

Psihološko stanje medicinskih sestara nakon smrti djeteta u jedinici intenzivnog liječenja Kliničkog bolničkog centra Zagreb

Adamović, Antonija

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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:243:804742>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-23**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Antonija Adamović

**PSIHOLOŠKO STANJE MEDICINSKIH
SESTARA NAKON SMRTI DJETETA U
JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA
KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA
ZAGREB**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Antonija Adamović

**PSIHOLOŠKO STANJE MEDICINSKIH
SESTARA NAKON SMRTI DJETETA U
JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA
KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA
ZAGREB**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2021.

Rad je ostvaren u: Kliničkom bolničkom centru Zagreb.

Mentor rada: prof. prim. dr. sc. Igor Filipčić, dr. med.

Rad ima 39 listova i 11 tablica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Psihijatrija

ZAHVALA

Posebnu zahvalnost mojim roditeljima na bezuvjetnoj podršci, strpljenju, ljubavlju i razumijevanju tijekom ove dvije godine studiranja. Veliko hvala i bratu, sestrama te njihovim obiteljima na svakodnevnoj pomoći, savjetima i prisutnosti.

Zahvaljujem svim prijateljicama, kolegama i kolegicama Kliničkog bolničkog centra Zagreb bez čijeg sudjelovanja u ovom istraživanju ne bi bilo moguće dovršenje ovog diplomskog rada.

Zahvalu želim uputiti i mentoru prof. prim. dr. sc. Igoru Filipčiću, dr. med. te kolegici Kristini Bosak, mag. med. techn. na pruženoj pomoći, podršci i strpljenju tijekom pisanja ovog diplomskog rada, ali i tijekom studiranja.

I. SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Smrt kroz povijest	2
1.2. Psihološko poimanje umiranja i smrti	2
1.3. Medicinsko poimanje umiranja i smrti.....	3
1.4. Zašto je smrt djeteta toliko teška?	4
1.5. Emocionalno povezivanje sa djetetom	5
1.5.1. Kako ostati profesionalan?	6
1.5.2. Profesionalna edukacija zdravstvenih djelatnika o umiranju i smrti.....	7
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	9
3. ISPITANICI I METODE	10
3.1. Ustroj studije	10
3.2. Ispitanici	10
3.3. Metode istraživanja	10
3.4. Statističke metode	11
4. REZULTATI.....	12
5. RASPRAVA.....	21
6. ZAKLJUČAK	27
7. SAŽETAK.....	28
8. SUMMARY	29
9. LITERATURA	30
10. ŽIVOTOPIS	33

1. UVOD

Smrt je neizbježna činjenica za svako biće koje nazivamo „živim“ pa tako i za čovjeka (1). Ona je sastavni dio čovječjeg života te veliki, događaj i trauma koji pogađa cijelu obitelj i zajednicu kojoj ta osoba pripada. To je kraj ljudskog puta na kojem stoji tama. Ponekad ta tama ne mora biti nešto loše ako ju pojedinac iščekuje s obzirom na brojne nedaće tijekom vlastitog života. Nedaće poput oboljenja od teških, neizlječivih bolesti, siromaštva ili teška obiteljska situacija mogu dovesti do toga da čovjek počne razmišljati kako mu je smrt jedina šansa prema boljitku. Iako zvuči nevjerojatno, itekako je istinito. Ljudima je ponekad smrt jedina nada za spas, za rješenje „nerješivih“ problema. Međutim, gledajući to s pogleda tek rođenog djeteta ili djeteta starog tek nekoliko godina, postavlja se pitanje koji su to problemi koji su za njih nerješivi. Tek sa nekoliko godina svoga života, dijete nije ni svjesno što ga sve očekuje. Nije spremno boriti se sa svim nedaćama ovoga svijeta. Onda se dogodi situacija koja promijeni život roditelja i djeteta za 360 stupnjeva.

Smrt je tema o kojoj se ne priča jer se smatra da ona pogađa nekoga drugog i da se događa nekom drugom. Većina populacije na smrt gleda kao na nevažan događaj u dalekoj budućnosti koji ponekad nastupi i prije nego što su pojedinci očekivali. Ljudi se boje pričati o smrti, boje se gubitka voljene osobe te nerado priznaju svoju tjeskobu. Osim toga, sama pomisao da će i oni jednog dana umrijeti u njima izaziva osjećaj očaja i bespomoćnosti. U tom trenutku, javljaju se osjećaji i emocije na koje osoba ne može utjecati. Kroz glavu prolaze misli i pitanja na koja nitko nema odgovora, a koja osobu dovode do ruba snage i neizdrživosti dalje.

Brojni pisci, filozofi, stručnjaci različitih zanimanja i teolozi su istraživali i pisali na temu o smrti, gubitcima, tugovanju i kriznim situacijama tog nemilog događaja. Osim toga, veliki broj njih je i specijalizirao na ovom području. Pišući o smrti, pisali su i o životu, koji počinje samim rođenjem, a završava umiranjem. Od rođenja, čovjek stari, korača tračnicama života koje vode do smrti. Brojni su razlozi koji dovode do kraja života. Neki su znani ranije, neki otkriveni u trenutku smrti, za neke se pretpostavilo da će se to dogoditi, a za neke je to bio izuzetan šok. Smrt se ne može izbjeći, ona će stići kad tad. Ona pogađa sve, bez obzira na rasu, nacionalnost, boju kože, vjeroispovijest. Prosjak, kralj, predsjednik ili učitelj, sve su to osobe koje dijele istu sudbinu na kraju života. Postoji više razloga tomu. Jedan je što su gubici posve nediskriminirajući (a diskriminaciju bilo koje vrste jako ne volim) – događaju se svim

ljudima i nije ih moguće izbjeći (2). Osim znanstvenika i istraživača, medicinske sestre i tehničari se nerijetko odlučuju istraživati na temu smrti, ne samo u Hrvatskoj nego i van njenih granica. Brojna su istraživanja koja obrađuju ovu temu, istražuju čimbenike o nezaboravnoj smrti i identificiraju potrebe medicinskih sestara i tehničara. Tuga nakon smrti djeteta, intenzivna je za sve zdravstvene djelatnike (3). Na stavove prema smrti utječu osobna iskustva, društveno-kulturna uvjerenja, životna iskustva sa smrću, spol, a kod zdravstvenog osoblja i još broj godina profesionalnog iskustva i dob pacijenta koji umire (4). Rad je napisan sa ciljem saznanja da li je medicinskim sestrama i tehničarima potrebna psihološka pomoć i podrška nakon smrtnog događaja na radnom mjestu.

1.1. Smrt kroz povijest

Na događaj umiranja i smrti u brojnim drevnim civilizacijama drugačije se gledalo. Svaka je civilizacija i kultura imala različite rituale i načine prema kojima su se odnosili prema pokojnicima, njihovim tijelima i nastavku njihova života „na nebu“. Zajedničko im je bilo mišljenje da čovjekov život ne završava sa smrću čime svjedoče i brojne grobnice, hramovi i arheološki nalazi sa raznim uporabnim predmetima koji su se stavljali sa pokojnikom. Od drevnih civilizacija, egipatska je bila najstarija koja je prva počela pridavati izuzetnu važnost smrti i umiranju.

Ona je imala najrazvijenije, najbogatije i najpoznatije rituale koji su se provodili prilikom umiranja i nakon smrti osobe. Za tu civilizaciju, događaj smrti je zauzimalo središnje mjesto kako u državi, tako i u politici. Državu su vodili faraoni, koji su svoju ostavštinu spremali u monumentalne spomenike smrti, piramide. Samim time, piramide su predstavljale početnu točku osobe te civilizacije u svoj vječni život. U grčkoj kulturi, poimanje smrti se istraživalo kroz podzemni svijet Hada. U kineskoj i indijskoj civilizaciji, pokojnici su se štovali na drugačiji način. Njih su njihova djeca i unuci štovali kulturnim načinom (5).

