prema smrti od onih koje se ne susreću sa smrću u svakodnevnom radu.

Drugi dio anketnog upitnika je sastavljen od posebnog dijela u kojem se nalazio upitnik *Death attitude profile revised* (DAP-R), Wong PTP & Reker GT (1991) (11).

Mjera se sastoji od 32 predmeta koji su dodijeljeni u 5 dimenzija. Na upitnik se odgovaralo pomoću Likertove skale od 7 bodova pa je 1 bilo „u potpunosti se ne slažem“ do 7 „u potpunosti se slažem“

Skala se sastoji od pet dimenzija za utvrđivanje osjećaja od:

- 1) straha od smrti – negativne misli i osjećaji oko smrti
- 2) izbjegavanje smrti – izbjegavanje razmišljanja o smrti što je više moguće
- 3) neutralno prihvaćanje – smrt niti strah nisu dobrodošli
- 4) pristup prihvaćanje – smrt se smatra prolaskom do sretnog zagrobnog života
- 5) prihvaćanje – smrt se smatra bijegom od bolnog postojanja (36)

Prosječni rezultat na skali za svaku dimenziju izračunava se dijeljenjem ukupne ocjene skale s brojem predmeta u svakoj skali Ozcelik H, Aksoy F, Sonmez E, Fadiloglu, 2018.

Dimenzija **Strah od smrti** sastoji se od sljedećih pitanja: „Smrt je bez sumnje užasno iskustvo“, „Izglednost vlastite smrti izaziva osjećaj bojazni u meni“, „Uznemirena sam zbog konačnosti smrti“, „Imam intenzivan strah od smrti“, „Tema o životu poslije smrti mi jako smeta“, „Činjenica da smrt znači kraj svega što znam da postoji me straši“, „Nesigurnost zbog nemogućnosti spoznaje o onome što se događa nakon smrti me zabrinjava“.

Na dimenziju **Izbjegavanje smrti** odnose pitanja: „Izbjegavam razmišljanja o smrti što je više moguće“, „Izbjegavam misliti o smrti pod svaku cijenu“, „Kad god mi misli o smrti padnu na pamet“, nastojim ih odgurnuti od sebe“, „Uvijek nastojim ne misliti o smrti“, „Izbjegavam uopće misliti na smrt“, „Pokušavam nemati ništa zajedničko s temom smrti“.

**Neutralno prihvaćanje:** „Smrt treba promatrati kao prirodan, nepobitan i neizbježan događaj“, „Smrt je prirodan aspekt života“, „Smrti se niti bojim niti ju čekam s dobrodošlicom“, „Smrt je jednostavno dio životnog procesa“, „Smrt nije ni dobra ni loša“.

**Pristup prihvaćanju:** „Vjerujem da ću nakon smrti biti na nebu“, „Smrt će donijeti kraj svim mojim nevoljama“, „Smrt je sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo“, „Smrt donosi ostvarenje obećanog života u slavi“, „Nakon smrti očekujem ponovni susret s osobama koje volim“, „Na smrt gledam kao olakšanje od zemaljskih muka“, „Na smrt gledam kao na prijelaz u vječno i blagoslovljeno mjesto“, „Jedina stvar koja me tješi u suočavanju sa smrću je moja vjera u zagrobni život“, „Očekujem novi život poslije smrti“.

**Prihvaćanje:** „Smrt je ulaz u mjesto potpunog zadovoljstva“, „Smrt donosi bijeg iz ovog strašnog svijeta“, „Smrt je oslobođenje od boli i patnje“, „Vjerujem da će nebo biti puno bolje mjesto od ovoga svijeta“, „Smrt nudi prekrasno olakšanje za dušu“, „Vidim smrt kao olakšanje od tereta ovoga života“.

**Tablica 13.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama**

	N	Min	Max	M	SD
Strah_od_smrti	203	1,00	6,83	3,75	1,314
Izbjegavanje_smrti	203	1,00	7,00	4,235	1,542
Neutralno_prihvaćanje	203	3,20	7,00	5,855	,932
Pristup_prihvaćanju	203	1,00	6,71	3,935	1,394
Prihvaćnje	203	1,00	7,00	3,73	1,356

Ispitanici su najveći broj bodova dodijelili neutralnom prihvaćanju smrti. Ujedno, tu su imali i najkonzistentnije odgovore, s najmanjim odstupanjima. Najmanji broj bodova dobila je dimenzija „Prihvaćanje smrti“. Ovi rezultati sugeriraju da medicinske sestre mogu pokazivati visoko neutralne stavove prema smrti, s blagom tendencijom izbjegavanja smrti i niskom razinom straha od smrti. Ovaj opći stav može se najbolje sažeti jednim od pitanja „Smrt treba promatrati kao prirodan, nepobitan i neizbježan događaj.“

**Tablica 14.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema spolu**

	Spol	N	M	SD	F(p)	t(p)
Strah od smrti	Žensko	175	3,80	1,350	2,880	1,923*
	Muško	28	3,39	1,015	(,091)	(0,061)
Izbjegavanje smrti	Žensko	175	4,23	1,595	4,760	-,117
	Muško	28	4,26	1,178	(,030)	,907
Neutralno prihvatanje	Žensko	175	5,86	,927	,068	,330
	Muško	28	5,80	,983	,794	,741
Pristup prihvatanju	Žensko	175	4,02	1,334	3,367	2,361*
	Muško	28	3,36	1,635	(,068)	(,019)
Prihvatanje	Žensko	175	3,76	1,342	,348	,952
	Muško	28	3,50	1,446	(,556)	(,342)

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

S obzirom na spol, žene (3,80) se statistički značajno više boje smrti od muškaraca (3,39) ali i prihvaćaju smrt više od svojih muških kolega. Rezultati upućuju na umjereno nisku razinu Prihvatanja smrti i kod muškaraca (3,50) i kod žena (3,76). I muškarci (5,80) i žene (5,80) imaju visoke rezultate kod neutralnog prihvatanja smrti. Općenito, s obzirom na standardne devijacije, pokazalo se da su stavovi prema smrti na temelju spola bili relativno slični.

