

Stavovi studenata sestrinstva o specifičnostima mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika na onkologiji

Purgar, Lea

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:184:429271>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-23**

Repository / Repozitorij:

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



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

Lea Purgar

**STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA O SPECIFIČNOSTIMA MENTALNOG
ZDRAVLJA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA NA ONKOLOGIJI: rad s istraživanjem**

Diplomski rad

Rijeka, 2022.

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

Lea Purgar

**ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TOWARDS THE SPECIFICS OF MENTAL
HEALTH IN ONCOLOGY HEALTH PROFESSIONALS: research**

Master's thesis

Rijeka, 2022.

Izvjeshće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA
Studij	DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	LEA PURGAR
JMBAG	1003129758

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA O SPECIFIČNOSTIMA MENTALNOG ZDRAVLJA ZDRAVSTVENIH DJELAVIKA NA ONKOLOGIJI
Ime i prezime mentora	Radoslav Kosić, prof.rehab./komentor: doc.dr.sc. Sandra Bošković, prof.rehab.
Datum predaje rada	2.kolovoza 2022. god.
Identifikacijski broj podneska	1882390848
Datum provjere rada	14.kolovoza 2022. god.
Ime datoteke	Purgar_Lea_diplomski_rad.docx
Veličina datoteke	279.1K
Broj znakova	114683
Broj riječi	18051
Broj stranica	78

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	2%
Internet Source	2%

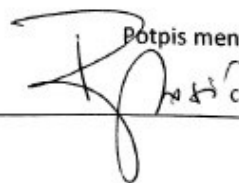
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	14.kolovoza.2022. god.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> Da
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (ako treba, dodati zasebno)	Nakon provjere podudarnosti o izvornosti studentskog rada u Turnitin programu dobiven je rezultat od 2%. Može se zaključiti da je diplomski rad izvorni rad studentice.

Datum

14. kolovoza 2022. god.

Potpis mentora





Sveučilište u Rijeci • Fakultet zdravstvenih studija
University of Rijeka • Faculty of Health Studies

Viktora Cara Emina 5 • 51000 Rijeka • CROATIA
Phone: +385 51 688 266
www.fzsri.uniri.hr

Rijeka, 7. ožujak 2022.

Odobrenje nacrtu diplomskog rada

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

Stavovi studenata sestrinstva o specifičnostima mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika
na onkologiji

Attitudes of nursing students towards the specifics of mental health in oncology health
professionals

Student: Lea Purgar

Mentor: Radoslav Kosić, viši predavač, prof. rehab., bacc. med. techn.

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	1
1.1. <i>Onkologija</i>	1
1.1.1. Biologija raka.....	2
1.1.2. Etiologija i epidemiologija.....	4
1.1.3. Prevencija i dijagnostika.....	6
1.1.4. Klasifikacija tumorskih tvorbi	7
1.1.5. Liječenje.....	8
1.1.5.1. Profesionalna izloženost antineoplastičnim lijekovima.....	10
1.2. <i>Zdravstvena njega onkološkog pacijenta</i>	11
1.2.1. Sestrinske dijagnoze u skrbi za onkološkog pacijenta.....	12
1.2.2. Hitna stanja u onkologiji.....	12
1.2.3. Psihoonkološki aspekt zdravstvene njege.....	13
1.2.4. Palijativna skrb.....	13
1.2.5. Kompetencije i edukacija onkoloških medicinskih sestara/tehničara.....	14
1.3. <i>Mentalno zdravlje onkoloških medicinskih sestara/tehničara</i>	17
1.3.1. Stres i anksioznost.....	17
1.3.1.1. Stres.....	17
1.3.1.2. Anksioznost.....	21
1.3.1.3. Moralni distres.....	21
1.3.1.4. Mehanizmi obrane.....	22
1.3.1.5. Psihosomatske bolesti	22
1.3.2. Depresija	23
1.3.3. Zlostavljanje i mobing na radnom mjestu.....	24

1.3.4.	Sindrom izgaranja	24
1.3.5.	Prevenција razvoja mentalnih poteškoća	25
2.	CILJEVI I HIPOTEZE	27
3.	ISPITANICI I METODE	28
3.1.	<i>Ispitanici</i>	28
3.2.	<i>Postupak i instrumentarij</i>	28
3.3.	<i>Statistička obrada podataka</i>	29
3.4.	<i>Etički aspekti istraživanja</i>	30
4.	REZULTATI	32
4.1.	<i>Sociodemografski podaci ispitanika</i>	32
4.2.	<i>Stavovi vezani za karakterističnosti rada na onkologiji</i>	39
4.3.	<i>Stavovi vezani za specifičnosti mentalnog zdravlja</i>	40
4.4.	<i>Efekt razine studija</i>	42
4.5.	<i>Efekt radnog iskustva</i>	44
5.	RASPRAVA	47
6.	ZAKLJUČAK	54
	LITERATURA	55
	PRILOZI	61
	ŽIVOTOPIS	69

Popis korištenih kratica:

DNA – deoksiribonukleinska kiselina

HPV – humani papiloma virus

HIV – virus humane imunodeficijencije

PAPA – test po Papanicolauu

PSA – prostata specifični antigen

TNM – tumor nodus metastaze klasifikacija

AJCC – American Joint Committee on Cancer

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

PICC – periferni intravenski kateter

CVK – centralni venski kateter

MBI – Maslach burnout inventory

SAŽETAK

UVOD: Onkologija je grana medicine poznata po svojoj kompleksnosti u prevenciji, dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji osoba oboljelih od malignih bolesti. Skrb o onkološkom pacijentu zahtijeva multidisciplinarnan pristup u kojem važnu ulogu ima upravo medicinska sestra/tehničar.

CILJ: Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati stavove studenata sestrinstva o potencijalnim negativnim posljedicama na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika zaposlenih na odjelu onkologije. Nadalje, usporedile su se razlike u stavovima s obzirom na razinu studija koju ispitanici pohađaju te broj godina radnog iskustva u području sestrinstva.

METODE I ISPITANICI: Stavovi su mjereni autorskim upitnikom izrađenim isključivo za potrebe ovog istraživanja. U istraživanju je sudjelovalo 103 studenata preddiplomskih i diplomskih, stručnih i sveučilišnih studija neovisno o godini studiranja.

REZULTATI: Rezultati dobiveni provedbom istraživanja pokazuju kako većina studenata zdravstvenu njegu onkoloških pacijenta smatra izuzetno kompleksnom. Najveće slaganje uočeno je u tvrdnjama vezanim za pružanje specifične psihološke potpore onkološkim pacijentima, izloženosti nizu kroničnih stresora te tvrdnji da nedostatak slobodnog vremena pogoduje razvoju simptoma sindroma izgaranja. Ispitanici su se u najmanjoj mjeri složili s tvrdnjom adekvatnosti plaće te tvrdnjom da svjedočenje smrti može pomoći u prevladavanju straha od smrtnosti. Glavne razlike uočene na temelju dobivenih odgovora, s obzirom na razinu obrazovanja i radno iskustvo u struci, odnose se na adekvatnost plaće na onkološkim odjelima te izloženosti nizu kroničnih stresora.

ZAKLJUČAK: Unatoč nekoliko uočenih razlika u stupnju slaganja s tvrdnjama, zaključak je da studenti sestrinstva u podjednakoj mjeri smatraju da rad na onkologiji pogoduje razvoju mentalnih poteškoća.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, onkologija, stavovi, studij sestrinstva

ABSTRACT

INTRODUCTION: Oncology is a branch of medicine known for its complexity when it comes to preventing, diagnosing, treating, and rehabilitating people suffering from a malignant disease. Oncology patient care calls for a multidisciplinary approach in which an important role is played by nurses.

AIM: The main goal of this survey was to examine the attitudes of nursing students towards potential negative consequences for healthcare professionals working in the oncology department. Furthermore, the differences in attitudes were compared based on the level of study of the participants and their years of work experience in nursing.

METHODS AND RESPONDENTS: The attitudes were measured using a questionnaire which was made exclusively for the purposes of this survey. One hundred and three undergraduate and graduate, professional and university study students participated in the survey regardless of the academic year they enrolled in.

RESULTS: The survey results show that the majority of students consider oncology patient care to be highly complex. The highest level of agreement was observed in statements related to the provision of specific psychological support to oncology patients, and exposure to a series of chronic stressors, and the statement that a lack of free time favours the development of burnout syndrome symptoms. The participants least agreed with the statement related to salary adequacy, and the statement that witnessing death can help overcome the fear of death. The main differences observed based on the answers received, with regard to the participants' education level and work experience, relate to salary adequacy in oncology departments, and exposure to a series of chronic stressors.

CONCLUSION: Although some differences in the level of agreement were noted, we arrived at the conclusion that nursing students agree in equal measure that working in oncology favours the development of mental health problems.

Key words: attitudes, medical oncology, mental health, nursing education

1. UVOD

Bolesti, zarazne i nezarazne, gotovo su neizbježan dio životnog ciklusa živih bića. Napretkom znanosti i medicine, velik broj uzročnika se reducirao, društvo je osvijestilo važnost brige o zdravlju pojedinca, ali i brigu o populaciji općenito. U drugoj polovici 20. stoljeća, razvijene zemlje svijeta svoj dosadašnji strah od zaraznih bolesti zamijenile su strahom od nedovoljno istraženih malignih bolesti (1,2). Svi višestanični organizmi podložni su razvoju bolesti koju nazivamo rak (1). Maligne promjene na kostima zabilježene su čak i prije pojave *Homo sapiens* odnosno čovjeka kakvim ga danas poznajemo (1).

Stavovi su psihološka sklonost pojedinca koja se očituje vrednovanjem entiteta s određenim stupnjem slaganja ili neslaganja. Ljudi formiraju stavove na temelju vlastitih kognitivnih, afektivnih i ponašajnih odgovora na određeni entitet primjerice osobu, skupinu ljudi, ideju ili pojavu. Stavovi se oblikuju od najranije dobi putem procesa socijalizacije na osnovu vlastitog iskustva ili posrednim djelovanjem socijalne okoline. Relativno su trajna i stabilna struktura, a svojim postojanjem selektivno utječu na percepciju i pamćenje (3,4). Medicinske sestre/tehničari stavove vezane uz sestrinstvo ponajviše formiraju tijekom procesa obrazovanja uvidom u teorijski i praktični dio pojedinih grana medicine. Pojam onkologije nerijetko izaziva negativne reakcije i uza sebe veže stav da je rad na onkologiji prije svega emocionalno i fizički iscrpan.

1.1. Onkologija

Rak se donedavno smatrao neizlječivim i ujedno sinonimom za smrt. Razvojem onkologije kao grane medicine bolest je svoj tijek iz akutnog promijenila u kroničan, a uvođenjem novih metoda liječenja izgledi za preživljavanje iz dana u dan sve su veći. Liječenje malignih bolesti zahtijeva multidisciplinarni pristup, a s obzirom na kroničan tijek naglasak se stavlja na postizanje visokog stupnja kvalitete života oboljelih. Multidisciplinarni pristup obuhvaća timsku suradnju različitih specijalizacija u medicini kao što su klinička onkologija, kirurgija, radiologija, citologija, patologija, specijalistička znanja iz područja internističke medicine, epidemiologija, nuklearna i obiteljska medicina te palijativna skrb. Neizostavan dio tima čine i medicinska sestra/tehničar,

psiholog, fizioterapeut te nutricionist (5).

Onkologija je grana medicine usmjerena na prevenciju, rano otkrivanje, dijagnostiku i liječenje malignih bolesti. Rak je skupni naziv za različite vrste bolesti povezane procesom zloćudne pretvorbe zdravih stanica u organizmu (5).

U medicinskom vokabularu postoji nekoliko pojmova čije se značenje često poistovjećuje. Uz riječ rak koriste se pojmovi tumor, novotvorina, neoplazma i malignitet odnosno maligna bolest. Novotvorina, neoplazma ili tumor nastaje proliferacijom zdravih stanica kao posljedica poremećaja u regulaciji rasta stanice, a rezultira nasljedno izmijenjenim, relativno autonomnim rastom tkiva (1). Neoplazme se dijele na benigne i maligne. Benigne odnosno dobroćudne tumorske tvorbe u pravilu rastu sporije, lako se kirurški odstranjuju, ne infiltriraju okolna tkiva, ne metastaziraju i vrlo se rijetko recidiviraju. S druge strane, malignitet označava agresivnost u procesu proliferacije stanica. Stanice se nekontrolirano dijele i diferenciraju u zloćudne. Ovakva vrsta neoplazme ima velik potencijal infiltracije i razaranja okolnih tkiva te sposobnost metastaziranja u druge dijelove tijela pomoću krvožilnog i limfnog sustava. Većina razlika između benignih i malignih tumora je relativna dok je sposobnost metastaziranja isključivo obilježje zloćudne bolesti. Usporedno s rastom maligne neoplazme javljaju se komorbiditeti, a u slučaju neliječenja smrtni ishod je neizbježan (1).

Maligne tvorbe međusobno se razlikuju prema etiologiji i biologiji, specifičnosti kliničke slike te posljedično vrstama i mogućnostima liječenja (5). Danas je poznato više od 100 vrsta malignih oboljenja. Glavna podjela obuhvaća karcinome, sarkome, leukemije, limfome i mijelome. Karcinom je naziv za maligne tvorbe koje zahvaćaju kožu ili tkiva unutarnjih organa. Sarkomi zahvaćaju potporna i vezivna tkiva (kost, hrskavicu, masno tkivo, mišiće i krvne žile). Leukemije zahvaćaju krvotvorni sustav, nezrele stanice u koštanoj srži te uzrokuju ulazak abnormalnih krvotvornih stanica u krvotok. Limfomi i mijelomi zahvaćaju stanice imunološkog sustava. U posebnu kategoriju mogu se svrstati i tumori središnjeg živčanog sustava, a oni, kao što sam naziv govori, zahvaćaju mozak i kralježničnu moždinu (6).

1.1.1. Biologija raka

Maligna pretvorba stanica nastaje kao posljedica mutacije gena. U manjem broju slučajeva mutacija se događa nasljedno, a nerijetko pod djelovanjem mutagena ili greškom

prilikom diobe DNA. Mutacije se dijele na pokretačke i usputne. Pokretačke mutacije vežu se isključivo uz gene odgovorne za uzročno i funkcionalno nastajanje raka. Usputne mutacije najčešći su uzrok nastajanja, a posljedica su genomske nestabilnosti. Da bi stanica zadobila maligna svojstva potrebno je više pokretačkih mutacija u različitim genima (5).

Kada se govori o obilježjima raka, postoji nekoliko ključnih razlika u odnosu na zdravo tkivo. Maligno promijenjeno tkivo posjeduje sposobnost ignoriranja signala rasta odnosno neosjetljivo je na faktore inhibicije rasta, a do izražaja dolazi spomenuta autonomija u kontroli brzine istog. U svrhu očuvanja homeostaze i optimalnog funkcioniranja organizma, evolucijom je razvijena programirana smrt stanice odnosno apoptoza. Maligne stanice svojim nekontrolirano brzim umnažanjem uspješno izmiču ovom evolucijskom procesu, a potencijal umnažanja je neograničen. Ono što je osobito važno za progresiju bolesti jest angiogeneza. Ovaj proces postaje neophodan nakon što tumor dosegne veličinu od svega jednog do dva milimetra u promjeru (5,7). Ostala ključna obilježja obuhvaćaju sposobnost invazije u okolna tkiva, presađivanje, izbjegavanje imunološkog odgovora odnosno modulaciju imunoreakcije, poremećaj u metabolizmu tkiva, genomsku nestabilnost i upalu (5).

Onkogeni, kao što sam naziv govori, imaju ključnu ulogu u procesu nastanka maligne bolesti. Svaka normalna stanica koristi mehanizam proliferacije i diferencijacije, a toj regulaciji potpomaže inačica spomenutih gena – protoonkogeni. Oni nadziru kontrolu staničnog rasta, diobu i diferencijaciju kako bi se isti uskladili s uvjetima u kojima se stanica nalazi. To se odvija putevima prijenosa signala u obliku čimbenika rasta koji se vežu na staničnu membranu. S druge strane postoje supresorski geni čija je uloga inhibirati procese povezane s rastom, diobom i diferencijacijom stanice. Glavni cilj protoonkogeni i supresorskih gena jest održavanje ravnoteže u izmjeni faza diobe i mirovanja stanice. Mutacija supresorskih gena dovodi do inaktivacije primarne funkcije, do gubitka njihovih proteinskih produkata i time uzrokuje nekontroliranu proliferaciju stanica. Osim sposobnosti inhibicije, supresorski geni nose važnu ulogu u popravljaju oštećenja na genetskom materijalu. Aktivirani gen zaustavlja stanični ciklus, aktivira popravak DNA, a ukoliko se oštećenje ne popravi prije replikacije materijala nastupa apoptoza stanice. Ovaj proces je od velike važnosti jer istraživanja dokazuju da nepopravljeno oštećenje DNA značajno povećava rizik od maligne pretvorbe stanice (5,8).

Tumorsko tkivo izgrađeno je od malignih stanica, tumorske strome i izvanstaničnih

struktura. Stromu čine brojne zdrave stanice organizma primjerice makrofagi, limfociti i drugi. Progresija bolesti zapravo je determinirana komunikacijskim procesima između navedenih segmenata tkiva. Tumorska angiogeneza nastaje stvaranjem novih krvnih žila iz postojećeg krvotvornog sustava, a potom njihovim urastanjem u tumorsko tkivo. Presađivanje ili metastaziranje je proces diseminacije stanica raka iz primarnog sijela u distalne organe unutar tijela. Metastaziranje putem krvi i limfnog sustava primarni je uzrok smrtnosti od raka. Ulazak u krvotvorni i limfni sustav složen je proces u kojem maligne stanice prelaskom bazalne membrane napuštaju primarno sijelo. Upravo taj čin prodora kroz bazalnu membranu u okolna tkiva specifičan je za maligne stanice u odnosu na benigne, a naziva se invazijom. Ulazak zloćudnih stanica u krv ili limfu ne predstavlja nužan nastanak metastatskih tvorbi (5,9).

Imunološki sustav djeluje kao mehanizam obrane u borbi protiv stranih mikroorganizama, a neoplastične stanice također prepoznaje kao strane. Iako ima veliku ulogu u uništavanju zloćudnih stanica, kontroli nastanka i usporavanju progresije maligne bolesti, istraživanja su pokazala da uloga može biti i suprotna od očekivane. Rak svojom modulacijom imunoreakcije ima sposobnost potaknuti rast i uzrokovati progresiju bolesti. Lokalna upala tkiva oko tumorske tvorbe istodobno pokreće imunoreakciju, ali s druge strane potpomaže progresiji budući da upaljeno tkivo stvara pogodnu mikroklimu, a upalne stanice jak su čimbenik rasta. Iako postoje brojni načini za pokretanje imunoreakcije, borba imunološkog sustava uglavnom nije dovoljna za zaustavljanje progresije raka (5).

1.1.2. Etiologija i epidemiologija

Zloćudna preobrazba stanica događa se kao posljedica genskih mutacija. Mutacije mogu biti nasljedno uvjetovane, uzrokovane vanjskim čimbenicima ili rezultat pogreške u replikaciji genskog materijala. Postupna akumulacija mutacija pokretačkih gena periodički povećava staničnu proliferaciju i samim time dovodi do nastanka raka (10). Epidemiološka istraživanja pokazala su da postoje vanjski čimbenici i rizična ponašanja koja u većoj ili manjoj mjeri zajedno s genetskom predispozicijom uzrokuju određene vrste raka. Primarna prevencija odnosi se na otklanjanje okolinskih čimbenika rizika i promicanje zdravih životnih navika (5).

Karcinogeneza je naziv za proces maligne preobrazbe stanica, a dijeli se u tri kategorije s obzirom na uzrok. Kemijska karcinogeneza uključuje sve kemijske spojeve koji svojim aktivnim

djelovanjem utječu na promjenu genetskog materijala. O kemijskim čimbenicima rizika povezanim s načinom života možda se najviše govori, a to su pušenje, konzumacija alkohola, primjena lijekova te neadekvatne prehrambene navike. Kancerogenim tvarima moguće je biti izložen i u sklopu radnog mjesta. Fizička karcinogeneza odnosi se na ultraljubičasto i ionizirajuće zračenje dok biološki čimbenici obuhvaćaju djelovanje onkogenih virusa i bakterija, a to su primjerice Epstein-Barr virus, HPV (tip 16 i 18), HIV (tip 1), virus hepatitisa B, virus hepatitisa C, *Helicobacter pylori* i mnogi drugi (5,11).