1.2. Psihološko poimanje umiranja i smrti

Gledajući sa psihološke strane, o smrti i umiranju se puno piše i proučava, ali jako malo priča i raspravlja sa ljudima u zajednici. Velika većina njih to ne doživljava tako osobno dok sami ne dožive gubitak voljene osobe. Prema teoriji simboličke interakcije, „kad izgubimo osobu koja nam je bila važna, time je uklonjen (nestao) i dio društvenog konteksta za razumijevanje, organiziranje, validaciju i određivanje vlastitih i tuđih postupaka, životnih vrijednosti i

prioriteta“ (2). S obzirom na današnju situaciju, većina populacije umre u nekoj zdravstvenoj ustanovi ili ustanovi za stare i nemoćne pa vrlo malo populacije ima priliku vidjeti umiruću osobu ili pokojnika. Prije nekoliko desetljeća, to se vrlo rijetko događalo. Smrt pokojnika se odvijala u njegovu domu, najčešće kao njegova posljednja želja, da umre u svojoj postelji okružen svojom obitelji i bližnjima. Promatrajući sa psihološke strane, komunikacija sa umirućom osobom i njegovom obitelji ponekad predstavlja dosta veliki problem. Zdravstveni djelatnici ili druge osobe koje se u trenutku umiranja nađu uz krevet osobe koja se oprašta sa svojim životom, nerijetko ne znaju što reći i kako utješiti pokojnikovu obitelj. Razgovor pruža olakšanje, što, drugim riječima, znači kako postoji olakšanje koje vi možete pružiti bolesniku samo slušajući ga i omogućujući mu da govori. To, opet, znači kako bolesniku možete pomoći čak i kada ne znate odgovore na sva pitanja (6). Ponekad nije potrebna niti jedna riječ, nego samo prisustvo.

Osim komunikacije, problem se javlja i sa procesom opraštanja sa umirućom osobom. Pojedine osobe ne shvaćaju da će ubrzo uslijediti kraj života osobe koja im je jako bliska i važna te zanemaruju vrijeme koje imaju da se sa njom dostojanstveno oproste. Tempo današnjeg života i svakodnevne obaveze, proces opraštanja stavljaju u drugi plan. Kada se dogodi kraj života, nerijetko se okolina osuđuje i preispituje zašto više vremena nisu proveli uz svog bližnjeg. Bitna stvar koja povezuje proces opraštanja i osjećaj krivnje je proces žalovanja. Žalovanje je stanje koje u svojim nijansama – od tuge do melankolije – ima kontinuitet u duševnom životu čovjeka (7).

1.3. Medicinsko poimanje umiranja i smrti

Nakon smrti pacijenta medicinska sestra i liječnik se sami nose s tim emocionalnim teretom pokušavajući shvatiti emocionalnu uznemirenost nakon pacijentove smrti (8). Proučavajući proces umiranja i samu smrt, nerijetko se o tome govori u zdravstvenim ustanovama, ambulantom, objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Šutnja o ovoj temi nadaleko je poznata kao da se to ne događa gotovo svakodnevno i gotovo u svakoj zdravstvenoj ustanovi. Postoje brojne definicije smrti i postoje brojne podjele smrti. Također, brojni su i razlozi zašto dođe do smrtnog događaja. Smrt može nastupiti neposredno prije rođenja djeteta, tijekom poroda ili neposredno nakon poroda. Smrt se može dogoditi u bilo koje trenutku ljudskog života, brz obzira na dob. Dijete može umrijeti zbog anomaljskih i kromosomskih promjena, infekcija, određenih bolesti majke ili prirođenih i stečenih bolesti.

Saznanje da dijete boluje od određene bolesti, da zahtijeva hospitalizaciju i boravak u jedinici intenzivnog liječenja, kod roditelja izaziva šok i nevjericu. To je razdoblje u životu u kojem roditelji postanu svjesni prave ozbiljnosti situacije u kojoj se trenutno nalaze. Roditelji saznaju da je njihovo dijete bolesno, da zahtijeva bolničko liječenje i boravak u pedijatrijskog intenzivnoj. Sama hospitalizacija predstavlja jako veliki stres i strah. Dijete dolazi u nepoznatu okolinu, okolinu koja je okružena sa mnoštvo aparata, uređaja i predmeta koje dijete prvi puta vidi. Osim toga, dijete vidi i zdravstvene djelatnike i druge osobe koji tu rade i koji se svakodnevno brinu za drugu djecu. Uz neprestanu zvonjavu alarma na monitoru, perfuzora na kojima je istekla neka terapija ili uređaja za rtg slikanje, u djetetovoj glavi vlada kaos. Svjesno situacije i okoline gdje je dijete došlo, osjeća se uplašeno, usamljeno i zbunjeno. Sa mnoštvo pitanja i upitnika iznad glave, dijete se oprašta sa svojim roditeljima i ostaje sam. Naravno, ne doslovno sam. Uvijek je netko od zdravstvenih djelatnika tu za njega, ali sama prisutnost roditelja nedostaje. Dijete koje se nikada nije rastajalo od roditelja, u jednom je danu to moralo učiti, ne svojom voljom naravno.

1.4. Zašto je smrt djeteta toliko teška?

Prema ljudskim očekivanjima, smrt se očekuje za vrijeme starosti, kada je osoba već psihički i fiziološki pripremljena za taj događaj. Naime, svijet u kojem živimo uređen je tako da prvo umiru stariji, a potom mlađi, i smrću djeteta takav čvrst, prirodni red stvari potpuno je poremećen (2). Smrt djeteta izaziva oluju osjećaja kod roditelja, zdravstvenih djelatnika i svih drugih koji su na bilo koji način sudjelovali u liječenju tog malog pacijenta. Smrt djeteta traumatično je iskustvo koje roditelje može dovesti u opasnost zbog mentalnog i fizičkog zdravlja tijekom ožalošćenja (9). U pedijatrijsku intenzivnu smještaju se i liječe životno ugrožena djeca, djeca nakon određenih operacija, dijagnostičkih ili terapijskih zahvata. Također, primaju se i djeca prije i nakon transplantacije određenih organa. Svako dijete ima svoju priču i svoj razlog dolaska u intenzivnu, koji, po svemu sudeći nikome nije lagan i jednostavan, kako roditelju i djetetu, tako i samim zdravstvenim djelatnicima koji ovdje rade. Duljina boravka djeteta u intenzivnoj je različita. Pojedina djeca borave dan, dva ili tjedan dana, ali zna se dogoditi da dijete ostane i po nekoliko tjedana ili mjeseci. Svakim novim danom boravka djeteta u intenzivnoj, on postaje bliskiji s nekim od sestara. Medicinska sestra koja mu je u početku bila glavna neprijateljica, sada djetetu postaje, vrlo vjerojatno, jedina svjetla točka u njegovu životu i trenutnom stanju.

Zdravstveno stanje djeteta se može promijeniti iz sata u sat (10). Ponekad se odmah po dolasku djeteta zna da njegove prognoze nisu dobre i kakav se ishod očekuje. U tim izuzetno teškim situacijama, najviše pate roditelji. Kako se ničija smrt ne može točno odrediti, pa tako niti dječja, roditelji su ti koji ostavljaju i posljednje atome snage nad svojim djetetom. Oni neprestano zovu, pitaju i informiraju se o trenutnom stanju vlastitog djeteta. Kada liječnici otprilike vide kada bih mogao doći kraj tog malog života, roditeljima se dopusti da posljednje trenutke kucanja srca vlastitog djeteta provedu uz njega, tik uz njegov krevet. Naravno da roditelji polažu nadu u liječnike i sestre da pomognu tim njihovim malim anđelima, ponekad je to nemoguće. Postoje situacije u kojima zdravstveni radnici, zajedno sa roditeljima, stoje kraj kreveta tog malog, nedužnog bića i čekaju da se pojave ravne crte na monitoru. To može trajati satima, a ti sati svima djeluju kao dani. Situacija je jako teška, kako roditeljima, tako i zdravstvenim djelatnicima,

1.5. Emocionalno povezivanje sa djetetom

S obzirom na organizaciju rada i broj djece koji trenutno borave u intenzivnoj, znalo se dogoditi da pojedina sestra nekoliko smjena za redom ima isto dijete. Dapače, to ima svoje prednosti i mane. Prednosti su u tome što ta sestra zna što to dijete voli ili ne voli, što mu smeta ili ne smeta, što i kako bi on želio nešto napraviti. Negativne strane ovoga su preveliko emocionalno povezivanje i zbližavanje sa određenim djetetom, do te mjere da prelazi empatično ponašanje. Samo nekoliko smjena je dovoljno da sestra počne pokazivati određene sklonosti prema nekom od tih malih pacijenata. Dijete brzo osvoji sestrinska srca. Jedan mali osmijeh, nekoliko lijepih riječi ili zračna pusa puno znači kako bi nas dijete pridobilo. Naravno da to nije pravedno prema drugoj djeci, ali postoje različite dječje, životne priče na koje sestre jednostavno ne mogu ostati ravnodušne. Postavlja se pitanje kako se ne povezati sa djetetom koje boravi u intenzivnoj i čeka transplantaciju srca, jetre ili neku operaciju. Medicinska sestra tom djetetu postaje majka, otac, sestra i brat. Ona je ta koja ga odgaja, uči što se smije, a što ne smije. Također, sestra je osoba u kojoj dijete nađe utjehu kada ima loš dan ili nespavanu noć. Naravno da su tu i roditelji, ali oni su sa djetetom tek nekoliko sati tijekom dana. Ostatak dana je dijete prepušteno zdravstvenim djelatnicima. Svakim danom boravka u bolnici, dijete postaje privrženije s nekime od sestara. Postoje situacije kada dijete dođe relativno stabilno u intenzivnu, na promatranje ili čekanje nekog određenog zahvata ili operacije.