**Tablica 15.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema radnom mjestu**

Dimenzija	Radno mjesto	N	M	SD	F
Strah_od_smrti	Ambulanta PZZ	13	3,86	1,710	1,419
	Poliklinika	10	4,15	1,761	
	Bolnički odjel	115	3,85	1,276	
	Palijativna njega	65	3,49	1,206	
Izbjegavanje_smrti	Ambulanta PZZ	13	4,15	1,821	1,483
	Poliklinika	10	4,86	1,764	
	Bolnički odjel	115	4,34	1,482	
	Palijativna njega	65	3,95	1,540	
Neutralno_prihvatanje	Ambulanta PZZ	13	6,12	0,885	1,015
	Poliklinika	10	5,64	0,776	
	Bolnički odjel	115	5,78	0,953	
	Palijativna njega	65	5,96	0,923	
Pristup_prihvatanju	Ambulanta PZZ	13	4,16	1,694	0,229
	Poliklinika	10	3,71	1,316	
	Bolnički odjel	115	3,95	1,331	
	Palijativna njega	65	3,89	1,473	



Prihvatanje	Ambulanta PZZ	13	4,26	1,418	1,050
	Poliklinika	10	3,65	1,479	
	Bolnički odjel	115	3,62	1,342	
	Palijativna njega	65	3,83	1,349	

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Iako niti jedan rezultat nije statistički značajan, pokazuju tendenciju da su ispitanici neovisno o radnom mjestu dodijelili najveći broj bodova neutralnom prihvaćanju smrti-u ambulanti 6,12 bodova, u palijativnoj njezi 5,96, poliklinici 5,64 i bolničkom odjelu 5,78. Najmanje bodova dodijelili su pristupu prihvaćanju-od 3,71 u poliklinici do 3,89 u palijativnoj njezi.

Povezanost dimenzija sa spolom, dobi i učestalošću susretanja sa smrću, s obzirom da su nabrojane varijable u anketi dobivene kategorijalno, ispitane su Spearmanovim koeficijentom korelacije ranga.

**Tablica 16.: Povezanost između dimenzija, dobi i radnog staža**

Osobina	Pokazatelj	Strah od smrti		Neutralno prihvaćanje		Pristup prihvaćanju		Prihvatanje
		Strah od smrti	Izbjegavanje smrti	Neutralno prihvaćanje	Pristup prihvaćanju	Pristup prihvaćanju	Prihvatanje	
Dob	$r_s$	-0,042	0,040	0,043	-0,068	-0,068	-,145*	
	p	0,555	0,568	0,545	0,332	0,332	0,039	
Godine radnog staža	$r_s$	-0,023	0,046	0,001	-0,111	-0,111	-0,114	
	p	0,743	0,514	0,986	0,115	0,115	0,106	

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Statistički značajnim se pokazala povezanost dobi s dimenzijom prihvaćanja smrti. Mlađi ispitanici dodijelili su ovoj dimenziji više bodova.

S obzirom na zvanje ispitanici nisu pokazali statistički značajnu razliku u prihvaćanju smrti.

**Tablica 17.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema zvanju**

Dimenzija	Zvanje	N	M	SD	F
Strah od smrti	Medicinska sestra opće njege	27	3,58	1,303	0,697
	Medicinska sestra	52	3,64	1,204	
	Prvostupnica sestrinstva	105	3,77	1,384	
	Magistra sestrinstva	17	4,20	1,286	
	Diplomirana medicinska sestra	2	3,58	0,589	
Izbjegavanje smrti	Medicinska sestra opće njege	27	4,16	1,532	0,713
	Medicinska sestra	52	4,25	1,479	
	Prvostupnica sestrinstva	105	4,23	1,515	
	Magistra sestrinstva	17	4,39	2,039	
	Diplomirana medicinska sestra	2	3,50	0,990	
Neutralno_prihvatanje	Medicinska sestra opće njege	27	5,79	1,038	1,568
	Medicinska sestra	52	5,67	1,059	
	Prvostupnica sestrinstva	105	6,01	0,837	
	Magistra sestrinstva	17	5,60	0,863	
	Diplomirana medicinska sestra	2	5,70	0,424	
Pristup_prihvatanju	Medicinska sestra opće njege	27	4,16	1,250	0,630
	Medicinska sestra	52	3,91	1,402	
	Prvostupnica sestrinstva	105	3,85	1,434	
	Magistra sestrinstva	17	4,03	1,429	
	Diplomirana medicinska sestra	2	5,07	0,303	
Prihvatanje	Medicinska sestra opće njege	27	3,90	1,479	0,326
	Medicinska sestra	52	3,66	1,212	
	Prvostupnica sestrinstva	105	3,75	1,448	
	Magistra sestrinstva	17	3,48	1,090	
	Diplomirana medicinska sestra	2	4,17	0,471	

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Kod straha od smrti najviše bodova ostvarile su magistre sestrinstva (4,20). Magistre sestrinstva ujedno su ostvarile i najviše bodova na dimenziji izbjegavanje smrti (4,39), a najmanje na dimenziji prihvaćanje smrti (3,48) te je evidentno da one imaju negativni pristup prema smrti. Nasuprot njima, diplomirane medicinske sestre su imale bile sa najviše bodova na dimenziji pristup prihvaćanju (5,07) i prihvaćanje (4,17), a najmanje bodova su imale na dimenziji strah

od smrti (3,58) i izbjegavanje smrti (3,5). Prvostupnice sestrinstva imaju neutralno shvaćanje smrti (6,01) bodova, a tome pristupu su najsklonije i medicinske sestre (5,67).