Epidemiologija raka kao zasebna disciplina epidemiološke medicine koristi deskriptivnu epidemiologiju za istraživanje malignih bolesti u određenoj populaciji na određenom prostoru s ciljem prevencije i kontrole istih. Osnovni parametri deskriptivne epidemiologije jesu: incidencija (broj novooboljelih), prevalencija (ukupan broj oboljelih u određenom razdoblju), mortalitet (broj umrlih od raka u određenom razdoblju) i letalitet (broj umrlih od raka s obzirom na ukupni broj oboljelih u određenom razdoblju) (5).

U Hrvatskoj od 1959. godine aktivno je djelovanje Registra za rak pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (12). Evidentiranjem svake oboljele osobe te doživotnim praćenjem prikupljaju se medicinski i sociodemografski podaci u svrhu istraživanja pojavnosti, planiranja prevencije i evaluacije provedenih terapijskih mjera (5,12).

Globalno promatrano, maligne bolesti jedan su od vodećih javnozdravstvenih problema. Drugi su po redu uzrok smrtnosti u Hrvatskoj, ali i svijetu, nakon kardiovaskularnih bolesti (13). Podaci za Hrvatsku iz 2019. govore da je broj novooboljelih 25 352, od čega je 13 547 muškaraca i 11 805 žena. Stopa incidencije je 623,6 na 100 000 stanovnika (687,4 za muškarce i 563,6 za žene). Odnos između muškaraca i žena iznosi 53:47 što bi značilo da oba spola približno podjednako obolijevaju od zloćudnih bolesti. Iste godine u Hrvatskoj od zloćudnih bolesti umrlo je 13 344 osoba, od čega 7 728 muškarca i 5 616 žena. Stopa mortaliteta iznosi 328,2 na 100 000 stanovnika (392,1 za muškarce i 268,1 za žene). Omjer muškaraca i žena iznosi 58:42 (13).

Pet najčešćih sijela u muškaraca jesu prostata (20%), pluća (uključujući traheju i bronh; 17%), kolon (9%), završni dio kolona (rektosigmoidni dio, rektum i anus; 6%) i mokraćni mjehur (5%). Rak prostate, iako vodeći u incidenciji, ima značajno nižu stopu mortaliteta u odnosu na rak pluća. S druge strane za žene je i dalje vodeće sijelo dojka (25%), slijede pluća (uključujući traheju

i bronh; 9%), kolon (8%), tijelo maternice (7%) i štitnjača (6%). Dojka ima značajno veću stopu incidencije u odnosu na ostala sijela, ali isto tako relativno nisku stopu mortaliteta s obzirom na broj novooboljelih (13).

1.1.3. Prevencija i dijagnostika

Prevenciju malignih bolesti dijelimo na primarnu i sekundarnu. Primarna se odnosi na uklanjanje potencijalnih uzročnika bolesti dok sekundarna obuhvaća rano otkrivanje. Najpoznatija sekundarna mjera prevencije je probir ili takozvani *screening*. Probir je iznimno učinkovita metoda dijagnostike kojom se uočavaju maligna oboljenja unutar naizgled zdrave populacije. Kod primjene metoda probira važno je usmjeriti dijagnostiku na odgovarajuću populaciju, raspolagati adekvatnim metodama te osigurati mogućnosti daljnje dijagnostike i liječenje (5).

Tablica 1: Uvjeti za optimalnu metodu probira

visok stupanj osjetljivosti i specifičnosti	jednostavnost i efikasnost	financijska pristupačnost
značajna prognostička vrijednost	odsustvo štetnih posljedica	poznata klinička slika i progresija bolesti
primjenjivost na širokoj populaciji	prihvatljivost populaciji (s ciljem osiguravanja suradnje)	postojanje dokaza za prednosti ranog otkrivanja

Izvor: Vrdoljak E, Belac Lovasić I, Kusić Z, Gugić D, Juretić A. Klinička onkologija. 3. obnovljeno i izmijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.

Današnje metode probira omogućuju ranu dijagnostiku kod osoba oboljelih od raka dojke (mamografija, samopregled), raka vrata maternice (PAPA test i ginekološki pregled), raka debelog crijeva (testiranje stolice na okultno krvarenje) i raka prostate (digitorektalni pregled, transrektalni ultrazvuk i određivanje PSA u krvi). Fizikalni pregledi kao metoda probira pogodni su za svaku dobnu skupinu, a neki od njih mogu se obaviti samostalno u udobnosti vlastitog doma. Naglašava se važnost redovite kontrole stanja kože i usne šupljine, testisa, štitnjače, limfnih čvorova te razmatranje promjena rizičnih životnih navika glede pušenja, spolnosti, prehrambenih navika i mnogih drugih (5).

Molekularna dijagnostika, na temelju promjena strukture proteina, omogućuje ranu detekciju klinički i radiološki neuočljivih bolesti. S obzirom na promjene koje se događaju rastom i infiltracijom tumora, postoje određeni parametri specifični za pojedine maligne bolesti, a

otkrivanjem istih bavi se laboratorijska dijagnostika. Patološka i citološka dijagnostika mikroskopskim pregledom uzorka tkiva sudjeluje u postavljanju dijagnoze i kliničke prognoze bolesti. Uzorak tkiva dobiva se punkcijom, biopsijom ili kirurškim zahvatom (5).

Povremeno se bolest uoči u asimptomatskoj fazi prilikom nevezanih radioloških pretraga, ali najčešće je to tek nakon pojave simptoma. U razvijenim zemljama Europe potrebno je otprilike četiri do šest mjeseci za postavljanje dijagnoze od pojave prvih simptoma bolesti (14). Osim ranog otkrivanja bolesti, zadatak kliničke radiologije jest praćenje terapijskog odgovora pacijenta. Metode koje se koriste kod onkoloških pacijenta jesu standardne rentgenske metode i digitalne metode (ultrazvučni pregled, kompjuterizirana tomografija, magnetna rezonanca). Obje vrste mogu se koristiti nativno ili uz pomoć kontrastnog sredstva, a osobito je važno procijeniti potrebitost pretrage kako bi se izbjeglo nepotrebno štetno djelovanje ionizirajućeg zračenja ili kontrastnih sredstava (14).

1.1.4. Klasifikacija tumorskih tvorbi

Klasifikacija bolesti, kao znanstvena disciplina, neophodan je element u medicinskoj teoriji i svakodnevnoj praksi. Kroz povijesni razvoj medicine dokazano je da organizacija i kategorizacija različitih bolesti doprinosi procesu učenja i istraživanju, olakšava postavljanje dijagnoze i odličan je instrument u planiranju tretmana liječenja. Nomenklatura tumorskih tvorbi temelji se na nazivu organa koji je zahvaćen tumorskim tkivom, stoga razlikujemo rak dojke, rak pluća, rak debelog crijeva i mnoge druge. Specifične karakteristike omogućuju podjelu u dodatne podgrupe primjerice prema vrsti stanice koju zahvaća, prema histološkom gradusu i mnogim drugim. Napretkom dijagnostike i otkrivanjem novih karakteristika tumorskih tkiva stvara se podloga za preciznije klasifikacije koje posljedično osiguravaju optimiziranu terapiju i bolji ishod liječenja bolesti (15).

TNM klasifikacija razvijena je 1940-ih godina u Francuskoj, a njezina primjena proširila se globalno. Opisuje obilježja tumora s ciljem određivanja stadija bolesti. Slovo T označava veličinu tumora ili koliko duboko tumor prodire kroz slojeve stijenke, slovo N označava broj zahvaćenih limfnih čvorova i naposljetku slovo M odnosi se na postojanje metastaza. TNM klasifikacija različita je za svaku lokalizaciju tumora, a u stadije se grupira prema AJCC-u. Izuzetak su ginekološki tumori koji se grupiraju u stadije prema FIGO klasifikaciji. Ukoliko se

primarni tumor ne može utvrditi označava se oznakom Tx. Ako ne postoje dokazi za postojanje primarnog tumora koristi se oznaka T0. Tis označava tumor u nastajanju odnosno *in situ*. Oznake T1 do T4 definiraju stupanj invazije u okolna tkiva. Grupacija regionalnih limfnih čvorova sadržava oznaku za neutvrđenost zahvaćenosti čvorova Nx, nepostojanje zahvaćenih čvorova N0 i oznaku za broj zahvaćenih limfnih čvorova N1 do N3. Kod postojanja ili nepostojanja udaljenih metastaza koriste se oznake M1 i M0. Stadij odražava agresivnost tumora u datom trenutku, ali nedovoljan je čimbenik za stvarnu prognozu bolesti (5,16).

Neovisno o stadiju koji je određen tradicionalnom TNM klasifikacijom poznato je da se klinički tijek bolesti značajno razlikuje od pacijenta do pacijenta. S obzirom na činjenicu da su ljudi jedinstveni pojedinci tako su i pripadajući tumori jedinstveni u svakom aspektu. Kod većine klasifikacija, pa tako i u onkološkoj praksi, postoje određena ograničenja, ali i prostor za unaprjeđenje istih. Glavni problem jesu neadekvatne prognostičke informacije odnosno nemogućnost predviđanja odgovora organizma na primijenjenu terapiju. Istraživanja su pokazala da uključivanje imunoloških biomarkera može rezultirati kvalitetnijom prognozom i na individualnoj razini predvidjeti rezultate liječenja. Uvođenjem ovih parametara u standardni proces dijagnostike uvelike se olakšava kliničko donošenje odluka uključujući racionalnu stratifikaciju tretmana liječenja (17).

1.1.5. Liječenje

Planiranje onkološkog liječenja u potpunosti ovisi o vrsti maligne bolesti, osobitostima pacijenta i stadiju u kojem se bolest nalazi. Ukoliko je bolest otkrivena u jednom od prvih tri stadija, primarni cilj je izlječenje odnosno ulazak u fazu remisije. Liječenjem bolesti u posljednjem stadiju nastoji se prolongirati životni vijek uz održavanje maksimalne moguće kvalitete života. U onkologiji se razlikuje nekoliko vrsta i načina liječenja. Adjuvantno liječenje služi kao pomoćno liječenje primarnom obliku, a najčešće kirurškom zahvatu kako bi se smanjio rizik od povratka bolesti. Neoadjuvantnim liječenjem smanjuje se opseg bolesti i otvara mogućnost daljnjeg kirurškog liječenja. Primarno specifično onkološko liječenje primjenjuje se kada ne postoje indikacije za kirurški zahvat. Liječenje metastatske bolesti obuhvaća sve modalitete onkološkog liječenja, a to su kirurški zahvat, kemoterapija, radioterapija, imunoterapija, hormonska terapija, ciljana terapija i potporno simptomatsko liječenje. Konsolidacijsko liječenje provodi se nakon primarnog s ciljem održavanja ili pojačavanja učinka terapije. Konkomitantno liječenje

podrazumijeva istovremenu primjenu dva specifična onkološka liječenja. Sekvencijsko liječenje također obuhvaća specifične onkološke terapije, ali u ovom slučaju primjenjuju se jedna nakon druge. Naposljetku postoje i klinička ispitivanja za procjenu učinkovitosti i toksičnosti noviteta u onkološkom liječenju (5).

Radioterapija je oblik lokalnog onkološkog liječenja u kojem se snop visokoenergijskog zračenja usmjerava izravno na tumorsku tvorbu pritom štedeći okolno zdravo tkivo. S obzirom na terapijski cilj razlikuje se kurativni (neoadjuvantna, primarna, adjuvantna) i palijativni oblik zračenja. Palijativna radioterapija djeluje s ciljem prevencije ili smanjenja intenziteta postojećih simptoma. Koštane metastaze uzrokuju bol, povećavaju rizik od patoloških fraktura te mogu ozbiljno ugroziti zdravstveno stanje pojedinca ukoliko kompresivno djeluju na leđnu moždinu. Visceralne metastaze također uzrokuju bol, krvarenja, potencijalnu pojavu sindroma gornje šuplje vene te mogu opstruirati jednjak, dušnik, urotrakt, crijeva ili vrata maternice. Navedena stanja zahtijevaju hitnu radioterapijsku intervenciju. Ukupna planirana doza zračenja najčešće se dijeli u veći broj manjih doza odnosno frakcija. Teleradioterapija je oblik u kojem se izvor zračenja nalazi izvan tijela dok se u brahiradioterapiji radioaktivni materijal stavlja u neposrednu blizinu tumora, unutar ili na tijelo pacijenta (5).

Sistemska liječenja kemoterapijom najčešći je oblik liječenja u onkologiji. Prema vrsti razlikujemo neoadjuvantnu, primarnu i adjuvantnu kemoterapiju. Aplikacija kemoterapije podrazumijeva korištenje citostatika koji se još nazivaju antineoplastcima, antitumorskim ili citotoksičnim lijekovima (5). Citostatici se najčešće primjenjuju intravenozno (od aplikacije u bolusu do kontinuirane višednevne infuzije), supkutano i peroralno (5). Učestala i dugotrajna primjena agresivne intravenozne terapije posljedično otežava uvođenje perifernog venskog puta, stoga je indicirano postavljanje trajnog venskog katetera. Kod pojedinih vrsta citostatika kontraindicirana je aplikacija lijeka perifernim putem (primjerice trabektedin). Trajni kateteri koji se najčešće koriste u onkologiji jesu PICC kateter, CVK i supkutano implementirani uređaj za aplikaciju lijekova i vađenje uzoraka krvi pod nazivom Port-a-cath odnosno port kateter (18).

Kirurški zahvat, unatoč postojanju širokog spektra suvremenih terapijskih opcija, zauzima važnu ulogu u onkološkom liječenju. Gotovo je neizostavan korak u liječenju nediseminiranih solidnih tumora. Osim kurativne i palijativne uloge, kirurgija sudjeluje u prevenciji, dijagnostici i rehabilitaciji zloćudnih bolesti. Prilikom planiranja radikalnog kirurškog zahvata dijagnostičkom

se obradom utvrđuje stupanj proširenosti, otklanja se tumorska tvorba uz dio zdravog okolnog tkiva, a najčešće i lokalni limfni čvorovi (5).

Razvijanjem novih vrsta onkološke terapije teži se selektivnom djelovanju, visokoj učinkovitost i minimalnoj toksičnosti za organizam. Imunoterapija, kao što sam naziv govori, stimulira imunološki odgovor organizma u borbi protiv tumorskih stanica. Imunizacija protiv HPV-a primjer je preventivne vrste imunoterapije. U liječenju tumorskih tvorbi hormonski ovisnih tkiva (dojka, endometrij, prostata) djelotvornom se pokazala hormonska terapija. Učinkovitost primijenjene terapije ovisi o postojanju hormonskih receptora u tumoru (5). S obzirom na činjenicu da su onkološke bolesti jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u svijetu, neprestano se razvijaju i klinički ispituju nove i potencijalno revolucionarne metode liječenja istih.

1.1.5.1. Profesionalna izloženost antineoplastičnim lijekovima

Rukovanje antineoplastičnim lijekovima zahtijeva pridržavanje posebnih mjera opreza uzimajući u obzir da je njihovo djelovanje mutageno, teratogeno, kancerogeno i citotoksično. Mjere opreza primjenjive su ne samo prilikom pripreme i aplikacije lijeka, već i prilikom rukovanja tjelesnim izlučevinama s potencijalno visokim koncentracijama citotoksičnog lijeka (19). Izloženost povećava rizik od oštećenja i maligne transformacije stanice. Mutagen je naziv za tvar koja uzrokuje promjene u genetskom materijalu. Mutacije se mogu javiti ujedno na somatskim i na zametnim stanicama. Glavna razlika jest u tome što se mutacije na zametnim stanicama nasljedno prenose na nove generacije i uzrokuju različite malformacije, urođene mane, prirođene bolesti i poremećaje te fetalnu smrt. S druge strane, kancerogenost tvari je svojstvo izravnog djelovanja na zloćudnu preobrazbu stanice. Većina kancerogenih lijekova ujedno je i mutagena premda se njihovi potencijali ne moraju nužno preklapati. Većina citostatika primjenjuje se u kombiniranoj terapiji, stoga su zdravstveni djelatnici izloženi različitim mutagenim i kancerogenim potencijalima (20).

U najvećem riziku od mutacija nalaze se stanice s najbržom diobom u organizmu, a to su spolne stanice, koštana srž, sluznica probavnog sustava i koža. Oštećenja se javljaju nasumično, a upravo iz tog razloga nemoguće je odrediti sigurnu razinu izloženosti antineoplastičnim lijekovima. Preporuka je korištenje osobne zaštitne opreme, pridržavanje svih propisanih mjera zaštite i rad u adekvatno opremljenom prostoru kako bi se rizik sveo na najmanju moguću razinu.

Upute o rukovanju opasnim tvarima obavezne su za sve djelatnike uključujući i osoblje koje obavlja posao transporta i čišćenja prostora. Upute sadržavaju navedene učinke lijekova, procedure za rukovanje, potencijalne rizike i mjere zaštite, aseptičnu metodu rukovanja, odlaganje materijala, preventivnu medicinu i procedure u slučaju nezgode. Centralizirana priprema terapije svakako ima prednost nad pripremom terapije u sklopu bolničkih odjela i ambulanti. Medicinske sestre/tehničari i liječnici odgovorni su za rukovanje citostaticima. Zaštitna oprema koja se koristi u radu s citotoksičnim lijekovima obuhvaća zaštitni ogrtač, zaštitne rukavice, zaštitnu masku, zaštitne naočale ili vizir i zaštitu za radnu obuću. Zdravstveni nadzor djelatnika provodi se i preventivnim medicinskim pregledima (20).

1.2. Zdravstvena njega onkološkog pacijenta

Maligna oboljenja uključuju više od 100 različitih vrsta bolesti sa specifičnom kliničkom slikom i prognozom. S obzirom na širinu spektra malignih bolesti, u onkološkoj praksi koriste se brojne dijagnostičke metode i opcije liječenja. Progresija zloćudne bolesti podrazumijeva pojavu komorbiditeta i povećava rizik od pojave hitnih, po život opasnih stanja. Opsežnost i složenost onkološkog liječenja iziskuje stručan rad multidisciplinarnog tima što podrazumijeva veliko teorijsko i praktično znanje svih članova uključujući medicinske sestre/tehničare.

Ključ onkološkog liječenja leži u prevenciji i ranom otkrivanju bolesti. Prvi simptomi često se pravovremeno ne prepoznaju te se zbog svoje nespecifičnosti pripisuju drugim stanjima u organizmu. Simptomatika se očituje općom slabosti, umorom, gubitkom apetita i gubitkom na tjelesnoj težini. Progresijom bolesti javljaju se specifični simptomi za određenu dijagnozu i/ili simptomi usko vezani uz liječenje. Intervencije medicinske sestre/tehničara orijentirane su na prevenciju i ranu dijagnostiku, rješavanje svih sestrinskih problema vezanih uz dijagnostičke postupke i liječenje, tijekom rehabilitacije i pružanja palijativne skrbi pacijentu (21). Osnova sestrištva leži u nesebičnom pružanju pomoći tijekom svih faza života pa tako i u svim fazama zdravlja odnosno bolesti. Odnos između pacijenta i medicinske sestre/tehničara temelji se na humanističkim i etičkim načelima kao što su poštovanje, jednakost, pravednost i holizam. Odnos koji se izgradi između onkološke medicinske sestre/tehničara i pacijenta jako je važan budući da je proces liječenja i rehabilitacije dugotrajan, s čestim rehospitalizacijama, a nerijetko potraje mjesecima i godinama od prvog susreta. Glavni cilj je postići da pacijent zadrži dozu kontrole nad situacijama u kojima se nalazi te da s povjerenjem prihvati pomoć koja mu se pruža (22).

Prvi korak u procesu zdravstvene njege onkološkog pacijenta je procjena stanja. Prilikom procjene utvrđuju se problemi na fizičkoj, psihološkoj, socijalnoj i duhovnoj razini. U komunikaciji s onkološkim pacijentom važno je uspostaviti spomenuti odnos povjerenja kako bi se adekvatno i temeljito prikupile informacije za planiranje zdravstvene njege. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordon omogućuju procjenu pacijentove subjektivne percepcije zdravstvenog stanja, percepciju samoga sebe, ulogu i odnose s drugim ljudima. Procjenjuje se obrazac prehrane, eliminacije, fizičke aktivnosti, obrazac odmora i spavanja, senzorno i kognitivno funkcioniranje, seksualnost, reprodukcija, sustav vrijednosti, stavovi te iznimno važni mehanizmi suočavanja sa stresom. Naposljetku se vrši fizikalni pregled pacijenta. Na temelju prikupljenih podataka definiraju se sestrinske dijagnoze i izrađuje plan zdravstvene njege (21).

1.2.1. Sestrinske dijagnoze u skrbi za onkološkog pacijenta

Tablica 2. Najčešće sestrinske dijagnoze u skrbi za onkološkog pacijenta

smanjena mogućnost brige o sebi – hranjenje, eliminacija, kupanje, oblačenje i dotjerivanje	smanjeno podnošenje napora	promjene tjelesnog izgleda – alopecija, nefrostoma, kolostoma, ileostoma, traheostoma, mastektomija i druge	manjkav unos hrane
visok rizik za nastanak krvarenja – trombocitopenija	visok rizik za infekciju - leukopenija	visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine – stomatitis, mukozitis	visok rizik za oštećenje integriteta kože
visok rizik za ozljede	bol	umor	dekubitus
opstipacija	dijareja	mučnina, povraćanje	dehidracija
neupućenost	anksioznost		

Izvori: Čukljek S. Zdravstvena njega onkoloških pacijenta. Nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abcu Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.