1.5.1. Kako ostati profesionalan?

Kada dođe kraj djetetova života, najčešće nastane muk od strane zdravstvenih djelatnika, ali plač, jaukanje, vrištanje i molitva od strane roditelja. Od zdravstvenih djelatnika se očekuje da i u tom izuzetno teškom trenutku ostanu profesionalni i sabrani. Ponekad to i nije lako i jednostavno. Izvana sabrani, hladne glave i bez emocija, a iznutra pucaju po šavovima. Gledati roditelje kako se opraštaju od vlastitog djeteta, kako ga posljednji put grle i ljube, psihički je užasno teško i opterećujuće. Život nije fer i upravo u tim trenucima to i pokazuje. Izgubiti dijete bilo koje dobi može biti jedan od najrazornijih gubitaka u životu i njegov utjecaj ostaje prisutan godinama (12). Na rub dovodi ne samo roditelje toga djeteta, već i zdravstveno osoblje koje je svakodnevno boravilo i brinulo za to dijete. Koliko god bilo teško, zdravstveni djelatnici pokušavaju ostati pribrani u tim izuzetno teškim trenucima. Nije lako i jednostavno, ali nemaju izbora. Ne mogu si dopustiti da se psihički rastroje pred tim nemoćnim roditeljima. Svaki smrtni događaj je traumatsko iskustvo, ali smrt djeteta je nešto neobjašnjivo teško. To nemoćno dijete koje nije krivo za stanje u kojem se trenutno našlo, platilo je svojim život. Psihički i emocionalno izuzetno teška situacija za sve koji se nađu u njoj, osobito za roditelje i sestre koje su se svakodnevno brinule za to dijete. Biti profesionalan, empatičan i stopostotni stručnjak u djelokrugu svoga rada nije lako, osobito u ovako tužnim i ne lijepim trenucima. Najveću težinu naravno nose roditelji koji su izgubili svoje vlastito dijete, člana svoje obitelji. Osim toga, postavlja se pitanje što je sa zdravstvenim djelatnicima, što je sa tim sestrama koje su bdjele nad tom bolesnom djecom i koje su bile uz njih i u vrijeme posljednjeg udaha, tik uz njihove roditelje.

Često se zaboravlja da su medicinske sestre koje rade u pedijatrijskoj intenzivnoj također osobe od krvi i mesa. To su osobe koje imaju vlastite osjećaje, imaju svoje vrline i mane koje ih određuju. Nadalje, to su osobe koje su također roditelji svojoj vlastitoj djeci ili su nečija djeca, braća ili sestre. Na to izuzetno važno pitanje se zaboravlja. Zaboravi se pitati sestru kako se ona osjeća kada joj u smjeni umre dijete, kako se ona osjeća kada ne uspije sa ostatkom tima oživjeti dijete? Možda nekome nebitno i nevažno, ali njima izuzetno važno pitanje. Ponekad se te iste sestre povežu sa nekim od te djece, nekima postanu drugi roditelji i samim gubitkom tog malog pacijenta i medicinska sestra doživi šok. Kako prestati misliti na to dijete dok se vozite 40 kilometara doma svojoj obitelji, kako prestati prelistavati sliku tog nemilog događaja i tih roditelja koji slomljeno bdiju nam mrtvim tijelom svog djeteta? Nije lako niti jednostavno naravno, ali zdravstvene radnike se vrlo rijetko pita kako se oni osjećaju

nakon tako teških smjena. Neke se slike ne mogu izbrisati. Kako zaboraviti majku u 9 mjesecu trudnoće koja vrišteći i plačući se ne želi odvojiti od svoje kćeri? Biti u mogućnosti razgovarati otvoreno o smrti može također pomoći pojedincima u planiranju, kao i u pripremi obitelji, prijatelja i kolega o tome što će se promijeniti tijekom vremena i što može biti potrebno u budućnosti (12).

1.5.2. Profesionalna edukacija zdravstvenih djelatnika o umiranju i smrti

Život današnje populacije potpuno je promijenjen uspoređujući ga sa životom tijekom prošlih godina. Nekada bitne stvari, važni životni događaji, danas su postali zaborav. Kao sa svime, tako je i sa starijom populacijom, sa procesom umiranja i sa smrću. Nove životne prilike te ubrzan tempo života, ljude su okrenule nekim drugim afinitetima i težnjama. Briga i skrb za starije i nemoćne najčešće se prebacuje na nekoga drugoga, bilo zdravstvene djelatnike ili osobe koje se brinu za te nemoćne starce u domovima za starije i nemoćne. Ista je situacija i sam kronično bolesnom djecom te sa djecom kod kojih ne postoji mogućnost od izlječenje od teških, zloćudnih bolesti ili anomalija. Na žalost, dijete ili odrasla, starija osoba, nekome postaje samo broj kojeg mora „obaviti“ tijekom dana. Ne daje se šansa da se osobu upozna kao biopsihosocijalno biće koje ima svoje potrebe, želje, navike. Sve se manja pažnja poklanja umirućim osobama kojima je podrška i prisutnost druge osobe u tom trenutku najvažnija.

Zdravstveni djelatnici se educiraju da postanu najbolji stručnjaci u svojoj struci, da najbolje znaju odreagirati u određenoj situaciji, ali se jako malo ili gotovo ništa ne educira o psihološkoj pomoći i emocionalnoj podršci. Ponekad se osuđujuće gleda na reakcije obitelji na smrt svog ukućana ili člana bliže ili dalje obitelji, no u tim mnogobrojnim situacijama ni zdravstveni djelatnici ne znaju kako bi reagirali. Zdravstvena njega vitalno ugroženih, terminalnih i umirućih bolesnika je izuzetno teška, ne toliko fizički, koliko psihički i emocionalno. Medicinske sestre i tehničari su osobe koje su 24 sata uz pacijenta. To su osobe koje najbolje znaju što oni vole ili ne vole, što žele, a što ne, što ih razljuti ili usrećuje. One su tu i kada su ti pacijenti sretni ili tužni, ljuti ili razočarani, tu su svaki dan za njih. Problem nastaje kada ih se pita da li su prošle kakvu edukaciju, tečaj, da li imaju psihološku pomoć i podršku u takvim situacijama? Odgovor znamo. U tim izuzetno teškim i opterećujućim situacijama, kod zdravstvenih djelatnika se nerijetko javi ljutnja, tuga, žalovanje. Nadalje, nerijetko se javi i nada. To je osjećaj da sve mora imati smisao, da će se ipak sve isplatiti ako se još malo vremena izdrži (13). Osim toga, niti depresija nije rijetka pojava. Ponekad se

javlja i osjećaj olakšanja jer je završila patnja za tog pacijenta. Svakodnevne stresne situacije, umiranja i smrtni događaji, vrlo često dovode do nastanka stresa koji dovodi do pojave burn out sindroma. Selyeova definicija stresa kao skupa uobičajenih, nespecifičnih, tjelesnih i biokemijskih promjena koje se u organizmu zbivaju kada bilo koji zahtjev na organizam izazove tjelesnu ili psihičku reakciju – svrstava stres iz područja svakodnevnih naklapanja u provjerljivo područje znanstvenih istraživanja (14).