S obzirom na tvrdnju studiraju li ispitanici trenutno ili ne studiraju, također nisu uočene statistički značajne razlike.

**Tablica 18.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema tome studiraju li trenutno ispitanici ili ne**

	Studirate li trenutno?	N	M	SD	F(p)	t(p)
Strah_od_smrti	Ne	123	3,79	1,282	1,186	0,557
	Da	80	3,68	1,369	(0,277)	(0,578)
Izbjegavanje_smrti	Ne	123	4,40	1,538	0,096	1,913
	Da	80	3,98	1,523	(0,756)	(0,057)
Neutralno_prihvacaenje	Ne	123	5,85	0,893	1,573	-0,041
	Da	80	5,86	0,995	(0,211)	(0,968)
Pristup_prihvacaenju	Ne	123	4,05	1,349	0,53	1,515
	Da	80	3,75	1,448	(0,467)	(0,131)
Prihvacaenje	Ne	123	3,88	1,314	0,881	1,951
	Da	80	3,50	1,397	(0,349)	(0,052)

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Ispitanici koji studiraju pokazali su veće slaganje prema dimenziji neutralno prihvaćanje (5,86) bodova, ali gotovo istovjetan rezultat na toj dimenziji (5,85) imali su i ispitanici koji trenutno ne studiraju. Najmanje bodova ispitanici koji ne studiraju dodijelili su dimenziji prihvaćanje (3,50).

Prije nego se pristupilo testiranju dimenzija smrti s obzirom na spol, pristupilo se grupiranju varijable učestalost susretanja sa smrću. Pod rijetko se podrazumijeva susretanje nijednom ili nekoliko puta godišnje, pod povremeno nekoliko puta mjesečno, dok često se misli na nekoliko puta tjedno ili svakodnevno.

Podaci su grupirani kako bi varijanca bila jednolikije raspoređena te sukladno tome bila bi i veća mogućnost korištenja ANOVE kao parametrijskog testa sa većom snagom (Tiku, M. L., 1971).

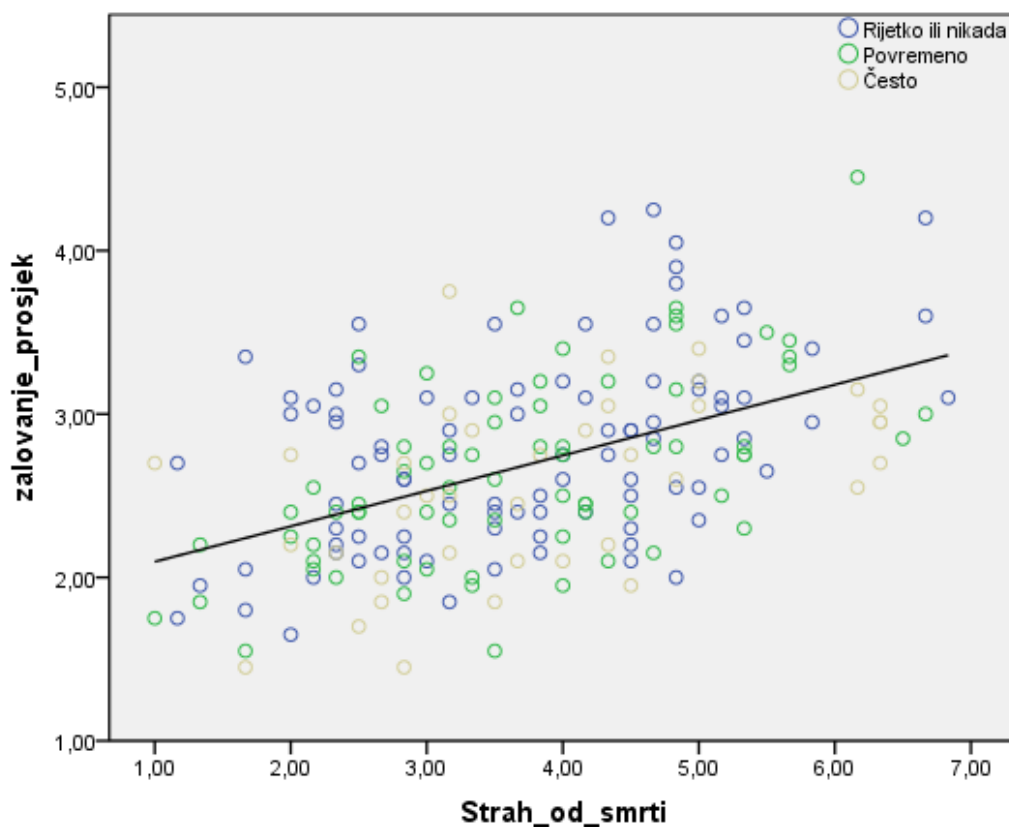
**Tablica 19.: Analiza varijance – Dimenzije o smrti s obzirom na učestalost susretanja sa smrću**

Dimenzija	Učestalost	N	M	SD	F	p
Strah od smrti	Rijetko ili nikada	94	3,74	1,301	,195	,823
	Povremeno	71	3,69	1,288		
	Često	38	3,86	1,422		
Izbjegavanje smrti	Rijetko ili nikada	94	4,25	1,656	,016	,984
	Povremeno	71	4,21	1,391		
	Često	38	4,25	1,556		
Neutralno prihvaćanje	Rijetko ili nikada	94	5,78	0,964	,523	,594
	Povremeno	71	5,93	0,966		
	Često	38	5,89	0,786		
Pristup prihvaćanju	Rijetko ili nikada	94	3,85	1,275	,317	,728
	Povremeno	71	3,98	1,529		
	Često	38	4,05	1,437		
Prihvaćanje	Rijetko ili nikada	94	3,73	1,272	,054	,947
	Povremeno	71	3,69	1,400		
	Često	38	3,79	1,503		

