

# Mišljenje medicinskih sestara o smrti i umiranju bolesnika tijekom pandemije bolesti COVID-19

---

**Pinter, Vanna**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:801580>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-23**

*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek  
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

**OSIJEK**

**Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo**

**Vanna Pinter**

**MIŠLJENJE MEDICINSKIH SESTARA O  
SMRTI I UMIRANJU BOLESNIKA  
TIJEKOM PANDEMIJE BOLESTI  
COVID-19**

**Diplomski rad**

**Osijek, 2022.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

**OSIJEK**

**Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo**

**Vanna Pinter**

**MIŠLJENJE MEDICINSKIH SESTARA O  
SMRTI I UMIRANJU BOLESNIKA  
TIJEKOM PANDEMIJE BOLESTI  
COVID-19**

**Diplomski rad**

**Osijek, 2022.**

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo.

Mentor rada: doc. dr. sc. Ivana Barać, mag. psych.

Komentor rada: dr. sc. Nikolina Farčić, mag. med. techn.

Rad ima 33 lista, 11 tablica i 1 prilog.

**Znanstveno područje:** Biomedicina i zdravstvo

**Znanstveno polje:** Kliničke medicinske znanosti

**Znanstvena grana:** Sestrinstvo

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Uloga medicinske sestre u skrbi za umirućeg bolesnika .....	1
1.1.1. Palijativna skrb .....	2
1.1.2. Jedinice intenzivnog liječenja .....	4
1.2. Utjecaj umiranja bolesnika na medicinske sestre .....	6
1.3. Pandemija COVID-19 .....	7
2. CILJ .....	13
3. ISPITANICI I METODE .....	14
3.1. Ustroj studije .....	14
3.2. Ispitanici .....	14
3.3. Metode .....	14
3.4. Statistička analiza .....	15
3.5. Etička načela .....	15
4. REZULTATI .....	16
4.2. Mišljenja o smrti .....	19
6. ZAKLJUČAK .....	26
7. SAŽETAK .....	27
8. SUMMARY .....	28
9. LITERATURA .....	29
10. ŽIVOTOPIS .....	32
11. PRILOZI .....	33

## 1. UVOD

Teoretičarka zdravstvene njege Virginia Henderson još je 1966. godine definirala ulogu medicinske sestre kao pomoć bolesnom ili zdravom pojedincu, u provođenju aktivnosti usmjerenih prema zdravlju, ali i mirnoj smrti (1). Smrt bolesnika često je neizbježan dio djelokruga rada medicinskih sestara. Ovisno o tome je li smrt očekivana ili iznenadna, postoje velike razlike u sestrinskim intervencijama i pristupu umirućem bolesniku. U oba slučaja uloga medicinske sestre je od iznimne važnosti. Rad s umirućim bolesnikom složen je proces, koji osim posjedovanja teorijskih i praktičnih znanja iz područja zdravstvene njege, od medicinskih sestara također zahtijeva psihološku i emocionalnu sposobnost za suočavanje sa smrću (2). Načini suočavanja medicinskih sestara sa smrću bolesnika, kao i njihova mišljenja i stavovi o samom pojmu smrti, individualni su. Različiti čimbenici utječu na njihovo stvaranje i oblikovanje, što je posebno izraženo tijekom pandemije bolesti COVID-19 kada umire velik broj bolesnika (3).

### 1.1. Uloga medicinske sestre u skrbi za umirućeg bolesnika

Smrt bolesnika ne može se definirati kao određeni trenutak ili događaj, već kao proces koji ima svoje trajanje. Medicinska sestra dužna je biti prisutna uz bolesnika tijekom cijelog procesa umiranja; neposredno prije, za vrijeme i nakon smrti. Uloga medicinske sestre u skrbi za bolesnika koji je umirući od iznimne je važnosti, sestrinske intervencije se razlikuju, a najviše ovise o profilu bolesnika te o vrsti ustanove ili radilišta na kojem se zdravstvena njega i liječenje provode (2).

Smrt je neuobičajen događaj koji osim teorijskih i praktičnih znanja zahtijeva psihološku stabilnost te razvijene socijalne vještine koje se obično stječu iskustvom, a svaka medicinska sestra trebala bi poznavati osnovne protokole o postupanju s umirućim i umrlim bolesnikom kako bi i u nedostatku iskustva mogla pružiti osnovnu skrb. U udžbenicima zdravstvene njege srednjih medicinskih škola postoje osnovni protokoli i pravilnici o postupanju s ovakvim bolesnicima, a specifičnosti ovise o protokolima ustanove u kojoj se ono provodi. Napredak medicine i pojava suvremenih oblika liječenja, koji mladim liječnicima i medicinskim sestrama predstavljaju područje većeg interesa u njihovom profesionalnom usmjeravanju, doveli su do nedovoljne educiranosti medicinskih sestara o radu s umirućim bolesnicima u terminalnim fazama bolesti (4).

Osnovna uloga medicinske sestre u postupanju s umirućim bolesnikom jest osigurati mu dostojanstvenu i bezbolnu smrt, ako je već svaka mogućnost za poboljšanjem njegovog zdravstvenog stanja isključena. Medicinska sestra procjenjuje potrebe umirućeg bolesnika te u skladu s njima planira i provodi sestrinske intervencije. Cilj je zdravstvene njege umirućeg bolesnika održati kvalitetu njegova života na što najvećoj mogućoj razini do njegovog samog kraja (5).

Kada govorimo o smrti bolesnika, netočno je povezivati taj događaj samo s gerijatrijskim i palijativnim radilištima. Smrt bolesnika događaj je koji se može javiti u svakom djelokrugu rada medicinske sestre. Ona može biti očekivana i iznenadna, sestrinske intervencije u tim slučajevima često se razlikuju, no uvijek se temelje na holističkom pristupu (2).

### **1.1.1. Palijativna skrb**

Težnja da se umirućim bolesnicima osigura što lakša i dostojanstvena smrt prepoznata je od samog početka ljudskog postojanja. Kako medicina napreduje, trajanje životnog vijeka se produljuje te se time povećava potreba za razvojem suvremenih oblika palijativne skrbi. Temeljima palijativne skrbi smatraju se hospiciji. Hospicij je zdravstvena ustanova koja pruža različite vrste skrbi pojedincima koji su na kraju života, ali i njihovim obiteljima u procesu tugovanja i žalovanja nakon smrti bliske osobe. Smatra se da su prve hospicije u 11. stoljeću osnovali križari. Kada govorimo suvremenoj palijativi, njezin značajniji razvoj započeo je 60-ih i 70-ih godina 20. stoljeća, najprije u Velikoj Britaniji, SAD-u i Kanadi. Vrlo značajan događaj bio je hospicijski pokret, koji je započela medicinska sestra Cicely Saunders. Ona je kroz svoj rad prepoznala potrebu za specifičnom vrstom zbrinjavanja teških umirućih bolesnika u terminalnim fazama bolesti. Tako je 1967. godine u Londonu osnovala prvi hospicij pod nazivom Sv. Christopher koji je postao i jedna od najvažnijih istraživačkih i nastavnih točaka u promicanju znanja iz područja palijativne skrbi (6,7).

Zbog sve veće profesionalne, ali i javne zabrinutosti uslijed nedostatka kvalitetnog kontroliranja boli kod terminalnih bolesnika, Svjetska zdravstvena organizacija uključila se u definiranje i promicanje palijativne skrbi 1990. godine te izdala tekstualni dokument pod nazivom *Cancer Pain Relief and Palliative Care* (Smanjenje boli uzrokovane karcinomom i palijativna skrb). On definira palijativnu skrb kao pristup usmjeren podizanju kvalitete života bolesniku kojem je dijagnosticirana bolest sa smrtonosnim ishodom te njegovoj obitelji i bližnjima. Prema smjernicama, započinje onda kada su iscrpljeni svi uobičajeni oblici

kurativnog liječenja ili kada je karcinom uznapredovao do stadija da ga bolesnik teško podnosi. Ciljna skupina palijativne skrbi su bolesnici u terminalnim stadijima života koje niti suvremene metode liječenja ne mogu vratiti u stanje zdravlja ili odsustva bolesti. U prošlosti se ona primjenjivala neposredno prije samog trenutka smrti, a danas se ona primjenjuje odmah nakon postavljanja dijagnoze te se na taj način naglasak stavlja na život, umjesto na smrt. Ona je jedna od najnovijih subspecijalističkih grana suvremene medicine, a rezultat je i podizanja razine humanosti i civiliziranosti društva. Također, potiče na podizanje svijesti o smrti kao normalnom, prirodnom i neizbježnom događaju u životu čovjeka. Danas svijest o važnosti palijativne skrbi raste i postaje jasno da je potreba za njom neupitna. Ona je vrlo važan element ljudskog prava na zdravstvenu skrb i odgovornost je vlade učiniti je dostupnom svakom potrebitom pojedincu, što je 2003. godine službeno istaknuto u dokumentu pod nazivom *Preporuke Povjerenstva ministra država članica Vijeća Europe o organizaciji palijativne skrbi*. Suvremene strategije za razvoj palijativne skrbi temelje se na osnivanju i izgradnji specijaliziranih jedinica i centara za palijativnu skrb s timovima liječnika specijalista i specijaliziranih medicinskih sestara te osnivanju dnevnih bolnica i mobilnih palijativnih timova. Na taj način podiže se kvaliteta rada nove grane medicine koja trenutno svoju djelatnost provodi najčešće samo u hospicijima i staračkim domovima. U razvijenim državama Europe i SAD-a vidljiviji su rezultati suvremenih strategija (6,7).