1.2.2. Hitna stanja u onkologiji

Hitna stanja mogu biti posljedica osnovne bolesti ili sekundarno posljedica terapije. Medicinska sestra/tehničar kao djelatnik koji provodi najviše vremena neposredno uz pacijenta mora biti dovoljno educiran kako bi se pravovremeno prepoznali simptomi i znakovi koji upućuju

na razvoj stanja koje zahtijeva hitnu medicinsku intervenciju. Metastatske opstrukcije i poremećaji u mehaničkoj funkciji pojedinih sustava mogu uzrokovati hitna stanja poput sindroma gornje šuplje vene, perikardijalni izljev, kompresiju leđne moždine i mozga, opstrukciju dišnog, urinarnog i gastrointestinalnog sustava te perforaciju crijeva. Nadalje, poremećaji u funkciji krvotvornog sustava obuhvaćaju neutropeniju i trombocitopeniju. Nerijetko se javlja i tromboembolija. Metastatske promjene na kostima dovode do povećanog rizika od patoloških fraktura. Prilikom aplikacije terapije može se javiti reakcija preosjetljivosti i ekstravazacija citostatika (5,21).

1.2.3. Psihoonkološki aspekt zdravstvene njege

Psihoonkologija podrazumijeva psihološku dimenziju malignih bolesti, odnosno emocionalne reakcije u svim fazama bolesti, a posebno u procesu prilagodbe na postavljenu dijagnozu. Psihoonkologija obuhvaća holistički pristup liječenja onkološkog bolesnika. Istraživanja su pokazala da psihološki čimbenici i doza psihičke opterećenosti pojedinca imaju velik utjecaj na razvoj, progresiju, ali i sam ishod bolesti (24).

Otkriće bolesti izaziva brojne, i u krajnosti različite, emocije kod osoba s postavljenom dijagnozom. Pacijenti na različite načine i različitim intenzitetom doživljavaju emocije nastale kao posljedica postavljanja dijagnoze. Saznanje o narušenom fizičkom zdravlju najčešće predstavlja stresno, a ponekad i traumatično iskustvo za pojedinca. Stres, osim što se javlja kod osoba s već razvijenom malignom bolesti, jedan je od predisponirajućih čimbenika u njezinom nastanku. Akumulacija hormona stresa dovodi do poremećaja u metabolizmu organizma, slabljenja imunološkog sustava i kardiovaskularnog preopterećenja. Uspješna prilagodba na stresor može rezultirati pozitivnim promjenama u karakteru, vjerovanjima i stavovima, unaprijediti komunikaciju s drugim ljudima te promijeniti redoslijed prioriteta interesa. Psihičko zdravlje važna je komponenta procjene općeg zdravstvenog stanja, utječe na cjelokupno poimanje zdravlja i u konačnici može pozitivno potaknuti proces rehabilitacije pacijenta (25,26).

1.2.4. Palijativna skrb

Umirući pacijenti i njihovi bližnji gotovo bez iznimke imaju specifične psihološke, fizičke i socijalne potrebe, stoga je neophodna implementacija palijativne skrbi. Palijativna skrb podrazumijeva poboljšanje kvalitete života, prevenciju i ublažavanje tegoba, usmjerenost na

duhovna i egzistencijalna pitanja pacijenta, a naglasak se stavlja na biopsihosocijalni model. Pružanje palijativne skrbi zahtijeva kompetencije u vidu teorijskog znanja, kliničkih vještina i kritičkog razmišljanja te dobro razvijene mehanizme suočavanja sa stresom. Glavni cilj multidisciplinarnog pružanja palijativne skrbi je očuvati dostojanstvo osobe i osigurati mirnu smrt. Prelazak iz kurativne skrbi u palijativnu nije konkretno definiran u vremenu, odvija se postepeno uz procjenu omjera koristi i tereta aktivnog liječenja. Teži se tome da palijativna skrb bude dostupna od trenutka postavljanja dijagnoze te da se isprepliće s kurativnim oblicima zdravstvene skrbi (27,28).

Skrb na kraju života obuhvaća period u posljednjih nekoliko sati ili dana života, a iznimno je važan dio palijativne skrbi. Skrb se pruža osobama svih dobnih skupina neovisno o vrsti i stadiju bolesti. Model mješovitog upravljanja u najvećoj se mjeri zauzima za holistički pristup, a obuhvaća četiri glavna izazova s kojima se pacijent koji boluje od neizlječive bolesti susreće: aktivno liječenje dokle god postoji mogućnost kontrole bolesti, ublažavanje simptoma, pomoć u donošenju odluka, priprema za smrt i podrška bližnjima uključujući i vrijeme nakon smrti. Istraživanja su pokazala da palijativna skrb povećava opće zadovoljstvo pacijenta kontrolom tegoba kao što su bol, tjeskoba, umor, mučnina, opstipacija, otežano disanje i mnoge druge (27,28).

Potporna skrb odnosi se na prevenciju i suzbijanje tegoba povezanih s malignom bolesti i liječenjem. Ona je dio onkološke skrbi dok se palijativna odnosi na sve pacijente s bolestima opasnim po život. Palijativna medicina djeluje s ciljem ublažavanja svih oblika tegoba, prevenira bol i patnju, a u krajnjem cilju čuva dostojanstvo i jedinstvenost ljudskog bića (27,28).

1.2.5. Kompetencije i edukacija onkoloških medicinskih sestara/tehničara

Medicinska sestra/tehničar je prema definiciji Međunarodne organizacije rada osoba koja je educirana, osposobljena i ovlaštena izvršavati funkcije pružanja sestrinske skrbi (22). Učenjem zdravstvene njege stječu se potrebna teorijska znanja, kliničke vještine, sposobnost kritičkog razmišljanja i razumijevanja procesa zdravstvene njege te naposljetku ljubav prema radu s korisnicima zdravstvenih usluga. U okviru praktičnog dijela nastave, primjena usvojenog teorijskog znanja gradi podlogu za daljnje stjecanje navika i vještina u profesionalnom radu. Kompetencije predstavljaju skup potrebnih znanja i vještina odnosno kapacitet pojedinca za izvršavanje složenih postupaka u okviru zdravstva i socijalne zaštite (29).

Pružanje zdravstvene skrbi temelji se na procesu zdravstvene njege čiji sustavan pristup pomaže u otkrivanju i rješavanju problema u situacijama i stanjima kada nisu zadovoljene osnovne ljudske potrebe. Proces pomaže u organizaciji zdravstvene njege, postavljanju prioriteta u zbrinjavanju, razvijanju sposobnosti kritičkog razmišljanja te unaprjeđenju zdravstvenog statusa i kvalitete života oboljele osobe. Zdravstvena njega je kroz proces zdravstvene njege usmjerena na promociju zdravlja, prepoznavanje i tretiranje tegoba u skladu s potrebama pacijenta, a ujedno se teži ujednačenosti, standardiziranosti i usmjerenosti postupaka (30). Iako je proces zdravstvene njege standardiziran, ovisno o vrsti radilišta postoje specifičnosti u planiranju i provođenju intervencija. Očekivano je da će se na odjelima onkologije, psihijatrije i jedinicama intenzivne skrbi obavljati različite aktivnosti u pružanju zdravstvene njege, a samim time očekivati različite kompetencije djelatnika te stupanj osposobljenosti za određene postupke.

„Primjena najboljeg stručnog znanja u procesu zdravstvene njege profesionalno se razvija kontinuiranom edukacijom, tj. cjeloživotnim učenjem, teorijskim i praktičnim radom s ciljem da se unaprijedi kvaliteta sestrinske skrbi i povećava učinkovitost u radu s pacijentima (31).“ Kvaliteta pružene zdravstvene skrbi ovisi o postavljenim ciljevima i provedenim intervencijama. Pojedine faze procesa međusobno se isprepliću, stoga je potrebna dinamičnost i fleksibilnost u planiranju i provedbi istog. Svaki korak je pomno isplaniran prema principima i pravilima kako bi se postigla svrha, pružila sigurnost iskusnim medicinskim sestrama/tehničarima, ali i početnicima (30). Model samozbrinjavanja u sestrinstvu naglašava ljudsku potrebu da osoba brine sama o sebi s ciljem održavanja života, zdravlja i dobrog stanja u cijelosti. S obzirom na kompleksnost i ozbiljnost maligne bolesti spektar intervencija onkoloških medicinskih sestara/tehničara uistinu je širok. U zbrinjavanju onkološkog pacijenta zagovara se holistički, multidisciplinarni pristup kako bi se prepoznale sve biopsihofizičke tegobe i djelovalo s ciljem generalnog povećanja funkcionalnosti i kvalitete života (22).

Planiranje i provođenje zdravstvene skrbi ovisi o fazi u kojoj se osoba nalazi – faza probira, rana dijagnostika, aktivno i potporno liječenje, dijagnostika i redovne kontrole u fazi remisije, zbrinjavanje hitnih stanja ili pružanje palijativne skrbi. Ono što je karakteristično za rad onkološke medicinske sestre/tehničara jest priprema i aplikacija kemoterapije, praćenje stanja i nuspojava po liječenju citostaticima i radioterapijom, zadovoljavanje specifičnih psihosocijalnih potreba, složena edukacija i opsežna komunikacija s pacijentom i njegovim bližnjima.

Citostatike priprema posebno educirana medicinska sestra/tehničar sa završenim višim stupnjem obrazovanja ili posebno educirani djelatnik u središnjem odjelu za centralno pripremanje citostatika. Osoba koja priprema i rukuje s antineoplastičnom terapijom mora poznavati vrste citostatika, načine pripreme i primjene, potencijalne nuspojave i komplikacije primjene istog. U prostoriji za pripremu i primjenu ne smiju boraviti osobe mlađe od 18 godina, trudnice i dojilje s obzirom na već spomenute kancerogene, teratogene i mutagene učinke. Medicinska sestra/tehničar priprema psihički i fizički pacijenta na primjenu terapije - objašnjava način primjene, trajanje aplikacije, odgovara na postavljena pitanja i pruža psihološku podršku. Terapija se priprema u posebno prilagođenoj prostoriji ili u digestoru. Uz pripremu pribora oblači se posebna zaštitna odjeća za jednokratnu upotrebu. Lijekovi se pripremaju prema uputi proizvođača, a otapaju u određenim količinama i vrstama otapala prema zadanom protokolu kemoterapije. Važno je poznavati lijekove sa fotosenzibilnim svojstvima i takve zaštititi odgovarajućim omotom te koristiti infuzijske sisteme sukladno vrsti lijeka (fotoprotektivni sistemi, sistemi s filterom) (20).

U kemoterapijskim protokolima prije aplikacije citostatika primjenjuje se premedikacija antiemeticima, sedativima, inhibitorima proteinske pumpe, antihistaminicima i drugima. Lijekovi se apliciraju prema zadanom kemoterapijskom protokolu, a između aplikacija različitih vrsta lijekova venski put se propire s 20 mililitara otopine komplementarne otapalu lijeka. Kao i kod svake primjene terapije, važno je pridržavati se pet pravila ispravne primjene lijeka. Za vrijeme aplikacije prati se opće stanje pacijenta, potencijalne nuspojave i reakcije, prohodnost i izgled venskog puta. Po završetku terapije pribor se odlaže u posebne posude za citostatski i oštri otpad (20).

Nuspojave antineoplastičnog i radioterapijskog liječenja razlikuju se s obzirom na vrstu lijeka i mjesto zračenja, stoga je neophodno široko znanje, poznavanje i tretiranje istih. Težina koju nosi sama dijagnoza, velik broj dijagnostičkih pretraga i zahvata, dugotrajnost liječenja, gotovo neizbježna pojavnost nuspojava terapije svrstava onkološke pacijente u posebno senzibilnu skupinu. Od medicinske sestre/tehničara, u radu s takvom skupinom, očekuju se izuzetno dobro razvijene komunikacijske vještine, empatičnost, znanje na području očuvanja mentalnog zdravlja, široko teorijsko znanje, izvrsne kliničke vještine, stručnost i profesionalnost u radu.

1.3. Mentalno zdravlje onkoloških medicinskih sestara/tehničara

„Svjetska zdravstvena organizacija opisuje mentalno zdravlje kao stanje blagostanja u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se suočiti s normalnim životnim stresom, može produktivno raditi i sposobna je pridonositi svojoj zajednici (32).“ Važnost mentalnog zdravlja dugi je niz godina zanemarivano, a cjelokupni fokus zdravstvenog djelovanja bio je usmjeren na somatske poteškoće i bolesti. U posljednjem je desetljeću promicanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja stavljeno visoko na listu prioriteta zdravstvenog sustava (32). Prepoznate su uzročno – posljedične veze i disbalans koji se javlja u fizičkom funkcioniranju osobe ukoliko psihološke potrebe nisu zadovoljene. Intenzivno se radi na otklanjanju stigmatizacije mentalnih poteškoća te osvješćivanju zajednice o važnostima brige o vlastitom, ali i o mentalnom zdravlju drugih ljudi u zajednici. Mentalno zdravlje i mentalne poteškoće uvjetovane su mnogobrojnim čimbenicima, a najčešće se vežu uz problematiku financijske, stambene i općenito životne egzistencije ljudi. Osim navedenih čimbenika, veliku ulogu imaju individualni čimbenici koji se odnose na okolnosti svakodnevnog života – u obitelji, na poslu, u zajednici, u odnosima s prijateljima i poznanicima (32).

Užurbanost i pritisak suvremenog načina života pridonosi pojavnosti i akumulaciji stresa u gotovo svim fazama i segmentima života. Budući da u najaktivnijoj fazi života posao oduzima velik dio vremena, za očekivati je da će radna okolina postati izvorom velike količine stresa i opterećenja. Rad u sestrinstvu generalno se smatra stresnim zanimanjem, a svakodnevni susreti s tuđom patnjom i nesrećom dovode u pitanje osjećaj kontrole nad vlastitim životom osobe koja se suočava s razornim iskustvima drugih ljudi (33).

1.3.1. Stres i anksioznost

Akumulacija stresa najčešći je uzrok pojavnosti mentalnih poteškoća dok je anksioznost najčešće stanje s kojim se medicinske sestre i tehničari na onkologiji, ali i općenito u sestrinstvu, gotovo svakodnevno susreću.

1.3.1.1. Stres

Stres kao pojam označava pobuđeno stanje organizma u kojem osoba doživljava prijetnju vlastitom integritetu. Kao fiziološki mehanizam, stres ima korisnu ulogu, a to je priprema

pojedince za obranu ili bijeg u opasnoj situaciji. Ukoliko se stresni događaji nižu jedan za drugim bez adekvatnog vremena oporavka, dolazi do pojave kroničnog stresa koji ujedno povećava rizik od razvoja drugih ozbiljnih zdravstvenih poteškoća na psihičkoj i fizičkoj razini. Odgovor koji će pojedinac imati na stres ovisi o individualnoj osjetljivosti, okolinskim čimbenicima i vrsti stresora. Individualna osjetljivost određena je osobnošću, dobi i stilom života. Reakcije na stres dijele se na psihološke, ponašajne i fiziološke. Psihološke reakcije obuhvaćaju tjeskobu, gomilanje negativnih emocija, umor, poteškoće u koncentraciji, otežano zadržavanje pažnje i mnoge druge. Kod ponašajnih reakcija najčešća je socijalna izolacija i povlačenje, a često je prisutna razdražljivost koja može rezultirati agresijom, može se javiti seksualna disfunkcija, pomanjkanje motivacije te pojačana konzumacija sredstava ovisnosti. Fiziološke reakcije često se ne prepoznaju kao posljedica djelovanja stresa već doživljavaju kao zasebni entiteti nepoznate etiologije. Iznimno su neugodne po svojoj prirodi i uvelike utječu na sposobnost funkcioniranja pojedinca. Primjeri fizioloških reakcija jesu nesanica, palpitacije, hipertenzija, glavobolje, probavne smetnje, bol nalik stenokardiji, bolovi u mišićno-koštanom sustavu i druge. Vrijednosti laboratorijskih nalaza uzorka krvi mogu pokazivati povišene vrijednosti kortizola i kolesterola te snižene vrijednosti hematoloških parametara odnosno pad imuniteta (34).

Stres na radu posebna je vrsta stresa koja se definira nerazmjerom postavljenih zahtjeva i sposobnosti da im se udovolji, ishod je neizvjestan, a neuspjeh rezultira, prema prosudbi zaposlenika, značajnim negativnim posljedicama. Umjeren stres može djelovati motivirajuće dok prevelika količina uzrokuje sniženje radnog učinka. U području onkologije velik broj stresora nemoguće je otkloniti, primjerice svakodnevno svjedočenje ljudskoj boli, patnji i smrti, ali je moguće poraditi na individualnoj osjetljivosti djelatnika i drugim, otklonjivim, vanjskim čimbenicima (34). Kada se govori o okupacijskom stresu, navodi se šest glavnih čimbenika koji su gotovo univerzalno primjenjivi u svim vrstama zaposlenja. Prva kategorija čimbenika jesu čimbenici svojstveni poslu, razvoj karijere, sigurnost radnog mjesta i proces umirovljenja; stres uzrokovan ulogom i količinom odgovornosti, međuljudski odnosi, organizacijska struktura uz radnu atmosferu te naposljetku omjer privatnog i poslovnog života (35).

Čimbenici svojstveni poslu obuhvaćaju fizičke uvjete rada, opseg radnih zadataka i broj radnih sati, smjenski rad, noćni rad, rizičnost i opasnost posla te uvođenje novih tehnologija i protokola rada. Fizički uvjeti rada u sestrinstvu mogu biti neadekvatni i nepovoljni za mentalno

zdravlje ukoliko se rad odvija u bučnoj sredini, s nedovoljno ili previše svjetla bez mogućnosti regulacije istog te naposljetku ovisno o temperaturi prostorije ukoliko sustavi grijanja i/ili hlađenja nisu ispravni. Istraživanja su pokazala da postoji korelacija između ugodnosti odnosno udobnosti radnika i kvalitete izvršavanja radnih obaveza (35). Fizički uvjeti rada, ne samo da utječu na mentalno zdravlje već mogu ozbiljno utjecati na fizičko zdravlje pojedinca.

U sestrinskoj praksi češće je prisutno preveliko opterećenje radnim obavezama, no premalo opterećenje također može biti uzrokom stresa. Premalo opterećenje rezultat je ponavljajućih, rutinskih i nedovoljno stimulirajućih radnih zadataka. Kvantitativno radno preopterećenje podrazumijeva previše zadataka u zadanom periodu vremena dok kvalitativno označava manjak znanja i iskustva u obavljanju pojedinih zadataka. Obje vrste radnog preopterećenja i manjak vremena za obavljanje zadataka značajni su rizični čimbenici u razvoju anksioznosti i depresije.

Prekovremeni rad, smjenski rad i dežurstva u kombinaciji s noćnim radom utječu na biopsihofizički ritam funkcioniranja osobe. Popratno se javljaju tegobe u vidu kroničnog umora, pada imuniteta, gastrointestinalne smetnje, glavobolje i druge (35).

Rad s antineoplastičnom terapijom po svojoj prirodi je stresan budući da kompleksnost i potencijalne komplikacije mogu izazvati strah od pogreške, a pritom dodatno ugroziti život osobe koja prolazi vlastito stresno, u nekim slučajevima i traumatsko, iskustvo. S druge strane, rad s citostaticima potencijalno dovodi u rizik zdravstveno stanje osobe koja priprema i aplicira terapiju te dolazi u doticaj s tjelesnim izlučevinama osobe u aktivnom liječenju. Zahtjevnost ovog dijela zdravstvene skrbi može nametnuti osjećaj osobne odgovornosti za zdravlje i život pacijenta (5,19). Osim štetnosti terapije, potencijalan rizik i opasnost za medicinsko osoblje predstavljaju pacijenti s ozbiljnim psihičkim smetnjama kao posljedica primarne psihičke bolesti i/ili sekundarne u odnosu na dijagnozu maligne bolesti ili primjenu određenih lijekova. Delirij je često stanje u terminalnoj fazi bolesti prilikom kojeg se pacijent doima agitirano, halucinira te doživljava medicinsko osoblje kao prijatnu vlastitoj egzistenciji (35,36). U iznimno rijetkim slučajevima opasnost može predstavljati i obitelj u žalovanju. Članovi obitelji koji nisu u mogućnosti prihvatiti smrt voljene osobe najčešće osjećaju krivnju vezano za vlastiti odnos s preminulom osobom, a potom tu krivnju mehanizmom obrane projiciraju na osoblje koje je skrbilo o pacijentu. Ukoliko nemogućnost prihvaćanja prijede iz uobičajene faze regresivne projekcije u psihotičnu epizodu

velika je mogućnost da će ožalošćena osoba pokušati fizički „kazniti“ osoblje za smrt bližnjeg (37).