**Legenda:** p\* - statistički značajno na razini  $p < 0,05$ ; p\*\* - statistički značajno na razini  $p < 0,01$

Iako niti jedna dimenzija nije pokazala statistički značajnu razliku s obzirom na učestalost susretanja sa smrću, na dimenziji neutralno prihvaćanje ispitanici koji se povremeno susreću sa smrti imali su najviše bodova, dok je najmanji broj bodova zabilježen kod ispitanika koji se povremeno susreću sa smrću i imaju strah od smrti. Ispitanici koji se često susreću sa smrću dali su dimenziji izbjegavanje smrti veći broj bodova ( $M=4,25$ ) nego dimenziji prihvaćanje ( $M=3,79$ ), što bi moglo upućivati na činjenicu da ispitanici koliko god se često susretali sa smrću, nemaju „obrambeni“ mehanizam te im je prijeko potrebna psihološka pomoć za koju su iskazali zanimanje u prethodnim tvrdnjama.

Stoga se željelo vidjeti kakav je, s obzirom na učestalost, odnos varijabli žalovanje i strah od smrti. Varijabla žalovanje dobivena je kao prosječna vrijednost čestica koje su se odnosile na ovu dimenziju.



Slika 4. Dijagram rasipanja između varijabli „Žalovanje“ i „Strah od smrti“.

Ispitanici koji manje žaluju imaju manji strah od smrti u odnosu na učestalost susretanja sa smrću ( $r=0,502^{***}$ ). Prema slici 4, najmanje rasipanje pokazali su ispitanici koji se često susreću sa smrću ( $r=0,5639^{***}$ ), dok je povezanost između varijabli žalovanje i strah od smrti podjednako kod ispitanika koji se rijetko ili nikada susreću sa smrću ( $r=0,5116^{***}$ ) ili povremeno ( $r=0,5136^{***}$ ).

Hipoteza 1: Medicinske sestre koje se češće susreću sa smrću imaju pozitivnije stavove prema smrti od onih koje se ne susreću sa smrću u svakodnevnom radu se odbacuje, iako medicinske sestre koje se češće susreću sa smrću dosta imaju veći broj bodova kod dimenzija prihvaćanje i pristup prihvaćanju, ali ta razlika nije statistički signifikantna.

Konačno, u pregledu sažetka rezultata istraživanja, neutralni stav nije pokazao jake korelacije sa sociodemografskim elementima dobi i radnim stažem, dok je dob bila jedino u korelaciji s prihvaćenjem, tj. stariji ispitanici češće prihvaćaju smrt od mlađih ispitanika.

Također, u ovim bi rezultatima trebalo tražiti i znak izgaranja medicinskih djelatnika. Odnosno, kako medicinske sestre rade dulje i nastavljaju biti izložene visoko emocionalnom

radu može se razviti viša razina stava bijega od smrti. U tom smislu, medicinske sestre s većim brojem godina radnog iskustva dožive *burn out* zbog čega više vjeruju u smrt i umiranje kao bijeg te to postaje nešto što ih ne zabrinjava.

Stoga je glavna hipoteza: medicinske sestre doista često žaluju za pacijentom, polovično dokazana, ali njihovi stavovi prema smrti su uglavnom neutralni.

## 8. RASPRAVA

Rezultati istraživanja pokazali su da je najčešći stav bio neutralnost, zatim bijeg, pristup prihvaćanju, strah od smrti, a najmanje bodova je dobilo prihvaćanje smrti. Međutim, njih treba sagledavati dvojako: kada bi se ispitaniku postavila ista pitanja u trenutku kada moraju brinuti o pacijentima i obiteljima u njihovom radnom okruženju, koliko bi se razlikovali odgovori? Nadalje, nije isto ukoliko ispitaniku umre pacijent od 80 godina ili dijete.

Općenito, odgovori će se razlikovati ovisno o tome gdje je medicinska sestra radila u zdravstvu te vrsti pacijenata o kojima se brinu. To potkrepljuju i rezultati ankete, jer neutralnost nije imala nikakvog stvarnog značaja u odnosu na sociodemografske karakteristike. Nadalje, značaj pojedinih stavova prema smrti može ovisiti o osobnim životnim iskustvima medicinskih sestara.

Većina medicinskih sestara pokazuje jaku empatiju kod gubitka pacijenta te se više od pola ispitanika u ovom istraživanju očitovalo kako žaluju za preminulim pacijentom, iako oni koji se češće susreću sa smrću pacijenta manje misle na preminulog pacijenta.

Značajna je povezanost između godina radnog staža i preokupiranošću mislima o umrlom pacijentom, koja pokazuje kako medicinske sestre s manje radnog staža manje misle na preminulog pacijenta. Također, medicinske sestre s više radnoga staža lakše izražavaju svoje mišljenje o smrti u odnosu na kolege s manje radnog staža.

Kako je u ovom istraživanju sociodemografska razlika promatrana u odnosu na spol, dob, radno mjesto, radni staž vrlo značajna, možemo zaključiti kako su sve to komponente koje utječu na osobna razmišljanja o smrti i žalovanje općenito. U istraživanju provedenom u Saudijskoj Arabiji (14), iskustvo igra značajnu ulogu u poimanju smrti i pozitivnoj promjeni u odnosu prema doživljavanju smrti medicinskih sestara koje se svakodnevno susreću s umirućim pacijentima.

Kod sestara koje rade u ambulancama opće medicine, istraživanje je pokazalo kako one najteže doživljavaju smrt pacijenta, jer ju rjeđe i doživljavaju. One značajno više žaluju za

pacijentom, imaju poteškoća sa spavanjem i osjećaju se umornije te se kasnije teže koncentriraju na posao.