1994. godine u Hrvatskoj je organiziran Prvi hrvatski simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi. Unutar Hrvatskog liječničkog zbora osnovano je Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu medicinu, a pravni temelji za organizaciju i regulaciju palijativne skrbi nastali su 2003. godine. Još od tada razrađuju se planovi uspostave rada i implementacije palijativne skrbi u zdravstvo kao obveznim djelokrugom rada zdravstva u zaštiti i liječenju bolesnika. Danas su ključni palijativni centri za koordinaciju provođenja palijativne skrbi na razini županija. Osigurana su ležeća mjesta u stacionarima postojećih ustanova, a osnivanje izvanbolničkih palijativnih institucija još je uvijek neostvareno. Kako je za njihovo osnivanje potreban tim specijaliziran za rad s palijativnim bolesnicima, važno je naglasiti potrebu za provođenjem edukacije zdravstvenog osoblja za koje se smatra da je nedostatno i zanemareno (7).

Kao član tima koji najviše vremena provodi uz bolesnika, glavnu ulogu u timu za palijativnu skrb ima medicinska sestra. Različite su duljine trajanja potrebe za palijativnom skrbi među takvim bolesnicima, a u slučajevima kad bolest sporo napreduje, bolesnik stvara određenu vrstu povezanosti s medicinskom sestrom. Uloga medicinske sestre u provođenju zdravstvene njege



palijativnog bolesnika vodi se načelom holističkog pristupa. Temelji se na ublažavanju simptoma s naglaskom na kontrolu i smanjenje boli te na provođenju intervencija koji pridonose podizanju kvalitete života u različitim aspektima bolesnikova funkcioniranja, a odnose se na fizičku, psihološku, duhovnu i socijalnu potporu. Osim što je uloga medicinske sestre ključna, važno je naglasiti da su medicinske sestre prvi članovi zdravstvenog tima koji su prepoznali potrebu za razvojem palijativne skrbi te odgovorile izazovima koje ona postavlja. Odgovornost medicinske sestre koja skrbi za palijativnog bolesnika je procjena bolesnikova stanja i utvrđivanje njegovih potreba za zdravstvenom njegom, planiranje i provođenje sestrinskih intervencija, evaluacija provedene zdravstvene njege i njegova stanja, prikupljanje informacija te suradnja s ostalim članovima tima i obitelji samog bolesnika, a krajnji cilj mora biti palijativni. Razvijene komunikacijske vještine ključna su kompetencija u takvoj skrbi. Medicinska sestra s palijativnim bolesnikom treba stvoriti profesionalni odnos utemeljen na povjerenju, empatiji i strpljenju. Važno je u skrbi obuhvatiti i njegove duhovne potrebe te potrebe za socijalnom integracijom. Razgovorom i dobrom komunikacijom bolesnika se može bolje pripremiti na nadolazeći ishod. Model zdravstvene njege koji se najčešće primjenjuje u skrbi za palijativne bolesnike je adaptacijski model teoretičarke Caliste Roy, koji je usmjeren na sposobnost bolesnikovog prilagođavanja i prihvaćanja novonastalih situacija s naglaskom na individualizirani i holistički pristup bolesniku (8).

### **1.1.2. Jedinice intenzivnog liječenja**

Uslijed potrebe za zbrinjavanjem bolesnika u vrlo teškim i životno ugroženim stanjima razvili su se odjeli i jedinice intenzivnog liječenja. Intenzivna skrb započela je u *šok sobama* koje su postojale najčešće na kirurškim odjelima, a kasnije se razvila u samostalnu jedinicu intenzivnog liječenja i njege pod vodstvom specijalista anesteziologa. Smatra se da je sama specijalnost intenzivne medicine nastala kao posljedica epidemije poliomijelitisa 1950-ih, kada se javila široka potreba za mehaničkom ventilacijom. Od tada je tehnologija dostupna za podršku kritično bolesnim pacijentima postala sofisticiranija i složenija, a važnost jedinica intenzivnog liječenja (JIL) u današnjem zdravstvenom sustavu je neupitna. JIL jedno je od najzahtjevnijih i najvažnijih radilišta zdravstvenog sustava. Indikacije za prijem bolesnika u JIL su sva životno ugrožavajuća stanja neovisno o njihovoj etiologiji, potreba za mehaničkom ventilacijom pluća, različita stanja šoka, stanja koja zahtijevaju reanimaciju te stanja poslije reanimacije, poslijeoperacijska skrb nakon zahtjevnih operacija te transplantacije. Oblik rada u JIL je interdisciplinirani timski rad, a svi članovi tima moraju biti dodatno educirani za rad na tom

zahtjevnom i odgovornom radilištu. U Hrvatskoj se edukacija provodi kroz održavanje mnogih kongresa i stručnih skupova (9).

Cilj i smisao intenzivne medicine su prepoznavanje životno kompromitiranih bolesnika, stalni nadzor i monitoring, rano prepoznavanje simptoma i znakova koji prethode kritičnim stanjima, brza i učinkovita prevencija i liječenje poremećaja funkcije organa ili organizma u cjelini, a u slučaju nastupanja kritičnog stanja održavanje života dok postoji šansa za uspostavljanjem vitalnih funkcija. Dakle, specifičnosti intenzivnog liječenja su nadzor funkcije pojedinih i cijelog organizma te brzo i specifično liječenje. Intenzivno se liječenje provodi u posebnim prostornim jedinicama, koristi se specifičnim metodama i postupcima liječenja uz uporabu skupe opreme i lijekova, stoga je ta vrsta medicine iznimno skupa. Istraživanja su pokazala da čini 20 do 30 % ukupnih troškova bolničkih liječenja. Bolesnici u životno ugrožavajućim stanjima vrlo su nestabilne fiziologije, stoga ih i najmanje odstupanja u funkcioniranju organa mogu dovesti do vrlo ozbiljnih stanja s nepovratnim oštećenjima organa koji vrlo često dovode do smrti (10).

JIL je dinamično, neintimno te za bolesnika vrlo često zastrašujuće mjesto. Unatoč tome, teškom i umirućem bolesniku u JIL potrebno je ispoštovati njegovo pravo na dostojanstvenu smrt, u čemu veliku ulogu ima medicinska sestra. Smrt bolesnika u JIL najčešće je iznenadna i neočekivana, prisutan je nedostatak vremena za prilagodbu i prihvaćanje situacije, a u nju su uključeni bolesnik, obitelj i sami djelatnici. Vrlo često su djelatnici zaposleni u JIL educirani za najsuvremenije načine održavanja života, a nedostatno educirani za brigu o umirućem bolesniku. Uloga medicinske sestre u JIL je svesti simptome bolesti (s naglaskom na bol) na minimum, osigurati privatnost i sačuvati njegovo dostojanstvo. Kako je umirući bolesnik u JIL vrlo često bez svijesti, medicinska sestra ne smije pretpostavljati, već je dužna znati prepoznati njegove potrebe i bez verbalne komunikacije, za što je potrebna edukacija i iskustvo. S druge strane, u slučaju kada je bolesnik pri svijesti, ne smije se zanemarivati njegovo psihičko i duhovno stanje. JIL je radilište koje određuje niz stresnih događaja nepovoljnih za umirućeg bolesnika, a to su buka, svjetlo, alarmi različitih uređaja, stresni događaji poput reanimacije, smrt drugog bolesnika, teško očuvanje privatnosti, itd. Medicinska sestra dužna je omogućiti bolesniku najpovoljnije moguće uvjete kako bi mu osigurala mirnu smrt čak i u takvoj okolini. Često je neizbježno korištenje paravana kako bi se bolesniku osigurala barem djelomična privatnost. Skrb za umirućeg bolesnika ne smije se razlikovati od skrbi za bolesnika čije je stanje perspektivno. Koža bolesnika i posteljno rublje moraju biti suhi i čisti, a kod bolesnika na mehaničkoj ventilaciji važno je naglasiti na prohodnost dišnog puta. Potrebno je pridržavati

se mjera u svrhu sprječavanja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi kako bolesnikovo stanje ne bi bilo dodatno otežano. Kako je bolesnik u JIL često izložen umjetnom održavanju života pomoću različitih aparata, primjena jakih analgetika i sedativa ključna je u skrbi za te bolesnike. Medicinska sestra dužna je prepoznati neverbalne znakove boli, o tom obavijestiti liječnika te potom primijeniti ordiniranu terapiju. Kada je bolesnik pri svijesti, potrebno je s bolesnikom komunicirati, odgovarati na njegova pitanja, davati mu jasne odgovore te upute i objašnjenja prije provođenja svake intervencije. Bolesnik ima pravo na odbijanje intervencija ako je u stanju samostalnog odlučivanja, a ako nije, pravo na to ima i obitelj. Često je komunikacija zbog različitih čimbenika otežana, kako fizički, tako i psihološki, stoga medicinska sestra mora posjedovati dobre komunikacijske vještine. Komunikacija s obitelji i njihova prisutnost od iznimne su važnosti. Obitelj mora biti upućena u realno stanje bolesnika, što je liječnička dužnost. Uloga medicinske sestre je pružiti im podršku te odgovarati na pitanja o stanju bolesnika koja ne izlaze iz njezinog djelokruga rada. Potrebno je, barem na kratko, omogućiti bolesniku posjete najbliže obitelji te se u svrhu ispunjavanja bolesnikovih duhovnih potreba često u posjetu poziva i svećenik (9,11).