Napretkom u onkologiji, implementacijom novih dijagnostičkih i terapijskih metoda, drastično se povećava dobrobit pacijenta, ali ujedno se povećava razina stresa kod medicinskog osoblja. Nove metode zahtijevaju opširnu edukaciju, prilagodbu i usavršavanje u izvođenju odnosno aplikaciji, a proces je popraćen velikim strahom od pogreške. Informacijski razvoj zahvatio je gotovo sve segmente sestinstva kroz vođenje elektroničke sestrinske dokumentacije, unos i razmjenu podataka elektroničkim putem te trajno usavršavanje korištenjem medicinskih baza podataka. Zadatak svake suvremene medicinske sestre/tehničara jest razumjeti i prihvatiti koncept informacijske pismenosti što kod osoba sa slabijom informatičkom podlogom može predstavljati izazov, ali i izvor stresa (35, 38).

Komunikacija s onkološkim pacijentima podrazumijeva razgovor o progresiji zloćudne bolesti, poteškoćama u funkcioniranju, smanjenoj kvaliteti života, terminalizaciji bolesti i smrti. Medicinska sestra/tehničar mora poznavati faze prilagodbe na postavljenu dijagnozu odnosno prilagodbu na gubitak zdravlja. Onkološki pacijenti često plaču, verbalno su agresivni i nesuradljivi. Važno je znati da takve reakcije nisu osobno usmjerene na zdravstveno osoblje već normalne za pojedinačne faze prilagodbe. U ovoj problematici do izražaja dolazi važnost holističkog pristupa pacijentu. Otklanjanjem ili umanjnjem psihosocijalnih poteškoća stvara se podloga veći stupanj kvalitete zdravstvene skrbi, a samim time uspješnije liječenje i rehabilitaciju.

Komunikacija s obitelji u fazama terminalizacije i nakon smrti može predstavljati osobito nelagodno iskustvo. Poteškoće u takvoj komunikaciji najviše su izražene kod medicinskih sestara/tehničara u samom početku rada s onkološkim pacijentima. Navedena činjenica pripisuje se nedostatku iskustva i nedovoljno razvijenim komunikacijskim vještinama koje se uglavnom progresivno razvijaju s godinama radnog staža na onkologiji, ali i drugim radilištima općenito. Učestali gubitak pacijenta, osobito u slučajevima dugotrajnih poznanstava i izgrađenog partnerskog odnosa, zahtijeva dobru razvijenost mehanizama za suočavanje sa stresom. Učestalo svjedočenje tuđoj smrti, naročito osoba s kojima se djelatnik može poistovjetiti na osobnoj razini, uzrokuje promišljanje i strah od vlastite smrtnosti. Dugotrajna izloženost prethodno spomenutim stresorima povećava rizik od razvoja anksioznih poremećaja, depresije, osjećaja zamora i simptoma sindroma izgaranja (39).

1.3.1.2. Anksioznost

Anksioznost se definira kao patološko stanje organizma u kojem pojedinac osjeća strah popraćen prekomjernom aktivnosti vegetativnog živčanog sustava što se očituje somatskim simptomima. Glavna razlika u odnosu na fiziološki strah jest u nepostojanju uzroka osjećaju straha. Osjećaj straha nije samo osjećaj već se manifestira i kroz motorički odgovor organizma. Ovisno o okolnostima i individualnosti osobe motorički odgovor može biti u obliku bijega ili suprotno tome u obliku ukočenja i nemogućnosti izvođenja motoričke kretnje (40).

Osim osjećaja straha, anksioznost je praćena tjeskobom, napetosti i osjećajem nesigurnosti, a karakteristična je anticipacija opasnosti. Patološka se anksioznost u odnosu na onu svakodnevnu, uobičajenu razlikuje prema intenzitetu, trajanju i broju prisutnih simptoma. Uobičajeno se javlja kada uzrok stresu ne postoji već se anticipira, traje značajan period vremena nakon završenog stresnog iskustva i nepovoljno utječe na svakodnevno funkcioniranje osobe. Anksioznost može biti i kao dio osobine ličnosti zbog koje je pojedinac podložan osjećati anksioznost u većem broju različitih situacija u odnosu na osobu bez takve karakteristike ličnosti. Osobe s anksioznom crtom ličnosti imaju često nedovoljno razvijene mehanizme obrane što u konačnici rezultira povećanom akumulacijom stresa i većim rizikom od razvoja sindroma izgaranja (41).

1.3.1.3. Moralni distress

Moralni distress opisuje se kao patnja koja proizlazi iz neusklađenosti osobnih uvjerenja i zadataka odnosno postupaka koji se provode na radnome mjestu. Osoba u moralnom distressu smatra da je njeno etičko stajalište ispravno, ali se osjeća bespomoćno u poduzimanju mjera s ciljem ispravka pogrešnog ophođenja. Istraživanja su pokazala da je ova vrsta distressa ponekad toliko jaka da su medicinske sestre/tehničari spremni napustiti svoj posao ili profesiju u cijelosti. Nadalje, utvrdila su i najčešće uzroke moralnog distressa u sestrinstvu uz zaključak da pojavnost uvelike ovisi o uvjerenjima i stavovima pojedinca (42,43). Najčešći uzroci objedinjuju održavanje osobe na životu iako to nije u njenom najboljem interesu, neadekvatna komunikacija o smrti između zdravstvenih djelatnika i pacijenta te njegovih bližnjih, neadekvatno raspolaganje zdravstvenim resursima, neadekvatna terapija boli i pružanje lažne nade pacijentu, ali i njegovim bližnjima. Prepoznavanje i rješavanje problematike moralnog distressa umanjuje potrebu za

napuštanjem profesije, čuva moralni senzibilitet i integritet zdravstvenih djelatnika (42,43).

1.3.1.4. Mehanizmi obrane

Stres, anksioznost, psihičke traume i unutrašnji sukobi prijeteće djeluju na ljudski ego. U svrhu preživljavanja i normalnog nastavka funkcioniranja, ego koristi različite mehanizme obrane. Mehanizmi se aktiviraju na nesvjesnoj razini i svojim djelovanjem blokiraju sve neprihvatljive misli, osjećaje i fantazije. Sposobnosti obrane individualno su obilježje, a ovise o psihičkoj građi osobe, dosadašnjoj akumulaciji stresa, ali i o fizičkim čimbenicima kao što su umor, bolest i iscrpljenost. S obzirom na činjenicu da se razvijaju paralelno s razvojem osobina ličnosti, međusobno se razlikuju prema stupnju zrelosti. Psihoteični mehanizmi najprimitivniji su oblik obrane, a kod zdravih odraslih osoba javljaju se samo u projekcijama i snovima. Nezreli mehanizmi najčešće se javljaju kod poremećaja ličnosti. Neurotski mehanizmi javljaju se često, a u podlozi se nalazi akutno stresno iskustvo. Naposljetku, zdravi mehanizmi obrane smatraju se uobičajenim mehanizmima za vrijeme izloženosti podnošljivoj razini stresa. U literaturi je opisano preko 100 različitih mehanizama obrane od kojih se pojedinačni zbog svojih isprepletenih karakteristika ne mogu sa sigurnošću pripisati određenoj skupini (44).

1.3.1.5. Psihosomatske bolesti

Psihosomatika podrazumijeva interakciju psihičkog i fizičkog aspekta svih poremećaja i bolesti. Biheviorna medicina u posljednje vrijeme zamjenjuje naziv psihosomatske medicine, a povezuje biološku, individualnu i socijalnu razinu psihosomatskih bolesti. Psihički čimbenici mogu djelovati na opće stanje pojedinca tako da pogoršavaju simptome primarne bolesti i usporavaju oporavak, isprepliću se s organskim liječenjem bolesti, povećavaju rizik od nastanka bolesti i potpomažu pojavnost simptoma nedijagnosticirane bolesti. Stres je najpoznatiji aktivator latentnih bolesti i stanja u osoba s izraženom predispozicijom. Psihosomatske bolesti mogu se razvrstati s obzirom na organski sustav kojem pripadaju, a očituju se simptomima u okviru kliničke slike pojedine dijagnoze (37).

Tablica 3. Najčešće psihosomatske bolesti

kardiovaskularni sustav	aritmije, esencijalna hipertenzija
respiratorni sustav	bronhalna astma

gastrointestinalni sustav	ulkus, ulcerozni kolitis, anoreksija nervoza
lokomotorni sustav	reumatoidni artritis, bol u kralježnici
endokrini sustav	dijabetes melitus, predmenstrualni sindrom, menopauza
imunološki sustav	alergije, infektivne bolesti, autoimune bolesti
ostale bolesti	maligna oboljenja, pruritus, hiperhidroza, migrene, tenzijske glavobolje

Izvor: Klain E, Gregurek R, Kamerman N, Kosić R, Kovač M, Matušin A. i sur. Grupna psihoterapija za medicinske sestre i tehničare. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.

1.3.2. Depresija

Depresivni poremećaj je psihijatrijski klinički entitet koji uz bipolarni poremećaj, distimiju i ciklotimiju pripada skupini poremećaja raspoloženja. Depresija se može javiti kao zasebni entitet ili u okviru drugih psihijatrijskih poremećaja kao simptom ili sindrom. Kada se o depresiji govori u kontekstu sindroma, isprepliću se razne psihičke, psihomotorne i somatske manifestacije simptoma (45).

Depresija pogađa ljude svih dobnih skupina iako je prema istraživanjima najčešće prisutna u dobi između 25 i 40 godina odnosno u vrijeme maksimalnog radnog potencijala. Prema statističkim podacima češća je pojavnost kod žena iako postoji mogućnost da muškarci sekundarno razvijaju bolest alkoholizma kao bijeg od simptoma depresivnog poremećaja (45). Bolest obuhvaća širok spektar kliničkih simptoma, a osobito su karakteristični depresivno raspoloženje, anhedonija, nedostatak energije, umor, iscrpljenost, psihomotorna usporenost, poremećaji apetita, poremećaji spavanja, osjećaj krivnje, sniženo samopoštovanje i suicidalne misli.

Distimija je prolongirani oblik depresije sa smanjenim intenzitetom i brojem simptoma te trajanjem pojedinih depresivnih epizoda. Distimiju je s obzirom na spomenute razlike teže dijagnosticirati, a nakon depresije najčešći je poremećaj raspoloženja (45).

Etiologija depresije leži u isprepletenosti bioloških i psihosocijalnih čimbenika, ali još uvijek nije u potpunosti razjašnjena. Biološke teorije razvoja depresije spominju kao potencijalne

uzročnike gensku predispoziciju, neurobiokemijske promjene u mozgu, neuroendokrinološke promjene, neuroanatomiju i poremećaje cirkadijarnog ritma (46). Poznato je da medicinske sestre i tehničari koji rade u smjenama i noćni rad imaju izuzetno poremećen ritam spavanja. Osim bioloških čimbenika, razvoj depresije pripisuje se psihološkim, socijalnim i kognitivno – bihevioralnim čimbenicima (46). Rad na onkološkim odjelima obiluje negativnim čimbenicima iz prethodno spomenutih skupina, stoga može djelovati kao potencijalni okidač za razvoj depresije ukoliko je ona u latentnoj fazi prisutna kod pojedinca.

1.3.3. Zlostavljanje i mobing na radnom mjestu

„Zlostavljanje na radu predstavlja svako neželjeno ponašanje fizičke, psihičke ili spolne naravi koje ima za cilj ili stvarno predstavlja povredu dostojanstva radnika/radnice, a koje uzrokuje strah ili neprijateljsko, ponižavajuće ili uvredljivo okruženje (47).“ Zlostavljanje se može pojaviti kao jednokratni ili učestali problem, između radnih kolega, u odnosima s nadređenima ili trećom osobom s kojom zaposlenik dolazi u kontakt na radnome mjestu. Psihičko zlostavljanje odnosno mobing jedno je od najčešćih vrsta zlostavljanja na radnom mjestu, a predstavlja izravno ili neizravno ponašanje kojim se ugrožava ugled, dostojanstvo i čast osobe. Mobing obuhvaća sustavnu povredu prava izražavanja, oduzimanje slobode odlučivanja, ograničava izražavanje vlastitih vrijednosti i ostvarenje socijalnih kontakata od strane jedne ili više osoba na radom mjestu. U zdravstvenim ustanovama s kroničnim nedostatkom zdravstvenog osoblja poslodavac nerijetko postavlja zahtjeve koji premašuju sposobnost pojedinca da ih izvrši, uvjeti u kojima se rad odvija uglavnom su neadekvatni, a izvršavanje zadataka ograničeno je količinom dostupnih materijalnih resursa. Neprijateljska i neetička komunikacija, odsustvo komunikacijskih kanala, nedostatak kolektivne podrške te nedostatak slobodnog vremena koji rezultira disbalansom na poslovnom i privatnom planu također pripada oblicima zlostavljanja na radnom mjestu (47,48).

1.3.4. Sindrom izgaranja

Intenzivna i prolongirana izloženost stresu uzrokuje pojavu simptoma koji se skupno nazivaju sindromom izgaranja. U situacijama kada poslovni i privatni pritisci premašuju sposobnosti suočavanja dolazi do pojave mentalnog i fizičkog distresa. Proces razvoja sindroma izgaranja ima tipično spori i postepeni tijek. Sindrom izgaranja može se podijeliti u tri stupnja: početna načetost stresom, reaktivna kompenzacija stresa s očuvanjem energije i faza istrošenosti.

Prva faza očituje se pojavom psiholoških i fizioloških reakcija kao što su razdražljivost, palpitacije, burksizam, zaboravljivost, nesanicu, poteškoće u koncentraciji i druge. Za drugu fazu tipično je kašnjenje, odgađanje i izbjegavanje zadataka, smanjen libido, konstantan osjećaj umora i iscrpljenosti, cinizam, socijalna izolacija i pojačano posezanje za sredstvima koja potencijalno izazivaju ovisnost. U trećoj fazi javlja se kronična depresija, oslabljenje imuniteta, kronične gastrointestinalne smetnje, glavobolje i migrene, kronična iscrpljenost i suicidalne misli (48,49).

Procjena sindroma izgaranja može se izvršiti pomoću MBI ljestvice, a mjerenje se odvija u tri razine: emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i percepcija osobnog postignuća. Prethodna istraživanja pokazala su da postoje sociodemografski i okupacijski čimbenici koji pogoduju razvoju sindroma izgaranja. Podložnost razvoju povećava se s dobi manjom od 35 godina, neudanim/neoženjenim bračnim statusom, odrađenim prekovremenim satima, noćnim smjenama i radnim stažem manjim od deset godina u području onkologije (50).

1.3.5. Prevencija razvoja mentalnih poteškoća

Prevencija razvoja mentalnih poteškoća kod onkoloških medicinskih sestara i tehničara može se odvijati na dvije razine – osobnoj i poslovnoj. Prevencija na osobnoj razini podrazumijeva brigu o vlastitom mentalnom zdravlju kroz pravovremeno prepoznavanje simptoma i traženje pomoći ukoliko je ona potrebna. Cjeloživotna edukacija i trajno usavršavanje pridonose osjećaju sigurnosti, smanjuju osjećaj anksioznosti povezan sa strahom od pogreške, unaprjeđuju komunikacijske vještine, pomažu u jačanju obrambenih mehanizama te naposljetku zadovoljavaju potrebu za intelektualnom stimulacijom. Pružanje visokokvalitetne zdravstvene njege i iskazano zadovoljstvo pacijenta potpomažu osjećaju kompetentnosti i osobnog postignuća što u konačnici rezultira i zadovoljstvom medicinske sestre/tehničara.

Glavni interes poslodavca je da zaposlenik bude maksimalno produktivan u poslu koji obavlja. S druge strane interes zaposlenika je osiguranje vlastite egzistencije, potreba i interesa. Istraživanja su pokazala da je ulaganje u prevenciju mentalnih poteškoća povezanih s radnim mjestom četiri do pet puta isplativije u odnosu na troškove koje poslodavac snosi ukoliko se mentalno zdravlje naruši. Narušeno mentalno zdravlje uzrokuje česte izostanke povezane s bolovanjima, smanjenu produktivnost i fluktuaciju zaposlenika. Prevencija se postiže stvaranjem ugodne radne okoline u kojoj prevladava poštovanje i uvažavanje, a odsutni su svi oblici

zlostavljanja. Važno je osigurati otvorenu komunikaciju, dovoljnu kontrolu nad poslom koji se obavlja, raditi na rasterećenju obavezama, osigurati relativnu fleksibilnost u radnom vremenu te osigurati zadovoljavajuću financijsku kompenzaciju (32).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj ovog istraživanja je ispitati stavove studenata sestrinstva o potencijalnim negativnim posljedicama na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika zaposlenih na odjelu onkologije.

Prvi od dva specifična cilja je utvrditi razlike u stavovima studenata preddiplomskih i diplomskih studija sestrinstva. Drugi specifični cilj je utvrditi razlike u stavovima studenata s obzirom na broj godina radnog staža u struci.

H1: Studenti diplomskih studija sestrinstva u većoj mjeri smatraju da rad na onkologiji ostavlja negativne posljedice na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika.

H2: Studenti sa šest i više godina radnog staža u struci u većoj mjeri smatraju da rad na onkologiji ostavlja negativne posljedice na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Ovo istraživanje bilo je namijenjeno svim studentima preddiplomskih i diplomskih studija sestrinstva u Republici Hrvatskoj. Ispitanici su redovni i izvanredni studenti koji pohađaju sveučilišni ili stručni studij sestrinstva neovisno o godini studiranja. Pri odabiru ispitanika u obzir se nisu uzimale varijable poput spola, dobi, radnog statusa i godina radnog staža u struci. Očekivani broj ispitanika bio je 100.

Ispitanici su imali mogućnost pristupiti istraživanju putem web adrese podijeljene na društvenim mrežama, a priključenje je bilo samostalno i dobrovoljno. Vremenski period aktivnosti anketnog upitnika bio je travanj 2022. godine. Metoda uzorkovanja korištena u istraživanju je prigodan uzorak.

U istraživanju su sudjelovale 103 osobe, 89 žena, 13 muškaraca i jedna osoba neizjašnjenog spola.

3.2. Postupak i instrumentarij

Stavovi u ovom istraživanju mjereni su autorskim upitnikom „Stavovi studenata sestrinstva o specifičnostima mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika na onkologiji“ izrađenim isključivo za potrebe ovog istraživanja. Anketni upitnik podijeljen je u digitalnom obliku, a izrađen u sklopu Google Forms platforme.

Na samom početku digitalnog anketnog upitnika nalazio se informativni dio u kojem je naveden razlog i cilj istraživanja, kome je upitnik namijenjen te opće informacije o upitniku. Uz uvodni dio nalazio se informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju, zahvala te kontakt informacije u slučaju dodatnih pitanja.

Sam upitnik podijeljen je u tri dijela. Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske podatke kroz 9 pitanja izraženih na nominalnoj skali uz jedno opcionalno potpitanje. To pitanje je otvorenog tipa, a odnosi se na naziv radilišta u ustanovi u kojoj ispitanik radi.

Drugi dio upitnika odnosi se na karakterističnosti rada na onkologiji te sadrži 9 pitanja izraženih na intervalnoj skali za mjerenje. Mjerenje u ovom dijelu provelo se na način da je ispitanik odredio u kojoj mjeri se navedena tvrdnja odnosi na rad na onkološkom odjelu.

Završni dio upitnika odnosi se na čimbenike koji utječu na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika te sadrži 20 pitanja također izraženih na intervalnoj skali za mjerenje. Mjerenje u ovom dijelu provelo se na način da je ispitanik odredio stupanj slaganja s navedenom tvrdnjom.

Istraživanje se provodilo individualno, a procijenjeno trajanje ispunjavanja bilo je 10 minuta. U informiranom pristanku također je bilo navedeno da ispitanik može u bilo kojem trenutku odustati od ispunjavanja upitnika te da je ispunjavanje u potpunosti anonimno. Kvaliteta prikupljenih podataka osigurana je na način da su postavljena pitanja zatvorenog tipa te je moguće odgovoriti samo na jedan od ponuđenih odgovora. Ispitanicima je u slučaju nejasnoća ponuđena mail adresa na kojoj su mogli dobiti sve potrebne informacije, a potom ispuniti anketni upitnik. Potencijalni problem u ovom istraživanju bila je neiskrenost u odgovaranju na pitanja kao posljedica anonimnosti ispitanika. Na ovu problematiku ispitivač nema mogućnost utjecaja, stoga je dužan vjerovati iskazu ispitanika.