S obzirom na spol, istraživanje je pokazalo statističku značajnost u odnosu na muškarce i žene, gdje muškarci u manjoj mjeri iskazuju žaljenje za preminulim pacijentom, što može ukazivati na pretpostavku kako su muškarci skloniji skrivati svoje emocije te manje subjektivno izražavaju žaljenje. Žene se statistički više boje smrti od muškaraca, ali i znatno je bolje prihvaćaju.

S obzirom na potrebu za psihološkom potporom nakon smrti pacijenta, čak 57,6% ispitanika smatra kako bi medicinske sestre trebale primiti neki oblik psihološke potpore nakon gubitka pacijenta ( $r=-0,612$ ), iako se skoro polovica ispitanika ne slaže s tom tvrdnjom ( $r=-0,275$ ). To može značiti kako ipak smatraju kako je iskustvo smrti sastavni dio njihova posla te da su tijekom školovanja na nju pripremani. Upravo zbog ove činjenice, potrebna je dodatna edukacija u vidu suočavanja sa smrću, osobito kod onih zdravstvenih djelatnika koji se češće sa njom suočavaju.

S obzirom na duljinu radnog staža, zanimljivim se pokazalo kako medicinske sestre s više radnoga staža imaju običaj zapaliti svijeću u pacijentovoj sobi te ostaviti otvorena vrata njegove sobe, što je slučaj s medicinskim sestrama s 20 i više godina radnog staža.

U sagledavanju sažetka rezultata, nisu prikazane jake korelacije s obzirom na sociodemografska obilježja i neutralno prihvaćanje smrti, dok je jedino dob ispitanika bila značajna u stavu prihvaćanja smrti, gdje stariji ispitanici bolje prihvaćaju smrt od mlađih. Ovo podupiru istraživanja u svijetu, koja pokazuju kako su starije i iskusnije medicinske sestre razvile razvijeniji emocionalni odgovor prema smrti općenito.

Kroz pet dimenzija sastavljenog od standardiziranog upitnika *Death attitude profile – revised (DAP-R)* neutralno prihvaćanje smrti najzastupljenije je u odgovorima kod svih starosnih skupina ispitanih anketiranjem, gdje su odgovori bili najkonzistentniji. Općenito možemo reći kako medicinske sestre smatraju smrt kao prirodan, nepobitan i neizbježan događaj. Podjednako ispitanika ima negativan stav prema smrti. Američko istraživanje pokazalo je kako je izbjegavanje smrti u korelaciji sa strahom od smrti koje osoba doživljava.

Educiranje medicinskih sestara o smrti pomoći će nam u razvijanju učinkovitih strategija suočavanja sa smrću. Edukacijski programi o smrti uključuju evaluaciju stajališta pojedinca o samoj smrti te pomažu u razvitku pozitivnijeg stava prema umiranju, koje su se kroz ovo istraživanje pokazale relevantnim..

Dvije trećine ispitanika nisu iskusili zdravstvene tegobe nakon gubitka pacijenta, poput otežanog disanja ili glavobolje, no tu je ipak određen broj medicinskih sestara koje su pogođene

pacijentovom smrću u ovom pogledu te je to ciljana skupina kojoj se mora pružiti adekvatna psihološka potpora. Zanimljivo je broj ispitanika na razini statističke pogreške koji nakon susretanja sa smrću pacijenta nalaze utjehu u alkoholnim pićima i loše im je ako nešto pojedu te su upravo za ove tvrdnje izrazili najveće neslaganje.

Psihološka potpora nakon gubitka pacijenta u našem sustavu nije se pokazala aktivnom, iako velika većina medicinskih sestara izražava jaku potrebu za njom te se ona još uvijek odvija na individualnoj razini, putem privatnih ambulanti i psihoterapija. suočavanje s gubitkom na radnom mjestu povećava razinu stresa te onemogućava medicinske sestre u daljnjem radu i funkcioniranju i gotovo je polovica ispitanika pokazala kako je nakon gubitka pacijenta preplavljena osjećajima.

## 9. ZAKLJUČAK

Glavna hipoteza postavljena u ovom istraživanju bila je istražiti žaluju li medicinske sestre za preminulim pacijentom te njihove stavove prema smrti. Istraživanje je pokazalo kako medicinske sestre koje se češće suočavaju sa smrću pacijenata manje misle na preminulog pacijenta ( $r=0,222$ ) te postoji srednje jaka korelacija između učestalosti susretanja sa smrću i preokupiranosti mislima o pacijentu te su ispitanici najveći broj bodova dodijelili tvrdnjama koje se odnose na neutralno prihvaćanje smrti. I muškarci i žene (5,80) pokazali su isti broj bodova kod ove tvrdnje te su stavovi prema smrti bili relativno slični. Velika većina ispitanika (70,9%) iskusila je žalovanje za pacijentom. Tako da je ovim tvrdnjama glavna hipoteza polovično dokazana; medicinske sestre žaluju za preminulim pacijentom ali imaju neutralan stav prema smrti.

Hipoteza 1: medicinske sestre koje se češće susreću sa smrću imaju pozitivnije stavove prema smrti od onih koje se ne susreću sa smrću u svakodnevnom radu odbacuje se, iako medicinske sestre koje češće doživljavaju smrt pacijenta imaju veći broj bodova kod dimenzija prihvaćanja smrti, ali ta razlika nije statistički značajna. Medicinske sestre koje manje žaluju pokazuju manji strah od smrti, u odnosu na učestalost susretanja sa smrću pacijenta ( $r=0,502$ ). Najznačajniji rezultat bio je neutralno prihvaćanje smrti, a najmanje bodova dobilo je prihvaćanje smrti. Ispitanici koji se češće susreću sa smrću dali su najveći broj bodova dimenziji izbjegavanje smrti ( $M=4,25$ ), što bi moglo značiti kako medicinske sestre nemaju obrambene mehanizme suočavanja sa smrću te im je potrebna psihološka potpora za koje su u velikoj mjeri iskazale zanimanje kroz istraživanje.