## **1.2. Utjecaj umiranja bolesnika na medicinske sestre**

Skrb za umiruće bolesnike jedna je od psihološki najutjecajnijih zadaća s kojom se susreće većina medicinskih sestara, s obzirom na to da je smrt događaj koji kod svake osobe izaziva emocionalnu reakciju. Svaka osoba, pa tako i medicinska sestra, smrt doživljava na vlastiti način, a mnogi su čimbenici koji utječu na načine suočavanja i stajališta o smrti i umiranju. Neki od tih čimbenika su spol, dob, učestalost izloženosti smrtnim događajima, vlastito poimanje i uvjerenja o smrti, vjera i duhovnost te educiranost. Kako stalno sudjeluju u intervencijama tijekom kojih postoji mogućnost povezivanja s pacijentima na emocionalnoj razini, neizbježan je utjecaj umiranja i smrti bolesnika na stvaranje vlastitih osjećaja i mišljenja, kao što su anksioznost, strah, tuga, ljutnja, krivnja ili olakšanje jer je patnja umirućeg bolesnika završila (2,11).

Ako medicinske sestre ne mogu prihvatiti smrt i umiranje bolesnika kao dio svog djelokruga rada te pronaći načine za suočavanje s tim događajem, postoji mogućnost unutarnjeg sukoba između poslovnog i privatnog života. Postoje brojni načini pomoći i samopomoći u očuvanju psihičkog zdravlja medicinskih sestara, a za svaku osobu pristup je individualan. Razgovor o problemu uvijek je dobar početak u pronalaženju načina suočavanja sa smetnjama koje utječu na psihičko zdravlje. Svaka medicinska sestra treba pronaći način vlastitog suočavanja s tim

dogadajem kao prirodnim tijekom života i bolesti. Izloženost velikom broju smrtnih slučajeva jedan je od najjačih stresora na radnom mjestu. Dugotrajna izloženost stresu može dovesti do sindroma sagorijevanja, koji se spominje kao česta pojava prisutna kod zdravstvenih djelatnika, a posebno medicinskih sestara. U svrhu zaštite psihičkog zdravlja medicinskih sestara, diljem svijeta provode se različita kvantitativna i komparativna istraživanja o toj temi. Sindrom sagorijevanja najčešće uzrokuje razdor između zahtjevnosti radnog mjesta i vlastitih mogućnosti. Također, naglo izlaganje radilištima s velikom stopom smrtnosti bolesnika mogu izazvati kod nepripremljenih i needuciranih medicinskih sestara pojavu posttraumatskog stresnog poremećaja. Društvo američkih liječnika internista 2001. godine predlaže pet mjera u prevenciji sindroma sagorijevanja, a to su: 1. briga za sebe uz uključivanje zabave ili neke vrste razbibrige u rad, 2. određivanje granica djelovanja kao što je npr. promjena radnog vremena ili radnog mjesta, 3. pronalaženje sredstava prevladavanja stresa što uključuje razgovor s osobom od povjerenja ili psihoterapeutom, 4. analiza samoga sebe, svojih vrijednosti, vještina i želja, 5. nadvladavanje kompleksa da se drugima ne događaju slični problemi (2,3).

Provedena su mnogobrojna istraživanja u koja govore o nedostatku educiranosti i znanja medicinskih sestara o skrbi za umiruće i umrle bolesnike. Educiranost se smatra jednim od najistaknutijih čimbenika koji utječu na provođenje skrbi i suočavanje s takvim bolesnicima. Iako kod mnogih medicinskih sestara postoji nedostatak iskustva s profesionalnim ili pravnim posljedicama nakon smrti bolesnika, česte su rasprave odgovornosti i strahu od ubrzavanja smrti te neadekvatnog ublažavanja simptoma, posebno boli. Jedno istraživanje provedeno u Australiji pokazalo je kako zabrinutost medicinskih sestara uključuje moguću kaznenu ili građansku odgovornost te gubitak posla, ugleda ili registracije. Čak dvije trećina ispitanika smatralo je da se zbog tih pravnih problema bolesnicima uskraćuje ublažavanje boli. Manje od polovice ispitanih medicinskih sestara pokazalo je dostatno znanje o pravnoj zaštiti zdravstvenih djelatnika koji pružaju ublažavanje simptoma bolesnicima na kraju života. Navedeni rezultati pokazuju potrebu za hitnom dodatnom edukacijom medicinskih sestara o pravnoj zaštiti koja pruža potporu u primjeni odgovarajućih palijativnih lijekova, čime bi se poboljšala njihova klinička praksa (11).

### **1.3. Pandemija COVID-19**

U prosincu 2019. pojavile su se informacije o potencijalno vrlo opasnoj respiratornoj bolesti otkrivenoj u gradu Wuhan, provincija Hubei, Kina. Kina je 31. prosinca obavijestila Svjetsku zdravstvenu organizaciju (WHO) o nekoliko sličnih slučajeva neobične upale pluća uzrokovane

dotad nepoznatim virusom, za koji vjeruju da potječe s tržnice u gradu Wuhan. Bolest je izvorno bila poznata kao novi, nepoznati koronavirus iz 2019. godine, no službeni naziv kasnije postaje COVID-19 koji je odredila Svjetska zdravstvena organizacija 2020. godine. Virus je uvršten u Međunarodnu klasifikaciju bolesti kao teški akutni respiratorni sindrom koronavirus 2 ili SARS-CoV-2. U iduća 4 mjeseca virus se proširio po državama, regijama i svim kontinentima, unatoč raznim upozorenjima i savjetima WHO o rješavanju i kontroli te zarazne bolesti. Točan broj zaraženih i umrlih od koronavirusne bolesti treba tek procijeniti ili točno izbrojati. Velik broj ljudi nije testiran na virus, nad mnogim umrlima nisu obavljene obdukcije, a točni sustavi izvještavanja o podacima ne postoje u mnogim državama. Procjenjuje se da je od početka pandemije do sredine 2022. godine evidentirano više od 500 milijuna slučajeva zaraze, dok je preko 6 milijuna slučajeva sa smrtnim ishodom (12).

Još od vremena začetnice sestrinstva i teoretičarke zdravstvene njege Florence Nightingale, medicinske su sestre uvijek bile u središtu prevencije i prepoznavanja zaraznih bolesti te provođenja skrbi, edukacije i kontrole. Tako je uloga medicinskih sestara izašla na vidjelo i iz mraka pandemije bolesti COVID-19, kad je svijet zateklo iznimno teško stanje u području zdravlja i funkcioniranja zdravstvenog sustava. Nepoznata priroda samog virusa uz ekstremno visoku virulenciju, dosad nezabilježen velik broj zaraženih bolesnika u kratkom vremenu, visoka stopa smrtnosti, nedostatak sredstava i zaštitne opreme, nedostatak zdravstvenog osoblja te istovremena briga za nezaražene bolesnike samo su neki od čimbenika koji su učinili vrijeme pandemije bolesti COVID-19 izrazito teškim periodom u djelokrugu rada svih profila zdravstvenih djelatnika, a u ovom tekstu osvrta se na rad medicinskih sestara. Osim fizičkih negativnih čimbenika, važno je naglasiti i utjecaj na psihičko zdravlje (11).

Često se upotrebljava izraz da su medicinske sestre koje rade s COVID bolesnicima „na prvoj liniji obrane“, tj. u najbližem kontaktu sa zaraženim bolesnicima, pa je samim time došlo i do pojave velikog broja zaraženih medicinskih sestara, od kojih je mnogo i sa smrtnim ishodom. Zbog nedostatnog broja medicinskih sestara diljem svijeta, medicinske sestre su tijekom pandemije suočene s povećanim brojem radnih sati bez dostatnog vremena za odmor što dovodi do fizičkog iscrpljenja. Osim pritiska vala pristizanja velikog broja bolesnika s često vrlo teškom kliničkom slikom, korištenje sredstava osobne zaštite dodatno otežavaju rad na način da ograničavaju disanje i kretanje osobe koja je nosi. Nedovoljna educiranost te rad na nepoznatom radnom mjestu zahtijevaju od medicinskih sestara sposobnost brzog učenja i prilagodbe pod utjecajem velikog pritiska. Sposobnost snalaženja također je jedna od kompetencija koju od medicinskih sestara zahtijeva vrijeme pandemije. Nedostatak sredstava

za rad prisutan je gotovo u cijelom svijetu, stoga su medicinske sestre u radu s COVID bolesnicima često podvrgnute pronalaženju sekundarnih načina u provođenju same skrbi, a vode se dosadašnjim znanjem i iskustvom. Velik broj medicinskih sestara našao se u ulozi edukatora, kako je provođenje edukacije na temelju vlastitih iskustava u radu s dosad nepoznatim profilom bolesnika neophodno. Slijedeći svoj poziv da pomažu bolesnicima, medicinske sestre ne samo da žrtvuju vlastito fizičko, već i psihičko zdravlje. Negativni psihološki učinci pandemije na medicinske sestre, a posebno negativni učinci izravne skrbi za COVID bolesnike, uslijed okupiranosti „brojevima“ zaraženih i umrlih bolesnika zanemareni su te javnosti nepoznati. Vrlo je teško laicima predočiti s kakvim se zadatkom nose medicinske sestre (11).