3.3. Statistička obrada podataka

Sociodemografski podaci poput spola, dobi, studija, radnog statusa i godina radnog staža u struci, kategorijalne su varijable mjerene na nominalnoj ljestvici, opisane pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija, a prikazane u grafičkom obliku.

U ispitivanju intervalnih varijabli odnosno stavova studenata korištene su dvije Likertove skale. Prva skala korištena je u svrhu mjerenja stavova vezanih za specifičnosti rada na odjelu onkologije. Dio upitnika mjeren ovom skalom sastoji se od 9 čestica mjerenih na skali od 1 do 4. Brojevi označavaju mjeru u kojoj se tvrdnja odnosi na rad na onkološkom odjelu pri čemu broj 1 označava „nimalo“, broj 2 „djelomično“, broj 3 „prilično“ i broj 4 „izuzetno“. Sve varijable izražene su kao prosječan odgovor te se i njihov raspon kreće od 1 do 4.

Druga skala korištena je u svrhu mjerenja stavova vezanih za specifičnosti mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika zaposlenih na onkologiji. Dio upitnika mjeren drugom skalom sastoji se od 20 čestica mjerenih na skali od 1 do 5. Brojevi označavaju stupanj slaganja odnosno neslaganja s navedenom tvrdnjom pri čemu broj 1 označava „u potpunosti se ne slažem“, broj 2 „ne slažem se“, broj 3 „nemam utvrđen stav“, broj 4 „slažem se“ i broj 5 „u potpunosti se slažem“. Kod ove skale također su sve varijable izražene kao prosječan odgovor te se njihov raspon kreće od 1 do 5. Intervalne varijable opisane su pomoću aritmetičke sredine, standardne devijacije i raspona, a prikazane u tabličnom obliku.

Nezavisne varijable (vrsta studija i duljina radnog staža) mjerene su na dvije razine (preddiplomski i diplomski studij; manje i više od šest godina radnog staža). Zavisna varijabla je stav prema mentalnom zdravlju zdravstvenih djelatnika na onkologiji.

U inferencijalnoj statistici korišteni su t-testovi za dokazivanje hipoteza iz razloga što su nezavisne varijable (vrsta studija i duljina staža) mjerene na dvije razine. Ovim testovima nastojalo se utvrditi postoji li statistički značajna razlika. Broj provedenih t-testova jednak je broju stavova koji su se ispitivali odnosno broju zavisnih varijabli. Razlika je statistički značajna ukoliko je $p < 0,05$.

Sve analize provedene su u JASP statističkom paketu (51).

3.4. Etički aspekti istraživanja

Prije početka rješavanja anketnog upitnika ispitanici su pročitali informirani pristanak i klikom na gumb „Dalje“ dali svoj informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. U upitniku nije bilo potrebno navoditi svoje osobne podatke, stoga je on u potpunosti anoniman, a ispitivač nema pristup istima. Budući da je upitnik koncipiran na način da većina pitanja iziskuje konkretan odgovor i zatvorenog je tipa, manja je vjerojatnost pogrešne interpretacije podataka.

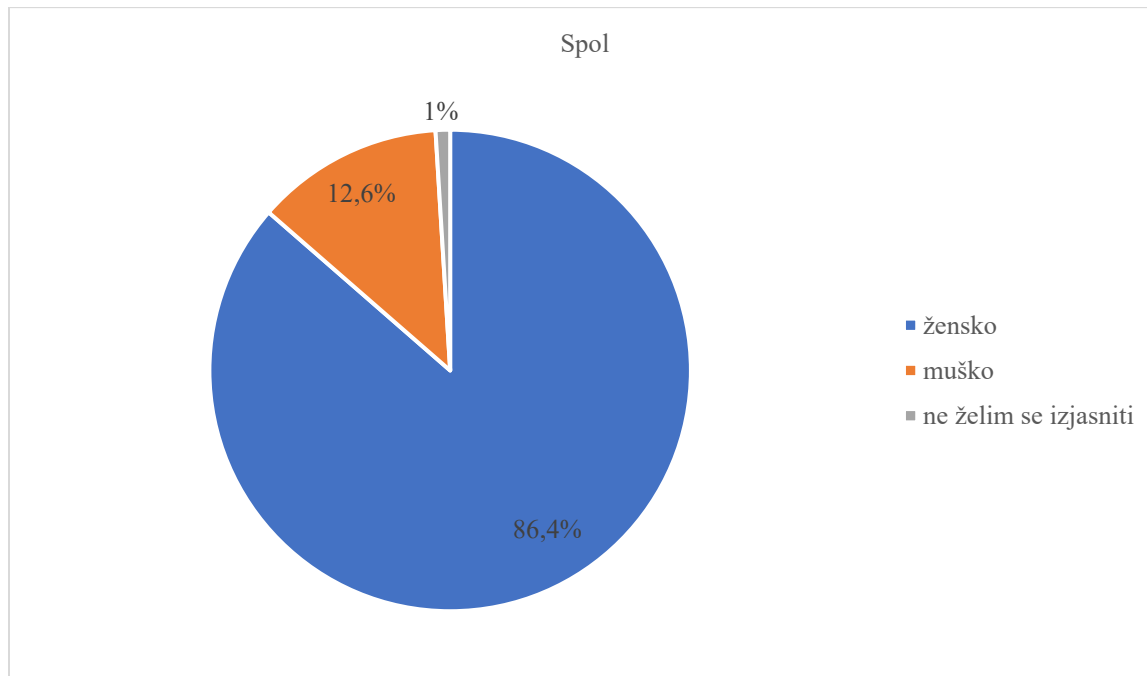
Svi prikupljeni podaci korišteni su u svrhu izrade ovog diplomskog rada, a rezultati prezentirani na javnoj obrani povjerenstvu za diplomski ispit. Postoji mogućnost objave istih u

nekom od stručnih/znanstvenih časopisa. Prikupljene podatke ispitivač će privatno pohraniti u trajanju od najmanje jedne godine od objave rezultata.

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

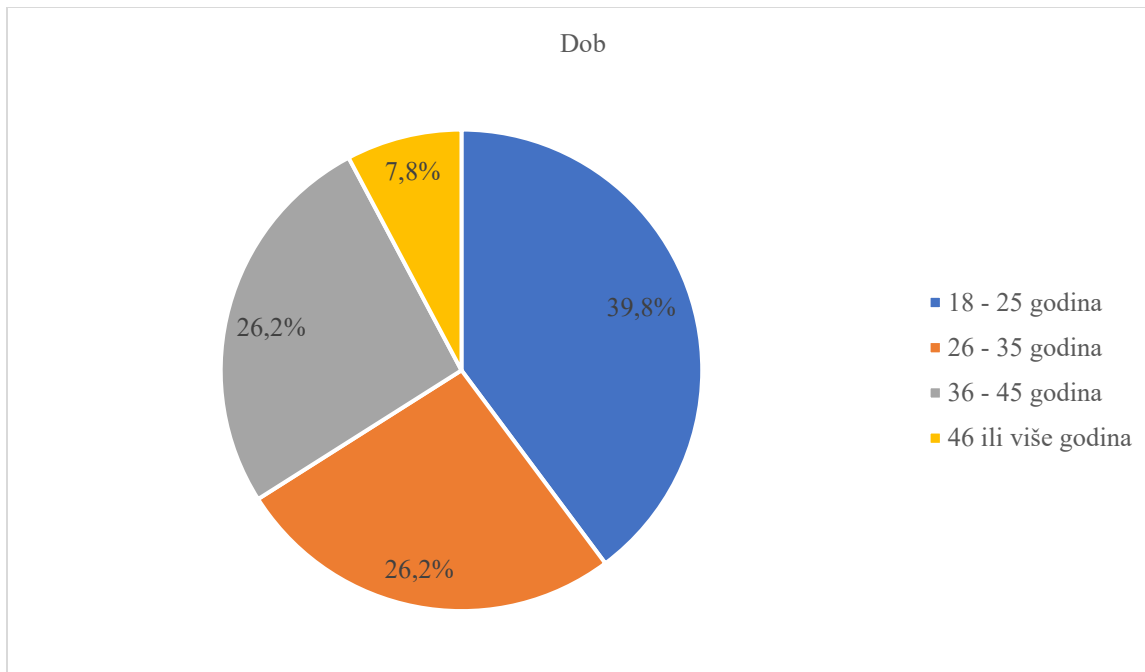
4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski podaci ispitanika



Slika 1. Grafički prikaz ispitanika prema spolu
Izvor: autorska izrada

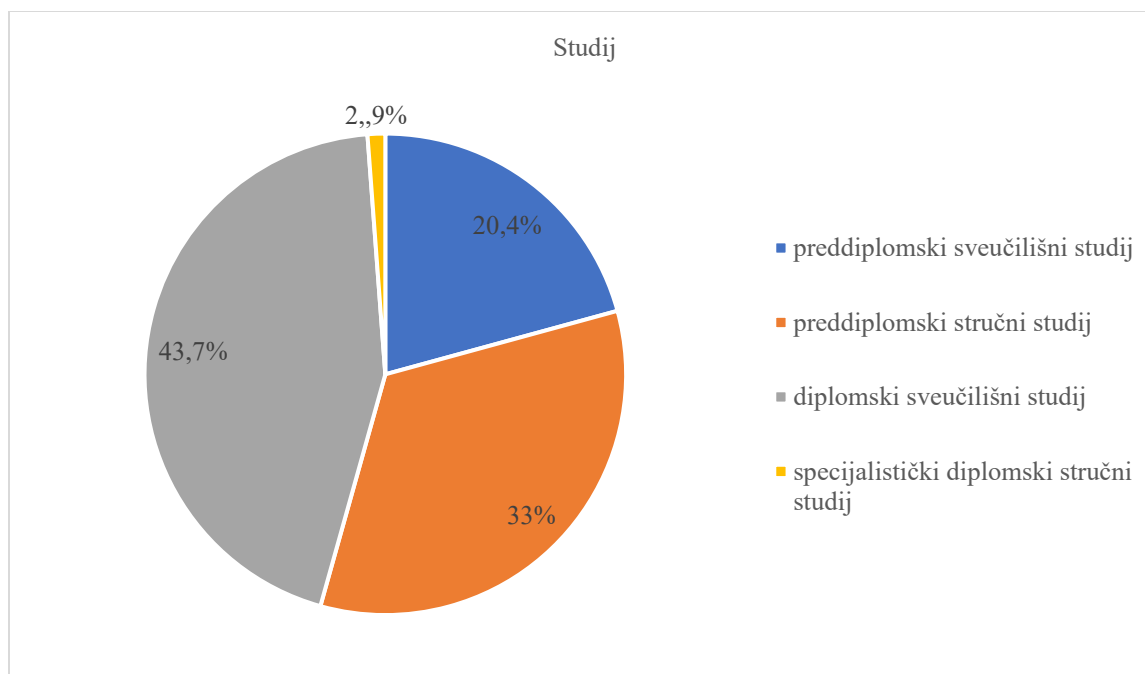
U istraživanju je sudjelovalo 103 ispitanika, od čega 89 (86,4%) žena i 13 (12,6%) muškaraca. Jedna (1%) je osoba odbila izjasniti se o svom spolu.



Slika 2. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na dob

Izvor: autorska izrada

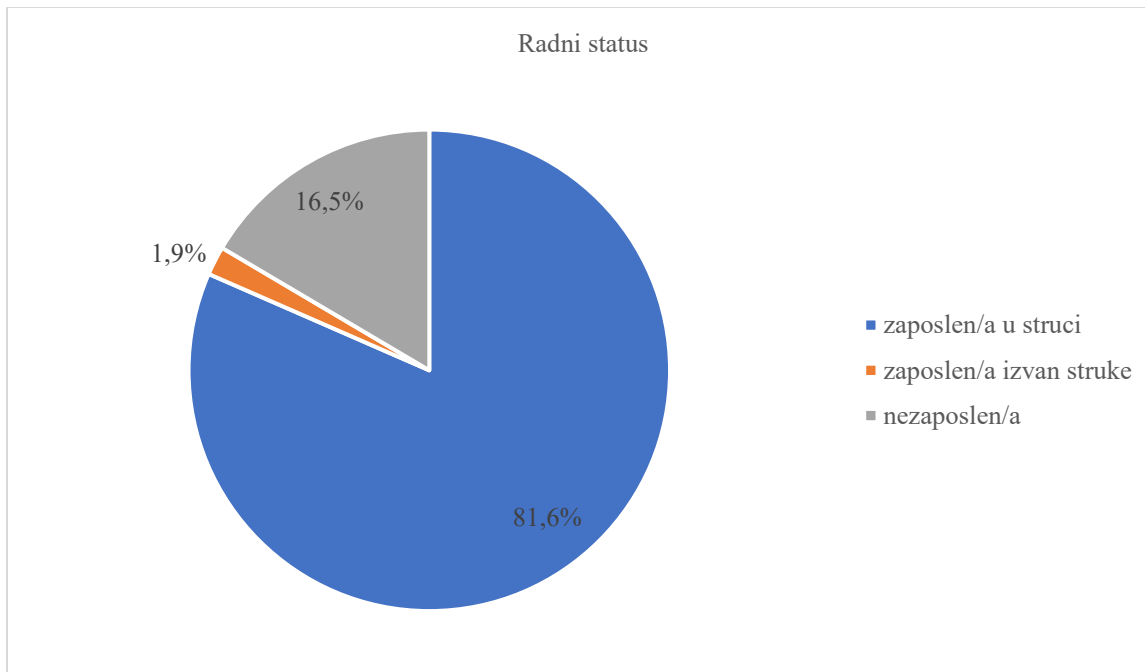
S obzirom na dob, većina ispitanika pripada dobnoj kategoriji 18 do 25 godina, njih 41 (39,8%). Kategorije 26 do 35 godina i 36 do 45 godina broje po 27 (26,2%) ispitanika svaka dok je osam (7,8%) ispitanika starijih od 46 godina.



Slika 3. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na vrstu studija
Izvor: autorska izrada

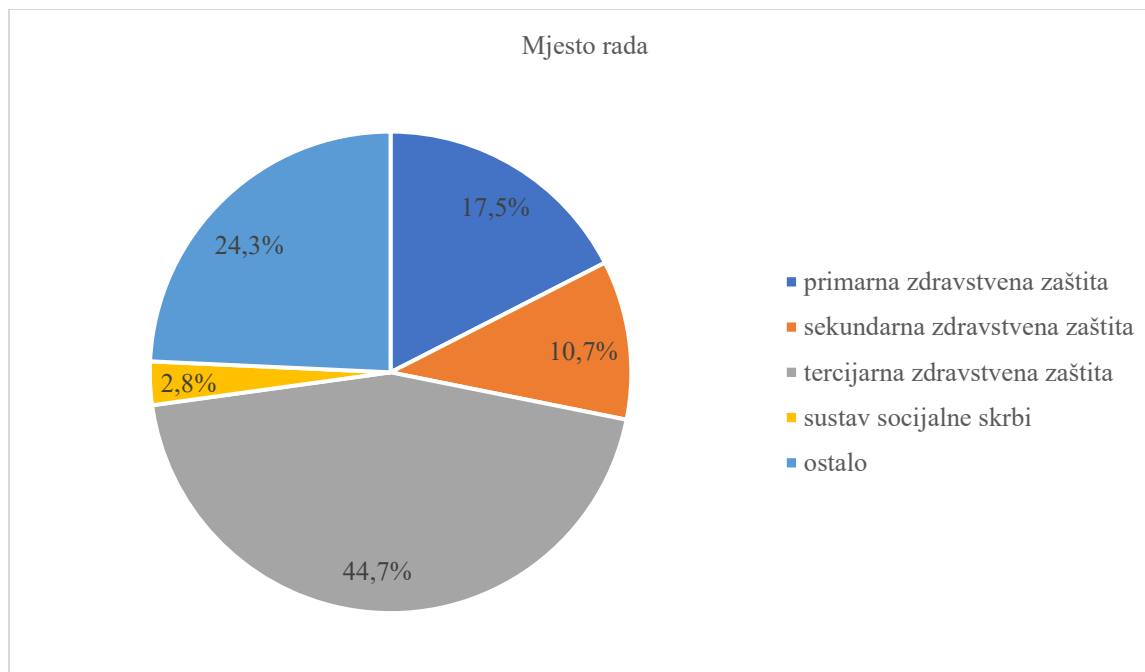
Preddiplomski studij pohađa 55 (53,4%) ispitanika, 34 (33%) ispitanika prema stručnom programu i 21 (20,4%) ispitanik prema sveučilišnom programu. Diplomski sveučilišni studij pohađa 45 (43,7%) ispitanika, a specijalistički diplomski stručni studij svega tri (2,9%) ispitanika.

U odgovorima na pitanje godine studija uočene su nepodudarnosti s obzirom na odgovore u prethodnom pitanju, stoga se rezultati ne mogu uzeti u obzir kao relevantni. Pretpostavka je da dio ispitanika nije razumio ponuđene odgovore. Ponuđeni odgovori bili su: 1. godina, 2. godina, 3. ili absolventska godina, 4. godina uz napomenu da se taj odgovor odnosi na 1. godinu diplomskog studija i 5. ili absolventska godina uz napomenu da se taj odgovor odnosi na 2. godinu diplomskog studija. Preddiplomski studij pohađa 55 (53,4%) ispitanika dok je ukupno 68 (65,9%) ispitanika odgovorilo na jedno od prvih tri ponuđena odgovora u pitanju godine studija.



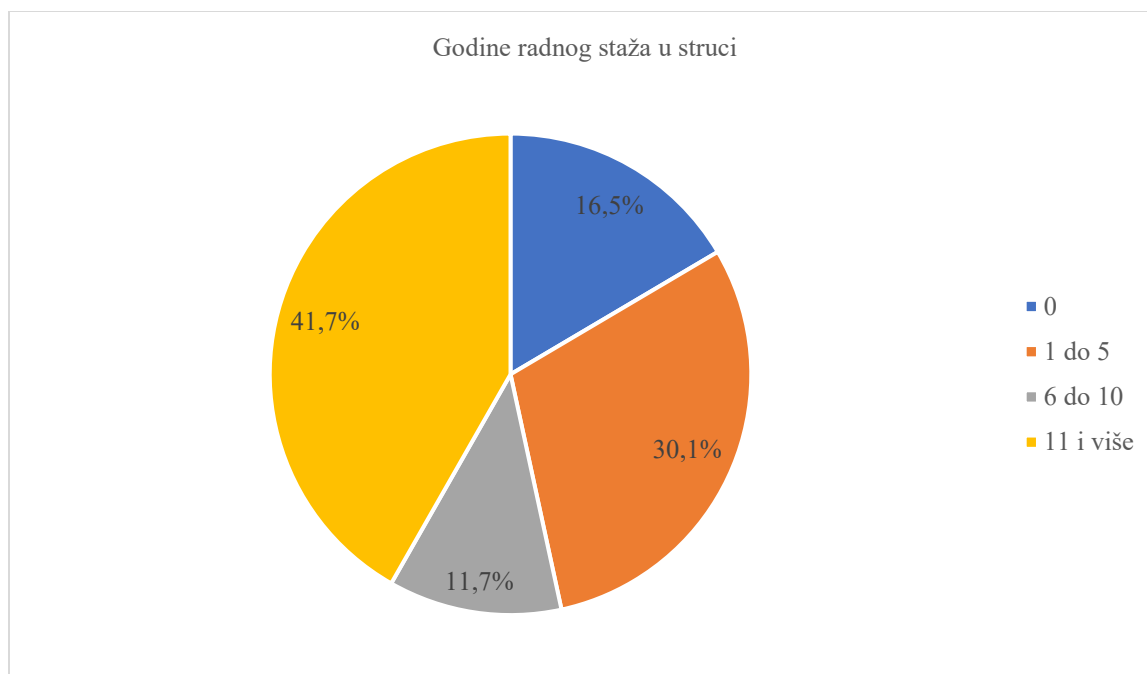
Slika 4. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na radni status
Izvor: autorska izrada

Po pitanju radnog statusa, 84 (81,6%) ispitanika zaposlena su u struci, njih 17 (16,5%) je nezaposleno, a dvoje (1,9%) radi u djelatnosti nevezanoj za struku.



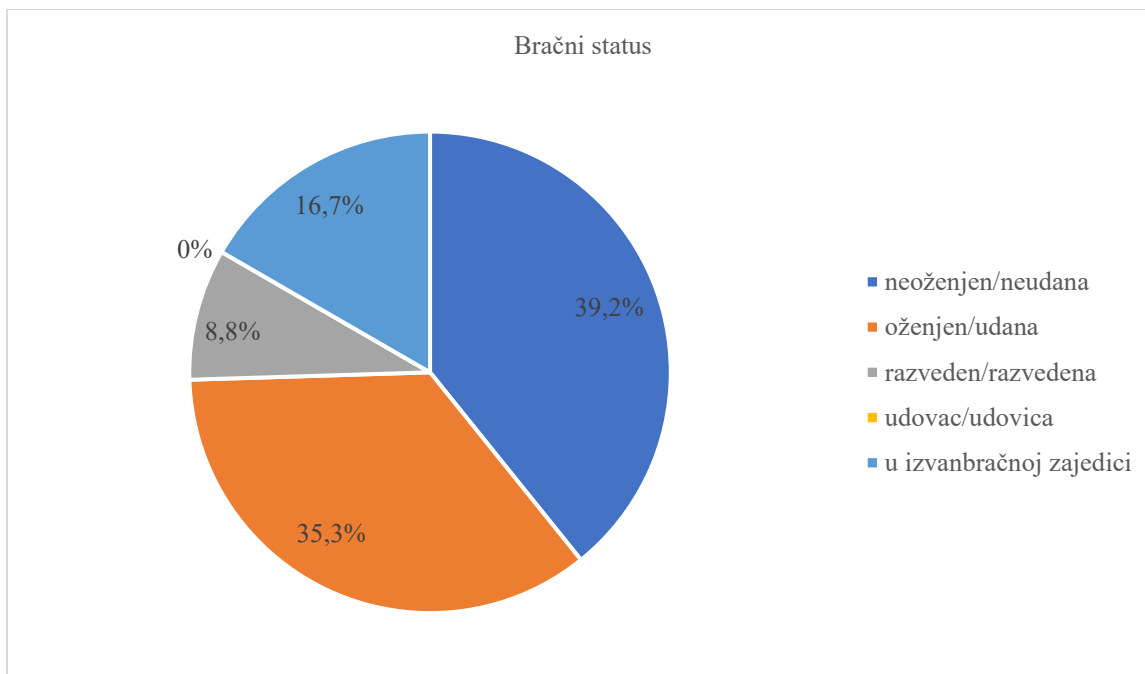
Slika 5. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na mjesto rada
Izvor: autorska izrada

Mjesto rada dijeli se na primarnu zdravstvenu zaštitu (ambulanta obiteljske medicine, dentalne medicine, medicine rada, zdravstvene zaštite žena, školske medicine, patronažna djelatnost, zdravstvena njega u kući i drugo), sekundarnu (specijalističko-konzilijarna i bolnička djelatnost), tercijarnu (klinika, klinička bolnica, klinički bolnički centar), sustav socijalne skrbi (dom za starije i nemoćne, obiteljski domovi, domovi za nezbrinutu djecu, domovi za psihički oboljele odrasle osobe i drugo) i ostala radna mjesta. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti radi 18 (17,5%) ispitanika, u sekundarnoj 11 (10,7%), a u tercijarnoj 46 (44,7%). Troje (2,8%) ispitanika radi u sustavu socijalne skrbi dok 25 (24,3%) ispitanika radi na ostalim radnim mjestima ili ne radi uopće.



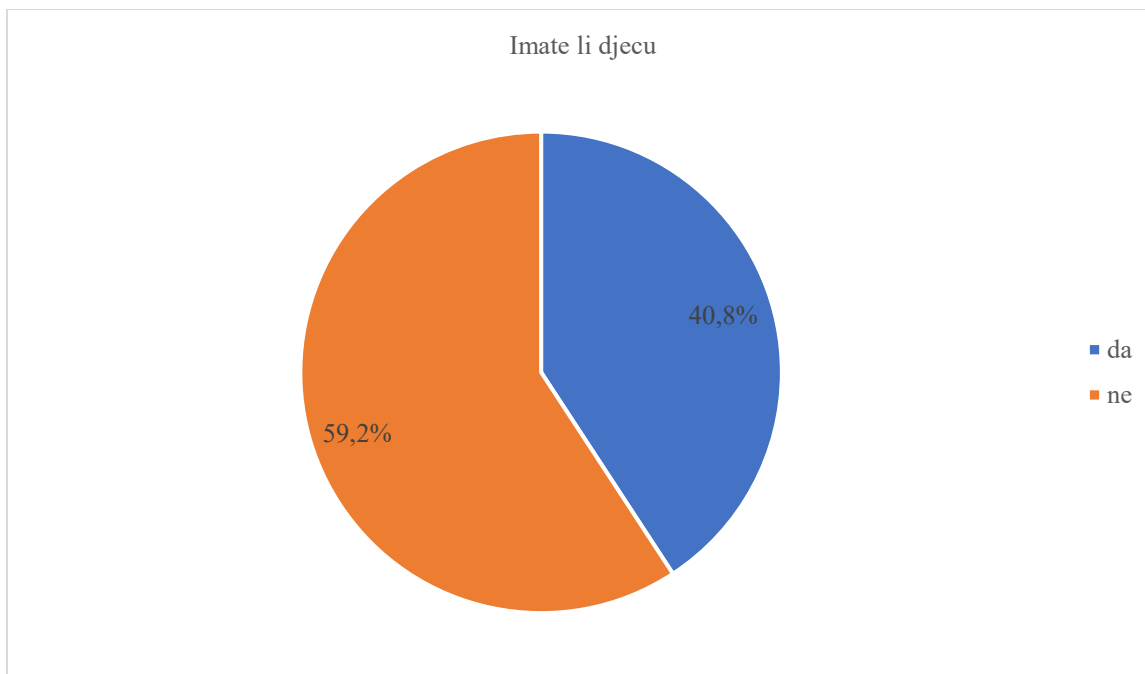
Slika 6. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na godine staža u struci
Izvor: autorska izrada

Na pitanje vezano za radni staž u struci 17 (16,5%) ispitanika je odgovorilo da ga uopće nema, 31 (30,1%) ispitanik radi između jedne i pet godina, 12 (11,7%) ispitanika radi između šest i deset godina dok 43 (41,7%) ispitanika ima 11 i više godina radnog staža u struci.



Slika 7. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na bračni status
Izvor: autorska izrada

Na pitanje o bračnom statusu jedan ispitanik nije dao svoj odgovor. Neoženjeno/neudano je 40 (39,2%) ispitanika, u braku njih 36 (35,3%), razvedeno devetero (8,8%), a u izvanbračnoj zajednici 17 (16,7%). Niti jedan ispitanik nije odgovorio da je udovac/udovica.



Slika 8. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na djecu
Izvor: autorska izrada

Posljednje pitanje u sociodemografskom dijelu upitnika odnosilo se na djecu. Broj ispitanika koji ima djecu je 42 (40,8%), njih 61 (59,2%) navodi da nema djecu.

4.2. Stavovi vezani za karakterističnosti rada na onkologiji

Tablica 4. Stavovi vezani za karakterističnosti rada na onkologiji

	M	sd	Min	Max
Kompleksnost zdravstvene njege onkoloških pacijenata procijenio/la bih s:	3,61	0,58	2	4
Kompleksnost zdravstvene njege ovisi o opsežnosti intervencija.	3,48	0,61	2	4
Zadovoljstvo poslom na onkologiji ovisi o raspoloživim ljudskim i materijalnim resursima.	3,41	0,76	1	4
Smatram da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen.	1,67	0,80	1	4

Učestale rehospitalizacije utječu na povezanost zdravstvenih djelatnika s pacijentom i njegovom obitelji.	3,39	0,78	1	4
Onkološki pacijenti tijekom skrbi zahtijevaju pružanje specifične psihološke potpore.	3,90	0,30	3	4
S obzirom na tijek i ishod onkoloških bolesti, formalna i neformalna komunikacija s pacijentom razlikuje se u odnosu na druga radilišta.	3,53	0,64	1	4
Kvalitetna onkološka skrb vodi se načelom holističkog pristupa.	3,68	0,55	2	4
Empatija je jedan od najvažnijih čimbenika u skrbi za onkološkog pacijenta.	3,74	0,54	2	4

Izvor: autorska izrada

Iz tablice (Tablica 4.) je vidljivo da se ispitanici najviše slažu s tvrdnjom da onkološki pacijenti zahtijevaju specifičnu psihološku potporu ($M=3,90$).

U velikoj mjeri slažu se s tvrdnjama da je empatija jedan od najvažnijih čimbenika u skrbi za onkološkog pacijenta ($M=3,74$) i da se kvalitetna onkološka skrb vodi načelom holističkog pristupa ($M=3,68$). Najmanje se slažu s tvrdnjom da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen ($M=1,67$).

Ispitanici su onkološku skrb ocijenili kao izuzetno kompleksnu ($M=3,61$).

4.3. Stavovi vezani za specifičnosti mentalnog zdravlja

Tablica 5. Stavovi vezani za specifičnosti mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika na onkologiji

	M	sd	Min	Max
Zdravstveni djelatnici na onkologiji izloženi su nizu kroničnih stresora.	4,68	0,58	2	5
Nedostatak slobodnog vremena pogoduje razvoju simptoma sindroma izgaranja.	4,68	0,61	2	5
Simptomi sindroma izgaranja mogu potencijalno smanjiti kvalitetu pružene zdravstvene njege.	4,60	0,63	2	5

Uspješnost u suočavanju s radnim opterećenjem uvjetovano je komunikacijom i pružanjem podrške unutar zdravstvenog tima.	4,52	0,57	3	5
Problematika smrti i osvješćivanje vlastite smrtnosti djeluje stresno na zdravstvene djelatnike.	4,46	0,81	2	5
Progresija bolesti i terminalizacija izazivaju osjećaj nemoći kod zdravstvenih djelatnika.	4,30	0,81	2	5
Kontinuitet i intenzitet direktne komunikacije s pacijentom pridonosi razvoju simptoma sindroma izgaranja.	3,91	1,04	1	5
Komunikacija negativnih vijesti u zdravstvenih djelatnika izaziva anksioznost.	4,15	0,90	1	5
Svjedočenje smrti može pomoći u prevladavanju straha od smrtnosti.	3,12	1,11	1	5
Učestali gubitak pacijenata razvija kapacitete za efektivno žalovanje.	3,50	0,98	1	5
Komunikacija s obitelji u žalovanju izaziva osjećaj nelagode.	3,81	0,93	1	5
Rad na onkologiji pruža zadovoljavajuću intelektualnu stimulaciju.	3,17	1,03	1	5
Kompleksnost zdravstvene skrbi nameće zdravstvenim djelatnicima osjećaj osobne odgovornosti.	4,17	0,79	2	5
Antineoplastična terapija (citostatici) može nepovoljno utjecati na fizičko zdravlje izloženih zdravstvenih djelatnika.	4,31	0,90	1	5
Kompleksnost i komplikacije antineoplastične terapije izazivaju strah od pogreške kod zdravstvenih djelatnika.	4,28	0,83	1	5
Pružanje visokokvalitetne i na osobu usmjerene skrbi rezultira osjećajem zadovoljstva.	4,59	0,55	3	5
Osobine ličnosti odlučujući su čimbenik u razvoju mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom.	4,00	0,80	2	5
S obzirom na moj završeni stupanj obrazovanja smatram se dovoljno educiranim za pružanje zdravstvene skrbi onkološkim pacijentima.	3,28	1,18	1	5
Prevenција razvoja mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom odgovornost je poslodavca (ustanove).	4,04	0,82	1	5
Rad s onkološkim pacijentima prilika je za osobni i profesionalni razvoj.	4,10	0,82	1	5

Izvor: autorska izrada

Iz tablice (Tablica 5.) je vidljivo da se ispitanici najviše slažu s tvrdnjama da su zdravstveni djelatnici na onkologiji izloženi nizu kroničnih stresora (M=4,68) i da nedostatak slobodnog vremena pogoduje razvoju simptoma sindroma izgaranja (M=4,68).

U velikoj mjeri slažu se s tvrdnjama da simptomi sindroma izgaranja mogu potencijalno smanjiti kvalitetu pružene zdravstvene njege (M=4,60) i da pružanje visokokvalitetne i na osobu usmjerene skrbi rezultira osjećajem zadovoljstva (M=4,59).

Najmanje se slažu s tvrdnjama da svjedočenje smrti može pomoći u prevladavanju straha od smrtnosti (M=3,12) i da rad na onkologiji pruža zadovoljavajuću intelektualnu stimulaciju (M=3,17).

4.4. Efekt razine studija

Ciljevi rada bili su usporediti stavove o radu na onkologiji obzirom na trenutnu razinu obrazovanja (H1) i radni staž ispitanika (H2).

Efekt razine studija ispitan je serijom t-testova.

Tablica 6. Efekt razine studija

	t	df	p
Kompleksnost zdravstvene njege onkoloških pacijenata procijenio/la bih s:	1,04	96,21	>,05
Kompleksnost zdravstvene njege ovisi o opsežnosti intervencija.	-0,69	82,27	>,05
Zadovoljstvo poslom na onkologiji ovisi o raspoloživim ljudskim i materijalnim resursima.	-0,11	83,09	>,05
Smatram da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen.	-2,27	97,26	<0,05
Učestale rehospitalizacije utječu na povezanost zdravstvenih djelatnika s pacijentom i njegovom obitelji.	0,88	87,12	>,05
Onkološki pacijenti tijekom skrbi zahtijevaju pružanje specifične psihološke potpore.	-0,33	90,26	>,05

S obzirom na tijek i ishod onkoloških bolesti, formalna i neformalna komunikacija s pacijentom razlikuje se u odnosu na druga radilišta.	-1,63	81,44	>,05
Kvalitetna onkološka skrb vodi se načelom holističkog pristupa.	0,66	88,89	>,05
Empatija je jedan od najvažnijih čimbenika u skrbi za onkološkog pacijenta.	-1,35	68,44	>,05
Zdravstveni djelatnici na onkologiji izloženi su nizu kroničnih stresora.	1,95	95,66	<0,05
Nedostatak slobodnog vremena pogoduje razvoju simptoma sindroma izgaranja.	0,65	97,97	>,05
Simptomi sindroma izgaranja mogu potencijalno smanjiti kvalitetu pružene zdravstvene njege.	1,61	97,32	>,05
Uspješnost u suočavanju s radnim opterećenjem uvjetovano je komunikacijom i pružanjem podrške unutar zdravstvenog tima.	0,59	93,45	>,05
Problematika smrti i osvješćivanje vlastite smrtnosti djeluje stresno na zdravstvene djelatnike.	0,07	91,47	>,05
Progresija bolesti i terminalizacija izazivaju osjećaj nemoći kod zdravstvenih djelatnika.	0,12	95,7	>,05
Kontinuitet i intenzitet direktne komunikacije s pacijentom pridonosi razvoju simptoma sindroma izgaranja.	0,09	83,77	>,05
Komunikacija negativnih vijesti u zdravstvenih djelatnika izaziva anksioznost.	1,62	97,87	>,05
Svjedočenje smrti može pomoći u prevladavanju straha od smrtnosti.	1,43	97,92	>,05
Učestali gubitak pacijenata razvija kapacitete za efektivno žalovanje.	-1,97	96,43	<0,05
Komunikacija s obitelji u žalovanju izaziva osjećaj nelagode.	0,22	96,88	>,05
Rad na onkologiji pruža zadovoljavajuću intelektualnu stimulaciju.	-1,60	91,63	>,05
Kompleksnost zdravstvene skrbi nameće zdravstvenim djelatnicima osjećaj osobne odgovornosti.	-0,16	88,36	>,05
Antineoplastična terapija (citostatici) može nepovoljno utjecati na fizičko zdravlje izloženih zdravstvenih djelatnika.	-0,43	95,51	>,05

Kompleksnost i komplikacije antineoplastične terapije izazivaju strah od pogreške kod zdravstvenih djelatnika.	0,67	84,83	>,05
Pružanje visokokvalitetne i na osobu usmjerene skrbi rezultira osjećajem zadovoljstva.	-0,20	95,41	>,05
Osobine ličnosti odlučujući su čimbenik u razvoju mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom.	-0,88	93,29	>,05
S obzirom na moj završeni stupanj obrazovanja smatram se dovoljno educiranim za pružanje zdravstvene skrbi onkološkim pacijentima.	1,14	95,61	>,05
Prevenција razvoja mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom odgovornost je poslodavca (ustanove).	0,29	86,81	>,05
Rad s onkološkim pacijentima prilika je za osobni i profesionalni razvoj.	-1,56	81,23	>,05

Izvor: autorska izrada

S obzirom na razinu studija, nekoliko razlika je uočeno, iako je većina odgovora slična između dvije grupe ispitanika (Tablica 6.). Ispitanici na preddiplomskoj razini studija u većoj mjeri smatraju da je rad na onkološkom odjelu adekvatno plaćen te da učestali gubitak pacijenata razvija kapacitete za efektivno žalovanje. S druge strane, zdravstveni djelatnici na diplomskoj razini studija u većoj mjeri smatraju da su zdravstveni djelatnici izloženi nizu kroničnih stresora.

4.5. Efekt radnog iskustva

Efekt radnog iskustva, odnosno duljine radnog staža, također je ispitan serijom t-testova te je kao i kod prethodne hipoteze većina odgovora podjednako procjenjivana kod ispitanika s manje i više od šest godina radnog staža.

Tablica 7. Efekt radnog iskustva

	t	df	p
Kompleksnost zdravstvene njege onkoloških pacijenata procijenio/la bih s:	-1,46	88,03	>,05
Kompleksnost zdravstvene njege ovisi o opsežnosti intervencija.	-1,23	89,52	>,05

Zadovoljstvo poslom na onkologiji ovisi o raspoloživim ljudskim i materijalnim resursima.	-0,67	99,39	>,05
Smatram da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen.	2,24	99,72	<,05
Učestale rehospitalizacije utječu na povezanost zdravstvenih djelatnika s pacijentom i njegovom obitelji.	0,34	100,13	>,05
Onkološki pacijenti tijekom skrbi zahtijevaju pružanje specifične psihološke potpore.	-0,87	88,74	>,05
S obzirom na tijek i ishod onkoloških bolesti, formalna i neformalna komunikacija s pacijentom razlikuje se u odnosu na druga radilišta.	-0,49	89,61	>,05
Kvalitetna onkološka skrb vodi se načelom holističkog pristupa.	2,84	89,73	<,05
Empatija je jedan od najvažnijih čimbenika u skrbi za onkološkog pacijenta.	-0,86	85,31	>,05
Zdravstveni djelatnici na onkologiji izloženi su nizu kroničnih stresora.	-2,93	68,67	<,05
Nedostatak slobodnog vremena pogoduje razvoju simptoma sindroma izgaranja.	-0,83	86,15	>,05
Simptomi sindroma izgaranja mogu potencijalno smanjiti kvalitetu pružene zdravstvene njege.	-1,19	81,68	>,05
Uspješnost u suočavanju s radnim opterećenjem uvjetovano je komunikacijom i pružanjem podrške unutar zdravstvenog tima.	-0,06	100,88	>,05
Problematika smrti i osvješćivanje vlastite smrtnosti djeluje stresno na zdravstvene djelatnike.	-0,69	91,73	>,05
Progresija bolesti i terminalizacija izazivaju osjećaj nemoći kod zdravstvenih djelatnika.	-0,84	99,71	>,05
Kontinuitet i intenzitet direktne komunikacije s pacijentom pridonosi razvoju simptoma sindroma izgaranja.	-0,54	100,48	>,05
Komunikacija negativnih vijesti u zdravstvenih djelatnika izaziva anksioznost.	-1,31	94,56	>,05
Svjedočenje smrti može pomoći u prevladavanju straha od smrtnosti.	1,30	93,24	>,05
Učestali gubitak pacijenata razvija kapacitete za efektivno žalovanje.	0,56	98,86	>,05

Komunikacija s obitelji u žalovanju izaziva osjećaj nelagode.	0,49	100,5	>,05
Rad na onkologiji pruža zadovoljavajuću intelektualnu stimulaciju.	2,37	100,05	<,05
Kompleksnost zdravstvene skrbi nameće zdravstvenim djelatnicima osjećaj osobne odgovornosti.	0,52	100,38	>,05
Antineoplastična terapija (citostatici) može nepovoljno utjecati na fizičko zdravlje izloženih zdravstvenih djelatnika.	1,84	96,88	<,10
Kompleksnost i komplikacije antineoplastične terapije izazivaju strah od pogreške kod zdravstvenih djelatnika.	1,34	94,84	>,05
Pružanje visokokvalitetne i na osobu usmjerene skrbi rezultira osjećajem zadovoljstva.	1,30	100,84	>,05
Osobine ličnosti odlučujući su čimbenik u razvoju mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom.	1,74	100,37	<,10
S obzirom na moj završeni stupanj obrazovanja smatram se dovoljno educiranim za pružanje zdravstvene skrbi onkološkim pacijentima.	-1,95	99,18	<,05
Prevenција razvoja mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom odgovornost je poslodavca (ustanove).	0,03	100,89	>,05
Rad s onkološkim pacijentima prilika je za osobni i profesionalni razvoj.	1,31	98,47	>,05

Izvor: autorska izrada

Rezultati su pokazali da, s obzirom na godine radnog staža, postoje razlike u odgovorima (Tablica 7.). Ispitanici s manje radnog staža iskazuju veće slaganje s tvrdnjom da je plaća adekvatna, u većoj mjeri smatraju da je holistički pristup temelj kvalitetne onkološke skrbi, da rad na onkologiji pruža veću intelektualnu stimulaciju, u većoj mjeri smatraju da antineoplastična terapija može nepovoljno djelovati na fizičko zdravlje izloženih zdravstvenih djelatnika te da su osobine ličnosti odlučujući čimbenik u razvoju mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom od ispitanika s duljim radnim stažem. Obrnut je obrazac uočen kod odgovora na pitanja o prikladnosti količine edukacije potrebne za rad s onkološkim pacijentima i na pitanje o količini stresa kojoj su djelatnici na onkologiji izloženi, gdje ispitanici s više godina radnog staža daju veće procjene od svojih kolega s manje godina radnog staža.