Hipoteza 2: medicinske sestre koje imaju kraći radni staž češće žaluju za preminulim pacijentom, odbacuje se. Žalovanje kod medicinskih sestara pokazalo se puno učestalije s obzirom na dob, a ne na radni staž. Starija dobna skupina medicinskih sestara (40-55) pokazala se puno osjetljivijom kada se radi o žalovanju za preminulim pacijentom. Medicinske sestre koje imaju manje godina radnog staža imale su manje poteškoća sa spavanjem i nisu bile toliko preokupirane mislima o pacijentu kao starije kolegice.

## 10. LITERATURA

1. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. [Jul 28, 2018]; *Int J Nurs Stud.* 2015 52(1):288–296. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009. [Internet] (posjećeno: 4.4.2022.) Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25445033/>
2. Liu YC, Chiang HH. From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. [Ago 15, 2018]; *Eur Oncol Nurs Soc.* 2017 31:30–36. doi: 10.1016/j.ejon.2017.09.002. [Internet] (posjećeno: 4.4.2022.) Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173824/>
3. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. [Ago 12, 2018]; *Int J Nurs Studies.* 2013 50(2):143–153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009. [Internet] (posjećeno: 5.4.2022.) Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23254247/>
4. Barnett MD, Moore JM, Garza CJ. Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. [Ago 8, 2018]; *J Nurs Manage.* 2019 27(4):775–780. doi: 10.1111/jonm.12737. [Internet] (posjećeno: 2.4.2022.) Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30481407/>
5. Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. [Oct 23, 2018]; *Palliative Supportive Care.* 2014 12:309–316. doi: 10.1017/S1478951513000138. [Internet] (posjećeno: 6.4.2022.) Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23750857/>
6. Elisabeth Kubler-Ross, MD, *O smrti i umiranju*, Zagreb, MISL, 2007.
7. Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, Van Der Houwen K. Exploring Death Anxiety among Elderly People: A Literature Review and Empirical Investigation. *OMEGA - Journal of Death and Dying.* 2012;64(4):357-379. doi:10.2190/OM.64.4.e
8. Moly Leszcz, Irvin D. Yalom & Michael Norden (1985) The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions, *International Journal of Group Psychotherapy*, 35:3, 411-433, DOI: [10.1080/00207284.1985.11491425](https://doi.org/10.1080/00207284.1985.11491425) Internet (posjećeno: 24.6.2022.) Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F00207284.1985.11491425>
9. Barak, A, Hen, L, Boniel-Nissim, M and Shapira, N (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109–160. doi:10.1080/15228830802094429 Internet (posjećeno: 24.6.2022.) Dostupno na:

<https://www.cambridge.org/core/journals/behaviour-change/article/overcome-death-anxiety-the-development-of-an-online-cognitive-behaviour-therapy-programme-for-fears-of-death/CB9351FC2B892C865E1949AC28B2DA81>

10. Holland, JM, Klingspon, KL, Lichetnthal, WG and Neimeyer, RA (2018). The Unfinished Business in Bereavement Scale: Development and psychometric evaluation. *Death Studies*, doi:10.1080/07481187.2018.1521101 Internet (posjećeno: 24.6.2022.) Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2015.1029143>
11. Wong PT, Reker GT, Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. 1994;121:121-48. Internet (posjećeno: 24.6.2022.) Dostupno na: [https://books.google.hr/books?hl=en&lr=&id=ziZACwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=wong+reker&ots=7YNPke\\_AHt&sig=uBbysUE1BQUADwBN2ZkfcUmX\\_f4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=wong%20reker&f=false](https://books.google.hr/books?hl=en&lr=&id=ziZACwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=wong+reker&ots=7YNPke_AHt&sig=uBbysUE1BQUADwBN2ZkfcUmX_f4&redir_esc=y#v=onepage&q=wong%20reker&f=false)
12. Ross CK, Frommelt G, Hazelwood L, Chang RW. The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *Marketing Health Services*. 1987 Dec 1;7(4):16. Internet (posjećeno: 24.6.2022.) Dostupno na: <https://www.proquest.com/docview/232352766?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
13. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*. 2018 Jan;27(1-2):e39-49. Internet (posjećeno: 24.6.2022.) Dostupno na: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2010.16.9.78636>
14. Khader KA, Jarrah SS, Alasad J. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2010 Jun;2(1):1-9. Internet (posjećeno: 24.6.2022.) Dostupno na: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37394442/article1-Khader\\_et\\_al-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1656075248&Signature=KDpN4TzQBd8~qloEukXx9TI76aSszXDbWs6M31N16C4j9fbNqS1I9oS~FOPdnkPPSEdXc2plhJOrxHETN7xsdZ60YFqFNFB6rgtxEveugb7Tkei1iJeEiZ1zZq7z9JTwuU8OtJ27-1lHCpAJGAD7fZoCcX9KkUNRAMpJi~hjnKxG3hU-WKrfXVDV3UzzggVB0z8WUQQ4rGKVM019Fscyx13ceVgk8g1tIpl2LGuAM5l~~03EJ4ikzqjYWI88TalrUXt4NjvvNNjS7qW9oplvsQXUNCM-aQT97TQEFomX-CIVnv21HYyX8Dyn8DqVcEpDFwRh7AI~gK8T853wOm4EKg\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37394442/article1-Khader_et_al-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1656075248&Signature=KDpN4TzQBd8~qloEukXx9TI76aSszXDbWs6M31N16C4j9fbNqS1I9oS~FOPdnkPPSEdXc2plhJOrxHETN7xsdZ60YFqFNFB6rgtxEveugb7Tkei1iJeEiZ1zZq7z9JTwuU8OtJ27-1lHCpAJGAD7fZoCcX9KkUNRAMpJi~hjnKxG3hU-WKrfXVDV3UzzggVB0z8WUQQ4rGKVM019Fscyx13ceVgk8g1tIpl2LGuAM5l~~03EJ4ikzqjYWI88TalrUXt4NjvvNNjS7qW9oplvsQXUNCM-aQT97TQEFomX-CIVnv21HYyX8Dyn8DqVcEpDFwRh7AI~gK8T853wOm4EKg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
15. López-Pérez ME, Pino-Just M, Campos A. Image of Death and Attitude towards Death. *North American Journal of Psychology*. 2020 Dec 1;22(4). Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: [https://www.researchgate.net/profile/Alfredo-Campos-3/publication/346966861\\_Image\\_of\\_Death\\_and\\_Attitude\\_Towards\\_Death/links/5fd52028a6fdccdc8c06444/Image-of-Death-and-Attitude-Towards-Death.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alfredo-Campos-3/publication/346966861_Image_of_Death_and_Attitude_Towards_Death/links/5fd52028a6fdccdc8c06444/Image-of-Death-and-Attitude-Towards-Death.pdf)