Utjecaj pandemijskog razdoblja na psihološko zdravlje medicinskih sestara neizmjenno je. Kako su medicinske sestre svjedočile ili još uvijek svjedoče vrlo velikom broju bolesnika iznimno teškog zdravstvenog stanja i ljudskoj patnji uslijed bolesti COVID-19, gotovo je nemoguće zadržati isključivo profesionalan stav i spriječiti utjecaj tih čimbenika na vlastito psihološko zdravlje. Mnoge medicinske sestre u radu na COVID odjelima izložene su suočavanju s velikim brojem smrtnih slučajeva, što može utjecati i na njihova osobna stajališta o životu ili smrti. Povećana stopa depresije, anksioznosti, sindroma sagorijevanja i PTSP-a uslijed rada na COVID odjelima kod medicinskih sestara prisutna je u čitavom svijetu, a njihovo je psihološko zdravlje zanemareno. Strah od prenošenja virusa na bližnje rezultirao je kod mnogih socijalnom izolacijom. Također, strah od samog virusa i vlastitog oboljenja mogu znatno utjecati na pojačanje anksioznosti. Rad s COVID bolesnicima kod mnogih je medicinskih sestara doveo do povećanja svijesti o vlastitoj smrtnosti, preispitivanju životnih vrijednosti, povećanja ili smanjenja empatije te promjeni mišljenja o smrti općenito. Važno je naglasiti i učestalo javljanje etičkih dvojbi u skrbi za COVID bolesnike, posebno u jedinicama intenzivne skrbi s velikim postotkom umrlih i neizliječenih bolesnika (12,13).

#### **1.4 Eutanazija**

Najčešća etička dvojba u radu s umirućim, palijativnim ili bolesnikom u JIL je eutanazija, a dodatno je izražena tijekom pandemije bolesti COVID-19. Riječ eutanazija nastala je sintezom korijena grčkih riječi; *eu* (dobro, lijepo) i *thanatos* (smrt), što bi u konačnici dovelo do prijevoda „lijepa smrt“. Ta se riječ koristi kao medicinski termin koji označava etičko pitanje potpomognutog prekidanja života. Pojam eutanazije potječe iz Stare Grčke, kada se eutanazija smatrala prirodnom smrću uz odsustvo boli (14).

Često se naziva ubojstvom iz samilosti ili milosrđa, a cilj joj je prekidanje ljudskog života najčešće u svrhu oslobođenja umirućeg od boli ili nesnosne patnje. Pojam i pitanje eutanazije često se javlja u palijativnoj medicini ili u naglim prekidima kvalitete ljudskog života (politraume, oštećenja mozga s posljedicama na svakodnevno funkcioniranje, itd.). Neki bi znanstvenici eutanaziju definirali kao isključenje ljudskog života kada je njegova kvaliteta ispod ljudske razine, a do same etičke dvojbe dolazi baš u tom segmentu u kojem je teško odrediti i jasno postaviti granicu te ljudske razine. Smatrana činom kojim se prekida ljudski život često je svrstavana u kategoriju ubojstva, ali istovremeno ona posjeduje svojevrstne dobrobiti te predstavlja izuzetak, kako se čin odvija nad osobom koja je teško bolesna (15).

Kada govorimo o eutanaziji, vrlo je važno razlikovati terminologiju koja se koristi kako je tema veoma osjetljiva, a postoje različite vrste eutanazije. U literaturi je najprisutnija podjela s obzirom na vrstu prekida života - aktivnu i pasivnu. Tako se aktivnom eutanazijom smatra prekidanje ljudskoga života aktivnom primjenom različitih lijekova i sredstava koji uzrokuju smrt. Aktivna eutanazija je u društvu često osuđivana te se smatra kako graniči s činom ubojstva. Pasivna eutanazija je blaži oblik eutanazije, a ona označava prekidanje ljudskog života uklaňanjem potpomoći, tj. prekidanjem terapije ili prekidanjem rada aparata koji bolesnika održavaju na životu. Također postoji podjela eutanazije s obzirom na volju ili želju umirućeg bolesnika – dobrovoljnu i nedobrovoljnu, a danas se u literaturi često spominje pojam i *protuvoljne* eutanazije. Dobrovoljnom eutanazijom smatra se ona vrsta eutanazije na koju bolesnik samostalno daje pristanak. Nedobrovoljna eutanazija je vrsta eutanazije u kojoj o tome odlučuje obitelj ili najbliže osobe bolesnika u stanjima u kojima on samostalno ne može donositi racionalne i smislene odluke (stanja promijenjene svijesti i promišljanja). Protuvoljnom eutanazijom smatra se eutanazija u kojoj osoba nad kojom se eutanazija vrši želi nastaviti živjeti te se vrlo rijetko primjenjuje. Jedan od alternativnih odgovora na eutanaziju, a i područje u kojima se to etičko pitanje najčešće poteže je palijativna skrb. Današnji oblik palijativne skrbi razvio se u palijativnu medicinu koja se bavi pružanjem pomoći bolesnicima u terminalnim stadijima ili fatalnim prognozama vodeći se načelom holističkog pristupa. Mnogi znanstvenici smatraju da je medicina toliko uznapredovala da se svaka bol može otkloniti te da nema potrebe za provođenjem eutanazije uopće. U praksi se zdravstveno osoblje često susreće s različitim stanjima ljudske patnje koja se s obzirom na njegovo stanje ne javljaju samo kod bolesnika, već i njegove okoline te se ne bi složili s navedenom tvrdnjom. Mnogi znanstvenici tvrde da eutanazija nije isključivo individualna odluka, već ima, prije svega, važnu socijalnu refleksiju. Kad bi se eutanazija prihvatila i legalizirala, sama priroda lijeka i vlastiti identitet

liječnika doživjeli bi duboku transformaciju. Odnos liječnik – pacijent utemeljen na povjerenju bio bi prekinut. Također, kada bi se eutanazija odobrila, ohrabrilo bi se da se ljudsko biće ne cijeni zbog njegovog / njezinog bića, već zbog njegove sposobnosti proizvodnje (14,16).

Sve vrste eutanazije nezakonite su te se smatraju kaznenim djelom u većini država suvremenog svijeta, no oko osam država legaliziralo je barem neki oblik eutanazije. Luksemburg, Belgija i Nizozemska danas su jedine države u kojima je legalan aktivni oblik eutanazije. U Hrvatskoj je liječnički kodeks jasno definira kako se prekid ili skraćivanje života bolesnika protivi pravilima medicinske etike. Obaveza je liječnika produžiti život bolesnika i održavati ga na životu bez obzira na sve okolnosti, stoga je eutanazija u Hrvatskoj ilegalna. U Ustavu Republike Hrvatske, članak 21. jasno je definirano: *Svako ljudsko biće ima pravo na život.* (17).

Etičko pitanje eutanazije izaziva individualno i subjektivno mišljenje. Osnovni argument zagovornika protiv eutanazije je najčešće religiozne prirode u čijem je središtu svetost života. Ljudski se život mora čuvati i poštovati. Oni nalažu kako ne postoji opravdanje za oduzimanje ljudskog života, stoga eutanazija mora biti strogo zabranjena i ilegalna u svakom obliku i smislu. Postoje i zagovornici protivnici koji daju prostora da se eutanazija učini kao iznimka. U tom slučaju ona je popratna pojava, a ne ono čemu se teži. U prijevodu, dozvoljene su intervencije koje riskiraju smrt, a u suprotnom bi dovele do poboljšanja i očuvanja ljudskog života (3). Iako bi se mnogi liječnici složili kako je eutanazija često i jedino logično rješenje, Hipokratova liječnička zakletva na koju su se obvezni pozvati na početku svoje karijere nalaže kako neće nikoga namjerno oštetiti niti ubiti: *Nikome neću, makar me za to i molio, dati smrtonosni otrov, niti ću mu za nj dati savjet.* Kako su osobno liječnici ti koji odlučuju o liječenju bolesnika, taj argument jak je protivnik eutanazije. Na drugoj strani, pobornici za eutanaziju navode svoje argumente. Osnovni argument koji ide u prilog eutanaziji temelji se na načelu ljudske autonomije. Ljudsko je pravo donositi samostalne odluke, a kako čovjek ima pravo na život, tako ima i pravo na smrt. Mnogi znanstvenici i liječnici, a često i obitelji oštećenih posjeduju stavove kako je kvaliteta života ispod razine ljudskosti i dostojanstva ako čovjek može živjeti samo „kao biljka”, isključivo uz pomoć lijekova i djelovanje aparata, a bez svijesti i duše (15–17).

Medicinske sestre predstavljaju ključnu ulogu u pružanju i provođenju cjelovite zdravstvene skrbi za osobe sa životno ograničenim uvjetima. Međutim, često doživljavaju unutarnju moralnu dvojbu ili nemoć kad korisnici ili bolesnici od njih zatraže pomoć u samom procesu umiranja. Mišljenja medicinskih sestara o eutanaziji su različita. Iz različitih su istraživanja



proizašla dva ključna koncepta: neke su medicinske sestre bile pozitivne i/ili podržavale eutanaziju, dok su neke bile negativne i/ili nisu podržavale eutanaziju. Glavni čimbenici povezani s pozitivnošću i/ili podrškom eutanazije bili su zbog (a) ekstremne i nekontrolirane boli, nepodnošljive patnje ili drugih uznemirujućih iskustava bolesnika, (b) zakonitosti eutanazije i (c) prava bolesnika na dostojanstvenu smrt. Čimbenici koji su odredili negativan i/ili nepodržavajući stav medicinskih sestara uključivali su (a) religiju, (b) moralne/etičke dvojbe, (c) ulogu spola zdravstvenog djelatnika i (d) lošu palijativnu skrb (18).