Živimo u doba velikih proturječja: usvojene su brojne deklaracije o ljudskim pravima. Na jednoj strani, i događaju se velike povrede osnovnih ljudskih prava, na drugoj strani. Posvuda se ističe potreba razumijevanja, odgovornosti i tolerancije, a prema umirućem nerijetko nema odgovornosti, razumijevanja i strpljivosti, počevši od obitelji, rođaka, prijatelja, poznanika, cjelokupne okoline, što nažalost uključuje i liječnike te sve ostale medicinare vezane uz umirućeg pacijenta (15). Očekivanja drugih od zdravstvenih djelatnika su velika, a nesklad između onoga što se uči tijekom srednjoškolskog obrazovanja i na fakultetu te onoga što se doživi u praksi je još veći. Možda imaju teorijsko znanje, praksu za medicinske, dijagnostičke i terapijske postupke, ali nemaju znanje i pripremljenost za umiranje i smrt, koji su nekima od njih, svakodnevni događaji na njihovom radnom mjestu. Brojna istraživanja to i potvrđuju te naglašavaju pravu važnost ove teme i sam razgovor o njoj, edukaciju medicinskih sestara i tehničara, psihološku pomoć i podršku, svakodnevnu dostupnost u kriznim situacijama. Najveće nezadovoljstvo se odnosi na nedostatak edukacije zdravstvenih djelatnika tijekom pružanja palijativne skrbi i procesa umiranja. Edukacija o umiranju i smrti je složen i dugotrajan posao. Ona je potrebna svima, a ne samo liječnicima. U tom procesu jedna od najvažnijih zadaća jest da se probudi svijest o značenju umiranja i smrti te da se izbjegne socijalnu smrt prije biološke (15).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je ispitati kako stres i smrt djeteta utječu na psihičko stanje medicinskih sestara koje rade na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.

Specifični ciljevi su:

- Ispitati povezanost doživljavanja umiranja, smrti i stresa prema dobi medicinskih sestara koje rade na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.
- Ispitati povezanost doživljavanja umiranja, smrti i stresa s obzirom na radni staž medicinskih sestara koje rade na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.
- Ispitati povezanost doživljavanja umiranja, smrti i stresa s obzirom na stupanj obrazovanja medicinskih sestara koje rade na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.
- Ispitati povezanost doživljavanja umiranja, smrti i stresa s obzirom na bračni status medicinskih sestara koje rade na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.
- Ispitati povezanost doživljavanja umiranja, smrti i stresa s obzirom na religioznost medicinskih sestara koje rade na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.
- Ispitati medicinske sestre koje rade na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu da li postoji potreba za edukacijom o umiranju i smrti bolesnika.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedena je presječna studija u razdoblju od 05. lipnja do 20. lipnja 2021. godine u Kliničkom bolničkom centru Zagreb. Presječno je istraživanje najjednostavniji oblik biomedicinskog istraživanja. Na uzorku populacije prikupljaju se podaci u jednoj vremenskoj točki – sadašnjosti. Presječno istraživanje stoga se naziva i fotografskim (engl. snapshot study) jer „snima“ stanje u jednome trenutku. Pogodno je za ispitivanje zastupljenosti bolesti ili izloženosti/neizloženosti nekom čimbeniku rizika. Presječno istraživanje ima dvije velike prednosti: jeftino je i može se brzo obaviti. S druge strane, slabo je uporište za procjenjivanje uzročne povezanosti, što mu je i glavni nedostatak (16).

3.2. Ispitanici

U istraživanju sudjelovalo je 45 ispitanika. Svi ispitanici su osobe ženskog spola. To su medicinske sestre Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Kriterij za uključivanje u istraživanje bilo je radno mjesto na Klinici za pedijatriju, Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.

3.3. Metode istraživanja

Kao instrument za prikupljanje podataka i istraživanje, korišten je standardizirani Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu, Društva za psihološku pomoć, pod autorstvom Marine i Deana Ajduković. Upitnik je konstruiran i prihvaćen 1994. godine. Osim toga, ima zadovoljavajuću pouzdanost, koja iznosi 0.86 (Cronbachov alpha) te je primjenjivan u svrhu mjerenja sagorijevanja na poslu kod pomažućih zanimanja. Nadalje, koeficijent unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = 0,90$. Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu sastoji se od 18 tvrdnji koje predstavljaju različite simptome sagorijevanja na poslu, a odnose se na kognitivne, ponašajne i emocionalne znakove profesionalnog stresa. Ispitanici u istraživanju će imati ponuđena tri odgovora. Zadatak je sudionika na skali od 1 do 3 procijeniti prisutnost određenog ponašanja, pri čemu broj 1 znači da su simptomi stresa rijetki, 2 znači da se simptomi javljaju ponekad, a 3 da je navedeno ponašanje uvijek prisutno. Ukupan rezultat na upitniku izražava se zbrojem svih zaokruženih odgovora. Postignuti rezultat na upitniku od 18 do 25 znači da nema sagorijevanja (prisutni su izolirani znakovi stresa), rezultat od 26 do 33

upućuje na početno sagorijevanje (ozbiljni znakovi upozorenja zbog trajne izloženosti stresu), dok rezultat od 34 do 54 označava visoki stupanj sagorijevanja (neophodna pomoć). Za svaku tvrdnju tj. varijablu, srednja vrijednost skale može se izračunati dijeljenjem ukupnog zbroja bodova ispitanika sa brojem odgovora koji formiraju svaku pojedinu skalu. Drugi dio upitnika čini 14 pitanja i tvrdnji vezano uz sociodemografske podatke, a pitanja se odnose na: dob, spol, godine radnog staža, stručnu spremu, bračni status, broj djece. Osim toga, postoji i 8 pitanja vezana uz umiranje i smrt bolesnika te psihičko stanje i ponašanje medicinskih sestara nakon smrtnog slučaja na radnom mjestu.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci bit će predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci bit će opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Razlike numeričkih varijabli između 3 i više nezavisnih skupina bit će testirane Kruskal-Wallisovim testom. Sve P vrijednosti bit će dvostrane. Razina značajnosti bit će postavljena na $\alpha=0,05$. Za statističku analizu bit će korišten statistički program SPSS (inačica 26.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

Osnovne značajke ispitanika

U tablici 1, prikazani su podaci prema sociodemografskim obilježjima ispitanika.

Tablica 1. Podjela ispitanika prema sociodemografskim podacima

		N	%
Spol	Žensko	45	100,0
	Muško	0	0,0
	Ukupno	45	100,0
Dob	19–30 godina	15	33,3
	31–40 godina	9	20,0
	41–50 godina	13	28,9
	više od 50 godina	8	17,8
	Ukupno	45	100,0
Godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja	manje od 10 godina	15	33,3
	11 – 20 godina	9	20,0
	21 – 30 godina	16	35,6
	više od 30 godina	5	11,1
	Ukupno	45	100,0
Stručna sprema	srednja stručna sprema	12	26,7
	prvostupnik/ca sestrinstva	30	66,7
	magistra sestrinstva	3	6,7
	Ukupno	45	100,0

Pogledaju li se podaci za spol ispitanika može se uočiti kako su svi ispitanici ženskog spola. Kod dobi ispitanika 33,3 % ima 19–30 godina, a 28,9 % ima 41–50 godina. Kod godina radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja, 35,6 % ima 21 – 30 godina, dok 11,1 % ima više

od 30 godina. Za stručnu spremu, 66,7 % navodi da su prvostupnik/ca sestriinstva, dok 6,7 % navodi da su magistra sestriinstva (tablica 1).

U tablici 2, prikazani su podatci ispitanika vezano uz bračni status i broj djece.

Tablica 2. Podjela ispitanika prema bračnom statusu i broju djece

		N	%
Bračni status	samac	7	15,6
	u braku	25	55,6
	izvanbračna zajednica	9	20,0
	rastavljen / rastavljena	1	2,2
	udovac / udovica	3	6,7
	Ukupno	45	100,0
Broj djece	1 dijete	17	37,8
	2 djeteta	12	26,7
	3 djeteta	13	28,9
	više od 3 djeteta	3	6,7
	Ukupno	45	100,0

Kod bračnog statusa, 55,6 % navodi da su u braku, 2,2 % je rastavljen / rastavljena. Kod broja djece, može se uočiti kako 37,8 % ima 1 dijete, dok 6,7 % ima više od 3 djeteta (tablica 2).

U tablici 3, prikazani su podatci ispitanika vezani uz religioznost.

Tablica 3. Podjela ispitanika s obzirom na religioznost

		N	%
Da li se smatrate religioznom osobom	u potpunosti	3	6,7
	uglavnom	23	51,1
	osrednje	11	24,4
	uglavnom ne	4	8,9
	ne smatram se	4	8,9
	Ukupno	45	100,0
Po Vašem mišljenju, koliki je mjesečni prosjek smrtnih slučajeva tijekom Vaše smjene na odjelu gdje radite	manje od 2	25	55,6
	od 2 do 4	18	40,0
	više od 4	2	4,4
	Ukupno	45	100,0
Da li na Vašem radnom mjestu postoje grupe podrške u svezi sa događajem umiranja i smrti	da	0	0,0
	ne	30	66,7
	ne znam	15	33,3

Nadalje, kod pitanja da li se smatrate religioznom osobom 6,7 % navodi u potpunosti, 51,1 % navodi uglavnom. Na pitanje Po Vašem mišljenju, koliki je mjesečni prosjek smrtnih slučajeva tijekom Vaše smjene na odjelu gdje radite 55,6 % navodi manje od 2 smrtna slučaja. Na pitanje da li na Vašem radnom mjestu postoje grupe podrške u svezi sa događajem umiranja i smrti 66,7 % navodi ne, dok 33,3 % navodi kako ne znaju (tablica 3).

U tablici 4, prikazani su podatci u vezi mišljenja ispitanika o potrebi dodatne edukacije.

Tablica 4. Podjela ispitanika prema potrebi edukacije

		N	%
Da li ste prošli/prošle određen oblik pripreme i edukacije za događaj suočavanja sa smrću	da	0	0,0
	ne	45	100,0
	Ukupno	45	100,0
Po Vašem mišljenju, smatrate li da postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o umiranju i smrti bolesnika	da	45	100,0
	ne	0	0,0
	Ukupno	45	100,0
Da li razgovarate sa Vašim kolegicama/kolegama o umiranju i smrti nakon smrtnog ishoda nekog od bolesnika na odjelu na kojem radite	da	30	66,7
	ne	5	11,1
	ponekad	10	22,2
	Ukupno	45	100,0
Da li razgovarate sa Vašim članovima obitelji o umiranju i smrti nakon smrtnog ishoda nekog od bolesnika na odjelu na kojem radite	da	24	53,3
	ne	11	24,4
	ponekad	10	22,2
	Ukupno	45	100,0
Da li ste ikada tražili psihološku pomoć nakon nekog smrtnog događaja na radnom mjestu	da	2	4,4
	ne	43	95,6
	Ukupno	45	100,0

Kod pitanja da li ste prošli/prošle određen oblik pripreme i edukacije za događaj suočavanja sa smrću svi ispitanici navode ne, nadalje kod pitanja po Vašem mišljenju, smatrate li da postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o umiranju i smrti bolesnika svi

ispitanici navode da, kod pitanja da li razgovarate sa Vašim kolegicama/kolegama o umiranju i smrti nakon smrtnog ishoda nekog od bolesnika na odjelu na kojem radite 66,7 % ispitanika navodi da. Na pitanje da li razgovarate sa Vašim članovima obitelji o umiranju i smrti nakon smrtnog ishoda nekog od bolesnika na odjelu na kojem radite 53,3 % navodi da razgovaraju, a kod pitanja da li ste ikada tražili psihološku pomoć nakon nekog smrtnog događaja na radnom mjestu 4,4 % ispitanika navodi da, dok 95,6 % navodi ne (tablica 4).

Upitnik intenziteta sagorijevanja

U tablici 5, prikazani su podatci o intenzitetu sagorijevanja ispitanika na radnom mjestu.

Tablica 5. Upitnik intenziteta sagorijevanja

		N	%	\bar{x}	Sd
Osjećam neprijateljstvo i srdžbu na poslu	Rijetko	32	71,1		
	Ponekad	13	28,9		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,29	0,46
Primjećujem da se povlačim od kolega	Rijetko	14	31,1		
	Ponekad	31	68,9		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,69	0,47
Sve što se traži da uradim doživljam kao prisilu	Rijetko	44	97,8		
	Ponekad	1	2,2		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,02	0,15
Postajem sve neosjetljiviji prema korisnicima i suradnicima	Rijetko	34	75,6		
	Ponekad	11	24,4		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,24	0,43
Posao je veoma dosadan, zamoran i rutinski	Rijetko	22	48,9		
	Ponekad	23	51,1		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,51	0,51
Primjećujem da mislim negativno o poslu i usmjeravam se samo na njegove loše strane	Rijetko	32	71,1		
	Ponekad	13	28,9		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,29	0,46
Osjećam da postizem manje nego ikada prije	Rijetko	24	53,3		
	Ponekad	17	37,8		
	Uvijek	4	8,9		
	Ukupno	45	100,0	1,56	0,66

		N	%	\bar{x}	Sd
Imam teškoća u organiziranju svog posla i vremena	Rijetko	25	55,6		
	Ponekad	16	35,6		
	Uvijek	4	8,9		
Razdražljiviji sam nego ikada prije	Rijetko	16	35,6		
	Ponekad	29	64,4		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,64	0,48
Osjećam sa nemoćnim promijeniti nešto na poslu	Rijetko	25	55,6		
	Ponekad	20	44,4		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,44	0,50
Frustracije izazvane poslom unosim i u privatni život	Rijetko	32	71,1		
	Ponekad	13	28,9		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,29	0,46
Više nego ikada svjesno izbjegavam kontakte s drugim ljudima na poslu	Rijetko	21	46,7		
	Ponekad	20	44,4		
	Uvijek	4	8,9		
	Ukupno	45	100,0	1,62	0,65
Pitam se je li moj posao prikladan za mene	Rijetko	34	75,6		
	Ponekad	11	24,4		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,24	0,43
O svom poslu mislim negativno čak i navečer prije spavanja	Rijetko	35	77,8		
	Ponekad	10	22,2		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,22	0,42
Svakom radnom danu pristupim s mišlju: "Ne znam hoću li izdržati još jedan dan"	Rijetko	31	68,9		
	Ponekad	14	31,1		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,31	0,47
Čini mi se da nikog na poslu nije briga za ono što radim	Rijetko	31	68,9		
	Ponekad	14	31,1		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,31	0,47
Provodim više vremena izbjegavajući posao nego radeći	Rijetko	33	73,3		
	Ponekad	12	26,7		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,27	0,45

		N	%	\bar{x}	Sd
Na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno, čak i kada se dobro naspavam	Rijetko	10	22,2		
	Ponekad	35	77,8		
	Uvijek	0	0,0		
	Ukupno	45	100,0	1,78	0,42

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno, čak i kada se dobro naspavam gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,78 dok standardna devijacija iznosi 0,42, zatim primjećujem da se povlačim od kolega gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,69 dok standardna devijacija iznosi 0,47. S obzirom na dobivene rezultate i raspodjelu rezultata, odnosno frekvenciju u kojoj se u nekom skupu rezultata, pojavljuju pojedini rezultati, distribucija je normalna.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: sve što se traži da uradim doživljam kao prisilu gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,02 dok standardna devijacija iznosi 0,15, zatim o svom poslu mislim negativno čak i navečer prije spavanja gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,22 dok standardna devijacija iznosi 0,42. Kod ukupne prosječna vrijednost skale sagorijevanja minimalna teorijska vrijednost sagorijevanja iznosi 18, dok je najveća vrijednost sagorijevanja mogla biti 54 (tablica 5).

U tablici 6, prikazani su podatci vezani uz ukupno sagorijevanje ispitanika.

Tablica 6. Ukupno sagorijevanje

N	Valjanih	45
	Nedostaje	0
\bar{x}		25,27
Sd		3,340
Min		18
Max		31

Pogleda li se prosječna vrijednost sagorijevanja može se uočiti kako iznosi 25,27 uz standardnu devijaciju 3,340, pri tome minimalna vrijednost sagorijevanja iznosi 18, dok je maksimalna vrijednost 31 (tablica 6).

U tablici 7, prikazani su podatci usporedbe s obzirom na dob ispitanika.

Tablica 7. Usporedba s obzirom na dob ispitanika

	Dob	N	Aritmetička sredina rangova	P
Ukupno sagorijevanje	19–30 godina	15	24,00	0,37
	31–40 godina	9	19,78	
	41–50 godina	13	20,15	
	više od 50 godina	8	29,38	
	Ukupno	45		

Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika (tablica 7).

U tablici 8, prikazani su podatci vezani uz usporedbu s obzirom na godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja.

Tablica 8. Usporedba s obzirom na godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja

	Godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja	N	Aritmetička sredina rangova	P
Ukupno sagorijevanje	manje od 10 godina	15	18,53	0,26
	11 – 20 godina	9	20,94	
	21 – 30 godina	16	27,16	
	više od 30 godina	5	26,80	
	Ukupno	45		

Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja (tablica 8).

U tablici 9, prikazani su podatci vezani uz usporedbu s obzirom na stručnu spremu ispitanika.

Tablica 9. Usporedba s obzirom na stručnu spremu ispitanika

	Stručna sprema	N	Aritmetičk a sredina rangova	P
Ukupno sagorijevanje	srednja stručna sprema	12	28,67	0,21
	prvostupnik/ca sestrinstva	30	21,07	
	magistra sestrinstva	3	19,67	
	Ukupno	45		

Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na stručnu spremu ispitanika (tablica 9).

U tablici 10, prikazani su podatci vezani uz usporedbu s obzirom na bračni status ispitanika.

Tablica 10. Usporedba s obzirom na bračni status ispitanika

	Bračni status	N	Aritmetičk a sredina rangova	P
Ukupno sagorijevanje	samac	7	20,93	0,11
	u braku	25	27,28	
	izvanbračna zajednica	9	17,39	
	rastavljen / rastavljena	1	20,00	
	udovac / udovica	3	10,00	
	Ukupno	45		

Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na bračni status ispitanika (tablica 10).

U tablici 11, prikazani su podatci vezani uz usporedbu s obzirom na pitanje da li se smatrate religioznom osobom.

Tablica 11. Usporedba s obzirom na pitanje da li se smatrate religioznom osobom

	Da li se smatrate religioznom osobom	N	Aritmetička sredina rangova	P
Ukupno sagorijevanje	u potpunosti	3	16,00	0,09
	uglavnom	23	27,41	
	osrednje	11	15,45	
	uglavnom ne	4	18,75	
	ne smatram se	4	27,88	

Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na pitanje da li se smatrate religioznom osobom (tablica 11).

5. RASPRAVA

S obzirom na postavljene ciljeve i hipotezu rada, rezultati istraživanja prikazuju da medicinske sestre koje rade na Klinici za pedijatriju, Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu više od 5 godina ne doživljavaju veću razinu stresa na radnom mjestu od medicinskih sestara koje rade manje od 5 godina. Uzimajući u obzir godine radnog staža i osobno doživljavanje stresa kod medicinskih sestara, rezultati istraživanja ne prikazuju veliku statističku značajnu razliku. Postoje istraživanja koja dokazuju ovako dobivene rezultate. Kada govorimo o ukupnoj duljini radnog staža i razine stresa, u literaturi postoje nalazi u kojima medicinske sestre s duljim radnim stažem izvještavaju o istoj razini stresa kao one s kraćim radnim stažem (17). Također, gledajući dob ispitanika, rezultati ne pokazuju značajnu razliku. Aritmetička sredina rangova iznosi oko 20, što ne odstupa od prosjeka. S obzirom na stručnu spremu ispitanika, rezultati također nisu zavidni.

Istraživanje je provedeno na 45 ispitanika. Svi ispitanici su ženskog spola. S obzirom na dob, najveći broj ispitanika, njih 15 ima između 19 – 30 godina, što u prosjeku iznosi 33,3 %. Onih starijih od 50 godina, ima svega 8 (17,8 %). S obzirom na godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja, najviše ispitanika ima od 21 – 30 godina radnog staža (35,6 %). Najveći broj ispitanika ima završeno obrazovanje za prvostupnika sestrinstva (66,7 %).

Gledajući rezultate, najveći broj ispitanika je dosta mlad. To su osobe čija je starosna dob između 19 i 30 godina. Najveći broj ispitanika radi u prosjeku oko 16 godina na tom radnom mjestu. Mlađe sestre izvještavaju o višoj emocionalnoj iscrpljenosti i depersonalizaciji te nižem postignuću, za razliku od starijih sestara kojima iskustvo, znanje i način nošenja sa stresom pomažu da ne sagore na poslu. No često odnos dobi i radnog staža nije linearan s dimenzija sagorijevanja (18).

Stručna sprema ispitanika daje zavidne rezultate. Naime, najveći broj njih imaju završeno prvostupništvo Sestrinstva što ukazuje na važnost daljnjeg osobnog napretka u obrazovanju u ovom dijelu zdravstva. Stručna sprema uvelike utječe i na razinu stresa te stupanj sagorijevanja medicinskih sestara. Brojne literature opisuju povezanost stručne spreme medicinskih sestara sa razinom stresa kojeg svakodnevno doživljavaju na radnom mjestu. U literaturi postoje nalazi kako sestre s visokim obrazovanjem iskazuju višu razinu percipiranog stresa na poslu od niže obrazovanih (19) dok u istraživanju Qi i suradnika (2014) medicinske sestre višeg ili visokog obrazovanja doživljavaju veću razinu stresa.

Promatrajući godine radnog staža i dob ispitanika u jedinici intenzivnog liječenja i razinu sagorijevanja stresa značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$ što prikazuje da godine radnog staža ne utječu na razinu sagorijevanja stresa u jedinici intenzivnog liječenja u kojoj je provedeno ovo istraživanje. Postoje brojna svjetska istraživanja koja potvrđuju da su godine radnog staža i dob ispitanika usko povezani sa stupanjem sagorijevanja. Iako neke studije pokazuju da su poželjne mlade osobe za profesionalni profil za rad u Jedinicama intenzivnog liječenja (20), druge su pokazale da su medicinske sestre mlađe od 30 godina više osjetljive na sagorijevanje (21, 22).

Po rezultatima ovog istraživanja, na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu bračni status i broj djece ispitanika ne utječe na osobno doživljavanje stresa i smanjenje sindroma sagorijevanja. Rezultate ovog istraživanja potkrepljuju i brojna druga istraživanja koja su također provedena između zdravstvenih radnika. Rezultati istraživanja Kararića i suradnika na studentima sestrištva, koje obuhvaća sestre s različitih odjela koje su već zaposlene, također ne ukazuje na razlike u zadovoljstvu životom s obzirom na bračni status (23).

U braku je 25 ispitanika (55,6 %), a rastavljen je samo jedan ispitivač (2,2 %). S obzirom na broj djece, najviše ispitanika ima po 1 dijete (37, 8 %), dok svega njih 3 (6,7 %) ima više od 3 djeteta.

Obitelj predstavlja oslonac, pruža emocionalnu i financijsku odgovornost, međusobno razumijevanje, podršku i potporu. Rad u smjenama, osobito tijekom noći, predstavlja jako veliki izazov za sve medicinske sestre i tehničare koji rade te imaju svoju ženu/muža i djecu. Podrška obitelji predstavlja sigurnost za lakše snalaženje i obavljanje svakodnevnih, ne tako lakih intervencija na odjelima intenzivnog liječenja.

Promatrajući rezultate istraživanja, čak 51,1 % ispitanika je odgovorilo na pitanje o religioznosti da su uglavnom religiozni. Njih 6,7 % u potpunosti se smatraju religioznim osobama. Religioznost bitno utječe na osobno doživljavanje i suočavanje sa stresnim situacijama na radnom mjestu. Osim toga, veliki utjecaj ima i psihičko stanje osobe. Religioznost pomaže u izuzetno teškim situacijama, osobito nakon smrti nekog bliskog, nakon smrti roditelja ili djeteta. Ona je ta koja gura osobu naprijed, tjera ju na nastavak koliko toliko normalnog života. Vjera i religija utječu na gotovo sve komponente pojedinčeva života. Djeluju na emocionalnu, duhovnu, socijalnu, psihološku sferu života. Važnu ulogu religiozno suočavanje ima u situacijama gubitka ili smrti bliske osobe, poput djeteta, kada utječe na

proces tugovanja, omogućuje pronalazak značenja i smisla, dovodi do smanjenja krivnje, depresivnosti i bolje dugoročne prilagodbe (24).

Nadalje, kod pitanja da li se smatrate religioznom osobom 51,1 % ispitivača navodi kako smatraju da se uglavnom smatraju religioznom osobom. Svega 6,7 % ih smatra da se u potpunosti smatraju religioznom osobom. Na pitanje Po Vašem mišljenju, koliki je mjesečni prosjek smrtnih slučajeva tijekom Vaše smjene na odjelu gdje radite? 55,6 % ispitivača kaže da je to manje od 2 smrtna slučajeva. 66,7 % ispitivača na pitanje Da li na Vašem radnom mjestu postoje grupe podrške u svezi sa događajem umiranja i smrti? smatraju da ne postoje.

55,6 % ispitanika je odgovorilo da je tijekom mjesečnog rada na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu u njihovim smjenama smrtnih slučajeva manje od 2, dok je njih 4,4 % reklo da je smrtnih slučajeva bilo više od 4 tijekom mjesec dana rada. Rezultati na ovo pitanje izuzetno djeluju na psihičko stanje osobe koja radi na tom odjelu. Iako dosta rijetke, to su situacije koje su najrjeđi, ali i najfrekventniji izvor stresa na ovakvim odjelima. Dobiveni rezultati sukladni su rezultatima drugih istraživanja u kojima su navedene situacije na poslu također procijenjene među najrjeđima, pa stoga i najmanje stresnima (25).

Veliki broj ispitanika, njih čak 30 smatra da na njihovom radnom mjestu ne postoje grupe podrške u svezi sa događajem umiranja i smrti, dok njih 15 nije sigurno da li takvo što postoji na Kliničkom bolničkom centru. Ponižavajući je rezultat da nitko od ispitivača nije prošao određen oblik pripreme i edukacije za događaj suočavanja sa smrću. Na tvrdnju *Po Vašem mišljenju, smatrate li da postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o umiranju i smrti bolesnika?* svi ispitivači smatraju da postoji potreba za nekim oblikom edukacije i pripreme za ovako stresne događaje. Rad u jedinici intenzivnog liječenja djece istovremeno predstavlja jako veliki ponos i pozitivno djelovanje na osobu koja je zaista to željela raditi i koja se pronašla u tome. Gledajući to sa strane struke, rad na takvom radilištu zahtjeva istovremeno provođenje visokokvalitetne, 24 satne zdravstvene njege dostupne svima, poštujući sve biopsihosocijalne i holističke potrebe svakog tog malog pacijenta.

Kod pitanja da li ste prošli/prošle određen oblik pripreme i edukacije za događaj suočavanja sa smrću svi ispitanici navode da nisu. Nadalje, na pitanje Po Vašem mišljenju, smatrate li da postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o umiranju i smrti bolesnika? također svi ispitanici navode da smatraju da je to potrebno. Kod pitanja da li razgovarate sa Vašim kolegicama/kolegama o umiranju i smrti nakon smrtnog ishoda nekog od bolesnika na odjelu na kojem radite 66,7 % ispitanika navodi da, a svega njih 11,1 % navodi da ne. Da li

razgovarate sa Vašim članovima obitelji o umiranju i smrti nakon smrtnog ishoda nekog od bolesnika na odjelu na kojem radite 53,3 % navodi da, 24,4 % navodi ne, dok 22,2 % navodi ponekad kao odgovor. Na pitanje Da li ste ikada tražili psihološku pomoć nakon nekog smrtnog događaja na radnom mjestu 4,4 % ispitanika navodi da, dok 95,6 % navodi ne.

Postoje brojne situacije u kojima sestre i tehničari ispadnu stručnjaci, heroji koji su na vrhu Sestrinstva i koji predstavljaju ovu struku. Osim toga, postoje i situacije u kojima se dogodi da medicinske sestre i tehničari nisu pripremljeni na neke događaje koji slijede. Tipičan je primjer događaj umiranja i smrti, gdje oni nisu spremni na otvorena i iskrena pitanja koja se postavljaju od strane roditelja u trenutku smrti njihova djeteta. Potvrdu o needukaciji zdravstvenih radnika za vrijeme smrtnog događaja, prikazuju i rezultati ovog istraživanja. . Mnoga istraživanja se usredotočuju na poboljšanje kvalitete zdravstvene njege kod pacijenta dok se rijetko istraživanja bave proživljavanjem i sučeljavanjem zdravstvenog osoblja sa smrću (26).

Na pitanje *Da li razgovarate sa Vašim kolegicama/kolegama ili članovima obitelji o umiranju i smrti nakon smrtnog ishoda nekog od bolesnika na odjelu na kojem radite?* veliki postotak ispitivača je odgovorio da razgovara. Razgovor je važan. Vrlo je bitno izbaciti sve negativne emocije i osjećaje iz sebe kako bi osoba što lakše mogla nastaviti obavljati svoj posao i kako bi bila psihički mirna i neopterećena. Nadalje, preporučuje se razgovarati sa kolegama/kolegicama koje su prošle taj događaj ili sa nekime od članova obitelji kojima to nije opterećujuće slušati. Upravo zbog toga, vrlo je bitna edukacija zdravstvenih djelatnika, osobito onih koji rade u jedinicama intenzivnog liječenja. Edukacija o smrti omogućava nam istražiti niz problema i podići osjećaj za samosvijest i može nam pomoći da razvijemo učinkovite strategije suočavanja (27). Programi edukacija o smrti koji uključuju procjenu stavova smrti uz intervencije koje povećavaju pozitivan stav prema smrti mogu imati utjecaja na zdravstvenu njegu pacijenata kod medicinskih sestara (28).

Upitnik intenziteta sagorijevanja dao je nekoliko zanimljivih podataka. Na pitanje *Na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno, čak i kada se dobro naspavam* 77,8 % ispitanika smatra da se ponekad osjećaju umorno i iscrpljeno što je dosta veliki postotak na ukupni broj ispitivača. To se može povezati sa radnim mjestom i svakodnevnim stresnim situacijama na tom radilištu. Također, veliki je broj ispitivača i na pitanje *Primjećujem da se povlačim od kolega* navelo je da je to ponekad vrlo prisutno, njih čak 68,9 % gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,69 dok standardna devijacija iznosi 0,47. S obzirom na dobivene rezultate, zdravstvo,

a u konačnici i Sestrinstvo, zahtijeva razvijanje mreže samopomoći osobama koji rade kao zdravstveni djelatnici osobito na odjelima gdje borave vitalno ugroženi pacijenti koji zahtijevaju 24 satnu njegu, brigu, skrb i nadziranje monitoringa.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno, čak i kada se dobro naspavam gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,78 dok standardna devijacija iznosi 0,42. Zatim, primjećujem da se povlačim od kolega gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,69 dok standardna devijacija iznosi 0,47.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: sve što se traži da uradim doživljam kao prisilu gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,02 dok standardna devijacija iznosi 0,15. Nadalje, o svom poslu mislim negativno čak i navečer prije spavanja gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,22 dok standardna devijacija iznosi 0,42.

Kod ukupne prosječna vrijednost skale sagorijevanja minimalna teorijska vrijednost sagorijevanja iznosi 18, dok je najveća vrijednost sagorijevanja mogla biti 54. Pogleda li se prosječna vrijednost sagorijevanja može se uočiti kako iznosi 25,27 uz standardnu devijaciju 3,340, pri tome minimalna vrijednost sagorijevanja iznosi 18, dok je maksimalna vrijednost 31. Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika.

Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja. Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na stručnu spremu ispitanika. Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na bračni status ispitanika. Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$, dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na pitanje da li se smatra religioznom osobom.

44,4 % ispitanika smatra da *Više nego ikada svjesno izbjegavam kontakte s drugim ljudima na poslu*. Promatrajući ove rezultate, stres i smrtni događaj uvelike utječu i na komunikaciju na radnom mjestu. 44,4 % ispitivača na pitanje *Osjećam sa nemoćnim promijeniti nešto na poslu* odgovorilo je da je to ponekad prisutno. Brojna istraživanja potvrđuju ove navode. Kako vrijeme prolazi, medicinske sestre i tehničari koji su svakodnevno izloženi stresu i stresnim situacijama, gube volju za napretkom, za poboljšanjem, za promjenama koje su potrebne. Studije provedene u Europi i Velikoj Britaniji, također potvrđuju nezadovoljstvo medicinskih sestara sa svojim trenutnim radnim mjestom. 2011. godine studija koja je provedena u Europi je došla do rezultata da čak 30 % medicinskih sestara i tehničara osjeća umor i iscrpljenost te nemoć povezan sa poslom i radnim obvezama. Osim toga, Engleska studija je dobila potvrdu da njihovih 44 % medicinskih sestara i tehničara pati od sindroma sagorijevanja te da što prije želi napustiti svoje trenutno radno mjesto.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja, izvode se sljedeći zaključci:

- Medicinske sestre koje rade duže od 5 godina na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu ne doživljavaju veću razinu stresa od medicinskih sestara koje rade manje od 5 godina.
- Duljina radnog staža medicinskih sestara ne utječe na sindrom sagorijevanja.
- Ispitanici starije životne dobi ne doživljavaju sindrom sagorijevanja teže od ispitanika mlađe životne dobi.
- Nema značajnijih razlika u sindromu sagorijevanja između medicinskih sestara prvostupnica i magistra sestrinstva sa medicinskim sestrama srednje stručne spreme.
- Nema značajnijih razlika u sindromu sagorijevanja između medicinskih sestara koje su u braku i onih koje žive u izvanbračnoj zajednici.
- Religioznost medicinskih sestara ne utječe na njihovo shvaćanje i doživljavanje sindroma sagorijevanja.
- Medicinske sestre smatraju da postoji potreba za edukacijom o umiranju i smrti bolesnika.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Ispitati te utvrditi kako stres i smrt djeteta utječu na psihičko stanje medicinskih sestara.

Nacrt studije: Provedena je presječna studija u razdoblju od 05. lipnja do 20. lipnja 2021. godine u Kliničkom bolničkom centru Zagreb.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovalo 45 ispitanika. Ispitanici su bile medicinske sestre Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Kriterij za uključivanje u istraživanje bilo je radno mjesto na Klinici za pedijatriju, Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu.

Materijal i metode: Kao instrument za prikupljanje podataka i istraživanje, korišten je standardizirani Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu, Društva za psihološku pomoć, pod autorstvom Marine i Deana Ajduković. Upitnik je konstruiran i prihvaćen 1994. godine. Osim toga, ima zadovoljavajuću pouzdanost, koja iznosi 0.86 (Cronbachov alpha) te je primjenjivan u svrhu mjerenja sagorijevanja na poslu kod pomažućih zanimanja. Nadalje, koeficijent unutarnje konzistencije iznosi $\alpha = 0,90$.

Rezultati: Kod ukupne prosječne vrijednost skale sagorijevanja minimalna teorijska vrijednost sagorijevanja iznosi 18, dok je najveća vrijednost sagorijevanja mogla biti 54. Pogleda li se vrijednost značajnosti kod ukupnog sagorijevanja može se uočiti kako značajnost testa iznosi više od 0,05, odnosno $p > 0,05$ (Kruskal-Wallisov test), dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika, radni status, duljinu radnog staža i stupanj obrazovanja.

Zaključak: Nema uočljive razlike povezane sa sindromom sagorijevanja te dobi ispitanika, bračnim statusom, godinama radnog staža i stupnjem obrazovanja. Od svih ispitanika izražena je potreba za edukacijom o događaju umiranja i smrti na radnom mjestu.

Ključne riječi: medicinska sestra, psihološko stanje, smrt, umiranje.

8. SUMMARY

Psychological condition of nurses after the death of a child in the intensive care unit of the Clinical Hospital Center Zagreb

Aim of the research: To examine and determine how stress and the death of a child affect the mental state of nurses.

Study design: A cross-sectional study was conducted in the period from June 5 to June 20, 2021 at the Clinical Hospital Center Zagreb.

Material and methods: As a tool for data collection and research, a standardized Questionnaire of burnout intensity at work, Society for Psychological Assistance, authored by Marina and Deana Ajduković was used. The questionnaire was constructed and accepted in 1994. In addition, it has satisfactory reliability, which is 0.86 (Cronbach's alpha) and has been applied for the purpose of measuring burnout at work in ancillary occupations. Furthermore, the internal consistency coefficient is $\alpha = 0.90$.

Results: For the total average value of the combustion scale, the minimum theoretical value of combustion is 18, while the maximum value of combustion could be 54. If you look at the value of significance in total combustion, you can see that the significance of the test is more than 0.05 or $p > 0, 05$ (Kruskal-Wallis test), so it can be said that there is no statistically significant difference with regard to the age of the respondents, employment status, length of service and level of education.

Conclusion: There is no noticeable difference associated with burnout syndrome and the age of the respondents, marital status, years of service and level of education. All respondents expressed the need for education about the event of dying and death in the workplace.

Key words: nurse, psychological state, death, dying.

9. LITERATURA

1. Markešić I. Čovjek i smrt. 4 izd. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Hrvatsko katoličko sveučilište, Udruga posmrtna pomoć; 2017.
2. Arambašić L. Gubitak, tugovanje, podrška. 2 izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
3. Plante J, Cyr C. Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatr Child Health*. 2011;16(4):213-6. Pristupljeno: 20.06.2021. Dostupno na: <https://academic.oup.com/pch/article/16/4/213/2639422?login=true>
4. Cruz SP, Garcia- Luengo AM. Comparative study among Spanish students of health sciences degrees: Facing death. *Nursing and Health Sciences*. 2018;380-386. Pristupljeno: 25.05.2021. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12417>
5. Živković I, Vuletić S. Posljednji trenutci prije vječnosti. 1 izd. Zagreb: Hanza Media; 2016.
6. Buckman R. Ne znam što reći: Kako pomoći i podržati umiruće. Zagreb: Školska knjiga; 1996.
7. Posch U. Kad majke žaluju. Zagreb: Biblioteka „Svijet dječje psihe“, Prosvjeta; 1996.
8. Kubler-Ross E. O smrti i umiranju. Zagreb: MISL; 2008.
9. October 1, Dryden-Palmer K, Copnell B, Meert K. Caring for Parents After the Death of a Child. *Pediatr Crit Care Med*. 2018;19(8S Suppl 2):S61-S68. Pristupljeno: 20.05.2021. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6082144/>
10. Naidoo V, Sibiyi MN. Experiences of Critical Care Nurses of Death and Dying in an Intensive Care Unit: A Phenomenological study. *Journal Nurs Care*. 2014;3:[4]. Pristupljeno: 20.05.2021. Dostupno na: <https://www.hilarispublisher.com/abstract/experiences-of-critical-care-nurses-of-death-and-dying-in-an-intensive-care-unit-a-phenomenological-study30258.html>
11. Worden W. Savjetovanje i terapija u tugovanju. Priručnik za stručnjake u području zaštite mentalnog zdravlja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
12. Tieman J, Miller - Lewis L, Rawlings D, Parker D, Sanderson C. The contribution of a MOOC to community discussions around death and dying. *BMC Palliat Care*. 2018; 2017:1:31. Pristupljeno: 15.04.2021. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5819292/>
13. Kubler Ross E. Razgovor s umirućima. Biblioteka Oko tri ujutro. Zagreb; 2007.

14. Havelka M, Havelka A. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Zdravstveno Veleučilište; 2013.
15. Štifanić M. Kultura umiranja, smrti i žalovanja. Rijeka; 2009.
16. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
17. Ćurčić Đ, Ćurčić M. Sindrom izgaranja kod zaposlenih u specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Dr. Laza Lazarević”. Engrami. 2009; 31(3-4): 19–28.
18. Nguyen L. D, Mujtaba B, G, Ruijs A. Stress, task, and relationship orientations of Dutch: Do age, gender, education, and government work experience make a difference? Public Organization Review. 2014; 14(3), 305–324.
19. Jenkins, R, Elliott, P. Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. Journal of Advanced Nursing. 2004; 48(6), 622–631.
20. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC. Factors that influence and minimize errors in medication administration by nursing staff. Rev Enfermagem Revista. 2012;15:122-37.
21. Poncet MC, Toullic P, Papazian L. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:698–704.
22. Chen SM, McMurray A. Burnout in intensive care nurses. Journal Nurs Res. 2001;9:152–164.
23. Kararić D, Sindik J, Raguž V, Klokoč P, Milovčević V, Burum M. Odnos zadovoljstva životom i psihološke dobrobiti sa stresom i mentalnom čvrstoćom kod studenata sestrištva. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2012; 8(29): 35–48.
24. Hood R. Hill W, Spilka B. The psychology of religion. An empirical approach. 4th Ed. New York: The Guilford Press; 2016.
25. Dagget T, Molla A, Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. BMC Nurs. 2016;15:39.
26. Naidoo V, Sibiya MN. Experiences of Critical Care Nurses of Death and Dying in an Intensive Care Unit: A Phenomenological study. Journal Nurs Care. 2014;3:[4].
Pristupljeno: 20.05.2021. Dostupno na:
<https://www.hilarispublisher.com/abstract/experiences-of-critical-care-nurses-of-death-and-dying-in-an-intensive-care-unit-a-phenomenological-study30258.html>
27. Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M, Sarafis P. Greek renal nurses attitudes towards death. Journal of Renal Care. 2011; 37(2):101-107. Pristupljeno:

20.06.2021. Dostupno na:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ab01663a-15a7-41b8-ad98-cd58a85e5409%40pdc-v-sessmgr05>

28. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients.

Oncology nursing Forum 2005; 32(1):97-104. Pristupljeno: 28.06.2021. Dostupno na:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=dec182dc-b0cc43de-936e-9d2fafeb6f81%40pdc-v-sessmgr04>

TABLICE, GRAFIKONI, SLIKE

1. Tablica 1. Podjela ispitanika prema spolu, dobi, godinama radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja i stručnoj spremi
2. Tablica 2. Podjela ispitanika prema bračnom statusu i broju djece
3. Tablica 3. Podjela ispitanika s obzirom na religioznost
4. Tablica 4. Podjela ispitanika prema potrebi edukacije
5. Tablica 5. Upitnik intenziteta sagorijevanja
6. Tablica 6. Ukupno sagorijevanje
7. Tablica 7: Usporedba s obzirom na dob ispitanika
8. Tablica 8. Usporedba s obzirom na godine radnog staža u jedinici intenzivnog liječenja
9. Tablica 9. Usporedba s obzirom na stručnu spremu ispitanika
10. Tablica 10. Usporedba s obzirom na bračni status ispitanika
11. Tablica 11. Usporedba s obzirom na pitanje da li se smatrate religioznom osobom