Na ostala pitanja podjednak odgovor daju bez obzira na godine radnog staža.

5. RASPRAVA

Sestrinstvo se kroz povijest stigmatiziralo kao isključivo žensko područje rada i zanimanja. Iako je broj zaposlenih žena u odnosu na muškarce i dalje dominantan, destigmatizacija sve više dolazi do izražaja, a broj medicinskih tehničara svakim danom sve više raste (52). Uzimajući u obzir navedenu činjenicu, očekivano je da će se na sudjelovanje u istraživanju odazvati veći broj žena naspram muškaraca. Broj ispitanika ženskog spola (N=89; 86,4%) potvrđuje to očekivanje.

Ciljana skupina populacije za ovo istraživanje bili su studenti sestrinstva neovisno o vrsti studija (preddiplomski stručni, preddiplomski sveučilišni, diplomski stručni i diplomski sveučilišni studij). Rezultati dobiveni s obzirom na dob pokazuju da većina studenata pripada dobnoj skupini između 18 i 25 godina (N=41; 39,8%) odnosno periodu života u kojem je pohađanje studija široko zastupljeno. Studij sestrinstva u Hrvatskoj ima dugu tradiciju kroz koju su se odvijale brojne promjene u organizaciji i provedbi studijskih programa (53). Stupnjevitost razina obrazovanja te potreba za cjeloživotnim učenjem i usavršavanjem značajniji su čimbenici zaslužni za uključivanje osoba svih dobnih skupina u nastavak akademskog obrazovanja. Polovica ispitanika ima između 26 i 45 godina (N=54; 52,4%), a čak osam ispitanika ima više od 46 godina (N=8; 7,8%).

Ispitanici preddiplomskih (N=55; 53,4%) i ispitanici diplomskih studija (N=48; 46,6%) podjednako su se uključili u ovo istraživanje. Veći broj ispitanika pohađa sveučilišni (N=66; 64,1%) u odnosu na stručni (N=37; 35,9%) studijski program. U hrvatskom se obrazovnom sustavu koristi binarni, bolonjski sustav visokog obrazovanja jamčen Ustavom Republike Hrvatske. Bolonjski sustav visokog obrazovanja obuhvaća sveučilišni i stručni temelj koji se razlikuju po ulaznim i izlaznim kompetencijama odnosno ishodima učenja (54). Ishodi učenja u sestrinstvu trebali bi biti jednaki za sve vrste obrazovanja budući da se prilikom zapošljavanja poslodavci ne pozivaju na binarni sustav.

Po pitanju radnog statusa najviše ispitanika (N=84; 81,6%) zaposleno je u struci, a najveći broj radi u okviru tercijarne zdravstvene zaštite odnosno u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima (N=46; 44,7%). Za preostali postotak nezaposlenih i zaposlenih

izvan struke (N=19; 18,4%) vjeruje se da većina pohađa studij s ciljem zaposlenja u struci po završetku istog. Velik broj različitih radilišta uključenih u istraživanje pomaže u sagledavanju općih stavova o radu s onkološkim pacijentima među studentima sestrištva. Gledajući radni staž u struci, 17 (16,5%) ispitanika nije nikada radilo na poslovima medicinske sestre/tehničara, a više od polovice (N=55; 53,4%) radi šest i više godina u struci. Očekuje se da osobe bez radnog iskustva u području sestrištva, s obzirom na nedostatak praktičnih saznanja o zahtjevnosti pružanja sestrišne skrbi općenito, imaju predodžbu da rad na onkologiji nije uvelike zahtjevniji u odnosu na druga radilišta.

Bračni status i djeca, kao čimbenici, mogu utjecati na stavove osoba vezano za bol, patnju i smrt koji se često poistovjećuju s onkološkim odjelima. Strah od gubitka bližnjih pridonosi empatičnosti za osobe koje se često susreću s patnjom i gubitkom drugih ljudi. Više od polovice ispitanika ima partnera (N=53; 52%) i 42 (40,8%) ispitanika navode da imaju djecu.

U rezultatima je spomenuto da su ispitanici kompleksnost onkološke njege procijenili kao izuzetno kompleksnu (M=3,61) prilikom čega su odgovori mogli biti 1 kao nimalo kompleksna i 4 izuzetno kompleksna. Pojam kompleksnosti podrazumijeva sadržavanje velikog broja elemenata, suprotan je od pojmu jednostavnost, a jasna granica između jednostavne i kompleksne skrbi ne postoji. Prilikom određivanja kompleksnosti u prvi plan se stavljaju obilježja pacijenta i specifične potrebe za određenim intervencijama (55). Onkološki pacijenti s obzirom na složenost i ozbiljnost dijagnoze pripadaju osobito senzibilnoj skupini pacijenta, a potrebe za intervencijama na biopsihosocijalnoj razini su velike. Istraživanje na temu promjena u kompleksnosti smjernica za kliničku onkologiju pokazalo je eksponencijalni rast unazad dva desetljeća. Povećanje u broju stranica priručnika naraslo je za 762% (56). Povećanjem opsega intervencija u zbrinjavanju pacijenata posljedično raste kompleksnost zdravstvene njege, a vremenski okviri za provođenje ostaju isti. Zdravstveni sustav suočava se s kroničnim nedostatkom medicinskih sestara i tehničara dok broj malignih i kroničnih bolesti iz dana u dan raste. Istraživanje na temu kompleksnosti rada pod vremenskim pritiskom pokazalo je da onkološke medicinske sestre/tehničari vremensko ograničenje doživljavaju kao barijeru u pružanju visokokvalitetne i na osobu usmjerene skrbi. Preveliko radno opterećenje, neadekvatni uvjeti rada te nedostatak ljudskih i materijalnih resursa uvelike negativno utječe na sigurnost i kvalitetu zdravstvene njege (57). Sustavni pregledni rad iz 2012. godine prikazao je odnos između

nedostatka medicinskih sestara/tehničara i općeg zadovoljstva poslom. Zaključak koji je donesen na temelju dotadašnje literature jest da postoji velik stupanj nezadovoljstva poslom i prisustvo simptoma sindroma izgaranja u svezi s nedostatkom ljudskih resursa na radnom mjestu (58).

Tvrđnja s kojom se ispitanici u velikom broju djelomično ili nimalo ne slažu jest da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen. U sestrinstvu je općenito uvriježeno mišljenje da je zanimanje potplaćeno i da bi plaće na svim radilištima trebale biti sukladne količini uloženog i odgovornostima. Rizik od narušavanja vlastitog zdravlja, fizičkog i mentalnog te odgovornost za ljudski život svrstavaju onkologiju visoko na ljestvicu nedovoljno plaćenih poslova.

Učestale i dugotrajne rehospitalizacije specifične su za onkologiju. Sistemsko liječenje odvija se u ciklusima, radioterapija ukoliko zahtijeva velik broj frakcija može potrajati i do nekoliko mjeseci kontinuiranog boravka na odjelu, a pacijenti se često vraćaju i u svrhu kontrolne dijagnostičke obrade. Medicinska sestra/tehničar zdravstveni je djelatnik koji provodi najviše vremena u bliskom kontaktu s pacijentom te se posljedično tome formira partnerski odnos, ali i odnos s pacijentovim bližnjima. Odnos između medicinske sestre/tehničara i pacijenta sa sobom donosi odgovornost prepoznavanja potencijalnih psiholoških poteškoća, sukladno tome pružanje primjerene psihološke potpore te pružanje potpore s preventivnim ciljem očuvanja mentalnog zdravlja. Istraživanje želje za psihološkom potporom pokazalo je da svaka četvrta žena i svaki peti muškarac s dijagnozom maligne bolesti samoinicijativno želi psihološku potporu. Dobiveni rezultati ukazuju na činjenicu da se psihološka potpora treba pružiti svakom pacijentu ili članu obitelji koji pokaže interes, a ne samo u slučajevima s već prepoznatim znakovima distresa (59).

Psihološka potpora sastavni je dio holističkog pristupa u zbrinjavanju pacijenta. Važnost cjelovite i na osobu usmjerene skrbi s neizostavnom sposobnošću empatiziranja pokazala se značajnom u postizanju visokog stupnja kvalitete pružene zdravstvene skrbi. Ispitanici su se u velikoj mjeri složili s tvrdnjama koje preispituju navedenu činjenicu.

Iz dobivenih rezultata vidljivo je da ispitanici smatraju kronični stres sastavnim dijelom onkološkog rada, a to je u velikoj mjeri rezultat izgrađenih pretpostavki na temelju dosadašnjih znanja i iskustava vezanih uz postojeće stresore na onkologiji. U uvodnom dijelu rada pobliže je opisano negativno djelovanje akumulacije stresa na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika. Na temu sindroma izgaranja provedena su brojna istraživanja s velikim brojem rezultata, ali ono što je svima zajedničko jest da je stopa prevalencije sindroma izgaranja među zdravstvenim

djelatnicima na onkologiji iznimno visoka. Istraživanje na temu evaluacije sindroma izgaranja među zdravstvenim djelatnicima na onkologiji iz 2006. godine pokazalo je da gotovo polovica od ukupno 117 ispitanika pokazuje simptome sindroma izgaranja (50). Istraživanje provedeno deset godina kasnije pokazalo je da su medicinske sestre/tehničari u visokom riziku od razvoja sindroma izgaranja uslijed velike emocionalne i fizičke iscrpljenosti te niske percepcije osobnog postignuća (60). Slaganje s tvrdnjom da nedostatak slobodnog vremena pogoduje razvoju simptoma sindroma izgaranja može se pripisati činjenici da je manjak spomenutog općenito jak čimbenik rizika u razvoju mentalnih poremećaja povezanih s poslom neovisno o mjestu rada. Slaganje s tvrdnjom da simptomi sindroma izgaranja potencijalno smanjuju kvalitetu pružene skrbi polazi od pretpostavke da ispitanici smatraju sindrom izgaranja uzrokom smanjene funkcionalnosti osobe, a posljedično i uzrokom smanjenja radne efikasnosti. Sindrom izgaranja kao uzrok smanjene funkcionalnosti potvrđen je istraživanjem iz 2009. godine na uzorku od 90 ispitanika (39).

Ispitanici su se složili da ono što uvelike može utjecati na smanjenje rizika od razvoja mentalnih poteškoća jest kvalitetna komunikacija i adekvatna podrška unutar zdravstvenog tima. Govoreći o komunikaciji, rad na onkologiji sa sobom donosi intenzivnu i učestalu komunikaciju s pacijentom i njegovim bližnjima, a nerijetko obuhvaća komunikaciju negativnih vijesti. Američko društvo za kliničku onkologiju provelo je 2014. godine istraživanje u kojem su sudjelovali članovi društva, a rezultati pokazali da je sindrom izgaranja prisutan u 45% ispitanih članova. Zaključak navedenog istraživanja bio je da najveću predispoziciju za razvoj simptoma sindroma izgaranja imaju zdravstveni radnici u kontinuiranom i neposrednom kontaktu s pacijentima (61). S obzirom na slaganje s tvrdnjama vezanim uz komunikaciju, ispitanici u velikoj mjeri smatraju da su dobro izgrađene komunikacijske vještine medicinskih sestara i tehničara važan, možda čak i neophodan, dio njihova posla.

Rukovanje antineoplastičnim tvarima osim što u većine medicinskih sestara/tehničara uzrokuje strah za vlastitu zdravstvenu dobrobit, s druge strane uzrokuje strah od pogreške i potencijalnih komplikacija. Komplikacije koje se najčešće javljaju u većini slučajeva nisu rezultat nekompetentnosti zdravstvenog osoblja, ali unatoč tome nameću osjećaj osobne odgovornosti i predstavljaju velik stresor u radu s onkološkim pacijentima. Istraživanje provedeno u Jordanu 2018. godine ukazalo je na važnost edukacije o primjeni kemoterapije, korištenja zaštitne opreme,

jačanja samoučinkovitosti te rada u prilagođenoj, sigurnoj okolini kako bi se prevenirao strah i osjećaj krivnje u slučaju pojave komplikacija (62).

Činjenica da su maligne bolesti jedan od vodećih globalnih javnozdravstvenih problema utječe na znanstveni napredak i inovativnosti u području onkologije. Uvođenjem novih metoda dijagnostike, liječenja i rehabilitacije od medicinskih sestara i tehničara očekuje se trajna edukacija i usavršavanje, a to otvara brojne mogućnosti za zadovoljavanje potrebe za intelektualnom stimulacijom. U svakodnevnom poslu, unatoč postojanju rutinskih zadataka i protokola, često se javlja potreba za izlaskom iz okvira u vidu specifičnih stanja i intervencija.

Svjedočenje smrti i osvješćivanje vlastite smrtnosti na većinu medicinskih sestara/tehničara djeluje stresno. Strah od smrti nije usko povezan sa samim činom umiranja već s periodom koji smrtnom ishodu prethodi. Pretežno se javlja strah od patnje, boli i agonije kojoj medicinske sestre i tehničari na onkologiji nerijetko svjedoče. Istraživanje provedeno u Izraelu 2006. godine ispitivalo je korelaciju između stavova onkoloških medicinskih sestara/tehničara o skrbi za umiruće pacijente i stavove o smrti (strah od umiranja, izbjegavanje suočavanja i vrste prihvaćanja). Rezultati su pokazali da pozitivni stavovi prema skrbi za umiruće negativno koreliraju s osobnim stavovima prema smrti (63).

Progresija i terminalizacija bolesti sastavni su dio posla. Nemoć se javlja kada unatoč svim pokušajima liječenja i ublažavanja tegoba bolest nastavlja progredirati. Prethodno spomenut partnerski odnos uzrokuje specifično žalovanje po gubitku pacijenta. Takvo žalovanje najčešće ne bude otvoreno priznato, društveno potvrđeno, a medicinska sestra/tehničar smatra da nije prihvatljivo izraziti svoj emocionalni odgovor u okvirima radnog okruženja. Razvijanjem adekvatnih mehanizama obrane, edukacijom i iskustvom može se uvelike utjecati na kapacitete potrebne za efektivno žalovanje u svezi s gubitkom pacijenta. Učestali gubitak pacijenta pridonosi akumulaciji stresa, a razvoju psihičkih poteškoća nerijetko prethodi nedostatak socijalne podrške unutar obitelji. Nedostatak socijalne podrške unutar obitelji sasvim je opravdan čimbenik rizika budući da medicinski djelatnici većinski smatraju nepotrebnim i neprimjerenim dijeliti svoja stresna i traumatska iskustva s bližnjima koji uobičajeno nisu izloženi takvoj vrsti stresora (64).

Tvrđnja s kojom su se ispitanici najmanje složili glasi „Svjedočenje smrti može pomoći u prevladavanju straha od smrtnosti.“ Maslowljeva teorija samoaktualizacije spominje pretpostavku da je strah od smrti manji kod samoaktualiziranih pojedinaca u odnosu na one koji

samoaktualizaciju nisu postigli. Također se u literaturi spominje teorija traženja smisla prema kojoj pojedinac u teškim životnim situacijama, u ovom slučaju tijekom suočavanja s učestalim gubitcima pacijenta, preoblikuje svoje stavove i percepciju. Promjenom stavova i percepcije pojedinac ponovno uspostavlja shvaćanje svrhe svoga života i posljedično umanjuje strah od vlastite smrtnosti (65).

Istraživanje pojavnosti sindroma izgaranja s obzirom na osobine ličnosti onkoloških medicinskih sestara/tehničara pokazalo je da postoji korelacija između navedenih varijabli. Istraživanje je provedeno nad 101 ispitanikom 2015. godine u Španjolskoj. Emocionalna istrošenost i depersonalizacija pozitivno su korelirane s neuroticizmom, a s druge strane negativno korelirane sa savjesnošću, otvorenosti prema iskustvu, ugodnosti i ekstraverzijom. Rezultati opisanog istraživanja potvrđuju da su osobine ličnosti jedan od ključnih faktora u predispoziciji razvoja sindroma izgaranja, a samim time mentalnih poremećaja povezanih s radom na onkologiji (39).

Rezultati dobiveni s obzirom na razinu studija pokazuju da ispitanici sa završenom preddiplomskom razinom u većoj mjeri smatraju da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen te da učestali gubitak pacijenata razvija kapacitete za efektivno žalovanje. Na temelju ovih rezultata može se pretpostaviti da studenti preddiplomskih studija u odnosu na studente diplomskih studija imaju manje radnog iskustva u sestrinstvu, a samim time drugačiju predodžbu o važnosti omjera plaće i kompleksnosti radnog mjesta. Manjak radnog iskustva podrazumijeva i manjak suočavanja sa smrtnim ishodom te može biti razlogom dobivenog ishoda istraživanja. Ispitanici sa završenom diplomskom razinom studija u većoj mjeri smatraju da su zdravstveni djelatnici na onkologiji izloženi nizu kroničnih stresora što se može pripisati većem teorijskom znanju u području mentalnog zdravlja, ali i boljem poznavanju radnih uvjeta na onkologiji.

S druge strane, ako se u obzir uzme broj godina radog staža u sestrinstvu, postoje razlike u slaganju s nekoliko tvrdnji. Ispitanici s manje radnog staža smatraju da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen. Ovaj rezultat potvrđuje pretpostavku da manjak radnog iskustva podrazumijeva drugačiju predodžbu o omjeru plaće i kompleksnosti radnog mjesta. U većoj mjeri smatraju da je holistički pristup temelj kvalitetne onkološke skrbi, a teorijsko učenje takav pristup zagovara kao temelj u zbrinjavanju svakog pacijenta. S godinama radnog staža sve se više uviđa činjenica da se teorija nerijetko razlikuje od prakse ukoliko radni uvjeti nisu optimalni. Ispitanici

s više godina radnog staža procijenili su svoju educiranost za pružanje zdravstvene skrbi onkološkim pacijentima većom u odnosu na ispitanike s manjim brojem godina radnog staža. Ovakav ishod bio je očekivan budući da teorijsko, praktično i iskustveno znanje raste s godinama rada u sestrinstvu, a samim time raste i sigurnost u vlastite sposobnosti i kompetencije. Veći stupanj slaganja u odnosu na ispitanike s manje godina radnog iskustva u sestrinstvu primijećen je i u tvrdnji vezanoj za prisustvo kroničnih stresora. Rezultati slaganja s navedenom tvrdnjom mogu biti povezani s činjenicom da osobe s više godina radnog staža imaju veći uvid u djelokrug rada na onkologiji te suosjećaju s obzirom na vlastite kronične stresore u radnoj okolini.

Glavni nedostatak ovog istraživanja bio je nerazumijevanje uputa u pitanju koje se odnosilo na godinu studija. Ova problematika mogla se riješiti probnim testiranjem, ali u tom slučaju problem koji bi se potencijalno javio jest niska stopa odaziva. Pretpostavlja se da ispitanici ne bi pokazali jednak interes za ispunjavanje upitnika iste tematike dva puta. Drugi problemi su nedostatak kontrole zbog fizičke odvojenosti ispitivača i ispitanika te niska razina odgovornosti ispitanika kao posljedica anonimnosti.

6. ZAKLJUČAK

- Iako su uočene pojedine razlike u stupnju slaganja s tvrdnjama s obzirom na razinu obrazovanja i broj godina radnog staža u struci, hipoteze ovog istraživanja nisu potvrđene.
- Studenti sestrinstva u podjednakoj mjeri smatraju da rad na onkološkim odjelima potencijalno može uzrokovati poteškoće mentalnog funkcioniranja i narušiti mentalno zdravlje medicinskih sestara/tehničara.
- Studenti sestrinstva procijenili su rad na onkološkim odjelima izuzetno kompleksnim, a s obzirom na visok stupanj slaganja s tvrdnjama u upitniku može se zaključiti da rad i specifičnosti rada na onkološkim odjelima smatraju visokorizičnim čimbenikom za razvoj poteškoća u mentalnom zdravlju i funkcioniranju.

LITERATURA

1. Pitot HC, Loeb DD. Fundamentals of Oncology. Fourth edition, revised and expanded. New York: Marcel Dekker, Inc.; 2002.
2. Barišić J. Utjecaj bolesti na povijest – primjer epidemija. J appl health sci. 2019; 5(2): 225-36
3. Albarracin D, Johnson BT, Zanna MP, Tarcan Kumkale G. Attitudes: Introduction and scope. U: Albarracin D, Johnson BT, Zanna MP. The handbook of attitudes. New York: Routledge; 2005. 3-19
4. Stav. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod Miroslav Krleža; 2021 [pristupljeno 13.08.2022.].
Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=57912>
5. Vrdoljak E, Belac Lovasić I, Kusić Z, Gugić D, Juretić A. Klinička onkologija. 3. obnovljeno i izmijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
6. Lynch MP. Essentials of Oncology Care. Third edition. New York: Professional Publishing Group, Ltd.; 2009.
7. Rukavina Kralj L. Novosti u liječenju bolesnica s uznapredovalim rakom jajnika. Medix. 2013; 19(103/104): 115-16.
8. Pavelić K. Genetski čimbenici i infektivni agensi u etiologiji zloćudnih tumora. Arh Hig Rada Toksikol. 2000; 51: 23-29
9. Suhail Y, Cain MP, Vanaja Gireesan K, Kurywchak PA, Levchenko A, Raghu Kalluri R, Kshitiz. Systems Biology of Cancer Metastasis. Cell Syst. 2019; 9(2): 109–27.
10. Tomasetti C, Li L, Vogelstein B. Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention. Science. 2017; 355(6331): 1330-334.
11. Boranić M. Karcinogeneza - suvremena gledišta o podrijetlu malignih tumora. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
12. Šekerija M, Korda K, Čukelj P, Erceg M. Uloga Registra za rak u praćenju epidemiologije

- raka u Hrvatskoj. Bilt Hrvat druš med inform. 2020; 26(2): 23-29.
13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2019., Bilten 44, Zagreb, 2021.
 14. Delić U, Cerić Š, Cerić T, Kuskunović A, Karamehić J, Delić-Šarac M. Dijagnostička radiologija u onkologiji. U: Karamehić J, ur. Tumorska imunologija. Prvo izdanje. Poglavlje 7. Sarajevo: Max Media d.o.o.; 2016.
 15. Song Q, Merajver SD, Li JZ. Cancer classification in the genomic era: five contemporary problems. Song et al. Human Genomics. 2015; 9(27). doi:10.1186/s40246-015-0049-8
 16. Cserni G, Chmielik E, Cserni B, Tot T. The new TNM-based staging of breast cancer. Virchows Archive. 2018. doi:10.1007/s00428-018-2301-9
 17. Galon J, Pages F, Marincola FM, Angell HK, Thurin M, Lugli A. i sur. Cancer classification using the Immunoscore: a worldwide task force. J Transl Med. 2012; 10(205). doi: 10.1186/1479-5876-10-205
 18. Lovreković B. Rane i kasne komplikacije ugradnje trajnog intravenskog katetera. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, 2019.
 19. Pavlica V. Rukovanje antineoplastičnim lijekovima. Medicus. 2001; 10(2): 257-59.
 20. Glavinović M. Smjernice za primjenu citotoksičnih lijekova i praksa u Republici Hrvatskoj. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, 2016.
 21. Čukljek S. Zdravstvena njega onkoloških pacijenta. Nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.
 22. Gavranić D, Iveta V, Sindik J. Konceptualni modeli sestrinstva i načela sestrinske prakse. SG/NJ. 2016; 21: 148-52.
 23. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abcu Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
 24. Braš M, Gregurek R. Psihoonkologija. Osijek: Grafika; 2008.

25. Reeve J. Razumijevanje motivacije i emocija. Jastrebarsko: Naklada slap; 2010.
26. Rončević – Gržeta I, Kuljanić – Vlašić K, Host I, Pernar M. i sur. Psihološka pomoć u suočavanju sa zloćudom bolešću. Rijeka: Liga protiv raka primorsko goranske županije; 2007.
27. Caton AP, Klemm P. Introduction of Novice Oncology Nurses to End-of-Life Care. CJON. 2006; 10(5): 604-08.
28. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski B, Vučevac V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i skrbi. Medix. 2016; 22(119/120): 69-76.
29. Požar H. 2020. Pregled očekivanih kompetencija strukovnih medicinskih sestara. U zborniku radova 11. međunarodne interdisciplinarnе konferencije "Horizonti". Ur. Hilčenko S. 15. – 16. svibnja 2020 Subotica, Srbija.
30. Čukljek S. Proces zdravstvene njege. Nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2020.
31. Fumić N, Marinović M, Brajan D. Kontinuirana edukacija medicinskih sestara s ciljem unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege. Acta Med Croatica. 2014; 68(1): 13-6.
32. Božičević V, Brlas S, Gulin M. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko – podravske županije; 2012.
33. Varjačić T, Braš M, Brajković L, Domokuš NA, Đorđević V. Stres i posljedice stresa liječnika onkologa. Soc psihijat. 2013; 41(2): 118-22.
34. Knežević B, Golubić R, Milošević M, Matec L, Mustajbegović J. Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: istraživanje u Zagrebu. Sigurnost. 2009; 51(2): 85-92.
35. Rout UR, Rout JK. Occupational stress. Stress Management for Primary Health Care Professionals. New York: Springer US; 2002.
36. Fairbrother CA, Paice JA. Life's Final Journey: The Oncology Nurse's Role. Clin J Oncol Nurs. 2005; 9(5): 575-79.

37. Klain E, Gregurek R, Kamerman N, Kosić R, Kovač M, Matušin A. i sur. Grupna psihoterapija za medicinske sestre i tehničare. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
38. Fruk Marinković M. Kontinuirana odgovornost za profesionalnost i informacijsku pismenost medicinskih sestara. *Acta Med Croatica*. 2014; 68: 33-6.
39. De la Fuente-Solana EI, Gomez-Urquiza JL, Canadas GR, Albendin-Garcia L, Ortega-Campos E, Canadas-De la Fuente G. Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2017; 30: 91-6.
40. Crnković D. Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus*. 2017; 26(2): 185-91.
41. Ivanda L. Sagorijevanje i izraženost emocionalnih smetnji medicinskih sestara na onkologiji i dermatovenerologiji. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, 2016.
42. Bogdan D. Stavovi medicinskih sestara o njihovim potrebama za psihološku pomoć u jedinicama intenzivnog liječenja KBC-a Split. Diplomski rad, Sveučilište u Splitu, 2022.
43. Epstein EG, Delgado S. Understanding and Adressing Moral Distress. *OJIN*. 2010; 15(3).
44. Aurer Z. Utjecaj radnog mjesta i staža na mehanizme obrane od stresa kod medicinskih sestara. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, 2015.
45. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*. 2017; 26(2): 161-65.
46. Miko I. Etiologija depresije. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, 2015.
47. Koić E, Mustajbegović J, Ivezić S. Zlostavljanje na poslu – mobing: preporuke za postupanje zdravstvene službe. *Medix*. 2007; 13(71): 107-10.
48. Gribben L, Semple CJ. Factors contributing to burnout and work-life balance in adult oncology nursing: An integrative review. *Eur J Oncol Nurs*. 2021; 50: 101887
49. Novak V. Sindrom izgaranja medicinskih djelatnika u radu s umirućim pacijentima. *SG/NJ*. 2014; 19: 189-95.
50. Demirci S, Kuzeyli Yildirim Y, Ozsaran Z, Uslu R, Yalman D, Aras AB. Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Med Oncol*. 2010; 27: 968-74.

51. JASP Team (2021). JASP (Version 0.16) [Computer software]
52. Licul R. Sestrinstvo – ženska profesija? JAHR. 2014; 5(9): 183-92.
53. Piškorjanac S. Oncology Nursing and EONS (European Oncology Nursing Society) influence in Eastern Europe. UUMSZTRS. Sestrinska vizija. 2021; 8: 34-7.
54. Lazibat T. Sveučilište u Zagrebu [Internet]. Zagreb: Zašto stručni studiji ne mogu biti izjednačeni sa sveučilišnima?; 09.06.2020 [pristupljeno 01.08.2022.]. Dostupno na: <http://www.unizg.hr/nc/vijest/article/zasto-strucni-studiji-ne-mogu-biti-izjednaceni-sa-sveucilisnima/>
55. Žižak A, Novak M, Kranželić V, Jandrić Nišević A, Kovčo Vukadin I. Pojam i ključna obilježja kompleksnih intervencija za populacije u riziku. Kriminologija i Socijalna Integracija. 2016; 24(1): 116-44.
56. Kann B, Johnson SB, Aerts HJWL. Changes in Length and Complexity of Clinical Practice Guidelines in Oncology, 1996-2019. JAMA. 2020; 3(3). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.0841
57. Vinckx MA, Bossuyt I, Dierckx de Casterle B. Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. Int J Nurs Stud. 2018; 87: 60-8.
58. Gi Toh S, Ang E, Devi K. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. Int J Evid Based Healthc. 2012; 10: 126-41.
59. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder JL, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. Psycho-Oncol. 2009; 19:141-49.
60. Gomez-Urquiza JL, Aneas-Lopez AB, De la Fuente-Solana EI, Albendin-Garcia L, Diaz-Rodriguez L, Candas-De la Fuente G. Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. Oncol Nurs Forum. 2016; 43(3): 104-20.
61. Andrijić MN. Ispitivanje sindroma sagorevanja kod zdravstvenih radnika i saradnika zaposlenih u onkološkoj ustanovi. Doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu, 2021.
62. Sharour LA, Sublih M, Bani Salameh A, Malak M. Predictors of Chemotherapy Safe-Handling Precautions and Knowledge Among a Sample of Jordanian Oncology Nurses. WHS. 2021; 69(3): 115-23.

63. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncol Nurs Forum*. 2010; 37(1): 43-9.
64. Janović Š. Ishodi kriznih intervencija kod medicinskog osoblja. U: Marčinko D, Aurer Z, Bajs Janović M, Beinrauch T, Begić D, Begovac I. i sur. ur. *Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2021. 108-09.
65. Kovačić P. Strah od smrti u starosti. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, 2022.

PRILOZI

Prilog A: popis tablica

Tablica 1. Uvjeti za optimalnu metodu probira

Tablica 2. Najčešće sestrinske dijagnoze u skrbi za onkološkog pacijenta

Tablica 3. Najčešće psihosomatske bolesti

Tablica 4. Stavovi vezani za karakterističnosti rada na onkologiji

Tablica 5. Stavovi vezani za specifičnosti mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika na onkologiji

Tablica 6. Efekt razine studija

Tablica 7. Efekt radnog iskustva

Prilog B: popis slika

Slika 1. Grafički prikaz ispitanika prema spolu

Slika 2. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na dob

Slika 3. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na vrstu studija

Slika 4. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na radni status

Slika 5. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na mjesto rada

Slika 6. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na godine staža u struci

Slika 7. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na bračni status

Slika 8. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na djecu

Prilog C: autorski anketni upitnik „Stavovi studenata sestrištva o specifičnostima mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika na onkologiji“

Poštovani,

pred Vama se nalazi anketni upitnik na temu "Stavovi studenata sestrištva o specifičnostima mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika na onkologiji".

Upitnik je izrađen s ciljem provođenja istraživanja u sklopu izrade diplomskog rada na diplomskom sveučilišnom studiju sestrištva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pod mentorstvom višeg predavača, Radoslava Kosića, prof. rehab., bacc. med. techn. i doc. dr. sc. Sandre Bošković, prof. rehab., bacc. med. techn.

Namijenjen je svim studentima preddiplomskih i diplomskih studija sestrištva u Republici Hrvatskoj.

Cilj ovog istraživanja je ispitati stavove studenata sestrištva o potencijalnim posljedicama koje rad na onkologiji ostavlja na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika.

Upitnik je podijeljen u tri dijela:

- I) Upitnik o sociodemografskim podacima
- II) Upitnik o specifičnostima rada na onkologiji
- III) Upitnik o specifičnostima mentalnog zdravlja

INFORMIRANI PRISTANAK

Podaci dobiveni u ovom istraživanju koristit će se u svrhu izrade diplomskog rada, a rezultati će biti prezentirani na javnoj obrani diplomskog rada. Postoji mogućnost objave istih u nekom od stručnih/znanstvenih časopisa.

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i u potpunosti anonimno, a odustati od ispunjavanja možete u bilo kojem trenutku.

Privatnost svih ispitanika poštovat će se prema Općoj uredbi o zaštiti podataka (GDPR) uz

pridržavanje svih etičkih načela.

Klikom na "Dalje" smatra se da ste dali svoj informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

Unaprijed Vam zahvaljujem na uloženom trudu i odvojenom vremenu.

U slučaju dodatnih pitanja vezano za ovaj upitnik i samo istraživanje kontaktirati me možete na e-mail adresu: lea.purgar97@gmail.com

Lea Purgar, bacc. med. techn.

Sveučilišni diplomski studij sestrinstva - Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja,

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

Viktora cara Emina 5,

51 000 Rijeka

Upitnik "Stavovi studenata sestrinstva o specifičnostima mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika na onkologiji" (autorski upitnik)

I) Sociodemografski podaci

1. Spol:

- a. muško
- b. žensko
- c. ne želim se izjasniti

2. Dob:

- a. 18 - 25 godina
- b. 26 - 35 godina
- c. 36 - 45 godina
- d. 46 ili više godina

3. Studij:

- a. preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva
- b. preddiplomski stručni studij sestrinstva
- c. diplomski sveučilišni studij sestrinstva
- d. diplomski stručni studij sestrinstva

4. Godina studija (4. i 5. godina odnose se na diplomске studije sestrinstva):

- a. 1. godina
- b. 2. godina
- c. 3. godina ili absolventska
- d. 4. godina
- e. 5. godina ili absolventska

5. Radni status:

- a. zaposlen/a u struci
- b. zaposlen/a izvan struke
- c. nezaposlen/a

6. Mjesto rada:

- a. primarna zdravstvena zaštita (ambulanta obiteljske medicine, dentalne medicine, medicine rada, zdravstvene zaštite žena, školske medicine, patronažna djelatnost, zdravstvena njega u kući i drugo)
- b. sekundarna zdravstvena zaštita (specijalističko-konzilijarna i bolnička djelatnost)
- c. tercijarna zdravstvena zaštita (klinika, klinička bolnica, klinički bolnički centar)
- d. sustav socijalne skrbi (dom za starije i nemoćne, obiteljski domovi, domovi za nezbrinutu djecu, domovi za psihički oboljele odrasle osobe i drugo)

e. ostalo

6. a) naziv radilišta (neobavezno):

7. Godine radnog staža u struci:

a. 0

b. 1 - 5

c. 6 - 10

d. 11 i više

8. Bračni status:

a. neoženjen/neudana

b. oženjen/udana

c. razveden/razvedena

d. udovac/udovica

e. izvanbračna zajednica

9. Imate li djecu:

a. da

b. ne

II) Upitnik o specifičnostima rada na onkologiji - u ispunjavanju ovog dijela upitnika potrebno je tvrdnju označiti brojem 1 do 4 pri čemu brojevi označavaju:

1 - nimalo

2 - djelomično

3 - prilično

4 - izuzetno

1. Kompleksnost zdravstvene njege onkoloških pacijenata procijenio/la bih s: 1 2 3 4

2. Kompleksnost zdravstvene njege ovisi o opsežnosti intervencija. 1 2 3 4

3. Zadovoljstvo poslom zdravstvenih djelatnika na onkologiji ovisi o raspoloživim ljudskim i materijalnim resursima. 1 2 3 4

4. Smatram da je rad na onkološkim odjelima adekvatno plaćen. 1 2 3 4

5. Učestale rehospitalizacije utječu na povezanost zdravstvenih djelatnika s pacijentom i njegovom obitelji. 1 2 3 4

6. Onkološki pacijenti tijekom skrbi zahtijevaju pružanje specifične psihološke potpore. 1 2 3 4

7. S obzirom na tijek i ishod onkoloških bolesti, formalna i neformalna komunikacija s pacijentom razlikuje se u odnosu na druga radilišta. 1 2 3 4

8. Kvalitetna onkološka skrb vodi se načelom holističkog pristupa. 1 2 3 4

9. Empatija je jedan od najvažnijih čimbenika u skrbi za onkološkog pacijenta. 1 2 3 4

III) Upitnik o specifičnostima mentalnog zdravlja - u ispunjavanju ovog dijela upitnika potrebno je označiti slaganje s tvrdnjom brojem od 1 do 5 pri čemu brojevi označavaju:

1 - u potpunosti se ne slažem

2 - ne slažem se

3 - nemam utvrđen stav

4 - slažem se

5 - u potpunosti se slažem

1. Zdravstveni djelatnici na onkologiji izloženi su nizu kroničnih stresora. 1 2 3 4 5

2. Nedostatak slobodnog vremena pogoduje razvoju simptoma sindroma izgaranja. 1 2 3 4 5
3. Simptomi sindroma izgaranja mogu potencijalno smanjiti kvalitetu pružene zdravstvene njege. 1 2 3 4 5
4. Uspješnost u suočavanju s radnim opterećenjem uvjetovano je komunikacijom i pružanjem podrške unutar zdravstvenog tima. 1 2 3 4 5
5. Problematika smrti i osvješćivanje vlastite smrtnosti djeluje stresno na zdravstvene djelatnike. 1 2 3 4 5
6. Progresija bolesti i terminalizacija izazivaju osjećaj nemoći kod zdravstvenih djelatnika. 1 2 3 4 5
7. Kontinuitet i intenzitet direktne komunikacije s pacijentom pridonosi razvoju simptoma sindroma izgaranja. 1 2 3 4 5
8. Komunikacija negativnih vijesti u zdravstvenih djelatnika izaziva anksioznost. 1 2 3 4 5
9. Svjedočenje smrti može pomoći u prevladavanju straha od smrtnosti. 1 2 3 4 5
10. Učestali gubitak pacijenata razvija kapacitete za efektivno žalovanje. 1 2 3 4 5
11. Komunikacija s obitelji u žalovanju izaziva osjećaj nelagode. 1 2 3 4 5
12. Rad na onkologiji pruža zadovoljavajuću intelektualnu stimulaciju. 1 2 3 4 5
13. Kompleksnost zdravstvene skrbi nameće zdravstvenim djelatnicima osjećaj osobne odgovornosti. 1 2 3 4 5
14. Antineoplastična terapija (citostatici) može nepovoljno utjecati na fizičko zdravlje izloženih zdravstvenih djelatnika. 1 2 3 4 5
15. Kompleksnost i komplikacije antineoplastične terapije izazivaju strah od pogreške kod zdravstvenih djelatnika. 1 2 3 4 5

16. Pružanje visokokvalitetne i na osobu usmjerene skrbi rezultira osjećajem zadovoljstva. 1 2
3 4 5

17. Osobine ličnosti odlučujuć su čimbenik u razvoju mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom. 1 2 3 4 5

18. S obzirom na moj završeni stupanj obrazovanja smatram se dovoljno educiranim za pružanje zdravstvene skrbi onkološkim pacijentima. 1 2 3 4 5

19. Prevencija razvoja mentalnih poremećaja povezanih s radnom okolinom odgovornost je poslodavca (ustanove). 1 2 3 4 5

20. Rad s onkološkim pacijentima prilika je za osobni i profesionalni razvoj. 1 2 3 4 5

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 25. veljače 1997. godine u Varaždinu. Djetinjstvo i odrastanje provela sam u Novom Marofu gdje sam ujedno pohađala osnovnu školu Novi Marof. Po završetku osnovnoškolskog obrazovanja upisala sam Drugu gimnaziju Varaždin. Oduvijek sam pokazivala velik interes za prirodne znanosti, a istovremeno znala da u budućnosti želim raditi s ljudima. Naposljetku sam 2016. godine upisala preddiplomski stručni studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu i preselila se u Zagreb. Tijekom preddiplomskog studija najviše sam voljela kolegije vezane uz mentalno zdravlje i psihijatriju. Moje zanimanje za psihološku stranu medicine u kombinaciji s velikom željom nastavka akademskog obrazovanja rezultiralo je upisom diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva 2019. godine na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, smjer Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja. Nedugo nakon preseljenja u Rijeku zaposlila sam se na Klinici za radioterapiju i onkologiju Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Studiranjem i radom shvatila sam da u budućnosti želim promovirati i unaprijediti mentalno zdravlje onkoloških pacijenata. Globalna pandemija COVID-19 uvelike je utjecala na moju želju za povratkom u sjeverni dio Hrvatske, stoga sam se u rujnu 2020. godine zaposlila na Klinici za onkologiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Radim kao prvostupnica sestrinstva na Zavodu za radijacijsku onkologiju, na odjelu za tumore središnjeg sustava i kroz svakodnevni rad trudim se, s obzirom na stečeno znanje, pružiti najbolju moguću psihološku potporu ljudima kojima je ona uistinu potrebna.