Legalizacija eutanazije u nekim je državama predstavila medicinskim sestrama vrlo složen niz etičkih i moralnih odluka koje se odnose na određivanje razine vlastite uključenosti u tu novu vrstu i mogućnost skrbi. Na jednom je kraju spektra potpuni priziv savjesti, pri čemu medicinske sestre imaju mogućnost odluke da budu oslobođene svake vrste ovakve skrbi iz razloga vezanih za očuvanje vlastitog moralnog integriteta. Na drugom kraju spektra je mogućnost potpune uključenosti u sam proces eutanazije. Između ta dva spektra su razine uključenosti u njegu koje mogu, ali i ne moraju, biti izravno povezane sa stvarnim pružanjem eutanazije (npr. stalna skrb za osobe koje primaju eutanaziju i potporu obitelji u slučaju žalosti). Iako je pravo medicinskih sestara na priziv savjesti utvrđen u kanadskom zakonu regulatorne politike, navode da se ovaj čin ne može olako shvatiti. Na primjer, regulatorni dokument za medicinske sestre u Manitobi sugerira da se pozicija priziva savjesti treba zauzeti samo na temelju dugotrajnih i duboko držanih vrijednosti i uvjerenja. Nadalje, medicinske sestre imaju obvezu proaktivno informirati poslodavce o svom prizivu savjesti, po mogućnosti prije početka novog ugovora o radu. U Kanadi, politike zdravstvene regije mogu zahtijevati od medicinskih sestara da ostanu uključene u eutanaziju u njezi koja nije povezana čak i ako se savjesno protive eutanaziji. To zahtijeva od medicinskih sestara da se uključe u promišljena i posvećena razdoblja razmišljanja o svojoj sposobnosti da sudjeluju ili ne sudjeluju u eutanaziji (18).

## 2. CILJ

Ciljevi ovog istraživanja su:

- ispitati učestalost smrtnih događaja i utjecaj COVID pandemije i rada na COVID odjelu na mišljenja, strah i empatiju medicinskih sestara prema smrti i umiranju bolesnika
- ispitati osjećaj empatije medicinskih sestara s obzirom na radilište
- ispitati potrebu za edukacijom i podrškom medicinskih sestara u suočavanju sa smrću
- ispitati mišljenje medicinskih sestara o umiranju bolesnika i o smrti
- usporediti mišljenje medicinskih sestara s obzirom na radilište, COVID i ne-COVID odjel i dob.

### 3. ISPITANICI I METODE

#### 3.1. Ustroj studije

Istraživanje u svrhu izrade diplomskog rada provedeno je kao presječno istraživanje (19).

#### 3.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno u ožujku i travnju 2022. godine u Kliničkom bolničkom centru Osijek. U ispitivanju je sudjelovalo 80 medicinskih sestara i tehničara zaposlenih na trima klinikama; Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Klinika za ortopediju i traumatologiju te Klinika za infektologiju. Svi su ispitanici u istraživanju sudjelovali anonimno i dobrovoljno, na što su pristali ispunjavanjem informiranog pristanka.

#### 3.3. Metode

U svrhu ovog istraživanja, podatci su prikupljeni putem anketnog upitnika koji su ispitanici ispunjavali na internetu. Za istraživanje je korišten modificirani upitnik specifično izrađen za potrebe ovog istraživanja. Upitnik se sastoji od dva dijela; u prvom dijelu traženi su sociodemografski podatci te odgovori na pitanja koja se odnose na umiranje bolesnika općenito, prije i tijekom pandemije bolesti COVID-19. Drugi dio upitnika sastoji se od dijela standardizirane Death Attitude Profile – Revised (DAP – R) skale (20), 11 pitanja odabranih u skladu s temom rada. Poljsku prilagodbu profila stava prema smrti revidirali su Wong, Reker i Gesser (1994.). Rezultati su u skladu s izvornom verzijom upitnika i potvrđuju da poljska verzija Death Attitude Profile – Revised ispunjava psihometrijske zahtjeve za psihološke testove i, kao rezultat toga, može se primijeniti u znanstvenim istraživanjima. Konačna verzija upitnika sastoji se od 32 stavke (uključujući 31 dijagnostičku) koje čine pet dimenzija stavova o smrti: (a) Strah od smrti, (b) Izbjegavanje smrti, (c) Neutralno prihvaćanje, (d) Prihvaćanje bijega i (e) Prihvaćanje pristupa. Upitnik je testiran na 1285 ispitanika u dobi od 13 do 90 godina ( $M = 47,27$ ,  $SD = 18,21$ ). Vrijednosti pouzdanosti (Cronbachov  $\alpha$ ) za pojedine ljestvice variraju od  $\alpha = .63$  do  $\alpha = .89$ . Za procjenu valjanosti upitnika korištena je potvrdna faktorska analiza. Upitnik se nalazi na internetu i slobodan je za korištenje.

### 3.4. Statistička analiza

Kategorički podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike u kategoričkim varijablama testirane su Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom, a zbog razdiobe koja ne slijedi normalnu, podaci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Za testiranje razlika kontinuiranih varijabli između dvije nezavisne skupine koristili smo Mann-Whitneyev U test, a za tri i više nezavisnih skupina Kruskal-Wallisov test. Sve P-vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na  $\alpha = 0,05$ . Za analizu podataka korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 20.100 (*MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2022*) i SPSS (*IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.*).

### 3.5. Etička načela

Prije provođenja istraživanja izdana je suglasnost Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Osijek koji se nalazi u poglavlju Prilozi (Prilog 1.).

## 4. REZULTATI

### 4.1. Obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 80 ispitanika od kojih je 32 (40 %) s Klinike za anesteziju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, 22 (28 %) s Klinike za infektologiju, a 26 (32 %) s Klinike za ortopediju i traumatologiju. Medijan dobi ispitanika je 34 godina (interkvartilnog raspona od 26 do 45 godina) u rasponu od 20 do 61 godinu. S obzirom na spol nešto je više žena, njih 54 (67 %). Prema stručnoj spremi najviše ispitanika je srednje stručne sprema, 50 (63 %) (Tablica 1.). Na COVID odjelima radilo je 55 (69 %) ispitanika, od kojih podjednako u respiracijskom centru (JIL) ili na infektologiji. Prema duljini radnog staža po 13 (23 %) ispitanika ima duljinu radnog staža do 6 mjeseci, ili od 6 mjeseci do godine dana.

Tablica 1. Ispitanici prema općim obilježjima

	Broj (%) ispitanika
Službeno radno mjesto	
Klinika za anesteziju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	32 (40)
Klinika za infektologiju	22 (27)
Klinika za ortopediju i traumatologiju	26 (33)
Spol	
Muškarci	26 (33)
Žene	54 (67)
Stručna sprema	
Srednja stručna sprema	50 (63)
Bacc. med. techn.	22 (27)
Mag. med. techn.	8 (10)
Radili su na COVID odjelu	55 (69)
Na kojem COVID odjelu	
Respiracijski centar (JIL)	30 (55)
Infektologija	25 (45)
Duljina radnog staža na COVID odjelu	
0 – 6 mjeseci	13 (23)
6 mjeseci – 1 godina	13 (23)
1 – 2 godine	14 (25)
više od 2 godine	15 (29)

Smrt bolesnika je *čest* događaj (jednom tjedno) kod 30 (38 %) ispitanika na njihovu službenom odjelu, a *vrlo čest* kako navodi 36 (65 %) ispitanika na COVID odjelu na kojem su radili. Na mišljenja o smrti i umiranju je utjecala je COVID pandemija na 50 (63 %) ispitanika, a rad na COVID odjelu kod njih 38/55 (68 %). Pandemija je povećala strah od smrti i umiranja kod 28 (35 %) ispitanika, a rad na COVID odjelu je povećao strah od smrti i umiranja kod 16/55 (29 %) ispitanika (Tablica 2.).

Tablica 2. Učestalost smrtnih događaja i utjecaj COVID pandemije i rada na COVID odjelu na mišljenja i strah o smrti i umiranju

	Broj (%) ispitanika
Smrt bolesnika je događaj koji se na Vašem službenom odjelu događa:	
vrlo rijetko (1 x godišnje)	22 (27)
ponekad (1 x mjesečno)	13 (16)
često (1 x tjedno)	30 (38)
vrlo često (svakodnevno)	15 (19)
Smrt bolesnika je događaj koji se na COVID odjelu na kojem ste radili/radite događa:	
vrlo rijetko (1 x godišnje)	2 (4)
ponekad (1 x mjesečno)	2 (4)
često (1 x tjedno)	15 (27)
vrlo često (svakodnevno)	36 (65)
Smrt bolesnika na COVID odjelu na kojem ste radili/radite:	
vrlo rijetko (1 x godišnje)	3 (6)
ponekad (1 x mjesečno)	23 (42)
često (1 x tjedno)	29 (53)
COVID pandemija utjecala je njihova stajališta o smrti i umiranju	50 (63)
Rad na COVID odjelu utjecao je na njihova stajališta o smrti i umiranju	38 / 55 (68)
COVID pandemija je u njima povećala strah od smrti i umiranja	28 (35)
Rad na COVID odjelu u njima je povećao strah od smrti i umiranja	16 / 55 (29)

U slučaju smrti bolesnika često ili uvijek osjete empatiju 53 (67 %) ispitanika, dok nikad ili rijetko empatiju osjeti 11 (14 %) ispitanika. Rad na COVID odjelu je smanjio empatiju prema umiranju bolesnika u slučaju 7 (12 %) ispitanika, a povećao u slučaju 36 (61 %) ispitanika (Tablica 3.).