16. Puente-Fernández D, Lozano-Romero MM, Montoya-Juárez R, Martí-García C, Campos-Calderón C, Hueso-Montoro C. Nursing professionals' attitudes, strategies, and care practices towards death: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020 May;52(3):301-10. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12550>
17. Palgi P, Abramovitch H. Death: A cross-cultural perspective. *Annual review of Anthropology*. 1984 Jan 1:385-417. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://www.jstor.org/stable/2155675>
18. Bruce CA. Helping patients, families, caregivers, and physicians, in the grieving process. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2007 Dec 1;107(s7):E33-40. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.7556/jaoa.2007.20039/html>
19. Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Requena-Mullor MD. Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 May 24;18(11):5587. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5587/htm>
20. Bailey C, Murphy R, Porock D. Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*. 2011 Dec;20(23-24):3364-72. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x>
21. Palgi Y, Shrira A, Ben-Ezra M, Spalter T, Kavé G, Shmotkin D. Age-related and death-related differences in emotional complexity. *Psychology and aging*. 2014 Jun;29(2):284. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/2014-24959-010>
22. Hercigonja-Kocijan D. Psihološki aspekti umiranja i smrti. Crkva u svijetu: Crkva u svijetu. 1998 Mar 20;33(1):21-9. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/78056>
23. Rudan V, Marčinko D. Žalovanje. Zagreb: Medicinska naklada. 2014.
24. Klikovac T. Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tugovanje. *Psihološka istraživanja*. 2010;13(2):261-71 Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: [https://web.archive.org/web/20180510172829id\\_/https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0352-7379/2010/0352-73791002261K.pdf](https://web.archive.org/web/20180510172829id_/https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0352-7379/2010/0352-73791002261K.pdf)
25. Neimeyer RA. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Taylor & Francis; 2015 Dec 22.
26. Avis KA, Stroebe M, Schut H. Stages of Grief Portrayed on the Internet: A Systematic Analysis and Critical Appraisal. *Front Psychol*. 2021 Dec 2;12:772696. doi: 10.3389/fpsyg.2021.772696. PMID: 34925174; PMCID: PMC8675126. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34925174/>

27. Tyrrell P, Harberger S, Schoo C, Siddiqui W. Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief. 2022 Apr 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 29939662. (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/#article-29430.s3>
  
28. Klass D. John Bowlby's model of grief and the problem of identification. OMEGA-Journal of Death and Dying. 1988 Feb;18(1):13-32. Internet (posjećeno: 25.6.2022.) Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/63pm-gef7-3p13-473d>
  
29. Dunne K. Grief and its manifestations. Nursing Standard (through 2013). 2004 Jul 21;18(45):45. Internet (posjećeno: 26.6.2022.) Dostupno na: <https://www.proquest.com/openview/f82d6d2356676612478297c27daa7c4d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30130>
  
30. Nagel T. Death. Noûs. 1970 Feb 1:73-80. Internet (posjećeno: 26.6.2022.) Dostupno na: <https://www.jstor.org/stable/2214297>
  
31. Riedel B, Horen SR, Reynolds A, Hamidian Jahromi A. Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. Front Public Health. 2021 Oct 26;9:707358. doi: 10.3389/fpubh.2021.707358. PMID: 34765579; PMCID: PMC8575697. Internet (posjećeno: 26.6.2022.) Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8575697/>
  
32. Chard KM, Ricksecker EG, Healy ET, Karlin BE, Resick PA. Dissemination and experience with cognitive processing therapy. Journal of Rehabilitation Research & Development. 2012 Aug 1;49(5). Internet (posjećeno: 27.6.2022.) Dostupno na: <https://www.rehab.research.va.gov/JOUR/2012/495/pdf/chard495.pdf>
  
33. Jukić V., Pisk Z. i sur., PSIHOTERAPIJA - škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.

## 11. PRIVITCI

PRIVITAK A: Anketni upitnik: Stavovi o smrti i žalovanje medicinskih sestara nakon gubitka pacijenta

### Sociodemografski dio:

1. Spol:
  - a) Muško
  - b) Žensko
  
2. Dob:
  - a) Do 25
  - b) 26 – 39
  - c) 40 – 55
  - d) Više od 56
  
3. Zvanje:
  - a) Medicinska sestra opće njege
  - b) Medicinska sestra
  - c) Prvostupnica sestrinstva
  - d) Magistra sestrinstva
  - e) Diplomirana medicinska sestra
  - f) Medicinska sestra – doktor znanosti
  
4. Radno mjesto:
  - a) Ambulanta PZZ
  - b) Poliklinika
  - c) Bolnički odjel
  - d) Paliјativna njega
  - e) Nešto drugo, navedite \_\_\_\_\_

5. Studirate li trenutno?
- a) Da
  - b) Ne
6. Ako studirate, navedite studij:
- a) Preddiplomski stručni studij
  - b) Diplomski stručni studij
  - c) Doktorski studij
  - d) Nešto drugo, navedite \_\_\_\_\_
7. Godine radnog staža:
- a) 0 – 10
  - b) 11 – 20
  - c) 21 – 30
  - d) 31 godina i više

**Upitnik o žalovanju:**

SIMPTOMI ŽALOVANJA KOD MEDICINSKIH SESTARA

1. Koliko često se susrećete s gubitkom pacijenta?
- a) Nikada
  - b) Nekoliko puta godišnje
  - c) Nekoliko puta mjesečno
  - d) Nekoliko puta tjedno
  - e) Svakodnevno
2. Nikada mi se nije dogodilo da žalujem za pacijentom.
- 1      2      3      4      5
- Uopće se ne slažem slažem se u potpunosti

3. Nakon gubitka pacijenta preplavljena sam osjećajima.

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

4. Nakon gubitka pacijenta imam poteškoća sa spavanjem.

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

5. Nakon gubitka pacijenta nemam apetita i loše mi je ako nešto pojedem.

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

6. Nakon gubitka pacijenta osjećam se iscrpljeno i umorno.

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

7. Nakon gubitka pacijenta preokupirana sam mislima o pacijentu.

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

8. Nakon gubitka pacijenta osjećam strah da će se nešto strašno dogoditi.

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

9. Nakon gubitka pacijenta, stvari koje su mi nekada predstavljale užitek, tada se čine besmislenima.

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti



10. Nakon gubitka pacijenta osjećam pritisak u prsima, otežano dišem i imam glavobolju.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

11. Nakon gubitka pacijenta sklona sam pretjeranoj konzumaciji alkohola.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

12. Nakon gubitka pacijenta treba mi neko vrijeme nasamo kako bih se sabrala.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

## PONAŠANJE I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA NAKON SMRTI PACIJENTA

1. Smatram da medicinske sestre koje žaluju za pacijentom nisu za ovaj posao.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

2. Nakon gubitka pacijenta imam običaj zapaliti svijeću i pustiti otvorena vrata njegove sobe.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

3. Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihičke pomoći (supervizija/međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

4. Smatram da bi svaka ožalošćena medicinska sestra trebala primiti psihološku pomoć u vidu psihoterapije, ako je to potrebno.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

5. Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

6. Nakon gubitka pacijenta moram se nekako opustiti kako bih mogla dalje funkcionirati.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

7. Nakon gubitka pacijenta često razmišljam kako bih napustila ovaj posao.

1      2      3      4      5

Uopće se ne slažem

slažem se u potpunosti

### **Standardizirani upitnik " Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)"**

Brojevi znače sljedeće:

1 – u potpunosti se ne slažem

2 – ne slažem se

3 – umjereno se ne slažem

4- neodlučan/na sam

5 – umjereno se slažem

6 – slažem se

7 – u potpunosti 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. Uznemirena 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. Kad god 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 ju 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 mi 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

## PRIVITAK B: Popis ilustracija

### Tablice

Tablica 1.: Sociodemografska obilježja.....	17
Tablica 2.: Učestalost susretanja s gubitkom pacijenta.....	18
Tablica 3.: Simptomi žalovanja (u %).....	19
Tablica 4.: Matrica korelacija – Simptomi žalovanja.....	20
Tablica 5.: Analiza varijance – Žalovanje s obzirom na radni staž.....	21
Tablica 6.: Analiza varijance – Žalovanje s obzirom na dob.....	22
Tablica 7.: Analiza varijance – Žalovanje s obzirom na radno mjesto.....	24
Tablica 8.: T Test za nezavisne uzorke – Žalovanje s obzirom na spol.....	25
Tablica 9.: Ponašanje i stavovi o žalovanju (u %).....	26
Tablica 10.: Analiza varijance – Stavovi i ponašanja o žalovanju s obzirom na radno mjesto.....	27
Tablica 11.: Matrica korelacija – Stavovi i ponašanja o žalovanju.....	28
Tablica 12.: Hi Kvadrat test „Smatram da bi medicinske sestre trebale imati neki oblik psihološke pomoći (supervizija/međusobni razgovori) nakon gubitka pacijenta“ i „Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao“.....	30
Tablica 13.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama.....	32
Tablica 14.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema spolu.....	33
Tablica 15.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema radnom mjestu.....	33
Tablica 16.: Povezanost između dimenzija dobi i radnog staža.....	34
Tablica 17.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema zvanju.....	35
Tablica 18.: Prosječne vrijednosti i odstupanja po dimenzijama prema tome studiraju li trenutno ispitanici ili ne studiraju.....	36
Tablica 19.: Analiza varijance – Dimenzije o smrti s obzirom na učestalost susretanja sa smrću.....	37

### Slike

Slika 1.: Ispitanici prema spolu.....	16
---------------------------------------	----

Slika 2.: Ispitanici prema spolu.....	22
Slika 3.: Dijagram rasipanja između tvrdnji „Nakon gubitka pacijenta moram se nekako opustiti kako bih mogla dalje funkcionirati“ i „Nakon gubitka pacijenta ne mogu se koncentrirati na posao“.....	29
Slika 4.: Dijagram rasipanja između varijabli žalovanje i strah od smrti.....	38

## **12. KRATAK ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA**

Sanja Čemeljić Slanina rođena je 5.1.1987. godine u Rijeci, kamo pohađa i osnovnu školu Gornja Vežica te 2001. godine upisuje medicinsku školu u Rijeci. Od 2009. godine zaposlena je na klinici za kirurgiju, odjelu Torakalne kirurgije, kamo radi i sada.

2016. godine upisuje preddiplomski stručni studij sestrinstva, koji završava 2019. godine te odmah potom upisuje diplomski sveučilišni studij Promicanja i zaštite mentalnog zdravlja na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci.