

Povezanost specifičnih čimbenika stresa i kvalitete života medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi.

Omašić, Karolina

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:243:359670>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**

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

Karolina Omašić

**POVEZANOST SPECIFIČNIH
ČIMBENIKA STRESA I KVALITETE
ŽIVOTA MEDICINSKIH SESTARA
ZAPOSLENIH U PALIJATIVNOJ SKRBI**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Karolina Omašić

**POVEZANOST SPECIFIČNIH
ČIMBENIKA STRESA I KVALITETE
ŽIVOTA MEDICINSKIH SESTARA
ZAPOSLENIH U PALIJATIVNOJ SKRBI**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek.

Mentor rada: doc. dr. sc. Robert Lovrić

Rad ima: 54 lista i 22 tablice.

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: sestrinstvo

ZAHVALE

Zahvaljujem doc. dr. sc. Robertu Lovriću, mentoru, na nesebičnoj pomoći i potpori pri pisanju diplomskoga rada.

Zahvaljujem suprugu Kristijanu i svojim roditeljima koji su me stalno usmjeravali, motivirali i prihvaćali sve moje odluke vezane uz studiranje.

Ovaj rad posvećujem Gabrijelu i Anđeli.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Stres (definicija, značenje, podjela, čimbenici stresa)	1
1.1.1. Stres medicinskih sestara u palijativnoj skrbi.....	2
1.2. Sindrom izgaranja medicinskih sestara.....	3
1.2.1. Kvaliteta života i sindrom izgaranja medicinskih sestara u palijativnoj skrbi	5
1.2.2. Metode i strategije ublažavanja sindroma izgaranja	6
2. CILJ	10
3. ISPITANICI I METODE	11
3.1. Ustroj studije	11
3.2. Ispitanici	11
3.3. Metode.....	11
3.4. Statističke metode	13
3.5. Etička načela.....	14
4. REZULTATI	15
4.1 Obilježja ispitanika	15
4.2 Pojavnost čimbenika stresa kod medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi	18
4.3 Razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi.....	23
4.4. Povezanost specifičnih čimbenika stresa s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi	26
4.5. Zadovoljstvo kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi	27
4.5.1. Razine zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi.....	27
4.5.2. Razlike u razini zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi.....	29
4.5.3. Povezanost razine zadovoljstva kvalitetom života s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi	32
5. RASPRAVA	34
6. ZAKLJUČAK	41
7. SAŽETAK	42
8. SUMMARY	43
9. LITERATURA	44

10. ŽIVOTOPIS	52
11. PRILOZI	54
11.1. Prilog 1 – Pisana obavijest za ispitanike o istraživanju	55
11.2. Prilog 2 – Anketni upitnik <i>Stres među medicinskim sestrama zaposlenim u palijativnoj skrbi</i>	56
11.3. Prilog 3 – Anketni upitnik <i>Skala zadovoljstva životom.</i>	59

Popis kratica

OŽB – opća županijska bolnica

OB – opća bolnica

NMB – nacionalna memorijalna bolnica

OVB – opća veteranska bolnica

KBC – klinički bolnički centar

KB – klinička bolnica

DZ – dom zdravlja

RH – Republika Hrvatska

Termin medicinska sestra odnosi se na osobe muškog i ženskog spola.

Popis tablica

- Tablica 1. – Pouzdanost skale stresa medicinskih sestara u palijativnoj skrbi (*stranica 13.*)
- Tablica 2. – Pouzdanost skale zadovoljstva medicinskih sestara kvalitetom života (*stranica 13.*)
- Tablica 3. – Obilježja ispitanika (*stranica 16. – 17.*)
- Tablica 4. – Pojavnost (srednje vrijednosti) čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama prve podskale – *Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima (stranica 18.)*
- Tablica 5. – Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama druge podskale – *Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji (stranica 19.)*
- Tablica 6. – Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama treće podskale – *Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji (stranica 20.)*
- Tablica 7. – Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama četvrte podskale – *Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijeloga tima (stranica 20.)*
- Tablica 8. – Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama pete podskale – *Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu (stranica 21.)*
- Tablica 9. – Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama šeste podskale – *Stres zbog „suočavanja s pacijentom čiji je život ugrožen (stranice 21. - 22)*
- Tablica 10. – Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema čimbenicima stresa i ukupnoj skali (*stranica 22.*)
- Tablica 11. – Razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol (*stranica 23.*)
- Tablica 12. – Razlike u pojavnosti čimbenika stresa s obzirom na stručnu spremu (*stranica 24.*)
- Tablica 13. – Razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na područje rada u palijativnoj skrbi (*stranica 25.*)

- Tablica 14. – Povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s dobi i radnim stažem u paliјativnoj skrbi (*stranica 26.*)
- Tablica 15. – Razine zadovolјstva kvalitetom života medicinskih sestara zaposlenih u paliјativnoj skrbi – podskala *Globalno zadovolјstvo* (*stranica 27.- 28.*)
- Tablica 16. – Razine zadovolјstva kvalitetom života medicinskih sestara zaposlenih u paliјativnoj skrbi – podskala *Situacijsko zadovolјstvo* (*stranica 28.*)
- Tablica 17. – Razine zadovolјstva kvalitetom života medicinskih sestara prema podskalama (*stranica 29.*)
- Tablica 18. – Razlike u razini zadovolјstva kvalitetom životom s obzirom na spol (*stranica 29.*)
- Tablica 19. – Razlike u razini zadovolјstva kvalitetom života s obzirom na stručnu spremu (*stranica 30.*)
- Tablica 20. – Razlike u razini zadovolјstva kvalitetom života s obzirom na područje rada u paliјativnoj skrbi (*stranica 31.*)
- Tablica 21. – Povezanost razine zadovolјstva kvalitetom životom s dobi i radnim stažem u paliјativnoj skrbi (*stranica 32.*)
- Tablica 22. – Povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s pojedinačnom razinom zadovolјstva životom (*stranica 33.*)

1. UVOD

Ključna je misija svake zdravstvene ustanove osiguravanje brige i skrbi za bolesne i ozlijeđene osobe. Za ostvarenje navedene misije važno je osigurati zdravlje i dobrobit medicinskih sestara kao jednih od najvažnijih i najbrojnijih dionika u zdravstvu (1). Zbrinjavanje bolesnih ljudi, a osobito bolesnika u palijativnoj skrbi, zahtijeva često nepredvidive ishode skrbi što značajno doprinosi razvoju stresa i sindroma izgaranja kod medicinskih sestara. Za provedbu kvalitetne palijativne skrbi potrebno je identificirati, raspraviti i ispitati nove modele prakse za rješavanje aktualnih problema u skrbi (2). Aktualni se problemi odnose na nejednak pristup, kontinuitet skrbi i reduciran broj zdravstvenih usluga. Javno zdravstvo jedna je od glavnih poveznica za ostvarivanje bliskog partnerstva između kliničkih službi i zajednica te građanskih institucija kako bi se poboljšala kvaliteta provođenja skrbi (3).

Broj osoba s novootkrivenim zloćudnim bolestima u stalnom je porastu. Prema podacima Registra za rak Hrvatske, ukupan je broj novodijagnosticiranih zloćudnih bolesti tijekom 2017. godine bio 24 385 (4). Stopa incidencije iznosila je 591,2/100 000 stanovnika, a stopa mortaliteta 330,7/100 000 stanovnika (4). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, na globalnoj razini, predviđa se povećanje broja oboljelih s 18 milijuna u 2018. godini na 29,5 milijuna u 2040. godini, dok će broj umrlih porasti s 9,5 milijuna na 16,4 milijuna godišnje (4, 5). Porast novootkrivenih zloćudnih bolesti uz ranu dijagnostiku omogućava višu stopu preživljavanja oboljelih osoba što rezultira povećanom potrebom za kompetentnom, empatičnom i modernom sestrinskom skrbi (6). Također, pojava novih oblika terapijskih pristupa i suvremenih tehnologija u zdravstvenoj skrbi uz povišenje stope izlječenja nameće potrebu za sustavnim, visokokvalitetnim i pouzdanim sestrinstvom (7).

U diplomskom će radu biti prikazano istraživanje kojemu je cilj ispitati povezanost specifičnih čimbenika stresa i zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi.

1.1. Stres (definicija, značenje, podjela, čimbenici stresa)

Stres podrazumijeva stanje u kojem je pojedinac suočen s problemima i/ili zahtjevima okoline, a kojima se ne može prilagoditi (8). Suočavanje s takvim problemima zahtijeva jednostavna i/ili složena rješenja (8). Prema trajanju, stres može imati akutni i kronični tijek. Akutni se stres odnosi poglavito na iznenadne opasnosti, primjerice prometne nezgode i druga zbivanja. Simptomi se pojavljuju najčešće unutar četiri tjedna od traumatskog događaja i traju najmanje

dva dana, ali ne dulje od četiri tjedna. Akutni stresni poremećaj učestalo se javlja kod medicinskih sestara (7). Kronični se stres javlja najčešće zbog gubitka posla, života u progonstvu, neimaštine i drugih zbivanja, a simptomi traju dulje od četiri tjedna. Posljedice kroničnog stresa daleko su ozbiljnije od onih akutnih i često dovode do sindroma izgaranja (7, 9).

Stresori općenito podrazumijevaju čimbenike ili događaje koji na neki način prijete zdravlju ili umanjuju funkcioniranje pojedinca (10). Stresori mogu biti fizikalni, kemijski, biološki, psihološki i socijalni (11). Psihološki stresori kod medicinskih sestara najčešće podrazumijevaju učestalu izloženost nevolji pacijenta, osobnu nelagodu zbog smrti pacijenta i izloženost radnim zahtjevima (11). Navedeni stresori mogu biti pojačani kada pružatelj skrbi nema potporu na radnom mjestu ili je ona ograničena (12). Stres na poslu smatra se ključnim uzrokom nezadovoljstva uposlenika i pojavnost stresa može utjecati na njihovu odluku o ostanku ili promjeni posla (13). Literatura upućuje na to da su medicinske sestre koje su izložene stalno ponavljanom stresu pod većim rizikom za izostanak s posla i provođenjem smanjene kvalitete zdravstvene njege (14).

Stres negativno djeluje na srčanožilni, dišni, endokrini, probavni, živčani, mišićni i reproduktivni sustav (15). Akutni stres ubrzava i jača kontrakcije srčanog mišića te preusmjerava krv u velike mišiće. Dišni je sustav neposredno povezan sa srčanožilnim sustavom u svrhu dostatne opskrbe tkiva kisikom, uklanjajući višak ugljičnog dioksida iz organizma. Upravo akutni stres često uzrokuje otežano i ubrzano disanje (15). Endokrini sustav u svrhu osnaživanja odgovora tijela na stres povećava proizvodnju steroidnih hormona (kortizol). Uslijed djelovanja stresora dolazi do ubrzane peristaltike crijeva i ubrzane apsorpcije hranjivih tvari iz crijeva. Živčani sustav na stres reagira aktivacijom simpatičkog živčanog sustava koji pak svojom aktivacijom djeluje na nadbubrežnu žlijezdu (16). Parasimpatički sustav djeluje na lakši oporavak tijela nakon izazvane traume. Mišićno-koštani sustav izložen stresu dodatno napreže mišiće kao zaštitu organizma od bola i ozljeda. Kronični stres ima negativan utjecaj na reproduktivni sustav jer uzrokuje oslabljen libido i poremećaj proizvodnje sperme u muškaraca te poremećaje menstrualnog ciklusa i trudnoće u žena (17, 18).

1.1.1. Stres medicinskih sestara u palijativnoj skrbi

Nedostatak tehničkih i teorijskih alata medicinskih sestara za procjenu emocionalnih reakcija medicinskih sestara može rezultirati štetnim emocionalnim i fizičkim posljedicama na medicinske sestre (19). Usporedno s potrebama osoba koje boluju od neizlječivih bolesti za

odgovarajućom i pravovaljanom skrbi, medicinske sestre koje se skrbe o njima imaju veću izloženost stresu i sindromu izgaranja (20). Izloženost stresu i sindromu izgaranja medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi više je poznata kroz istraživanja u drugim disciplinama u odnosu na istraživanja koja se odnose na područje palijativne skrbi (13).

Stres koji nastaje zbog ponavljano suosjećanja definira se kao umor, emocionalna uznemirenost ili apatija koji proizlaze iz stalne brige za druge. Neophodno je da medicinske sestre kroz rad nadgledaju vlastita iskustva na radnom mjestu za izvore koji povećavaju njihovu ranjivost na stres povezan s poslom (21).

Medicinske sestre u radu s pacijentima koji boluju od neizlječivih bolesti u terminalnim stadijima vjerojatno će doživjeti umor od stalnog ponovljenog izlaganja pacijentima koji su podvrgnuti brojnim traumama vezanim uz liječenje poput agresivnih kemoterapija i jakoga bola (14). Onkološke medicinske sestre, osobito one koje su tek počele raditi, demografski imaju veći rizik za nastanak stresa zbog ponavljane empatije što mora biti pravovremeno prepoznato za kreiranje prilagođenih intervencija za pomoć u zadržavanju i zadovoljstvu na poslu (22, 23).

1.2. Sindrom izgaranja medicinskih sestara

Svrha je podizanja svijesti o temama vezanim uz stres i sindrom izgaranja medicinskih sestara dvostruka: prepoznati postojanje i istražiti metode ublažavanja. Prepoznavanje i rješavanje potencijalnih stresora postavlja se kao prioritet kako bi se izbjegle negativne posljedice na zdravlje (24). Promatranje psihičkog isključivanja s radnih zadataka izdvaja dvije skupine. U prvoj je skupini radnik koji je potpuno isključen i odvojen od posla, dok je u drugoj skupini radnik koji neprestano razmišlja o radnim zadacima. Promišljanja koja se odnose na rad i pitanja vezana uz rad često je teško kontrolirati (25). Psihološko odvajanje od posla presudno je za promicanje zdravlja i dobrobiti. Povezano je s većom produktivnosti, angažmanom i kreativnosti pri povratku na posao (26). Sindrom izgaranja (engl. *burnout syndrome*) prepoznat je kao koncept sedamdesetih godina, a značajno je izražen kod zdravstvenih radnika (27). Sindrom izgaranja još uvijek nije pronašao svoje mjesto u klasifikaciji mentalnih bolesti iako je klinički opisan još prije šezdesetak godina (28). U 11. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti, koja službeno stupa na snagu 1. siječnja 2022. godine, izgaranje je definirano kao sindrom nastao kao posljedica lošeg upravljanja stresom na radnom mjestu. Okarakteriziran je trima dimenzijama: osjećajem iscrpljenosti ili iscrpljenosti energije, povećanom mentalnom distancom od posla ili osjećajima negativizma ili cinizma povezanim s poslom te osjećajem

neučinkovitosti i nedostatka postignuća (29). Izgaranje se primjenjuje samo u profesionalnom kontekstu (30).

Simptomi sindroma izgaranja kod medicinskih sestara visoki su u svim zdravstvenim poljima (31). Najčešći su simptomi: teškoće koncentracije, umor, razdražljivost, nesanica, bolovi u mišićima, glavobolja, anksioznost, palpitacije, emocionalna nestabilnost i smanjena koncentracija i pamćenje (32). Prisutnost tih simptoma dulje od dva tjedna i njihovo narušavanje svakodnevce upućuju na razvoj sindroma izgaranja (31). Simptomi izgaranja javljaju se u trenutcima kada se medicinska sestra ne može prilagoditi visokoj razini stresa. Često se visoke razine stresa javljaju jer zadatci, sustav zdravstva i odgovornosti radnika nisu pravovaljano usklađeni, a jedan je od ključnih čimbenika i osobnost pojedinca (28). Izgaranje proizlazi iz dugotrajnog nesrazmjera između onoga što osoba daje i prima na radnom mjestu. Ako se izgaranje ne prepozna na vrijeme, dovodi do anksioznosti, depresije, ovisnosti i samoubilačkih ideja (33).

Emocionalna se inteligencija odnosi na sposobnost obrade, razumijevanja i upravljanja emocijama u odnosu na druge osobe (34). Literatura upućuje na to da je viša emocionalna inteligencija povezana s nižim stresom i izgaranjem, dok je visoka razina stresa povezana s niskom emocionalnom inteligencijom (34). Osobe koje imaju višu emocionalnu inteligenciju sposobnije su izvoditi više kognitivnih zadataka i to učinkovitije nego osobe s nižom emocionalnom inteligencijom (35). Samosvijest je ključan čimbenik u postizanju emocionalne inteligencije (34). U teorijama zdravstvene njege emocionalna inteligencija zauzima vrlo važno mjesto jer medicinske su sestre neprekidno izložene emocionalno nabijenim situacijama u kojima, ako ih ne priznaju ili se pokušavaju obraniti od neugodnih emocija, može doći do poteškoća u strategijama suočavanja (33).

Medicinske su sestre uglavnom pogođene niskom razinom osobnog postignuća, praćenom visokom emocionalnom inteligencijom i visokom depersonalizacijom (26). Veća učestalost izgaranja pojavljuje se među samcima, onima koju su višestruko zaposleni, onima koji su radno preopterećeni i onima s manjim radnim stažem (26). Izgaranje ima značajan utjecaj na ishod kvalitete života medicinskih sestara, a češće se javlja kod stručnjaka starije dobi, kod onih s visokim primanjima i među medicinskim sestrama (36). Srodna su istraživanja potvrdila da osobe koje su preopterećene poslom i radnim zadacima kod kuće imaju veći rizik za nastanak negativnih fizičkih i psihičkih zdravstvenih ishoda (37). Radnici se trebaju psihički odvojiti od posla i opustiti tijekom slobodnog vremena kako bi nadoknadili izgubljene resurse potrošene na poslu (25).

Razumijevanje emocija pomaže medicinskim sestrama da zadovolje vlastite potrebe, ali i potrebe pacijenata. Nerazumijevanje emocija presudno je za nastanak sindroma izgaranja. Sindrom izgaranja javlja se kod medicinskih sestara koje rade na radnim mjestima koja podrazumijevaju stalne i intenzivne kontakte s pacijentima i njihovim obiteljima (38). Literatura upućuje na to da je emocionalna iscrpljenost osobina izgaranja, a odnosi se na skupinu institucija koje imaju nepovoljne radne uvjete u pogledu autonomije, organizacijske podrške i kontrole nad okolinom (39). Iako su briga i suosjećanje temelji sestrinske prakse, briga o sebi rijetko je prioritet. Medicinske sestre trebaju postati svjesne posljedica svojeg rada i početi voditi brigu o vlastitom fizičkom i mentalnom zdravlju kako bi mogle pružati skrb drugima (24). Izgaranje ima štetne učinke na pacijente, medicinsku sestru i zdravstvenu organizaciju (40).

1.2.1. Kvaliteta života i sindrom izgaranja medicinskih sestara u palijativnoj skrbi

Kvaliteta radnog života koncept je koji je prvi put predstavljen 1930-ih godina (41). Taj koncept opisuje metode kojima organizacija može osigurati holističku dobrobit zaposlenika umjesto da je usredotočena isključivo na radne zadatke. To je proces u kojem organizacija i zaposlenici uče kako bolje raditi zajedno u cilju poboljšanja organizacijske učinkovitosti i kvalitete života osoblja. Najveći su dionici skrbi u zdravstvu medicinske sestre i potreba da se poboljša njihova kvaliteta života postalo je izazovno pitanje 1970-ih godina (41). U zdravstvenom sustavu kvaliteta radnog života opisana je kao snaga i slabost u ukupnom radnom okruženju (42). Brojna istraživanja izvijestila su da je kvaliteta života medicinskih sestara ozbiljno narušena. Nezadovoljstvo medicinskih sestara radnim vijekom može uzrokovati brojne probleme poput emocionalne iscrpljenosti, izgaranja, nezadovoljstva poslom i promjene posla (42). Ti čimbenici mogu utjecati na kvalitetu pružanja zdravstvene njege (43). Zdravstveni sustav ovisi prvenstveno o kvaliteti ljudskih resursa, stoga treba obratiti pozornost na fizičke i emocionalne potrebe medicinskih sestara (44).

Neizlječive bolesti predstavljaju izazov za pacijenta, njegovu obitelj i zdravstvene radnike te uvelike utječu na tjelesnu i psihosocijalnu dobrobit pacijenta. Mjere palijativne skrbi započinju kada lijekovi koji modificiraju bolest postanu neuspješni i kada se ne mogu ponuditi odgovarajući terapijski postupci u svrhu poboljšanja ili se očekuje smrt pacijenta (45). Palijativna skrb uključuje se na ranijoj putanji bolesti, a cilj joj je zadovoljiti psihološke, socijalne, fizičke i duhovne potrebe pacijenta i obitelji (46). Palijativna skrb naglasak stavlja na kvalitetu života pacijenta kako bi mu se osigurali podrška i udobnost tijekom skrbi (12). Prepreke koje se javljaju u pružanju palijativne skrbi proizlaze često iz nejasnoća u pogledu

više profesionalnih uloga i prepoznavanja koji su aspekti palijativne skrbi u domeni medicinske sestre. Uz manjak edukacije, prepreka može biti i neodlučnost medicinskih sestara da se bave palijativnom skrbi što za posljedicu ima distancirani odnos prema pacijentu. S obzirom na to da su potrebe za palijativnom skrbi sve veće, neophodno je osigurati edukaciju u svim razinama školovanja i dodatne edukacije za pružanje palijativne skrbi (47).

Medicinske sestre u palijativnoj skrbi izložene su specifičnim stresorima koji utječu i na njihovu osobnu kvalitetu života. Istraživanje u Meksiku uputilo je na činjenicu da su sindromu izgaranja sklonije medicinske sestre koje rade dulje od osam sati dnevno u palijativnoj skrbi, a imaju srednje do teško radno opterećenje (48). Da je tijekom pandemije Sars-Cov-2 virusa razina stresa dodatno povećana, govori i istraživanje provedeno u Portugalu (49). Većina medicinskih sestara složila se da je pandemija značajno utjecala na njihov rad u palijativnoj skrbi. Visoka razina izgaranja bila je prisutna kod 46 % medicinskih sestara (49). Žene su pokazale višu razinu izgaranja, a ona je povezana sa stereotipnim rodnim ulogama u društvu kao što je primjerice obveza žene da uskladi radni odnos s radom kod kuće i odgojem djece (49).

Samson i Shvartzman u svojem su istraživanju povezali da je česta izloženost umiranju i smrti značajno povezana s kvalitetom života jer izaziva tjeskobu i doprinosi psihičkom stresu (50). Visoke razine izgaranja među medicinskim sestrama povezane su sa subjektivnom dobrobiti, osjećajem nesposobnosti da dobro obavljaju svoj posao i dovode do niske razine produktivnosti i učinkovitosti (51). Medicinske sestre opisuju skrb na kraju života kao jedan od najisplativijih dijelova rada, a iako su stresori specifični za zdravstvenu njegu palijativnog bolesnika, oni mogu biti i posebno izazovni za njih (12). Također, utvrđeno je da je briga o umirućim pacijentima posebno teška i zahtjevna jer zahtijeva suočavanje s vlastitom smrti i time se često povećava osjećaj tjeskobe (51). Medicinske sestre koje pokazuju alarmantne razine izgaranja trebale bi pravovremeno dobiti odgovarajuću pažnju (52). Klinički voditelji trebali bi obratiti pozornost na razlike u karakteristikama osobnosti i pružiti personaliziranu i ciljanu edukaciju medicinskih sestara radi ostvarivanja zadovoljstva pacijenta i provođenja visokokvalitetne skrbi što se provodi isključivo zadovoljnim i predanim stručnjacima (53).

1.2.2. Metode i strategije ublažavanja sindroma izgaranja

Prevenција stresa odnosi se na dva pristupa (54). Prvi je pristup promjena kod pojedinca pomoću treninga upravljanja stresom tako da se poboljša edukacija o prirodi stresa, izvoru i djelovanju stresa, učenju raznih vještina, prepoznavanju osjećaja i razumijevanja zbog čega se on javlja, traženju savjeta i rasprava o stresorima s drugim radnicima. S dobrim razumijevanjem

složenosti situacije korijen problema može biti lakše riješen. Pozitivne emocije usmjerene na strategiju, poput refleksije i upravljanja vremenom, mogu prevenirati izgaranje i dati kontrolu nad danom situacijom kako bi se povećala unutarnja kontrola (33). Prednost je toga pristupa u tome da je ekonomičan, lako provodiv i učinkovit. Nedostatak je da nije usmjeren na uklanjanje uzroka nego na simptome zbog čega rezultati mogu biti kratkoročni (54). Drugi je pristup usmjeren na smanjenje stresa promjenom u organizaciji posla, a u cilju otklanjanja stresora. On uključuje prilagodbu radnog vremena, sudjelovanje u donošenju bitnih odluka, omogućavanje bolje socijalne interakcije na poslu, rotaciju radnika, aktivno slušanje radnika, poštenu od teških zadataka kada je to potrebno i jasno definiranje radnikovih uloga. Prednost je toga pristupa u tome da je usmjeren na uzroke stresa. Nedostatak je u tome što zahtijeva značajnu ulogu uprave ustanove u reorganizaciji rada (54).

U sestinstvu je potrebno edukacijama poticati medicinske sestre i tehničare na prepoznavanje mogućih prijetnji kako bi pravovremeno započele aktivnosti smanjenja razine stresa i pokušale potražiti pomoć prije pojave prvih simptoma. Psihoedukacija se smatra sastavnicom preventivnih programa. Ustanove koje pružaju zdravstvenu skrb različitim bi programima trebale pružiti radnicima aktivnosti koje će smanjiti razinu stresa, ali i pridonijeti smanjenim bolovanjima uzrokovanih stresom (38). Primjer psihoedukacijskih programa koje ustanove mogu provoditi ponudio je Japan u svojoj studiji gdje su izradom brošure pružili informacije o provjeri znakova stresa, opuštanju, higijeni spavanja i prijedloge upravljanja stresom kao što je primjerice upoznavanje novih osoba za stvaranje intimnijih kontakata i terapija smijehom (55). Ta je brošura sadržavala i savjete u vezi s radom bez stresa, a naputak je radnicima bio da ju čitaju češće, osobito ako osjećaju tjeskobu ili stres (55). S obzirom na visoku pojavnost sindroma izgaranja, voditelj medicinske službe trebao bi promicati i provoditi različite intervencije radi smanjenja izgaranja na poslu i sprječavanja njegova negativnog učinka na osoblje i zdravlje pacijenata te poboljšanje provođenja zdravstvene njege (56).

U Republici Hrvatskoj radi sve većeg izlaganja stresu u zdravstvu i očuvanja mentalnog zdravlja zbog pandemije Sars-Cov-2 virusa Hrvatska psihološka komora otvorila je dežurne telefonske veze gdje će klinički psiholozi pružati 24-satnu pomoć zdravstvenim radnicima (57). Otvaranje takvih veza podrške primjer je kako se medicinskim sestrama pomoć radi sprječavanja sindroma izgaranja može pružiti u svim područjima rada, sustavnom organizacijom centara za prevenciju mentalnog zdravlja i otvaranjem telefonskih veza radi stalne dostupnosti i podrške (57).

Još uvijek ne postoji sustavan pristup, preventivni programi ili obuka o učestalosti izgaranja i strategijama suočavanja (33, 58).

Preporuke koje se odnose na bolju edukaciju i podršku medicinskim sestrama uključuju:

- obuku za medicinske sestre; pružiti obrazovanje i izgraditi vještine u komunikaciji, utvrđivanju ciljeva njege i odluka na kraju života putem kratkih osposobljavanja utemeljenih na dokazima; prilagoditi aktualne programe osposobljavanja i osigurati njihovu dostupnost svim ustanovama
- sestrinsko obrazovanje; integrirati kompetencije palijativne skrbi u preddiplomske i diplomske studije bez obzira na područje specijalizacije; proširiti palijativnu skrb u sve kurikule kako bi medicinske sestre mogle zagovarati potrebe palijativne skrbi u svim kliničkim okruženjima
- administrativnu podršku medicinskim sestrama; stvoriti zdravo radno okruženje koje će poboljšati moralnu sposobnost medicinskih sestara, podržati sestrinsku praksu i omogućiti ostvarenje punog potencijala medicinske sestre; stvoriti kulturu koja podržava brigu o vlastitom fizičkom i emocionalnom stanju tijekom pružanja skrbi (59, 60).

Klinička supervizija strukturirani je pristup učenju zasnovan na slučajevima koji se koriste u području mentalnog zdravlja (61). Iako je sastavnica mentalnog zdravlja, mnogim zdravstvenim profesionalcima ona nije dovoljno poznata (62). Ona se odnosi na obrazovni proces, a samosvijest se smatra prvim korakom u liječenju „sebe“. To je proces kroz koji se nastoji razumjeti doživljeno iskustvo kako bi se potaknula nova rješenja i pristupi tijekom kliničke supervizije (62). Medicinske sestre koje su primale podršku ocijenile su je kao zadovoljavajuću, priznajući da je njihov posao emocionalno i fizički iscrpljujuć (63). Kliničko vodstvo i klinički menadžer zaduženi su za provođenje kliničke supervizije, a njihove su uloge različite. Menadžerska odgovornost dijeli se na četiri područja (64). Prvo područje odnosi se na organizaciju osoblja, odnosno preuzimanje odgovornosti za dogovaranje tko koga nagleda i je li riječ o pojedinačnom pristupu ili nadzoru vrlo malih skupina. Drugo područje odnosi se na upravljanje izvan dužnosti gdje je potrebno razviti sustav prema kojem se klinička supervizija postavlja prioritetno na određenu vrstu zaposlenja uključujući i radni staž. Treće područje odnosi se na praćenje kliničkog procesa gdje je zadaća menadžera doznati i uočiti tko koga nadgleda i u kojim trenucima. Četvrti pristup odnosi se na evaluacijski aspekt koji se pak odnosi na strukturu, procese i ishode kliničke supervizije (65). Za razliku od menadžera, voditelji imaju suptilniji proces i bave se sljedećim: vode tim vlastitim primjerom, unose

entuzijazam u radno okruženje, omogućavaju osoblju prisutnost na sjednicama i sastancima „izvan dužnosti“, osiguravaju dnevni red, primaju i daju informacije nadređenima i zahvaljuju radnicima na danom vremenu i energiji koju ulažu u superviziju (64). Klinički voditelj kratkoročno osigurava osoblje za preuzimanje svoje zadaće u skrbi, a dugoročno pomaže u razvoju specijalističkih vještina i poboljšava brigu o pacijentu i brigu o vlastitom mentalnom zdravlju (65).

2. CILJ

Osnovni je cilj rada dobiti uvid u pojavnost specifičnih čimbenika stresa kod medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi i njihovo zadovoljstvo kvalitetom života.

U tu se svrhu ispitivalo:

- pojavnost čimbenika stresa kod medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi
- razinu zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi
- postoje li razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi
- postoji li povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi
- postoje li razlike u razini zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi
- postoji li povezanost razine zadovoljstva kvalitetom života s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi
- postoji li povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa i razine zadovoljstva kvalitetom života.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje od 1. svibnja do 30. lipnja 2021. godine. Istraživanjem je obuhvaćeno 35 zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj (nadalje RH) koje provode palijativnu skrb.

3.2. Ispitanici

Istraživanje obuhvaća 115 ispitanika medicinskih sestara i tehničara stalno zaposlenih u sljedećim zdravstvenim ustanovama: KBC Osijek, KBC Zagreb, KBC Rijeka, KBC Sestre milosrdnice, KB Dubrava, OŽB Našice, OŽB Vinkovci, OB Varaždin, OB Nova Gradiška, OB Dubrovnik, OB i bolnica hrvatskih veterana Zabok, OB Virovitica, OB Karlovac, Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb sv. Rafael Strmac, NMB i bolnica hrvatskih veterana Vukovar, OVB „Hrvatski ponos“ Knin, Istarski domovi zdravlja, DZ Osječko-baranjske županije, DZ Zagrebačke županije, DZ Požeško-slavonske županije, DZ Virovitičko-podravske županije, DZ Splitsko-dalmatinske županije, DZ Primorsko-goranske županije, DZ Varaždinske županije, DZ Kutina, DZ Županja, DZ Vukovar, DZ Sisak, DZ Zagreb – Istok, DZ Zagreb – Centar, DZ Korčula, DZ Karlovac, DZ Knin, DZ Slavonski Brod i Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući Preradovićeve.

3.3. Metode

Instrument je ispitivanja bio anketni upitnik koji se sastojao od dvaju dijelova.

Prvi je dio upitnika sadržavao pitanja o sociodemografskim obilježjima ispitanika: dob, spol, stručna sprema, ustanova zaposlenja, radno mjesto i radni staž.

Drugi se dio upitnika sastojao se od dvaju strukturiranih i validiranih instrumenata/ljestvica.

Prvi je instrument *Stres među medicinskim sestrama zaposlenim u palijativnoj skrbi* za određivanje čimbenika stresa autora prof. dr. sc. Aka Terakada sa Stomatološkog sveučilišta Kangawa, Japan (66). Autor je dao pisanu suglasnost za uporabu upitnika u ovom istraživanju. Upitnik se sastoji od ukupno 29 pitanja koji čine šest čimbenika stresa. Prvi se čimbenik odnosi na stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima, drugi čimbenik odnosi se na stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji, treći čimbenik odnosi se na stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji, četvrti čimbenik odnosi se na stres zbog nedostatka vještina medicinskih sestara i/ili cijeloga tima, peti čimbenik odnosi se na stres

zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu, a šesti se čimbenik odnosi na stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen (66). Svaka tvrdnja vrjednovana je na 4-stupanjskoj Likertovoj skali (1 = ne osjećam stres, 2 = rijetko osjećam stres, 3 = često osjećam stres, 4 = uvijek osjećam stres). Strukturirani je upitnik visoke unutarne valjanosti i pouzdanosti što može poslužiti kao prva faza u otkrivanju stresa kod medicinskih sestara koje se bave palijativnom skrbi (66).

Drugi je primijenjeni instrument *Skala zadovoljstva životom* autora dr. sc. Zvezdana Penezića sa Sveučilišta u Zadru, RH (67). Skala se sastoji od ukupno 20 čestica od kojih se prvih 17 odnose na procjenu globalnog zadovoljstva, a posljednje tri čestice procjenjuju situacijsko zadovoljstvo. Upitnik pokazuje visoku pozitivnu povezanost sa samopoštovanjem i optimizmom, dok je visoka negativna povezanost s mjerama samoće, usamljenosti, pesimizma i anksioznosti (67). Svaka tvrdnja vrjednovana je na 5-stupanjskoj Likertovoj skali (1 = uopće se ne slažem, 2 = uglavnom se ne slažem, 3 = niti se slažem niti se ne slažem, 4 = uglavnom se slažem, 5 = u potpunosti se slažem). Viši rezultat označava i više zadovoljstvo životom, a rezultati se kreću u rasponu od 20 do 100 (67).

Pouzdanost upitnika

Pouzdanost čestica upitnika (čimbenika stresa i razine zadovoljstva životom) i obaju upitnika u cijelosti je ispitana pomoću Cronbach alpha koeficijenta i 95 %-tnog intervala pouzdanosti.

Skala koja mjeri čimbenike stresa sastoji se od 29 pitanja grupiranih u šest područja/kategorija stresa pri čemu su vrijednosti Cronbach α kategorija na ovom upitniku bile između 0,82 i 0,91.

Skala razine zadovoljstva života sastojala se od 20 pitanja grupiranih u dvjema podskalama. Za potrebu izračuna pouzdanosti skale dva su pitanja unutar čestice globalnog zadovoljstva životom („*U cjelini manje sam sretan od drugih ljudi.*“, „*Često sam utučen i žalostan.*“) reskalirana kako bi odgovarala skali ostalih odgovora unutar čestice. Vrijednosti Cronbach α za čestice kategorija/razina zadovoljstva životom iznosile su 0,92 i 0,82.

Sve vrijednosti Cronbach α upućuju na visoku pouzdanost pojedinih čestica i oba upitnika u cijelosti pri mjerenju stresa medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi ($\alpha = 0,94$) te njihove razine zadovoljstva kvalitetom života ($\alpha = 0,93$).

Tablica 1. Pouzdanost skale stresa medicinskih sestara u palijativnoj skrbi (N= 115)

Čimbenici stresa	Broj čestica	α^*	Granica 95 % raspona pouzdanosti	
			Donja	Gornja
1. stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima	9	0,91	0,88	0,93
2. stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji	7	0,90	0,87	0,93
3. stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji	4	0,87	0,82	0,91
4. stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima	3	0,84	0,78	0,89
5. stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu	4	0,82	0,76	0,87
6. stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen	2	0,89	0,85	0,93
Ukupno	29	0,94	0,93	0,96

* α = koeficijent pouzdanosti *Cronbach's alpha*

Tablica 2. Pouzdanost skale zadovoljstva medicinskih sestara kvalitetom života (N= 115)

Razina zadovoljstva	Broj čestica	α^*	Granica 95 % raspona pouzdanosti	
			Donja	Gornja
1. globalno zadovoljstvo životom	17	0,92	0,90	0,94
2. situacijsko zadovoljstvo životom	3	0,82	0,77	0,88
Ukupno	20	0,93	0,91	0,95

* α = koeficijent pouzdanosti *Cronbach's alpha*

3.4. Statističke metode

Za statističku analizu podataka rabila se programska podrška R 4.0.4 (68) za Windows operacijski sustav. Suprotno sročena pitanja obrnuto su bodovana u svrhu očuvanja konzistencije ukupne skale. Varijable mjerene brojčanim podacima prikazane su osnovnim mjerama sredine i raspršenja (srednja vrijednost, standardna devijacija, medijan te minimum i maksimum). Kategorijalne varijable prikazane su brojčano i u postotku (apsolutnim i relativnim frekvencijama). Za ispitivanje razlika brojčanih varijabli između dviju skupina upotrijebljen je Mann-Whitneyjev Wilcoxonov test, dok je između triju i više skupina upotrijebljen Kruskal-Wallisov test. Za ispitivanje razlika u raspodjeli kategorijalnih varijabli upotrijebljen je χ^2 test. Povezanost varijabli ispitana je Spearmanovim koeficijentom korelacije. Pouzdanost je čestica upitnika (čimbenika stresa i razine zadovoljstva životom) i upitnika u cijelosti ispitana pomoću Cronbach alpha koeficijenta i 95 %-tnog intervala pouzdanosti. Sva su ispitivanja provedena na razini značajnosti od $\alpha = 0,05$.

3.5. Etička načela

Svi su ispitanici obaviješteni su o cilju istraživanja, dobili su obavijest za ispitanike, a ispunjavanjem i predajom ankete pristali su na sudjelovanje. Ispitanicima je tijekom i nakon istraživanja osigurana potpuna anonimnost, tako da su ankete slane s posebne e- adrese kako se dobiveni podatci nikako ne bi mogli povezati s ispitanicima. Za dodatne upite otvorena je e-pošta kako bi ispitanici mogli postaviti pitanja ako imaju nejasnoća u svezi s istraživanjem.

4. REZULTATI

4.1 Obilježja ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 115 medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi, od čega je bilo 96 (83,5 %) žena i 19 (16,5 %) muškaraca (Tablica 3.). Ispitanici su bili u rasponu dobi od 21 do 68 godina.

Prosječna je duljina radnog staža na poslovima vezanim uz palijativnu skrb $6,60 \pm 7,95$ godina, s rasponom godina staža od 0 do 41 godinu. Najveći broj ispitanika, njih 50 (43,5 %), ima završenu srednju stručnu spremu. Među najzastupljenijim područjima rada u palijativnoj skrbi jesu mjesto koordinatora palijativne skrbi (20,9 %), odjeli palijativne skrbi (21,7 %) te ostali odjeli/medicinske djelatnosti koje obavljaju palijativnu skrb (25,2 %).

Ispitanici su zaposleni u ukupno 35 različitih ustanova, od čega njih 16 (13,9 %) radi u KBC-u Osijek, a jedna je osoba (0,87 %) nezaposlena.

Postoji statistički značajna razlika u raspodjeli ispitanika prema spolu (χ^2 test, $P < 0,001$), području rada u palijativnoj skrbi (χ^2 test, $P < 0,001$) te ustanovi rada (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 3.).

Tablica 3. Obilježja ispitanika (N = 115)

Obilježja ispitanika	Broj (%)	P*
Spol		
muško	19 (16,5)	< 0,001
žensko	96 (83,5)	
Stručna sprema		
srednja stručna sprema	34 (29,57)	0.066
preddiplomski studij	50 (43,48)	
diplomski studij	31 (26,96)	
Područje rada u palijativnoj skrbi		
kao koordinator palijativne skrbi	24 (20,87)	< 0,001
u mobilnom palijativnom timu	15 (13,04)	
u ustanovi za palijativnu skrb	1 (0,87)	
u bolničkom timu za palijativnu skrb	4 (3,48)	
u dnevnoj bolnici	2 (1,74)	
u ambulanti za palijativnu skrb	0 (0,00)	
na odjelu s palijativnim posteljama	15 (13,04)	
na odjelu palijativne skrbi	25 (21,74)	
ostali odjeli/medicinske djelatnosti koje obavljaju palijativnu skrb	29 (25,22)	
Ustanova zaposlenja		
KBC Osijek	16 (13,91)	< 0,001
KBC Sestre Milosrdnice	2 (1,74)	
KBC Zagreb	9 (7,83)	
KB Dubrava	1 (0,87)	
KBC Rijeka	1 (0,87)	
OŽB Našice	8 (6,96)	
OŽB Vinkovci	6 (5,22)	
OB Varaždin	2 (1,74)	
OB Nova Gradiška	1 (0,87)	
OB Dubrovnik	2 (1,74)	
OB i bolnica hrvatskih veterana Zabok	2 (1,74)	
OB Virovitica	1 (0,87)	
OB Karlovac	2 (1,74)	
NMB i bolnica hrvatskih veterana Vukovar	7 (6,09)	

Tablica 3. – nastavak

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb sv. Rafael Strmac	5 (4,35)
OVB „Hrvatski ponos“ Knin	4 (3,48)
Istarski domovi zdravlja	4 (3,48)
DZ Osječko-baranjske županije	4 (3,48)
DZ Zagrebačke županije	5 (4,35)
DZ Požeško-slavonske županije	1 (0,87)
DZ Virovitičko-podravske županije	1 (0,87)
DZ Splitsko-dalmatinske županije	5 (4,35)
DZ Primorsko-goranske županije	2 (1,74)
DZ Kutina	3 (2,61)
DZ Županja	2 (1,74)
DZ Vukovar	4 (3,48)
DZ Zagreb – Istok	4 (3,48)
DZ Zagreb – Centar	1 (0,87)
DZ Korčula	1 (0,87)
DZ Karlovac	2 (1,74)
DZ Knin	1 (0,87)
DZ Varaždinske županije	1 (0,87)
DZ Slavonski Brod	1 (0,87)
Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Preradovićeva	2 (1,74)
DZ Sisak	1 (0,87)
nezaposlen/a	1 (0,87)

* χ^2 test

4.2 Pojavnost čimbenika stresa kod medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi

Ispitanici su u prvoj podskali/čimbeniku *Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima* izjavili da najčešće osjećaju stres onda kada liječnik ne poštuje pacijentovu odluku ($x = 3,17$; $SD = 0,86$), a najrjeđe u slučajevima kada postoje nejasnoće u pravilima glede skrbi između liječnika i medicinskih sestara ($x = 2,65$; $SD = 0,80$) i u slučajevima kada je izazovno razumjeti liječnikov način liječenja ($x = 3,17$; $SD = 0,77$) (Tablica 4.).

Tablica 4. Pojavnost (srednje vrijednosti) čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama prve podskale – *Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima*

1. Podskala / čimbenik <i>Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima</i> čestice / slučajevi	Pojavnost stresa	
	minimum – maksimum	aritmetička sredina (standardna devijacija)
Slučajevi kada postoje nejasnoće u pravilima glede skrbi između liječnika i medicinskih sestara	1 – 4	2,65 (0,80)
Slučajevi kada među liječnicima postoje razlike u načinu provođenja skrbi	1 – 4	2,68 (0,82)
Slučajevi kada liječnici ne pristupaju pacijentima iskreno	1 – 4	3,04 (0,86)
Slučajevi kada postoje mane u suradivanju s liječnicima	1 – 4	2,77 (0,84)
Slučajevi kada je izazovno razumjeti liječnikov način liječenja	1 – 4	2,65 (0,77)
Slučajevi kada liječnik ne poštuje pacijentovu odluku	1 – 4	3,17 (0,86)
Slučajevi kada liječnik izdaje jednostrane upute i naredbe	1 – 4	2,82 (0,91)
Slučajevi kada liječnik zahtijeva neprimjerenu kontrolu simptoma	1 – 4	3,03 (0,86)
Slučajevi kada postoje poteškoće u suradnji medicinskih sestara	1 – 4	2,92 (0,88)
Ukupno	9 – 36	25,74 (5,75)

U drugoj podskali/čimbeniku *Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji* ispitanici najčešće osjećaju stres u slučajevima kada je pacijent u neizdrživu bolu ($x = 3,31$; $SD = 0,80$), a najrjeđe u slučajevima kada se obitelj doima tjeskobnom ($x = 2,82$; $SD = 0,81$) i u slučajevima kada se pacijent doima tjeskobnim ($x = 2,82$; $SD = 0,79$) (Tablica 5.).

Tablica 5. Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama druge podskale – *Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji*

2. Podskala/ čimbenik <i>Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji</i> čestice / slučajevi	Pojavnost stresa	
	minimum – maksimum	aritmetička sredina (standardna devijacija)
Slučajevi kada je obitelj vidno rastresena	1 – 4	2,84 (0,77)
Slučajevi kada je pacijent u neizdrživu bolu	1 – 4	3,31 (0,80)
Slučajevi kada se obitelj doima tjeskobnom	1 – 4	2,82 (0,81)
Slučajevi kada bol pacijenta ne može biti umanjen kroz kontrolu simptoma	1 – 4	3,30 (0,74)
Slučajevi kada se pacijent doima tjeskobnim	1 – 4	2,82 (0,79)
Slučajevi kada su očekivanja pacijenta glede palijativne skrbi previsoka	1 – 4	2,87 (0,83)
Slučajevi kada su očekivanja obitelji glede palijativne skrbi previsoka	1 – 4	2,93 (0,85)
Ukupno	7 – 28	20,89 (4,40)

Ispitanici su u trećoj podskali/čimbeniku *Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji* najčešće izjavili da osjećaju stres kada obitelj izdaje upute i naredbe ($x = 2,99$; $SD = 0,94$), a najrjeđe u slučajevima kada pacijenti odbijaju skrb ($x = 2,40$; $SD = 0,98$) (Tablica 6.).

Tablica 6. Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama treće podskale – *Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji*

3. Podskala / čimbenik <i>Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji</i> čestice / slučajevi	Pojavnost stresa	
	minimum – maksimum	aritmetička sredina (standardna devijacija)
Slučajevi kada pacijenti izdaju upute i naredbe	1 – 4	2,58 (0,93)
Slučajevi kada pacijenti ne žele surađivati	1 – 4	2,52 (0,89)
Slučajevi kada obitelj izdaje upute i naredbe	1 – 4	2,99 (0,94)
Slučajevi kada pacijenti odbijaju skrb	1 – 4	2,40 (0,98)
Ukupno	4 – 16	10,50 (3,16)

U četvrtoj podskali/čimbeniku *Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijeloga tima* ispitanici najčešće osjećaju stres u slučajevima kada postoje razlike u kvaliteti pružanja skrbi sestara ($x = 2,83$; $SD = 0,88$), a najrjeđe u slučajevima kada sestre osjećaju da imaju nedovoljno iskustva ($x = 2,69$; $SD = 0,88$) (Tablica 7.).

Tablica 7. Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama četvrte podskale – *Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijeloga tima*

4. Podskala / čimbenik <i>Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijeloga tima</i> čestice / slučajevi	Pojavnost stresa	
	minimum – maksimum	aritmetička sredina (standardna devijacija)
Slučajevi kada osjećam da je moja sposobnost pružanja skrbi nedovoljna	1 – 4	2,79 (0,85)
Slučajevi kada osjećam da imam nedovoljno iskustva	1 – 4	2,69 (0,88)
Slučajevi postojanja razlika u kvaliteti pružanja skrbi sestara	1 – 4	2,83 (0,88)
Ukupno	3 – 12	8,30 (2,27)

Ispitanici su u petoj podskali/čimbeniku *Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu* izjavili da najčešće osjećaju stres u slučajevima kada nadređeni izdaju jednostrane upute i naredbe ($x = 3,02$; $SD = 0,88$), a najrjeđe u

slučajevima kada trebaju pružiti palijativnu skrb, ali su preuzete svakodnevnim obvezama ($x = 2,87$; $SD = 0,90$) (Tablica 8.).

Tablica 8. Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama pete podskale – *Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu*

5. Podskala / čimbenik <i>Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu</i> čestice / slučajevi	Pojavnost stresa	
	minimum – maksimum	aritmetička sredina (standardna devijacija)
Slučajevi kada trebam pružiti palijativnu skrb, ali sam preuzeta svakodnevnim obvezama	1 – 4	2,87 (0,90)
Slučajevi kada trebam pružiti palijativnu skrb u neprimjerenom okruženju	1 – 4	2,93 (0,83)
Slučajevi kada nadređeni izdaju jednostrane upute i naredbe	1 – 4	3,02 (0,88)
Slučajevi kada imam više pacijenata o kojima svakodnevno skrbim	1 – 4	2,89 (0,85)
Ukupno	4 – 16	11,70 (2,78)

U šestoj podskali/čimbeniku *Stres zbog suočavanja s pacijentom čiji je život ugrožen* ispitanici najčešće osjećaju stres u slučajevima kada se suočavaju sa smrću pacijenta ($x = 2,93$; $SD = 0,89$), a najrjeđe u slučajevima kada stanje pacijenta postaje kritično ($x = 2,85$; $SD = 0,87$) (Tablica 9.).

Tablica 9. Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema česticama šeste podskale – *Stres zbog suočavanja s pacijentom čiji je život ugrožen*

6. Podskala / čimbenik <i>Stres zbog suočavanja s pacijentom čiji je život ugrožen</i> čestice / slučajevi	Pojavnost stresa	
	minimum – maksimum	aritmetička sredina (standardna devijacija)
Suočavanje sa smrću pacijenta	1 – 4	2,93 (0,89)
Slučajevi kada stanje pacijenta postaje kritično	1 – 4	2,85 (0,87)
Ukupno	2 – 8	5,78 (1,67)

Prema podskalama stresa, najveća je pojavnost stresa zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji ($x = 2,98$; $SD = 0,22$), a najrjeđa je pojavnost stresa zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji ($x = 2,62$; $SD = 0,26$) (Tablica 10.).

Prosjek pojavnosti stresa prema ukupnoj skali iznosi ($x = 2,86$; $SD = 0,86$) (Tablica 10.).

Tablica 10. Pojavnost čimbenika stresa u medicinskih sestara prema čimbenicima stresa i ukupnoj skali (N = 115)

Podskale / čimbenici stresa	Pojavnost stresa	
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
1. Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima	2,86	0,19
2. Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji	2,98	0,22
3. Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji	2,62	0,26
4. Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima	2,77	0,07
5. Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom sestara na radnom mjestu	2,93	0,07
6. Stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen	2,89	0,06
Ukupan prosjek skale stresa	2,86	0,86

4.3 Razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi

Razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol ispitane su Mann-Whitneyjevim – Wilcoxonovim testom. Mjere sredine i raspršenja (medijan i interkvartilni raspon) za pojedine čimbenike stresa i razlike s obzirom na spol prikazane su u Tablici 11. Nisu zabilježene statistički značajne razlike ni za jedan čimbenik stresa kao ni za ukupan stres medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi s obzirom na spol ispitanika (Tablica 11.).

Tablica 11. Razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol

Podskale / čimbenici stresa	Pojavnost stresa		Raspon skale	P vrijednost*
	Medijan (interkvartilni raspon)			
	muški (n = 19)	ženski (n = 96)		
1. Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima	25,0 (23 – 27)	27,0 (22 – 31)	9 – 36	0,149
2. Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji	19,0 (17 – 22)	21,5 (18 – 24,5)	7 – 28	0,090
3. Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji	9,0 (8,0 – 11,5)	11,0 (8,0 – 13,0)	4 – 16	0,241
4. Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima	7,0 (6,0 – 9,0)	9,0 (7,0 – 10,0)	3 – 12	0,056
5. Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu	12,0 (11,5 – 12,0)	12,0 (10,0 – 14,0)	4 – 16	0,514
6. Stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen	6,0 (5,5 – 7,0)	6,0 (4,0 – 7,0)	2 – 8	0,758
Ukupno	81,0 (70,5 – 86,0)	86,0 (75,5 – 95,0)	36 – 116	0,095

* Mann-Whitneyjev – Wilcoxonov test

U Tablici 12. prikazane su mjere sredine i raspršenja (medijan i interkvartilni raspon) za čimbenike stresa s obzirom na stručnu spremu, a razlike su ispitane Kruskal-Wallisovim testom. Nisu zabilježene statistički značajne razlike ni za jedan čimbenik stresa kao ni za ukupan stres medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi s obzirom na stručnu spremu ispitanika (Tablica 12.).

Tablica 12. Razlike u pojavnosti čimbenika stresa s obzirom na stručnu spremu

Podskale / čimbenici stresa	Pojavnost stresa			Raspon skale	P vrijednost*
	Medijan (interkvartilni raspon)				
	srednja stručna sprema (n = 34)	preddiplomski studij (n = 50)	diplomski studij (n = 31)		
1. Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima	27,0 (23, 30 – 30,0)	26,5 (22,0 – 30,0)	27,00 (21,0 – 30,5)	9 – 36	0,764
2. Stres zbog nemogućnosti umanjavanja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji	22,0 (19,0 – 25,0)	21,5 (18,0 – 24,0)	19,5 (17,0 – 23,5)	7 – 28	0,345
3. Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji	12,0 (9,0 – 14,0)	9,0 (8,0 – 13,0)	11,0 (8,0 – 12,0)	4 – 16	0,167
4. Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima	9,0 (7,0 – 11,0)	8,0 (7,0 – 9,0)	8,0 (6,5 – 9,0)	3 – 12	0,330
5. Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu	12,0 (12,0 – 14,0)	12,0 (11,0 – 14,0)	12,0 (8,5 – 12,0)	4 – 16	0,077
6. Stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen	6,5 (6,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 7,0)	6,0 (4,0 – 6,5)	2 – 8	0,062
Ukupno	88,0 (80,0 – 96,0)	84,5 (75,0 – 92,0)	79,0 (71,0 – 90,5)	36 – 116	0,125

*Kruskal-Wallisov test

Mjere sredine i raspršenja (medijan i interkvartilni raspon) za čimbenike stresa s obzirom na područje rada u palijativnoj skrbi prikazane su u Tablici 13.

Nisu zabilježene statistički značajne razlike ni za jedan čimbenik stresa kao ni za ukupan stres medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi s obzirom na područje rada u palijativnoj skrbi (Kruskal-Wallisov test).

Tablica 13. Razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na područje rada u palijativnoj skrbi

Podskale / čimbenici stresa	Pojava stresa							Raspon skale	P*	
	Medijan (interkvartilni raspon)									
	Koordinator	Mobilni tim	Ustanova	Bolnički tim	Dnevna bolnica	Odjel (postelje)	Odjel palijativne			Ostali odjeli
1. Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima	27,0 (22,5 – 29,5)	27,0 (22,0 – 33,0)	25,0 (25,0 – 25,0)	27,5 (23,0 – 31,5)	25,0 (23,0 – 27,0)	26,0 (23,0 – 27,0)	27,0 (18,0 – 29,0)	26,0 (23,0 – 32,0)	9 – 36	0,948
2. Stres zbog nemogućnosti umanjavanja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji	21,0 (18,0 – 23,0)	23,0 (20,0 – 26,0)	18,0 (18,0 – 18,0)	23,5 (18,5 – 28,0)	19,0 (19,0 – 19,0)	19,0 (16,5 – 21,0)	22,0 (16,0 – 25,0)	22,0 (20,0 – 24,0)	7 – 28	0,321
3. Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji	9,0 (8,0 – 12,0)	11,0 (8,0 – 15,0)	9,0 (9,0 – 9,0)	10,5 (8,5 – 15,5)	13,5 (12,0 – 15,0)	10,0 (8,0 – 11,5)	9,0 (8,0 – 12,0)	12,0 (9,0 – 13,0)	4 – 16	0,422
4. Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima	9,0 (7,5 – 9,5)	9,0 (7,0 – 10,0)	6,0 (6,0 – 6,0)	7,5 (6,0 – 9,5)	8,5 (8,0 – 9,0)	7,0 (6,0 – 9,0)	9,0 (6,0 – 11,0)	9,0 (8,0 – 9,0)	3 – 12	0,655
5. Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom sestara na radnom mjestu	12,0 (11,0 – 13,0)	12,0 (9,5 – 15,5)	11,0 (11,0 – 11,0)	10,0 (7,5 – 14,0)	12,0 (12,0 – 12,0)	12,0 (9,0 – 13,5)	12,0 (10,0 – 13,0)	12,0 (11,0 – 13,0)	4 – 16	0,985
6. Stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen	5,0 (4,0 – 6,0)	6,0 (4,0 – 7,0)	6,0 (6,0 – 6,0)	6,0 (4,5 – 7,5)	6,5 (6,0 – 7,0)	6,0 (6,0 – 6,0)	6,0 (4,0 – 8,0)	7,0 (6,0 – 8,0)	2 – 8	0,069
Ukupno	83,5 (76,5 – 87,0)	86,0 (77,0 – 100)	75,0 (75,0 – 75,0)	89,5 (75,5 – 95,5)	84,5 (84,0 – 85,0)	79,0 (70,5 – 88,5)	87,0 (61,0 – 94,0)	86,0 (77,0 – 95,0)	36 – 116	0,740

*Kruskal-Wallisov test

4.4. Povezanost specifičnih čimbenika stresa s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi

Povezanost specifičnih čimbenika stresa s dobi i radnim stažem mjerena je Spearmanovim korelacijskim koeficijentom (ρ) što je, s P vrijednosti, prikazano u Tablici 11.

Čimbenik stresa broj četiri, koji mjeri stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima, pokazuje slabu povezanost sa stažem ispitanika pri čemu negativna vrijednost koeficijenta korelacije (Spearmanov $\rho = -0,307$, $P < 0,001$) upućuje na to da su ispitanici koji imaju manje staža u palijativnoj skrbi izloženi većem stresu uslijed nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima (Tablica 14.). Ostali čimbenici stresa kao ni ukupan stres medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi ne pokazuje povezanost s dobi i radnim stažem ispitanika (Tablica 14.).

Tablica 14. Povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi

Podskale / čimbenici stresa	Dob		Radni staž	
	ρ^*	P vrijednost	ρ^*	P vrijednost*
1. Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima	- 0,143	0,129	- 0,163	0,083
2. Stres zbog nemogućnosti umanjavanja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji	- 0,013	0,881	- 0,068	0,475
3. Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji	- 0,072	0,446	- 0,046	0,624
4. Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima	- 0,162	0,084	- 0,307	< 0,001
5. Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu	- 0,136	0,148	- 0,086	0,363
6. Stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen	- 0,105	0,263	- 0,010	0,914
Ukupno	- 0,131	0,164	0,152	0,107

* Spearmanov koeficijent korelacije

4.5. Zadovoljstvo kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi

4.5.1. Razine zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi

U prvoj podskali/razini *Globalno zadovoljstvo* ispitanici pokazuju najvišu razinu slaganja s tvrdnjom *Uživam živjeti* ($x = 4,16$; $SD = 0,81$), a najmanje slaganje pokazuju za tvrdnju *Često sam utučen i žalostan* ($x = 1,90$; $SD = 0,95$) (Tablica 15.).

Tablica 15. Razine zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi – podskala Globalno zadovoljstvo

Podskala / razina 1. Globalno zadovoljstvo čestice / tvrdnje	Zadovoljstvo kvalitetom života	
	minimum – maksimum	aritmetička sredina (standardna devijacija)
U više je aspekata moj život blizak idealnom.	1 – 5	3,39 (0,78)
Uvjeti su mogega života izvrsni.	1 – 5	3,48 (0,85)
Zadovoljan sam svojim životom.	2 – 5	3,95 (0,66)
Do sada imam sve važne stvari koje sam želio u životu.	1 – 5	3,93 (0,81)
Kada bih ponovno živio svoj život, ne bih mijenjao gotovo ništa.	1 – 5	3,42 (1,10)
Sve u svemu jako sam sretna osoba.	2 – 5	3,90 (0,74)
Život mi donosi mnogo zadovoljstva.	2 – 5	3,90 (0,82)
Općenito se dobro osjećam.	2 – 5	3,85 (0,83)
Mislim da sam sretna osoba.	2 – 5	3,97 (0,83)
U cjelini manje sam sretan od drugih ljudi.*	1 – 5	2,10 (1,05)
Često sam utučen i žalostan.*	1 – 4	1,90 (0,95)
Mislim da sam sretan bar koliko i drugi ljudi.	1 – 5	3,45 (0,91)
Moja budućnost izgleda dobro.	1 – 5	3,79 (0,88)
Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.	1 – 5	3,69 (0,86)

Što god da se dogodi, mogu vidjeti i svijetlu stranu.	1 – 5	3,99 (0,82)
Uživam živjeti.	2 – 5	4,16 (0,81)
Moj mi se život čini smislen.	1 – 5	4,15 (0,81)
Ukupno	34 – 83	65,03 (9,82)

* Čestice obrnuto bodovane

U drugoj podskali *Situacijsko zadovoljstvo* ispitanici su vezano za situacije unazad posljednjih nekoliko tjedana potvrdili najvišu razinu slaganja s prvom česticom kako su bili zadovoljni jer su nešto postigli ($x = 4,03$; $SD = 0,75$), a najmanje slaganje iskazuju za česticu da su se osjećali potpuno sretni ($x = 3,97$; $SD = 0,91$) (Tablica 16.).

Tablica 16. Razine zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi – podskala *Situacijsko zadovoljstvo*

Podskala / razina 2. <i>Situacijsko zadovoljstvo</i> čestice / pitanja	minimum – maksimum	zadovoljstvo kvalitetom života
		aritmetička sredina (standardna devijacija)
Je li vam se posljednjih nekoliko tjedana dogodilo da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli?	1 – 5	4,03 (0,75)
Je li vam se posljednjih nekoliko tjedana dogodilo da ste bili zadovoljni jer Vas drugi ljudi vole?	1 – 5	4,02 (0,83)
Je li vam se posljednjih nekoliko tjedana dogodilo da ste se osjećali potpuno sretni?	1 – 5	3,97 (0,91)
Ukupno	5 – 15	4,01 (0,03)

Prema podskalama upitnika, viša je razina situacijskog zadovoljstva kvalitetom života ($x = 4,01$; $SD = 0,03$) u odnosu na globalno zadovoljstvo kvalitetom života ($x = 3,82$; $SD = 0,25$) (Tablica 17.).

Prosjeck razine zadovoljstva kvalitetom života prema ukupnoj skali zadovoljstva životom iznosi ($3,85$; $SD = 0,88$) (Tablica 17.).

Tablica 17. Razine zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara prema podskalama

Podskale upitnika zadovoljstva životom	Zadovoljstvo kvalitetom života	
	aritmetička sredina	standardna devijacija
1. Globalno zadovoljstvo kvalitetom života	3,82	0,25
2. Situacijsko zadovoljstvo kvalitetom života	4,01	0,03
Prosjeak skale	3,85	0,88

4.5.2. Razlike u razini zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi

Razlike u razini zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na spol ispitane su Mann-Whitneyjevim – Wilcoxonovim testom (Tablica 18.). Nije zabilježena statistički značajna razlika ukupne razine zadovoljstva kvalitetom života kao ni pojedinačne razine globalnog i situacijskog zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi s obzirom na spol (Tablica 18.).

Tablica 18. Razlike u razini zadovoljstva kvalitetom životom s obzirom na spol

Podskale upitnika zadovoljstva životom	Razina zadovoljstva životom		Raspon skale	P vrijednost*
	Medijan (minimum – maksimum)			
	muški (n = 19)	ženski (n = 96)		
1. Globalno zadovoljstvo kvalitetom života	70,0 (48 – 82)	66,0 (34 – 83)	34 – 83	0,172
2. Situacijsko zadovoljstvo kvalitetom života	12,0 (9 – 15)	12,0 (5 – 15)	5 – 15	0,509
Ukupno	82,0 (57 – 97)	78,0 (41 – 98)	41 – 98	0,202

* Mann-Whitneyjev – Wilcoxonov test

U Tablici 19. prikazane su razlike u razini zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na stručnu spremu. Nije zabilježena statistički značajna razlika ni za jednu razinu zadovoljstva kvalitetom života kao ni za ukupnu razinu zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi s obzirom na stručnu spremu ispitanika (Kruskal-Wallisov test).

Tablica 19. Razlike u razini zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na stručnu spremu

Podskale upitnika zadovoljstva životom	Razina zadovoljstva životom			Raspon skale	P vrijednost*
	Medijan (minimum – maksimum)				
	srednja stručna sprema (n = 34)	preddiplomski studij (n = 50)	diplomski studij (n = 31)		
1. Globalno zadovoljstvo kvalitetom života	67,0 (39 – 82)	66,5 (34 – 83)	65,0 (38 – 82)	34 – 83	0,172
2. Situacijsko zadovoljstvo kvalitetom života	12,0 (8 – 15)	12,5 (7 – 15)	12,0 (5 – 15)	5 – 15	0,509
Ukupno	80,5 (50 – 97)	78,0 (41 – 98)	77,0 (45 – 95)	41 – 98	0,202

* Kruskal-Wallisov test

Mjere sredine i raspršenja razine zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na područje rada u palijativnoj skrbi prikazane su u Tablici 20. Ne postoji statistički značajna razlika u razini zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara s obzirom na područje rada u palijativnoj skrbi (Kruskal-Wallisov test).

Tablica 20. Razlike u razini zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na područje rada u palijativnoj skrbi

Podskale upitnika zadovoljstva životom	Zadovoljstvo kvalitetom života								Raspon skale	P*
	Medijan (interkvartilni raspon)									
	Koordinator	Mobilni tim	Ustanova	Bolnički tim	Dnevna bolnica	Odjel (postelje)	Odjel palijativne	Ostali odjeli		
1. Globalno zadovoljstvo kvalitetom života	67,0 (64,5 – 69,0)	70,0 (65,5 – 77,0)	57,0 (57,5 – 57,0)	58,0 (51,0 – 65,0)	64,0 (53,5 – 76,0)	69,0 (63,0 – 70,0)	66,0 (60,0 – 70,0)	65,0 (54,5 – 70,0)	34 – 83	0,255
2. Situacijsko zadovoljstvo kvalitetom života	12,0 (11,5 – 13,5)	13,0 (11,5 – 14,0)	12,0 (12,0 – 12,0)	8,5 (7,5 – 10,5)	11,0 (10,0 – 12,0)	13,0 (12,0 – 15,0)	12,0 (11,0 – 13,0)	12,0 (10,0 – 13,0)	5 – 15	0,144
Ukupno	79,0 (75,5 – 81,5)	83,0 (76,5 – 90,0)	69,0 (69,0 – 69,0)	68,0 (59,5 – 74,5)	75,5 (63,5 – 88,0)	82,0 (74,5 – 83,5)	78,0 (70,0 – 83,0)	78,0 (63,0 – 85,0)	41 – 98	0,181

* Kruskal-Wallisov test

4.5.3. Povezanost razine zadovoljstva kvalitetom života s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi

Povezanost razine zadovoljstva kvalitetom života s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi mjerena Spearmanovim korelacijskim koeficijentom prikazana je u Tablici 21. S obzirom na P vrijednost korelacijskog koeficijenta, zabilježena je značajna slaba povezanost između obiju razina zadovoljstva kvalitetom života kao i ukupne razine zadovoljstva kvalitetom života s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi. Negativna vrijednost korelacijskog koeficijenta globalnog zadovoljstva životom (Spearmanov $\rho = -0,251$, $P < 0,01$) upućuje na činjenicu da su mlađi ispitanici značajno zadovoljniji globalnom razinom kvaliteta života kao i razinom situacijskog zadovoljstva kvalitete života (Spearmanov $\rho = -0,237$, $P = 0,011$) te u konačnici ukupnom razinom kvalitetom života (Spearmanov $\rho = -0,256$, $P < 0,01$).

Također, ispitanici koji imaju manje radnog staža u palijativnoj skrbi imaju značajno višu razinu globalnog zadovoljstva kvalitetom života (Spearmanov $\rho = -0,226$, $P = 0,016$), situacijskog zadovoljstva kvalitetom života (Spearmanov $\rho = -0,224$, $P = 0,017$) te ukupnu razinu zadovoljstva kvalitetom života (Spearmanov $\rho = -0,227$, $P = 0,015$) (Tablica 21.).

Tablica 21. Povezanost razine zadovoljstva kvalitetom životom s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi

Podskale upitnika zadovoljstva životom	Dob		Radni staž	
	ρ^*	P	ρ^*	P
1, Globalno zadovoljstvo kvalitetom života	- 0,251	< 0,01	- 0,226	0,016
2, Situacijsko zadovoljstvo kvalitetom života	- 0,237	0,011	- 0,224	0,017
Ukupno	- 0,256	< 0,01	- 0,227	0,015

* Spearmanov koeficijent korelacije

Povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa i razine zadovoljstva kvalitetom života

U konačnici, ispitano je postoji li povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s razinom zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi (Tablica 17.).

Na temelju Spearmanova korelacijskog koeficijenta nije zabilježena značajna povezanost ni jednog čimbenika stresa (Tablica 22.) kao ni ukupnog stresa medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi s njihovom razinom zadovoljstva kvalitetom života (Spearmanov $\rho = 0,0406$, $P = 0,667$) (Tablica 22.).

Tablica 22. Povezanost pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s pojedinačnom razinom zadovoljstva životom

Podskale / čimbenici stresa	Razina zadovoljstva kvalitetom života			
	Globalno zadovoljstvo kvalitetom života		Situacijsko zadovoljstvo kvalitetom života	
	ρ^*	P	ρ^*	P
1. Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima	0,067	0,475	0,113	0,231
2. Stres zbog nemogućnosti umanjavanja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji	0,098	0,297	0,073	0,437
3. Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji	-0,114	0,227	0,039	0,674
4. Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima	0,056	0,549	0,007	0,944
5. Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu	0,093	0,325	0,043	0,650
6. Stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen	- 0,171	0,067	- 0,102	0,277
Ukupno	0,033	0,726	0,065	0,493

5. RASPRAVA

U ovom je istraživanju bilo 83,5 % ispitanica što je očekivan rezultat s obzirom na spolnu raspodjelu ukupnog broja medicinskih sestara u odnosu na tehničare zaposlene u zdravstvu u RH (69). Ti su rezultati u skladu s rezultatima drugih domaćih i međunarodnih istraživanja u kojima je u ispitivanom uzorku također bilo više od 80 % medicinskih sestara, a do 20 % medicinskih tehničara (51, 70 – 72). Navedeni autori te udjele objašnjavaju činjenicom da je sestrištvo ipak profesija u kojoj oduvijek dominiraju žene (51). Najviše je ispitanika u ovom istraživanju (20,9 %) bilo raspoređeno na poslove koordinatora palijativne skrbi. Taj rezultat ne iznenađuje jer je mreža palijativne skrbi u RH uspostavljena tako da su koordinatori dio specijalističke skrbi koji koordinira radom palijativne zdravstvene skrbi, s mogućnošću ugovaranja između jedan do osam koordinatora na razini županija, ovisno o potrebama koje uvjetuju ruralna područja, otoci ili područja posebne državne skrbi (73).

Najviši udio ispitanika (43,5 %) bio je srednje stručne spreme što je vjerojatno rezultat nacionalne raspodjele medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu u RH (69). Prosječni je radni staž ispitanika u poslovima palijativne skrbi bio 6,6 godina (3 mjeseca do 7,95 godina).

Analiza odgovora ispitanika koji s odnose na pojedinačne specifične stresore u prvoj podskali *Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima* upućuju na to da medicinske sestre najčešće osjećaju stres kada liječnik ne poštuje pacijentovu odluku. S obzirom na to da palijativna skrb promatra pacijenta kao cjelovito biće, a zastupanje je interesa pacijenata dio Etičkog kodeksa medicinskih sestara i temeljna vrijednost profesionalnog identiteta sestrištva, takav je rezultat bio očekivan (74). Također, navedeno proizlazi i iz činjenice da se filozofija palijativne skrbi temelji na poštivanju pacijentovih želja i odluka. Čimbenik zbog kojega ispitanici najrjeđe osjećaju stres odnosi se na nejasnoće u pravilima glede skrbi između liječnika i medicinskih sestara, i u slučajevima kada je izazovno razumjeti liječnikov način liječenja. Evidentno je da su kompetencije medicinskih sestara, iako vrlo specifične i usko vezane uz skupinu bolesnika kojima se bliži kraj života, u značajnoj mjeri ispitanicima poznate i u redovitoj primjeni. Medicinske sestre imaju jasno definirana znanja, vještine, samostalnost i odgovornost u okviru propisanih kompetencija (75).

U rezultatima druge podskale *Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenta i obitelji* ispitanici su izjavili da najčešće osjećaju stres kada je pacijent u neizdrživu bolu. Terakado i suradnici (66) u svojem su istraživanju prikazali slične rezultate, uz obrazloženje da je višegodišnje iskustvo medicinskih sestara u palijativnoj skrbi povezano s

visokom razinom empatije što značajno može doprinijeti razvoju stresa pri radu s pacijentima kod kojih bol nije odgovarajuće kontrolirana i zbrinjavana (66). Empatija je određena kao preferirani medij u odnosu između pacijenta i medicinske sestre (76). Upravo je empatijski odnos krucijalan za poboljšavanje ključnih aspekata humane skrbi kao i uključivanje patnje i holističkog pristupa u koncept palijativne skrbi. Utemeljeno na vlastitoj empatiji medicinske sestre nastoje spoznati i ublažiti problem pacijentova bola i patnje, a pacijenti empatiju medicinskih sestara percipiraju kao pozitivno iskustvo tijekom skrbi kada se osjećaju saslušanim, shvaćenim i priznatim kao jedinice prema kojima je skrb usmjerena (76). Literatura navodi da medicinske sestre nerijetko osjećaju umor uslijed ekspresije vlastite empatije što negativno utječe na brojne dimenzije njihova mentalnog zdravlja. Opisuju se osjećaji poput krivnje, tuge i plača, razmišljanja o vlastitoj smrti ili smrti svojih bližnjih, a potom i ponašanja usmjerena izolaciji kao i brojni drugi predisponirajući čimbenici za nastanak sindroma izgaranja (77). U drugoj su podskali ispitanici naveli da najrjeđe osjećaju stres kada se obitelj i pacijent doimaju tjeskobnima što nije bio očekivan rezultat s obzirom na to da su briga za pacijenta i obitelj i/ili bliske osobe fokus palijativne skrbi (59). Moguće je da su medicinske sestre ispitanici tijekom pružanja palijativne skrbi primarno usmjereni na zadovoljavanje tjelesnih potreba pacijenata kada zbog radnih obveza i nedostatka vremena ne mogu u potpunosti primijeniti holistički pristup. Poznato je da se dimenzija duhovne palijativne skrbi još uvijek značajno manje primjenjuje od skrbi o tjelesnim simptomima palijativnih bolesnika (78).

Analizom treće podskale *Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji* ispitanici su izjavili da najčešće osjećaju stres kada obitelj izdaje upute i naredbe. Možemo pretpostaviti da je takav rezultat posljedica uključenja obitelji u donošenje odluka o skrbi i dopuštanje duljeg vremenskog boravka uz palijativnog pacijenta na odijelu. Nerijetko članovi obitelji imaju vrlo stresna razdoblja i slučajeve izgaranja zbog dugotrajne i kompleksne skrbi što često dovodi do osjećaja neshvaćenosti njihovih prohtjeva pa i konfliktnih situacija. U takvim trenucima članovi obitelji mogu očekivati i zahtijevati određene postupke koji su izvan kompetencija medicinskih sestara što ima stresni učinak na bolesnika, obitelj, ali i na medicinske sestre. U trećoj podskali ispitanici najrjeđe osjećaju stres kada pacijenti odbijaju skrb što nije iznenađujuće jer pacijenti imaju potpuno pravo na informirani pristanak za pojedine postupke, a medicinske sestre su zagovornice pacijentovih odluka. Također, odluke pacijenata u skladu su s *Pravilnikom o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka* (79). Palijativni pacijenti koji odbijaju zdravstvenu skrb često su

svjesni svojeg zdravstvenog stanja i prihvaćaju činjenicu da je ta vrsta skrbi fokusirana na kvalitetu života. Navedeno je česta pojava u onkološkoj skrbi kada se nepotrebno provode vrlo invazivni dijagnostičko-terapijski i medicinsko-tehnički zahvati poput učestalih venepunkcija, transfuzija krvi, kemoterapije, prekomjerna uporaba farmakoterapeutika i slično (80). Medicinske su sestre u jednoj studiji izjavile da pacijentu stvaraju iluzije provođenjem „nepotrebnih“ postupaka i da im se tako daje lažna nada čime se doslovce sprječava prirodni oblik procesa umiranja i njihove pripreve za smrt (80).

U četvrtoj podskali *Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijeloga tima* ispitanici su izjavili da najčešće osjećaju stres kada postoje razlike u pružanju skrbi među sestrama. Taj rezultat upućuje na pretpostavku da je medicinskim sestrama kvaliteta pružanja skrbi u skladu sa smjernicama iznimno važna. Dakle, za ispitanike je iznimno stresno ako se svi članovi palijativnog tima ne pridržavaju tih smjernica i provode postupke utemeljene na vlastitim improvizacijama. Kako bi se spriječila nedostatna palijativna zdravstvena skrb i poboljšala njezina kvaliteta, potrebno je razviti učinkovite strategije planiranja i provedbe palijativne skrbi prema smjernicama, ali istovremeno utemeljeno na individualnim osobitostima, željama, potrebama i problemima pacijenata (81). U ovoj su podskali najmanje stresa ispitanici osjećali u slučajevima kada nemaju dovoljno praktičnih iskustava. Taj je rezultat u potpunosti očekivan jer se rad u palijativnoj skrbi mora temeljiti na formalnoj, neformalnoj, informalnoj edukaciji kao i praktičnom iskustvu. Za sada u sustavu obrazovanja medicinskih sestara RH nema aktivnog formalnog obrazovanja i specijalizacije usmjerene palijativnoj skrbi, a medicinske sestre još uvijek svoja znanja, vještine i iskustvo temelje uglavnom na neformalnim oblicima edukacije (seminari, radionice, predavanja, stručni skupovi). Također, kompetentnost, samostalnost i odgovornost medicinske sestre stječu iskustvenim učenjem kroz rad u praksi za što je često potrebno i više godina iskustva (73). Ti rezultati upućuju na potrebu značajnije implementacije palijativnih sadržaja u postojeće školske i studentske programe te potrebu formiranja specijalističkih studija koji bi svojim sadržajima u potpunosti obuhvatili sva područja palijativne medicine.

Ispitanici su u petoj podskali *Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu* istaknuli da najčešće osjećaju stres u slučajevima kada nadređeni izdaju jednostrane upute i naredbe. Autori skale primijenjene u ovom istraživanju sugeriraju da to može biti posljedica nedostatka samopouzdanja i visoke razine stresa medicinskih sestara (66) što može biti razlogom i navedenih rezultata u ovom istraživanju. U ovoj podskali ispitanici najrjeđe osjećaju stres u slučajevima kada trebaju pružiti palijativnu

skrb, ali su preuzeti svakodnevnim obvezama. Navedeni rezultati upućuju da se ispitanici bez većih poteškoća fokusiraju na svoje zadatke u pružanju skrbi palijativnom pacijentu, a druge obveze ne smatraju otežavajućim okolnostima što također upućuje na to da ispitanici streme kvaliteti izvedbe svojih zadataka.

U šestoj podskali stresa, zbog suočavanja s pacijentom čiji je život ugrožen, ispitanici su naveli da najčešće osjećaju stres pri suočavanju sa smrću pacijenta. Prema rezultatima istraživanja Pehlivana i suradnika (82), smrtna je anksioznost definirana kao osjećaj straha ili tjeskobe, a povezan je s razdobljem umiranja i smrti. Smrt je karakterizirana kao najčešći čimbenik stresa. Medicinske sestre trebaju pružiti učinkovitu palijativnu zdravstvenu skrb, a kako bi za to bile u potpunosti pripravne, moraju biti svjesne vlastitih stajališta prema utjecaju procesa umiranja i smrti na njih same (82). U ovoj podskali ispitanici su se izjasnili da najrjeđe osjećaju stres kada stanje pacijenta postaje kritično što se može povezati s činjenicom da pogoršanja u palijativnih pacijenata nisu rijetka pojava i ispitanici ih smatraju uobičajenim i očekuju ih.

Analiza rezultata odgovora ispitanika vezanih uz pojavnost specifičnih čimbenika stresa između pojedinih podskala u palijativnoj skrbi upućuje na to da ispitanici najčešće osjećaju stres za podskalu broj dva, i to zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli kod pacijenta. Istraživanje Laua i suradnika (83) upućuje na to da 66 % ispitanika u stanju uznapredovale zloćudne bolesti ima iskustvo osjećaja potpunoga i maksimalno jakoga bola što podupire visoku pojavnost stresa u medicinskih sestara koje se susreću često s navedenim situacijama i suosjećaju s pacijentima. Među pojedinim podskalama, ispitanici najrjeđe osjećaju stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji (treća podskala) što je u odnosu na ostale čimbenike skale na neki način i očekivano s obzirom na to da pacijenti imaju pravo aktivnog sudjelovanja u odlukama vezanim uz pružanje palijativne zdravstvene skrbi. Istraživanje koje su proveli Terakado i suradnici pokazuje povezanost anksioznosti s porastom pojavnosti specifičnih čimbenika stresa kroz sve čimbenike kao i pojavnost ukupnog stresa (71). Povezanost stvarnosti i očekivanja medicinskih sestara o načinima pružanja skrbi, organizacijski čimbenici, komunikacijske poteškoće s drugim članovima tima i nedovoljna suradnja među sustavima skrbi također mogu biti značajni prediktori u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa (84).

Analiza usporedbi rezultata odgovora ispitanika s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi upućuje na to da ne postoje značajne razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa. Ipak, postoji neznatna razlika s obzirom na spol kada ispitanice nešto češće osjećaju stres u odnosu na ispitanike. Pojedina su srodna istraživanja također potvrdila da spol

ispitanika nije značajan prediktor učestalosti stresa medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi (66, 85, 86). S obzirom na to da ispitanici općenito često osjećaju stres, evidentno je da su čimbenici stresa u palijativnoj skrbi snažni i da su prag tolerancije stresa i mehanizmi suočavanja podjednaki u žena i muškaraca te da su oba spola podjednako izložena sindromu izgaranja na poslu.

Medicinske sestre srednje stručne spreme iskazuju češću pojavnost specifičnih čimbenika stresa u odnosu na one koje su završile preddiplomski i diplomski studij sestrinstva. Medicinske sestre kroz sve razine obrazovanja sudjeluju u radu višedisciplinarnog tima što im pruža priliku i sposobnost da budu asertivne i razvijaju vlastitu samoučinkovitost (66). Srodna istraživanja sugeriraju uključivanje sadržaja iz područja palijativne skrbi u obrazovanje kroz različite metode podučavanja poput igranja uloga, kliničke simulacije, podučavanja slučajem i multimedijske nastave na ranijim godinama studija. Također, studije sugeriraju potrebu za stalnom prigodnom edukacijom i redovitim tečajevima kako bi medicinske sestre tijekom svojeg radnog staža, bez obzira na stručnu spremu, imale odgovarajuću izobrazbu. Na taj bi se način povećala dobrobit cijelog zdravstvenog tima, poboljšala bi se kvaliteta skrbi, a osoblje bi imalo učinkovitije mehanizme suočavanja sa stresnim situacijama (53). Važan je dio obrazovnog programa koji bi jednim dijelom spriječio i ublažio izgaranje medicinskih sestara pravovremena edukacija o smrti koja bi uključivala i aktivne rasprave o osobnim stavovima medicinskih sestara (51). Rezultati istraživanja u Saudijskoj Arabiji upućuju na to da obrazovanje ne doprinosi značajno pojavnosti stresa u području palijativne medicine (86).

Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da nema značajnih razlika u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa ni s obzirom na radno mjesto u palijativnoj skrbi. Navedeno se može tumačiti činjenicom da u RH ne postoji jednaka zastupljenost palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite, a i ne provodi se na isti način u svim ustanovama. Prema *Nacionalnom planu razvoja palijativne skrbi RH 2017. – 2020.* minimalni standardi koje je bilo potrebno uspostaviti na razini svih županija odnosili su se na: osiguranje koordinatora palijativne skrbi/centra za koordinaciju palijativne skrbi, mobilni palijativni tim, stacionarni smještaj s palijativnom skrbi po županijama te posudionicu pomagala (73). Uz činjenicu da je rad s isključivo palijativnim pacijentima izrazito stresan, rad medicinskih sestara na odjelima koji imaju akutne i palijativne pacijente, uz nedostatnu edukaciju, može značajno doprinijeti pojavnosti specifičnih čimbenika stresa. Nažalost, još uvijek nije uspostavljen učinkovit sustav koji bi pacijentima u svim županijama omogućio jednako dostupnu i kvalitetnu palijativnu skrb (87). Medicinske sestre koje su zaposlene na ostalim odjelima koji se bave palijativnom skrbi

imaju različite razine motivacije i znanja vezana uz radno mjesto u odnosu na one koje se bave specijaliziranom palijativnom skrbi (71). Nedostatak znanja i vještina može pogodovati višoj razini stresa. Kao rezultat toga smatra se da je viša razina stresa prisutna kod medicinskih sestara koje se bave općom palijativom skrbi (71).

Rezultati ovog istraživanja upućuju na činjenicu da nije zabilježena povezanost pojedinih čimbenika stresa kao ni ukupan stres medicinskih sestara i tehničara u palijativnoj skrbi s dobi i radnim stažem. Međutim, čimbenik stresa zbog nedostatka vještina pokazuje slabu negativnu povezanost sa stažem ispitanika. Medicinske sestre koje imaju manje staža u palijativnoj skrbi češće doživljavaju specifične čimbenike stresa u odnosu na iskusnije kolegice i kolege što je u skladu s rezultatima jedne američke studije (88). Navedena studija opisuje kako se pojavnost stresa kod ispitanika s manje staža u palijativnoj skrbi povećava zbog nedostatka specifičnih znanja i vještina, a da radno iskusniji pojedinci imaju manje izgleda za nastanak sindroma izgaranja. Međutim, istraživači navode da je u mjere sprječavanja izgaranja potrebno uključiti i iskusnije djelatnike (88).

Analiza odgovora upućuje na to da su ispitanici općenito zadovoljni ukupnom kvalitetom svojega života kao i kvalitetom života koji se odnosi na obje podskale (globalno i situacijsko zadovoljstvo) što je u skladu s jednim istraživanjem provedenim u Švedskoj (84). U navedenom su istraživanju medicinske sestre zaposlene u palijativnoj skrbi bile zadovoljne kvalitetom života što su obrazložile činjenicama da se osjećaju dobro dok palijativnim bolesnicima ispunjavaju posebne želje i pružaju holističku skrb što značajno doprinosi njihovu profesionalnom i osobnom zadovoljstvu (Wallerstedt, 2007). Literatura opisuje da je zadovoljstvo životom u pozitivnoj korelaciji s empatijom te utječe na dobrobit medicinskih sestara (89).

Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da nema značajnih razlika u razini ukupnog zadovoljstva životom s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada što je u skladu s drugim istraživanjima (44). Međutim, bez obzira na nepostojanje značajnih razlika, medicinske sestre ispitanice srednje stručne spreme i one zaposlene u mobilnim palijativnim timovima pokazuju nešto višu razinu zadovoljstva životom što zahtijeva daljnja istraživanja koja se usredotočuju na specifične prediktore zadovoljstva životom medicinskih sestara u palijativnoj skrbi. Zanimljivo je napomenuti da su medicinske sestre u jednoj švedskoj studiji opisale poseban osjećaj zadovoljstva i stimulacije pri radu u palijativnoj skrbi koji nisu doživljavale dok su radile na nepalijativnim odjelima (84). Analiza odgovora ispitanika upućuje na to da postoji slaba negativna povezanost razine zadovoljstva ispitanika svojim životom s dobi i radnim

stažem prema ukupnoj skali kao i prema podskalama (globalno i situacijsko zadovoljstvo životom). Navedene korelacije upućuju na činjenicu da višu razinu zadovoljstva životom (globalno i situacijski) iskazuju mlađi ispitanici i oni s manje godina radnog staža u palijativnoj skrbi što nije neočekivan rezultat ako se razmatra iz aspekta njihova područja rada pri čemu se pretpostavlja da su bili kraće izloženi stresnim čimbenicima svojstvenim palijativnoj skrbi. Međutim, rezultati jednog indonezijskog istraživanja izvještavaju o nepostojanju povezanosti zadovoljstva života s dobi i radnim stažem (72). U ovom istraživanju nije utvrđena povezanost između specifičnih čimbenika stresa i zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara u palijativnoj skrbi što je dijelom iznenađujući rezultat. Neki autori opisuju povezanost kvalitete života i razine stresa medicinskih sestara u palijativnoj skrbi, međutim napominju da postoji jasna potreba za daljnjim istraživanjima u svrhu boljeg razumijevanja međuodnosa navedenih varijabli (13, 50, 77). Također, studija provedena u Saudijskoj Arabiji sugerira kako postoji potreba za pridavanjem veće pozornosti stalnoj procjeni razini stresa i zadovoljstva životom medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi s obzirom na to da su češće izložene specifičnim stresorima što može utjecati na razinu zadovoljstva životom (86). Navedena različitost rezultata jasno upućuje na potrebu provođenja budućih istraživanja uz primjenu validiranih instrumenata u svrhu otkrivanja najučinkovitijih metoda procjene i strategija očuvanja mentalnog zdravlja medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi. Takva su i slična istraživanja nedostavno zastupljena u stručnoj i znanstvenoj literaturi na globalnoj razini što može imati negativne implikacije na percepciju ozbiljnosti istraživanih fenomena.

6. ZAKLJUČCI

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Medicinske sestre i tehničari zaposleni u palijativnoj skrbi često su izloženi specifičnim čimbenicima stresa na radnom mjestu.
- Nisu utvrđene značajne razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi.
- Medicinske sestre s manje staža u odnosu na iskusnije kolegice i kolege češće doživljavaju specifične čimbenike stresa povezane s nedostatkom vještina medicinskih sestara i/ili cijelog tima.
- Ispitanici su općenito zadovoljni ukupnom kvalitetom svoga života kao i kvalitetom života koji se odnosi na obje podskale.
- Nisu utvrđene značajne razlike u razinama zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi.
- Medicinske sestre srednje stručne spreme i one zaposlene u mobilnim palijativnim timovima pokazuju nešto višu (ne značajnu) razinu zadovoljstva životom u odnosu na ispitanice više razine obrazovanja i one zaposlene na drugim poslovima u području palijativne skrbi.
- Utvrđena je slaba negativna povezanost razine zadovoljstva ispitanika životom s dobi i radnim stažem u palijativnoj skrbi pri čemu višu razinu zadovoljstva iskazuju mlađi ispitanici i oni s manje godina radnog staža.
- Nije utvrđena povezanost između specifičnih čimbenika stresa i zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara u palijativnoj skrbi.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj je istraživanja dobiti uvid u pojavnost specifičnih čimbenika stresa kod medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi i njihovo zadovoljstvo kvalitetom života.

Ustroj studije: Primijenjen je presječni dizajn istraživanja, uz primjenu validiranih upitnika.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovalo 115 medicinskih sestara i tehničara, zaposlenika 45 zdravstvenih ustanova koje provode palijativnu skrb. Kao instrument istraživanja upotrijebljena su dva validirana upitnika: *Stres među medicinskim sestrama zaposlenim u palijativnoj skrbi* i *Skala zadovoljstva životom*.

Rezultati: Medicinske sestre i tehničari zaposleni u palijativnoj skrbi često su izloženi specifičnim čimbenicima stresa. Nisu utvrđene značajne razlike u pojavnosti specifičnih čimbenika stresa s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi ($P > 0,05$). Ispitanici su zadovoljni kvalitetom života bez značajnih razlika s obzirom na spol, stručnu spremu i područje rada u palijativnoj skrbi ($P > 0,05$). Značajno višu razinu zadovoljstva životom iskazuju mlađi ispitanici ($P < 0,01$) i oni s manje godina radnog staža ($P = 0,015$). Utvrđena je slaba negativna povezanost razine zadovoljstva ispitanika životom s dobi ($\rho = -0,256$, $P < 0,01$) i radnim stažem u palijativnoj skrbi ($\rho = -0,227$, $P = 0,015$). Nije utvrđena povezanost između specifičnih čimbenika stresa i zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara u palijativnoj skrbi ($\rho = 0,0406$, $P = 0,667$).

Zaključak: Medicinske sestre i tehničari zaposleni u palijativnoj skrbi često su izloženi specifičnim čimbenicima stresa. Ispitanici su zadovoljni ukupnom kvalitetom života. Nije utvrđena povezanost između specifičnih čimbenika stresa i zadovoljstva kvalitetom života medicinskih sestara u palijativnoj skrbi.

Ključne riječi: čimbenici, stresa; kvaliteta, života; palijativna, skrb; sestrinstvo; sindrom, izgaranja; stres.

8. SUMMARY

Correlation of specific stress factors and quality of life of nurses employed in palliative care

Objectives: The aim of the research is to gain insight into the occurrence of specific stress factors in nurses employed in palliative care and their satisfaction with quality of life.

Study design: A cross-sectional research design was applied, using validated questionnaires.

Participants and methods: The study involved 115 nurses, employees of 45 health facilities that provide palliative care. Two validated questionnaires were used as a research instrument: Stress among nurses employed in palliative care and the Life Satisfaction Scale.

Results: Nurses in palliative care are often exposed to specific stressors. No significant differences were found in the occurrence of specific stress factors with regard to gender, education, and field of work in palliative care ($P > 0.05$). Respondents are satisfied with the quality of life without significant differences with regard to gender, education, and field of work in palliative care ($P > 0.05$). Younger respondents ($P < 0.01$) and those with fewer years of service ($P = 0.015$) show a significantly higher level of life satisfaction. A weak negative correlation was found between the level of life satisfaction of the respondents with age ($\rho = -0.256$, $P < 0.01$) and work experience in palliative care ($\rho = -0.227$, $P = 0.015$). No association was found between specific stressors and satisfaction with the quality of life of nurses in palliative care ($\rho = 0.0406$, $P = 0.667$)

Conclusion: Nurses in palliative care are often exposed to specific stressors. Respondents are satisfied with the overall quality of life. No association was found between specific stressors and quality of life satisfaction of nurses in palliative care

Keywords: factors, stress; quality, life; palliative, care; sisterhood; syndrome, burnout; stress.

9. LITERATURA

1. Halter M, Boiko O, Pelone F. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):824.
2. Kashani M, Eliasson A, Chrosniak L, Vernalis M. Taking Aim at Nurse Stress: A Call to Action. *Mil Med.* 2010;175(2):96-100.
3. Abel J, Kellehear A, Karapliagou A. Palliative care-the new essentials. *Ann Palliat Med.* 2018;7(2):3-14.
4. Šekerija M. Incidencija raka u Hrvatskoj. 1. izd. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2020.
5. Gatta G, Trama A, Capocaccia R. Epidemiology of rare cancers and inequalities in oncologic outcomes. *Eur J Surg Oncol.* 2019;45(1):3-11.
6. Kim H, Kim K. Palliative Cancer Care Stress and Coping Among Clinical Nurses Who Experience End-of-Life Care. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020;22(2):115-22.
7. Shahrouf G, Dardas LA. Acute Stress Disorder, Coping Self-Efficacy and Subsequent Psychological Distress Among Nurses Amid COVID -19. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1686-95.
8. Bratko D. Psihologija. 4. izd. Zagreb: Profil; 2004.
9. Sharma VK, Singh TG. Chronic Stress and Diabetes Mellitus: Interwoven Pathologies. *Curr Diabetes Rev.* 2020;16(6):546-56.
10. Yuwanich N, Akhavan S, Nantsupawat W, Martin L, Elström ML, Sandborgh M. Development and psychometric properties of the stressor scale for emergency nurses. *Int Emer Nurs.* 2018;39(1):77-88.
11. Havelka Meštrović A, Havelka M. Zdravstvena psihologija: psihosocijalne osnove zdravlja. 3. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2020.
12. Fillion L, Duval S, Dumon S, Gagon P, Tremblay I, Bairati I, i sur. Impact of a meaning-centred intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psychooncology.* 2009;18(12):1300-10.
13. Peters L, Cant R, Sellick K, O'Connor M, Lee S, Burney S, Karimi L. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *Int J Palliat Nurs.* 2012;18(11):561-7.
14. Wentzel D, Brysiewicz P. Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncol Nurs Forum.* 2017;44(3):E124-E140.

15. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Ayers D. *Physiology, Stress Reaction*. 1. izd. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.
16. Lu S, Wei F, Li G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*. 2021;5(6):76-85.
17. Polyakova OB, Boncalo TI. Features of psychosomatization of medical professionals with occupational deformations. *Health Care of the Russian Federation*. 2020;64(5):278-86.
18. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 2009;5(7):374-81.
19. Borges EMDN, Fonseca CINDS, Baptista PCP, Queirós CML, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Diaz MP. Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27(1):3175.
20. Ketchesin KD, Stinnett GS, Seasholtz AF. Corticotropin-releasing hormone-binding protein and stress: from invertebrates to humans. *Stress*. 2017;20(5):449-64.
21. Denigris J, Fisher K, Maley M, Nolan E. Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43(3):121-31.
22. Finley BA, Sheppard KG. Compassion Fatigue: Exploring Early-Career Oncology Nurses' Experiences. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(3):61-6.
23. Aycock N, Boyle D. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;13(1):183-91.
24. Waddill-Goad SM. Stress, Fatigue, and Burnout in Nursing. *Journal of Radiology Nursing*. 2018;38(1):44-6.
25. Cropley M, Collis H. The Association Between Work-Related Rumination and Executive Function Using the Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Front Psychol*. 2020;11(1):821.
26. Molina-Preana J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):2800.
27. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry*. 1978; 29(4):233-7.
28. Drmić S, Murn L. Sindrom sagorijevanja među zdravstvenim radnicima u pandemiji bolesti COVID-19. *Hrvat čas.zdr.znan*. 2021;1:25-9.

29. Svjetska zdravstvena organizacija. ICD-11 Mortality and Morbidity statistic.
Dostupno na adresi: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Datum pristupa: 25.7.2021.
30. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, i sur.
Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Critic Care Med*.
2007;175(7):698-704.
31. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among
nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2020;123(1):9-20.
32. Pradas-Hernández L, Ariza T, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, De la Fuente
EI, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout in paediatric nurses: A
systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2018;13(4):e0195039.
33. Fearon C, Nicol M. Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nurs
Stand*. 2011;26(14):35-9.
34. Jung YH, Shin NY, Jang JH, Lee WJ, Lee D, Choi Y, i sur. Relationships among
stress, emotional intelligence, cognitive intelligence, and cytokines. *Medicine
(Baltimore)*. 2019;98(18):e15345.
35. Por J, Barriball L, Fitzpatrick J, Roberts J. Emotional intelligence: its relationship to
stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse
Educ. Today*. 2011;31(8):855-60.
36. Riberio EKDA, Santos RCD, Araújo-Monteiro GKN, Brandão BMLDS, Silva JCD,
Souto RQ. Influence of burnout syndrome on the quality of life of nursing
professionals: quantitative study. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20200298.
37. Cropley M, Plans D, Morelli D, Sütterlin S, Inceoglu I, Thomas G, i sur. The
Association between Work-Related Rumination and Heart Rate Variability: A Field
Study. *Front Hum Neurosci*. 2017;11(1):27.
38. Friganović A, Selič P, Ilić B, Sedić B. Stress and burnout syndrome and their
associations with copin and job satisfaction in critical care nurses: a literature review.
Psychiatr Danub. 2019;31(1):21-31.
39. Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MAD, Turrini RNT, Cruz DALMD.
Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev Bras Enferm*.
2018;71(2):336-42.
40. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol
Nurs*. 2018;5(1):4-8.
41. Vagharseyyedin SA, Vanaki Z, Mohammadi E. The nature nursing quality of work
life: an integrative review of literature. *West J Nurs Res*. 2011;33(6):786–804.

42. Goudarznand CM, Mirdoozandeh SG. Relationship between Quality of Work-Life and Job Satisfaction of the Employees in Public Hospitals in Rasht. *Zahedan J Res Med Sci.* 2012;14(2):108–11.
43. Khodayarian M, Vanaki Z, Navipour H, Vaezi AA. The effect of nursing management development program on clinical competency in coronary care unit. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2011;15(1):e79391.
44. Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. *Nurs Midwifery Stud.* 2014;3(2):e19450.
45. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friedrich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD011129.
46. Salins N, Ramanjulu R, Patra L, Deodhar J, Muckaden MA. Integration of Early Specialist Palliative Care in Cancer Care and Patient Related Outcomes: a Critical Review of Evidence. *Indian J Palliat Care.* 2016;22(3):252-7.
47. Bakitas M, Bishop MF, Caron P, Stephens L. Developing Successful Models of Cancer Palliative Care Services. *Semin Oncol Nurs.* 2010;26(4):266-84.
48. Rizo-Baeza M, Mendiola-Infante SV, Sepehri A, Palazón-Bru A, Gil-Guillén VF, Cortés-Castell E. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *J Nurs Manag.* 2018;26(1):19-25.
49. Gonçalves JV, Castro L, Rêgo G, Nunes R. Burnout Determinants among Nurses Working in Palliative Care during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(7):3358.
50. Samson T, Shvartzman P. Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers. *Palliat Support Care.* 2018;16(4):442-51.
51. Guo Q, Zheng R. Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs.* 2019;42:69-75.
52. Pavelková H, Bužgová R. Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery.* 2015;6(1)218-23.
53. Lin X, Li X, Liu Q, Shao S, Xiang W. Big Five Personality Model-based study of death coping self-efficacy in clinical nurses: A cross-sectional survey. *PloS One.* 2021;16(5):e025430

54. Juras K, Knežević B, Golubović R, Milošević M, Mustajbegović J. Stres na radu: mjere prepoznavanja, rješenja i prevencija. *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*. 2009;51(2):121-6.
55. Watanabe N, Horikoshi M, Shinmei I, Oe Y, Narisawa T, Kumachi M i sur., Brief mindfulness-based stress management program for a better mental state in working populations – Happy Nurse Project: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2019;25:186-94.
56. Cañadas-De la Fuente GA, Gómez-Urquiza JL, Ortega-Campos EM, Cañadas GR, Albendín-García L, De la Fuente-Solana EI. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psychooncology*. 2018;27(5):1426-33.
57. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Profesionalni sindrom izgaranja – psihološka pomoć zdravstvenim radnicima u uvjetima COVID – 19. Dostupno na adresi: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/profesionalni-sindrom-izgaranja-psiholoska-pomoc-zdravstvenim-radnicima-u-uvjetima-covid-19/>. Datum pristupa: 23.6.2021.
58. Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Crit Care Res Pract*. 2013;1:786176.
59. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Educ. Today*. 2018;61(1):216-19.
60. Blum D, Seiler A, Schmidt E, Pavic M, Strasser F. Patterns of integrating palliative care into standard oncology in an early ESMO designated center: a 10-year experience. *ESMO Open*. 2021;6(3):100147.
61. Edmonds KP, Yeung H, Onderdonk C, Mitchell W, Thornberry K. Clinical Supervision in the Palliative Care Team Setting: A Concrete Approach to Team Wellnes. *J Palliat Med*. 2015;18(3):274-7.
62. Swetz KM, Harrington SE, Matsuyama RK, Shanafelt TD, Lyckholm LJ. Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment. *J Palliat Med*. 2009;12(9):773-7.
63. Beavis J, Davis L, McKenzie S. Clinical Supervision for Support Workers in Pediatric Palliative care: A Literature Review. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021; 26(1):191-206.
64. Fowler J. Clinical supervision: from staff nurse to nurse consultant: Part 7: the manager's role. *Br J Nurs*. 2013;22(19):1135.
65. Fowler J. From staff nurse to nurse consultant: Clinical leadership part 11: leadership and training. *Br J Nurs*. 2017;26(4):248.

66. Terakado A, Watanabe T. Creation of a questionnaire to measure stress among nurses engaged in palliative on general wards. *Support Care Cancer*. 2012;20(10):2537-2544.
67. Martinović J, Penezić Z, Ombla J, Slišković A. Osobna kontrola razvoja, osjećaj koherentnosti i zadovoljstvo životom kod osoba oboljelih od nekih kroničnih bolesti. *Klinička psihologija*. 2012;1-2(5):5-19.
68. R Core Team. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria; 2021.
69. Hrvatska komora medicinskih sestara. Registar HKMS. Dostupno na adresi: <https://www.hkms.hr/licence> Datum pristupa: 1.9.2021.
70. Lovrić R, Prlić N, Barać I, Radić R. Nursing Students' Expectations and Evaluations of Mentors' Competences and Mentors' Self-Evaluations and Indicators of Mentoring Process Quality. *American Journal of Nursing Science*. 2017;6(5):382-6.
71. Terakado A, Matsushima E. Work stress among nurses engaged in palliative care on general wards. *Psychooncology*. 2015;24(1):63-9.
72. Sitanggang YF, Manurung DU, Puspita EY, Natalia L, Hutasoit EO. Professional Quality of Life of Nurses in Palliative Nursing Services. *Proceedings of the 1st International Conference of Indonesian National Nurses Association*. 2018;1:95-9.
73. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi 2017. – 2020. Dostupno na adresi: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>. Datum pristupa: 15.6.2021.
74. Kalaitzidis E, Jewell P. The Concept of Advocacy in Nursing A Critical Analysis. *The Health Care Manager*. 2015;34(4):308-315.
75. Hrvatska komora medicinskih sestara. Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Dostupno na adresi: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/01/Kompetencije-medicinske-sestre-u-specijalisti%C4%8Dkoj-palijativnoj-skrbi.pdf>. Datum pristupa: 19.7.2021.
76. Sinclair S, Beamer K, Hack TF, McClement S, Raffin Bouchal S, Chochinov HM, i sur. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*. 2017;31(5):437-47.

77. Baqeas M, Rayan A. Improving Psychological Well-Being and Quality of Life among Palliative Care Nurses: Literature review. *American Journal of Nursing Research*. 2018;6(3):82-6.
78. Bandeali S, Ordons AR, Sinnarajah A. Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. *Palliat Support Care*. 2020;18(5):513-8.
79. Zakon o zaštiti prava pacijenta, NN 10/08 Dostupno na adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_01_10_305.html.
80. Ellen ME, Perlman S, Shach R. Too Much Cancer Care?: Nurses' Perspectives on the Unnecessary Use of Oncology Services. *Cancer Nurs*. 2021;44(4):e236-e243.
81. See AMT, Chee S, Rajaram R, Kowitlawakul Y, Liaw SY. Missed Nursing Care in Patient Education: A Qualitative Study of Different Levels of Nurses' Perspectives. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):1960-7.
82. Pehlivan S, Lafçi D, Vatansever N, Yildiz E. Relationship Between Death Anxiety of Turkish Nurses and Their Attitudes Toward the Dying Patients. *Omega (Westport)*. 2020;82(1):128-40.
83. Lau J, Flamer D, Murphy-Kane P. International anesthesia and palliative care collaboration to manage cancer pain: a narrative review. *Can J Anesth*. 2020;67(2):235-456.
84. Wallerstedt B, Andershed B. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand J Caring Sci*. 2007;21(1):32-40.
85. Hulbert NJ, Morrison VL. A preliminary study into stress in palliative care: optimism, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med*. 2006;11(2):246-54.
86. Miligi E, Alshutwi S, Alqahtani M. The impact of Work Stress on Turnover Intentions among Palliative Care Nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Nursing*. 2019;6(2):84-8.
87. Fumić Dunkić L, Kustura A. Organizational model of palliative care in the Republic of Croatia – Where are we today? *Libri Oncol*. 2018;46(2-3):60-4.
88. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, i sur. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59(5):e6-e13.

89. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enferm Clin.* 2017;27(6)379-86.

11. PRILOZI

11.1. Prilog 1. – Pisana obavijest za ispitanike o istraživanju

11.2. Prilog 2. – anketni upitnik *Stres među medicinskim sestrama zaposlenim u palijativnoj skrbi*

11.3. Prilog 3. – anketni upitnik *Skala zadovoljstva životom*

11.1. Prilog 1 - Pisana obavijest za ispitanike o istraživanju

Poštovani kolegice i kolege,

pozivam vas da sudjelujete u istraživanju naslovljenom „**Povezanost specifičnih čimbenika stresa i kvalitete života medicinskih sestara zaposlenih u palijativnoj skrbi**” koje se provodim pod mentorstvom doc. dr. sc. Roberta Lovrića.

Rezultati će provedenog istraživanja biti upotrijebljeni za izradu diplomskog rada na sveučilišnom diplomskom studiju Sestrinstvo Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek pri Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Palijativna je skrb aktivna i ukupna skrb za pacijente koji boluju od kroničnih neizlječivih bolesti. Medicinske sestre i tehničari zaposleni u palijativnoj skrbi u svakodnevnom radu susreću se s brojnim izazovima u pružanju skrbi. Dobiveni podatci ovoga istraživanja mogu pružiti informacije o povezanosti specifičnih čimbenika stresa i kvalitete života medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u palijativnoj skrbi.

Sudjelovanje je u istraživanju dobrovoljno i anonimno, a prikupljeni će se podatci koristiti isključivo u istraživačke svrhe i neće se zlorabiti ni na koji način. Najvažniji rezultati istraživanja bit će javno prikazani. Istraživanje će se provesti putem internetskog obrasca.

Ako imate dodatna pitanja u svezi s istraživanjem, možete se izravno obratiti na e-adresu: karolina.omasic@gmail.com.

Vrijeme je potrebno za rješavanje upitnika oko pet minuta.

Ako se odlučite za sudjelovanje i odgovorite na pitanja, smatrat će se da ste pristali sudjelovati u ovom istraživanju.

Unaprijed zahvaljujem na sudjelovanju!

11.2. Prilog 2. – anketni upitnik *Stres među medicinskim sestrama zaposlenim u palijativnoj skrbi*

Opći podatci o ispitanicima

Molim Vas da u sljedećim odgovorima nadopunite ili zaokružite odgovor koji se odnosi na Vas.

1. Vaša dob (godina):

2. Spol

- a) muško
- b) žensko

3. Stručna sprema:

- a) srednja stručna sprema
- b) preddiplomski studij
- c) diplomski studij

4. Ustanova u kojoj radite (navedite puni naziv ustanove):

5. Zaposleni ste:

- a) kao koordinator palijativne skrbi
- b) u mobilnom palijativnom timu
- c) u ustanovi za palijativnu skrb
- d) u bolničkom timu za palijativnu skrb
- e) u dnevnoj bolnici
- f) u ambulanti za palijativu skrb
- g) na odjelu s palijativnim posteljama
- h) na odjelu palijativne skrbi
- i) ostali odjeli/medicinske djelatnosti koje provode palijativnu skrb (navesti koje):

6. Radni staž na poslovima vezanim uz palijativnu skrb (godine):

Stres među medicinskim sestrama zaposlenim u palijativnoj skrbi

Molim Vas da u sljedećem anketnom upitniku zaokružite broj od 1 do 4. Brojevi označavaju sljedeće odgovore:

1 – ne osjećam stres

2 – rijetko osjećam stres

3 – često osjećam stres

4 – uvijek osjećam stres

Čimbenik 1. – Stres zbog razlika u načinu razmišljanja među članovima tima				
slučajevi kada postoje nejasnoće u pravilima glede skrbi između liječnika i medicinskih sestara	1	2	3	4
slučajevi kada među liječnicima postoje razlike u načinu provođenja skrbi	1	2	3	4
slučajevi kada liječnici ne pristupaju pacijentima iskreno	1	2	3	4
slučajevi kada postoje mane u surađivanju s liječnicima	1	2	3	4
slučajevi kada je izazovno razumjeti liječnikov način liječenja	1	2	3	4
slučajevi kada liječnik ne poštuje pacijentovu odluku	1	2	3	4
slučajevi kada liječnik izdaje jednostrane upute i naredbe	1	2	3	4
slučajevi kada liječnik zahtijeva neprimjerenu kontrolu simptoma	1	2	3	4
slučajevi kada postoje poteškoće u suradnji medicinskih sestara	1	2	3	4

Čimbenik 2. – Stres zbog nemogućnosti umanjenja tjelesne i emotivne boli pacijenata i obitelji				
slučajevi kada je obitelj vidno rastresena	1	2	3	4
slučajevi kada je pacijent u nesnosnom bolu	1	2	3	4
slučajevi kada se obitelj doima tjeskobnom	1	2	3	4
slučajevi kada bol pacijenta ne može biti umanjen kroz kontrolu simptoma	1	2	3	4
slučajevi kada se pacijent doima tjeskobnim	1	2	3	4
slučajevi kada su očekivanja pacijenta glede palijativne skrbi previsoka	1	2	3	4
slučajevi kada su očekivanja obitelji glede palijativne skrbi previsoka	1	2	3	4

Čimbenik 3. – Stres zbog odbijanja skrbi pacijenta ili obitelji				
slučajevi kada pacijenti izdaju upute i naredbe	1	2	3	4
slučajevi kada pacijenti ne žele surađivati	1	2	3	4
slučajevi kada obitelj izdaje upute i naredbe	1	2	3	4
slučajevi kada pacijenti odbijaju skrb	1	2	3	4

Čimbenik 4. – Stres zbog nedostatka vještina medicinske sestre i/ili cijelog tima				
slučajevi kada osjećam da je moja sposobnost pružanja skrbi nedovoljna	1	2	3	4
slučajevi kada osjećam da imam nedovoljno iskustva	1	2	3	4
slučajevi postojanja razlika u kvaliteti pružanja skrbi sestara	1	2	3	4

Čimbenik 5. – Stres zbog neodgovarajućeg sustava upravljanja radom medicinskih sestara na radnom mjestu				
slučajevi kada trebam pružiti palijativnu skrb, ali sam prezauzeta svakodnevnim obvezama	1	2	3	4
slučajevi kada trebam pružiti palijativnu skrb u neprimjerenom okruženju	1	2	3	4
slučajevi kada nadređeni izdaju jednostrane upute i naredbe	1	2	3	4
slučajevi kada imam više pacijenata o kojima se svakodnevno skrbim	1	2	3	4

Čimbenik 6. – Stres zbog „suočavanja“ s pacijentom čiji je život ugrožen				
suočavanje sa smrću pacijenta	1	2	3	4
slučajevi kada stanje pacijenta postaje kritično	1	2	3	4

11.3. Prilog 3. – anketni upitnik *Skala zadovoljstva životom*

Zadovoljstvo vlastitim životom

Ispred Vas nalaze se tvrdnje koje se odnose na procjenu Vašeg života. Molim Vas da što iskrenije odgovorite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od njih. Uz svaku tvrdnju označite odgovarajući broj.

Koristite se pritom skalom na kojoj brojevi imaju sljedeća značenja:

1 – uopće se ne slažem

2 – uglavnom se ne slažem

3 – niti se slažem niti se ne slažem

4 – uglavnom se slažem

5 – u potpunosti se slažem

<i>Podskala Globalno zadovoljstvo</i>					
<i>U više je aspekata moj život blizak idealnom.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Uvjeti su mojega života izvrsni.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Zadovoljan sam svojim životom.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Do sada imam sve važne stvari koje sam želio u životu.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Kada bih ponovno živio svoj život, ne bih mijenjao gotovo ništa.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Sve u svemu jako sam sretna osoba.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Život mi donosi mnogo zadovoljstva.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Općenito se dobro osjećam.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Mislim da sam sretna osoba.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>U cjelini manje sam sretan od drugih ljudi.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Često sam utučen i žalostan.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Mislim da sam sretan bar koliko i drugi ljudi.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Moja budućnost izgleda dobro.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Što god da se dogodi, mogu vidjeti i svijetlu stranu.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Uživam živjeti.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Moj mi se život čini smislen.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

Molim Vas da sada odgovorite i na sljedeće tvrdnje tako da zaokružite odgovarajući broj uz svaku od njih. Brojevi imaju sljedeće značenje:

1 – nikada mi se to nije dogodilo

2 – rijetko mi se to događa

3 – to mi se događa i ne događa

4 – često mi se to događa

5 – uvijek mi se to događa

Podskala <i>Situacijsko zadovoljstvo</i>					
Je li Vam se posljednjih nekoliko tjedana dogodilo...					
... da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli?	1	2	3	4	5
... da ste bili zadovoljni jer Vas drugi ljudi vole?	1	2	3	4	5
... da ste se osjećali potpuno sretni?	1	2	3	4	5