Tablica 3. Raspodjela ispitanika prema osjećaju empatije u slučaju smrti bolesnika

	Broj (%) ispitanika
Osjećate li empatiju u slučaju smrti bolesnika?	
Nikad	2 (3)
Rijetko	9 (11)
Ponekad	16 (20)
Često	18 (23)
Uvijek	35 (44)
Kako je rad na COVID odjelu utjecao na Vašu empatiju prema umiranju bolesnika?	
Smanjio empatiju	7 (12)
Nije utjecao	16 (27)
Povećao empatiju	36 (61)

Značajno manje empatije prema umiranju bolesnika imaju ispitanici zaposleni na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, u odnosu na ostale Klinike (Fisherov egzaktni test,  $P = 0,02$ ) (Tablica 4.). Svi ispitanici Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje smrt bolesnika označili su kao događaj koji se na njihovim matičnim radilištima događa *često* ili *vrlo često*.

Tablica 4. Povezanost rada na pojedinoj klinici i osjećaja empatije

	Broj (%) ispitanika prema Klinici na kojoj su zaposleni			$P^*$
	Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	Klinika za infektologiju	Klinika za ortopediju i traumatologiju	
Osjećate li empatiju u slučaju smrti bolesnika?				
Nikad	1 (3)	0	1 (4)	<b>0,02</b>
Rijetko	7 (22)	1 (5)	1 (4)	
Ponekad	9 (28)	6 (27)	1 (4)	
Često	7 (22)	4 (18)	7 (27)	
Uvijek	8 (25)	11 (50)	16 (61,5)	

\*Fisherov egzaktni test

Da postoji potreba za stručnom psihološkom pomoći ili potpora osoblju koje radi na COVID odjelima mišljenja je 77 (96 %) ispitanika. Njih 66 (83 %) navodi da posao utječe na njihovo funkcioniranje u privatnom životu, a 68 (85 %) da kod medicinskih sestara/tehničara postoji potreba za edukacijom o smrti i o tehnikama suočavanja s teškim umirućim bolesnikom. 36 (45 %) ispitanika smatra da su dovoljno educirani o smrti i o tehnikama suočavanja s teškim umirućim bolesnikom (Tablica 5.).

Tablica 5. Potreba za edukacijom i podrškom nakon smrti bolesnika

	Broj (%) ispitanika
Postoji potreba za stručnom psihološkom pomoći ili potporom osoblju koje radi na COVID odjelima	77 (96)
Posao utječe na njihovo funkcioniranje u privatnom životu	66 (83)
Smatraju da su dovoljno educirani o smrti i o tehnikama suočavanja s teškim umirućim bolesnikom	36 (45)
Smatraju da kod medicinskih sestara/tehničara postoji potreba za edukacijom o smrti i o tehnikama suočavanja s teškim umirućim bolesnikom	68 (85)

Nakon smrti pacijenta 45 (56 %) ispitanika navodi da bi u tom segmentu najveću potporu imali od radnih kolega / kolegica, a 31 (39 %) ispitanik navodi člana obitelji / partnera (Tablica 6.).

Tablica 6. Ispitanici prema tome s kim najradije razgovaraju nakon smrti pacijenta

S kim biste najprije porazgovarali o smrti i tko je za Vas u tom segmentu najveća potpora	Broj (%) ispitanika
Član obitelji/partner	31 (39)
Radni kolega/kolegica	45 (56)
Prijatelj/prijateljica	21 (26)
Stručna osoba (psiholog, psihijatar)	19 (24)
Svećenik	5 (6)

#### 4.2. Mišljenja o smrti

Da je smrt bez sumnje užasno iskustvo posve se slaže 31 (39 %) ispitanika, a ne slažu ili se posve ne slaže 36 (45 %) ispitanika. U domeni neutralnog prihvaćanja, 24 (30 %) ispitanika se u potpunosti slaže s tvrdnjom da se smrti niti boje niti čekaju s dobrodošlicom. Veći broj neodlučnih je na tvrdnju da smrt treba promatrati kao prirodan i neizbježan događaj, njih 15 (18,8 %). U domeni prihvaćanja pristupa, 17 (21 %) ispitanika se u potpunosti slaže s tvrdnjom da je smrt sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo, a neodlučno je 23 (28,8 %) ispitanika na tvrdnju da očekuju novi život poslije smrti. Da je smrt oslobođenje od boli i patnje slaže se ili se u potpunosti slaže 42 (53 %) ispitanika (Tablica 7.).



Tablica 7. Ispitanici prema mišljenjima o smrti

	Broj (%) ispitanika								
	Posve se ne slažem	ne slažem se	Umjeren o se ne slažem	Neodluč no	Umjeren o se slažem	Slažem se	Posve se slažem	Ukupno	
Smrt je bez sumnje užasno iskustvo	2 (3)	5 (6,3)	3 (3,8)	6 (7,5)	13 (16,3)	20 (25)	31 (39)	80 (100)	
Imam intenzivan strah od smrti.	14 (17,5)	22 (27,5)	16 (20)	12 (15)	7 (8,8)	5 (6)	4 (5)	80 (100)	
Izbjegavam uopće misliti na smrt.	5 (6,3)	5 (6,3)	14 (17,5)	15 (18,8)	10 (12,5)	11 (14)	20 (25)	80 (100)	
Smrti se niti bojim niti čekam s dobrodošlicom	6 (7,5)	8 (10)	5 (6,3)	10 (12,5)	13 (16,3)	14 (18)	24 (30)	80 (100)	
Smrt treba promatrati kao prirodan, nepobitan i neizbježan događaj	0	0	5 (6,3)	15 (18,8)	31 (38,8)	7 (9)	22 (28)	80 (100)	
Smrt nije ni dobra ni loša	4 (5)	4 (5)	3 (3,8)	19 (23,8)	23 (28,8)	11 (14)	16 (20)	80 (100)	
Smrt je ulaz u mjesto potpunog zadovoljstva	8 (10)	6 (7,5)	9 (11,3)	32 (40)	7 (8,8)	7 (9)	11 (14)	80 (100)	
Smrt je sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo	8 (10)	3 (3,8)	3 (3,8)	24 (30)	11 (13,8)	14 (18)	17 (21)	80 (100)	
Nakon smrti očekujem ponovni susret s osobama koje volim	5 (6,3)	4 (5)	4 (5)	22 (27,5)	8 (10)	13 (16)	24 (30)	80 (100)	
Očekujem novi život poslije smrti	6 (7,5)	5 (6,3)	3 (3,8)	23 (28,8)	11 (13,8)	9 (11)	23 (29)	80 (100)	
Smrt je oslobođenje od boli i patnje	1 (1,3)	0	3 (3,8)	19 (23,8)	15 (18,8)	18 (23)	24 (30)	80 (100)	

### 4.3. Povezanost mišljenja o smrti s obilježjima ispitanika

Najniže ocjene mišljenja o smrti su u području straha od smrti, a najviše je izraženo izbjegavanje smrti i prihvaćanje pristupa.

Nema značajnih razlika u mišljenjima o smrti s obzirom na to s koje klinike su ispitanici (Tablica 8.).

Tablica 8. Mišljenja o smrti u odnosu na klinike

	Medijan (interkvartilni raspon)				<i>P</i> *
	Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	Klinika za infektologiju	Klinika za ortopediju i traumatologiju	Ukupno	
Strah od smrti	1 (0,5 - 1)	1 (0,5 - 1)	1 (0,9 - 1)	1 (0,5 - 1)	0,50
Izbjegavanje smrti	6 (4 - 7)	6,5 (5 - 7)	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0,27
Neutralno prihvaćenje	3,7 (2,7 - 4)	3 (2,6 - 3,7)	3 (2,7 - 3,7)	3,3 (2,7 - 3,7)	0,20
Prihvaćanje pristupa	4,8 (4,3 - 5,8)	5,1 (4,2 - 5,8)	5,1 (4,5 - 6)	5 (4,3 - 5,8)	0,58
Izbjegavanje prihvaćanja	6 (4 - 7)	5 (4 - 6,3)	6 (5 - 7)	6 (4 - 7)	0,56

\*Kruskal-Wallis test

Nema značajnih razlika u mišljenjima o smrti s obzirom na to jesu li ili nisu radili na COVID odjelu (Tablica 9.).

Tablica 9. Mišljenja o smrti u odnosu na to jesu li ili nisu radili na COVID odjelu

	Medijan (interkvartilni raspon) s obzirom na to jesu li radili na COVID odjelu			<i>P</i> *
	Nisu radili na COVID odjelu	Radili na COVID odjelu	Ukupno	
Strah od smrti	1 (0,8 - 1)	1 (0,5 - 1)	1 (0,5 - 1)	0,39
Izbjegavanje smrti	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0,72
Neutralno prihvaćenje	3 (2,7 - 3,7)	3,3 (2,7 - 3,7)	3,3 (2,7 - 3,7)	0,94
Prihvaćanje pristupa	5 (4,5 - 6,1)	5 (4,3 - 5,8)	5 (4,3 - 5,8)	0,46
Izbjegavanje prihvaćanja	6 (4 - 7)	5 (4 - 7)	6 (4 - 7)	0,54

\*Mann-Whitney U test

Neutralno prihvaćanje je značajnije izraženo kod ispitanika koji su radili u respiracijskom centru (JIL) u odnosu na ispitanike s infektologije (Mann-Whitney U test,  $P = 0,02$ ), dok u ostalim domenama mišljenja o smrti nema značajnih razlika s obzirom na COVID odjel na kojem su radili (Tablica 10.).

Tablica 10. Mišljenja o smrti u odnosu na to na kojem COVID odjelu su radili

	Medijan (interkvartilni raspon) s obzirom na kojem COVID odjelu su radili			<i>P</i> *
	Respiracijski centar (JIL)	Infektologija	Ukupno	
Strah od smrti	1 (0,5 - 1)	1 (0,5 - 1)	1 (0,5 - 1)	0,92
Izbjegavanje smrti	6 (3,8 - 7)	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0,09
Neutralno prihvaćanje	4 (2,7 - 4)	3 (2,5 - 3,5)	3,3 (2,7 - 3,7)	<b>0,02</b>
Prihvaćanje pristupa	4,8 (4,3 - 5,6)	5,5 (4,3 - 5,8)	5 (4,3 - 5,8)	0,31
Izbjegavanje prihvaćanja	6 (4 - 7)	5 (5 - 6,5)	6 (4 - 7)	0,96

\*Mann-Whitney U test

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost mišljenja o smrti i dobi te uočili da dob i mišljenja o smrti nisu u značajnoj vezi (Tablica 11.).

Tablica 11. Ocjena povezanosti dobi ispitanika s mišljenjima o smrti (Spearmanov koeficijent korelacije)

	Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P-vrijednost)
	Dob ispitanika
Strah od smrti	0,096 (0,40)
Izbjegavanje smrti	0,009 (0,94)
Neutralno prihvaćanje	0,024 (0,83)
Prihvaćanje pristupa	0,147 (0,19)
Izbjegavanje prihvaćanja	0,119 (0,30)

## 5. RASPRAVA

Najveći postotak ispitanika (38,8 %) navodi smrt bolesnika kao događaj s kojim se na matičnom (uobičajenom) radilištu susreće *često* (npr. jednom tjedno), dok se na COVID radilištima 66,1 % ispitanika sa smrću bolesnika susreće *vrlo često* (npr. jednom dnevno). Prema tim podacima, možemo utvrditi da se na COVID radilištima ispitanici sa smrću bolesnika susreću češće nego na svojim matičnim radilištima. COVID pandemija utjecala je na promjenu mišljenja o smrti i umiranju bolesnika kod 62,5 % ispitanika, dok je rad na COVID radilištima utjecao na promjenu mišljenja kod 67,8 % ispitanika koji su na njima radili. Najviše ispitanika (43,8 %) navodi da *uvijek* osjeća empatiju u slučaju smrti bolesnika, dok je rad na COVID radilištima kod 61 % ispitanika utjecao na povećanje razine empatije. Značajno manje empatije imaju ispitanici zaposleni na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje u odnosu na ostale klinike. Svi ispitanici Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje smrt bolesnika označili su kao događaj koji se na njihovim matičnim radilištima događa *često* ili *vrlo često*. Prema mnogim istraživanjima, djelatnici zaposleni u jedinicama intenzivnog liječenja pri vrhu su ljestvice u zanimanjima izloženim visokim razinama profesionalnog sindroma sagorijevanja. Također, smrt bolesnika jedan je od najstresnijih događaja u medicini, a 2010. godine u SAD-u proglašena je osnovnim uzrokom sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara (21). Dugotrajna izloženost profesionalnom sindromu sagorijevanja također je povezana s gubitkom kliničke empatije. To nije iznenađujuće s obzirom na to da dvije od tri ključne značajke sagorijevanja – emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija – potkopavaju emocionalnu rezervu i osjećaj sebe koji su potrebni za kliničku empatiju. Također, iskustvo s COVID-19 pandemijom šok je za ionako preopterećen zdravstveni sustav. Kako se djelatnici u jedinicama intenzivnog liječenja tijekom pandemije suočavaju s najtežim bolesničkim stanjima s visokom stopom smrtnosti, sindrom profesionalnog sagorijevanja produbljuje se, a samim time smanjuje se i osjećaj empatije. *Sagorijevanja potiču sagorijevanja* (21). Činjenicu da češće susretanje sa smrću smanjuje razinu empatije potvrdila su i mnoga druga istraživanja (22,23).

Čak 96,3 % ispitanika smatra kako se osoblju koje radi na COVID radilištima treba pružiti stručna psihološka potpora. Najviše ispitanika navodi radnog kolegu ili kolegicu kao osobu kojoj će se najprije obratiti za razgovor i utjehu, dok 82,5 % ispitanika navodi da posao utječe na njihovo funkcioniranje u privatnom životu. Još i u prošlosti zdravstveni djelatnici prijavili su probleme mentalnog zdravlja povezane s profesionalnim aktivnostima zdravstvenih radnika tijekom i godinama nakon epidemija, uključujući simptome posttraumatskog stresa, izgaranja,

depresije i anksioznosti (24). SZO je 2020. godine istaknula izuzetno veliko opterećenje zdravstvenih radnika i pozvala na akciju za rješavanje hitnih potreba i mjera potrebnih za spašavanje života i sprječavanje ozbiljnog utjecaja na fizičko i mentalno zdravlje zdravstvenih radnika tijekom pandemije. Već je provedeno mnogo pregleda mentalnog zdravlja zdravstvenih radnika tijekom pandemije koji su zabilježili porast depresije, anksioznosti, nesanicice, posttraumatskog stres sindroma i sindroma profesionalnog sagorijevanja u odnosu na razdoblje prije pandemije te u odnosu na opću populaciju. Istraživanje provedeno u Kini također navodi da su negativnim učincima na psihološko i mentalno zdravlje više izložene medicinske sestre nego liječnici (25, 26) .

85 % ispitanika smatra kako postoji potreba za dodatnom edukacijom o tehnikama suočavanja sa smrću i umiranjem bolesnika kod medicinskih sestara, dok njih 45 % i svoju vlastitu razinu edukacije smatra nedostatnom. Da je obuka o palijativnoj skrbi ključni element skrbi za osobe na kraju života te da je još je važnija u vrijeme COVID-19 pokazuje istraživanje provedeno u Španjolskoj 2020. godine, u kojem se samo 51 % medicinskih sestara izjasnilo kako su prošle određenu vrstu edukacije o umirućem bolesniku (27). Istraživanje je usporedilo mišljenja educirane i needucirane skupine ispitanika. Naime, u odnosu na mišljenja o skrbi na kraju života, pozitivnija mišljenja i viši srednji rezultat pronađeni su u obučenoj skupini (27). I druga istraživanja pokazala su da održavanje edukativnih programa o smrti može smanjiti strah od smrti kod medicinskih sestara i poboljšati kvalitetu sestrinske skrbi u kritičnim situacijama. Istraživanje provedeno u Iranu pokazalo je da medicinske sestre nisu dobile učinkovitu obuku za pružanje njege umirućim pacijentima što su navele kao jedan od osnovnih uzroka povećanja stresa i smrtno anksioznosti (28). Istraživanje u Singapuru provedeno na palijativnim medicinskim sestrama navodi da je nedostatak edukacije najveći problem u skrbi za umiruće bolesnike koji ima negativne učinke na medicinske sestre i bolesnike (29).

Analizom podataka dobivenih iz odgovora na pitanja DAP-R upitnika, utvrđeno je da ispitanici najčešće smrt smatraju lošim iskustvom. Najčešći je odgovor da se smrti ne boje, ali i da izbjegavaju uopće misliti na smrt. Više od 90 % ispitanika smrt smatra oslobođenjem od boli i patnje. Preko 80 % ispitanika smrt zamišlja kao sjedinjenje s Bogom te očekuje novi život poslije smrti. Da su mišljenja zdravstvenih djelatnika prema smrti bili bodovni najviši u smislu neutralnog prihvaćanja, kao i u ovom istraživanju, pokazalo je i istraživanje u Kini provedeno na liječničkim stažistima na COVID-19 radilištima (30).

Rezultati drugih istraživanja povezanih s tom temom pokazali su određene sličnosti i razlike. Istraživanje koje je ispitalo mišljenja medicinskih sestara o smrti provedeno u KBC Osijek 2017. godine pokazalo je da intenzivan strah od smrti ima 26,4 % ispitanika, što je značajna razlika u odnosu na 45 % ispitanika u ovom istraživanju. Isto istraživanje također je pokazalo da osobe starije životne dobi imaju manju anksioznost prema smrti te se s njom bolje suočavaju, dok je u ovom istraživanju vidljivo kako životna dob nema utjecaj na mišljenja ispitanika (19).

Uzmemo li u obzir da je istraživanje 2017. provedeno prije pandemije bolesti COVID-19, postoji moguće objašnjenje razlike u postotku ispitanika s intenzivnim strahom od smrti. Naime, više od 60 % ispitanika u ovom istraživanju izjavilo je kako je pandemija bolesti COVID-19, ali i sam rad na COVID odjelu promijenio njihova osobna mišljenja o smrti. Tijekom pandemije, mnogi su se ispitanici susreli sa smrću češće nego na svojim matičnim odjelima. Istraživanje provedeno na studentima sestrinstva u Turskoj pokazalo je da se strah od smrti kod studenata sestrinstva povećao kada su se prvih nekoliko puta suočili sa smrću. Tada razina straha raste, a sve češćim susretanjem sa smrću počinje opadati (31).

## 6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i obrade dobivenih rezultata izvedeni su sljedeći zaključci:

- najveći postotak ispitanika (38,8 %) navodi smrt bolesnika kao događaj s kojim se na uobičajenom radilištu susreće *često* (npr. jednom tjedno), dok se na COVID radilištima 66,1 % ispitanika sa smrću bolesnika susreće *vrlo često* (npr. jednom dnevno), pandemija bolesti COVID-19 utjecala je na promjenu mišljenja o smrti kod 62,5 % ispitanika, a rad na COVID radilištima kod 67,8 % ispitanika
- značajno manje empatije prema smrti bolesnika imaju ispitanici zaposleni na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje u odnosu na ostale klinike, od kojih se svi s umirućem bolesnikom susreću *često* (jednom tjedno) ili *vrlo često* (svakodnevno)
- 96,3 % ispitanika smatra kako se osoblju koje radi na COVID radilištima treba pružiti stručna psihološka potpora, 85 % ispitanika smatra da postoji potreba za dodatnom edukacijom o tehnikama suočavanja sa smrću i umirućim bolesnikom, a 55 % ispitanika i svoju vlastitu razinu educiranosti smatra nedostatnom
- najviše ispitanika (53 %) smatra da je smrt oslobođenje od boli i patnje, da je smrt bez sumnje užasno iskustvo posve se slaže 39 %, ispitanika, a ne slažu ili se posve ne slaže 45 % ispitanika s tvrdnjom da imaju intenzivan strah od smrti
- nema značajnih razlika u mišljenjima o smrti s obzirom na to jesu li ili nisu radili na COVID odjelu, neutralno prihvaćanje je značajnije izraženo kod ispitanika koji su radili u respiracijskom centru (JIL) u odnosu na ispitanike s infektologije; dob i mišljenja o smrti nisu u značajnoj vezi.

## 7. SAŽETAK

**Cilj istraživanja:** Ispitati učestalost smrtnih događaja, mišljenja, strah i empatiju medicinskih sestara prema smrti i umiranju bolesnika, utjecaj COVID-19 pandemije i rada na COVID radilištima, potrebu za edukacijom i potporom te razlike s obzirom na radilište i dob.

**Nacrt studije:** Presječno istraživanje.

**Ispitanici i metode:** Istraživanje je provedeno u ožujku i travnju 2022. godine u KBC-u Osijek na 80 medicinskih sestara u dobi od 20 do 60 godina, različitih stručnih sprema, zaposlenih na Klinkama: Anesteziologija, reanimatologija i intenzivno liječenje, Ortopedija i traumatologija te Infektologija. Podatci su prikupljeni putem interneta ispunjavanjem specifično izrađenog upitnika. Prikazani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Korištene statističke metode su Fisherov egzaktni, Shapiro-Wilkov, Mann-Whitneyev U, Kruskal-Wallisov i Hi-kvadrat test. Statistička značajnost postavljena je na 0,05.

**Rezultati:** Većina ispitanika je ženskog spola, srednje stručne sprema te dobi 25 – 30 godina. 55 % radilo je na COVID radilištu. COVID pandemija utjecala je na promjenu mišljenja o smrti i umiranju bolesnika kod 62,5 %, a rad na COVID radilištima kod 67,8 % ispitanika. Razina straha ne razlikuje se prema radilištima, dob i mišljenja o smrti nisu povezani. Najmanje empatije prema smrti imaju ispitanici zaposleni na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje. 96,3 % smatra kako je osoblju na COVID radilištima potrebna psihološka potpora. 85 % smatra kako postoji potreba za dodatnom edukacijom.

**Zaključak:** Na COVID odjelima postoji potreba za stručnom psihološkom potporom te dodatnom edukacijom medicinskih sestara o smrti i umiranju. Medicinske sestre koje se najčešće susreću sa smrću imaju najmanje empatije.

**Ključne riječi:** COVID-19; sestrinstvo; smrt; umiranje bolesnika



## 8. SUMMARY

### **The opinion of nurses on the death and dying of patients during the COVID-19 pandemic**

**Objectives:** To examine the frequency of fatal events, attitudes, fear and empathy of nurses towards the death and dying of patients, the impact of the COVID-19 pandemic and work in COVID units, the need for education and support, and differences with regard to the workplace and age.

**Study design:** A cross-sectional study.

**Participants and Methods:** The research was conducted in March and April 2022 at KBC Osijek on 80 nurses between the ages of 20 and 60, with different professional backgrounds, employed at the clinics: Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care, Orthopedics and Traumatology, and Infectology. The data were collected online by filling out a specially created questionnaire. They are shown in absolute and relative frequencies. The statistical methods used were Fisher's exact, Shapiro – Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Chi-square test. Statistical significance was set at 0.05.

**Results:** The majority of the respondents were female, had a secondary vocational education and were 25-30 years old. 55% worked at the COVID units. The COVID pandemic influenced a change of opinion about death and dying of patients in 62.5 %, and work at COVID units in 67.8 % of respondents. There was no difference in the level of fear according to workplaces, and no correlation between age and attitudes towards death. Respondents employed at the Clinic for Anesthesiology, Reanimation and Intensive Care expressed the least empathy towards death. The results showed that 96.3% of respondents believe that the staff at the COVID units need psychological support, and 85% believe that there is a need for additional education.

**Conclusion:** In the COVID wards, there is a need for professional psychological support and additional training for nurses. Nurses who most often encounter death have the least empathy.

**Key words:** COVID-19; death; dying patient; nursing

**9. LITERATURA**

1. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. 2. izdanje. Zagreb: Medicinski fakultet; 1995.
2. Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today*. 2016;38:144–9.
3. Rooda LA, Clements R, Jordan ML. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 1999;26(10):1683–7.
4. Williams CM, Wilson CC, Olsen CH. Dying, death, and medical education: Student voices. *J Palliat Med*. 2005;8(2):372–81.
5. Čačko M. Zdravstvena njega umirućih bolesnika. Zagreb: KB Sveti duh; 2012.
6. Connor SR. Hospice and palliative care: The essential guide; 2018.
7. Brkljačić Žargović M. Brkljačić Žargović M.: Palijativna medicina u Hrvatskoj - nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina Fluminensis*. 2010;46(1):37-42.
- 8.? Đorđević V, Bras M, Brajkovic L. Osnove Palijativne medicine: Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti; 2013.
9. Wenham T, Pittard A. Intensive care unit environment. *Con Educ Anaest Crit Care Pain*. 2009;9(6):178–83.
10. Jukić M. Intenzivna medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
11. Willmott L, White B, Yates P, Mitchell G, Currow DC, Gerber K, et al. Nurses' knowledge of law at the end of life and implications for practice: A qualitative study. *Palliat Med*. 2020;34(4):524–32.
12. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev*. 2020;67(2):164–7.
13. Strang P, Bergström J, Martinsson L, Lundström S. Dying from COVID-19: loneliness, end-of-life discussions, and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A national register study. *J Pain Sympt Managem*. 2020;60(4):e2–13.
14. Jusić A. Eutanazija. *Revija za socijalnu politiku*. 2002;9(3):301–9.

15. Aramini M, Volarić-Mrsić A. Uvod u bioetiku. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 2009.
16. Singer P. Praktična etika. Zagreb: Kruzak; 2003.
17. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med.* 2021;10(3):3540–53.
18. Pesut B, Grejg M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, i sur. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nurs Ethics.* 2020;27(1):152–67.
19. Bošnjak A. Mišljenje o djelovanju smrti i umiranja bolesnika na medicinske sestre u KBC Osijek. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek; 2017. Dostupno na:  
<https://repozitorij.mefos.hr/islandora/object/mefos:672>  
<https://repozitorij.mefos.hr/islandora/object/mefos:672>.
20. Brudek P, Sękowski M, Steuden S. Polish Adaptation of the Death Attitude Profile—Revised. *Omega (Westport).* 2020;81(1):18–36.
21. Anzaldua A, Halpern J. Can clinical empathy survive? Distress, burnout, and malignant duty in the age of COVID-19. *Hastings Center Report.* 2021;51(1):22–7.
22. Pehlivan S, Lafçı D, Vatansever N, Yıldız E. Relationship between death anxiety of Turkish nurses and their attitudes toward the dying patients. *Omega (Westport).* 2020;82(1):128–40.
23. Acehan G, Eker F. Levels of death anxiety, death related depression of health personnel providing emergency medical services and their coping methods. *Psi Hem Derg.* 2013;4(1):27–35.
24. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *PS.* 2008;59(1):91–5.
25. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in january and february 2020 in China. *Med Sci Monit.* 2020;26:e923549.

26. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J Psych.* 2020;51:102119.
27. Chisbert-Alapont E, García-Salvador I, De La Ossa-Sendra MJ, García-Navarro EB, De La Rica-Escuín M. Influence of palliative care training on nurses' attitudes towards end-of-life care during the COVID-19 pandemic in Spain. *Int J Environ Res Pub Health.* 2021;18(21):11249.
28. Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):489.
29. Tang ML, Goh HS, Zhang H, Lee CN. An exploratory study on death anxiety and its impact on community palliative nurses in Singapore. *J Hosp Palliat Nurs.* 2021;23(5):469–77.
30. He Y, Li T. Death attitudes and death anxiety among medical interns after the 2020 outbreak of the Novel Coronavirus. *Front Psychol.* 2022;13:698546.
31. Sahin M. Nursing students' death anxiety, influencing factors and request of caring for dying people. *Psi Hem Derg.* 2016;1:1-7.

## 11. PRILOZI

## Prilog 1. Odluka etičkog povjerenstva

**Klinički bolnički centar Osijek**

Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu  
Broj: R1-3103-2/2022.

Osijek, 11.03.2022.

Temeljem točke III Odluke o imenovanju Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek na svojoj 6. sjednici održanoj 11.03.2022. godine pod točkom 2 dnevnog reda donijelo je slijedeću

**ODLUKU****I.**

**Odobrava se Vanni Pinter studentici Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo u Osijeku, istraživanje pod nazivom: „Mišljenje medicinskih sestara o smrti i umiranju bolesnika tijekom pandemije bolesti COVID-19“.**

Mentor rada: doc.dr.sc. Ivana Barać, prof. psych.

**II.**

Ova odluka stupa na snagu danom donošenja.

Predsjednica Povjerenstva za etička i staleška pitanja  
medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu:  
Nikolina Farčić, mag. med. techn.

*N. Farčić*

O tome obavijest:

1. Vanna Pinter
2. Pismohrana Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara