

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Gianna Pavletić

**Stres medicinskih sestara pri pružanju palijativne
skrbi**

Diplomski rad

Zadar, 2022.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Stres medicinskih sestara pri pružanju palijativne skrbi

Diplomski rad

Student/ica:
Gianna Pavletić

Mentor/ica:
Doc. dr. sc. Marija Ljubičić

Komentor/ica:
Izv. prof. prim. dr. sc. Suzana Konjevoda

Zadar, 2022.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Gianna Pavletić**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Stres medicinskih sestara pri pružanju palijativne skrbi** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 24. listopada 2022.

Zahvala

Veliku zahvalnost dugujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Mariji Ljubičić na nesebičnom dijeljenju znanja i iskustva, iskazanom povjerenju, strpljenju i razumijevanju kao i izdvojenom vremenu. Hvala Vam što ste svojim primjerom ukazali na vrijednosti našeg poziva.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojim roditeljima na bezuvjetnoj podršci, upućivanju na ispravan put te povjerenju koje su mi ukazali tijekom studija.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Palijativna skrb.....	2
1.2. Stres.....	4
1.2.1. Patofiziološki mehanizmi stresa.....	5
1.3. Profesionalni stres medicinskih sestara.....	6
2. Cilj istraživanja	11
3. Ispitanici i metode	12
3.1. Mjerni instrumenti.....	12
4. Rezultati	15
4.1. Sociodemografski podatci.....	15
4.2. Razlike u razini samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti, otpornosti, općeg i profesionalnog stresa s obzirom na profesionalna obilježja.....	20
4.3. Razlike u percepciji profesionalnog stresa s obzirom na profesionalna obilježja.....	23
4.4. Razlike u dimenzijama osobnosti s obzirom na profesionalna obilježja	26
4.6. Povezanost profesionalnog stresa, općeg stresa, otpornosti, pospanosti, anksioznosti, depresivnosti, samopoštovanja i osobnosti	28
5. Rasprava.....	31
6. Zaključak.....	42
7. Literatura.....	43

Popis kratica

BRS – skala otpornosti (*engl. Brief Resilience Scale*)

ESS – upitnik dnevne pospanosti (*engl. Epworth sleepiness scale*)

GAD-7 – ljestvica generaliziranog anksioznog poremećaja (*engl. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-7*)

GS – gerijatrijska skrb

HHN – hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda

NSS – upitnik profesionalnog sestrinskog stresa (*engl. Nursing Stress Scale*)

PHQ-9 – upitnik pacijentovog zdravlja (*engl. Patient Health Questionnaire-9*), skala depresivnosti

PSS-10 – percipirana skala stresa (*engl. Perceived Stress Scale*), opći stres

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

RSES – skala samopoštovanja (*engl. Rosenberg Self-Esteem Scale*)

SOI – skrb za osobe s invaliditetom

STS – sekundarni traumatski stres

SZZ – stacionarna zdravstvena zaštita

TIPI – upitnik osobnosti (*engl. Ten-Item Personality Inventory*)

TIPIa – susretljivost

TIPIc – savjesnost

TIPIe – ekstrovertiranost

TIPIes – emocionalna stabilnost

TIPIo – otvorenost

ZNJK – zdravstvena njega u kući

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

Sažetak

Stres medicinskih sestara pri pružanju palijativne skrbi

Cilj: Cilj ovog istraživanja je ispitati razinu profesionalnog stresa medicinskih sestara/tehničara pri pružanju palijativne zdravstvene njege, povezanost profesionalnog stresa s općim stresom, otpornošću na stres, pospanošću, anksioznošću, depresivnošću, samopoštovanjem i osobnošću te usporediti navedene varijable u medicinskih sestara/tehničara koji pružaju palijativnu zdravstvenu njegu u odnosu na one koji navedenu skrb ne pružaju.

Metode: Provedeno je presječno istraživanje distribucijom anketnog upitnika u obliku Google Form obrasca u kojem je sudjelovalo 185 medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske. Primijenjen je upitnik sociodemografskih podataka, skala osobnosti, samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti, otpornosti na stres, općeg stresa i stresa medicinskih sestara. U deskriptivnoj statistici korišten je apsolutni broj i postotak za kategorijske varijable te medijan i interkvartilni raspon za numeričke varijable. Za ispitivanje razlike među skupinama korišten je Kruskal-Wallis test. Povezanost varijabli analizirala se primjenom Spearmanova koeficijenta korelacije ranga.

Rezultati: Medicinske sestre/tehničari koji pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imaju višu razinu profesionalnog stresa u odnosu na one koji navedenu skrb ne pružaju. Profesionalni stres medicinskih sestara/tehničara povezan je s općim stresom, otpornošću na stres, pospanošću, samopoštovanjem, anksioznošću, depresivnošću i emocionalnom stabilnošću.

Zaključak: Uzimajući u obzir utjecaj profesionalnih stresora na fizičko i mentalno zdravlje te psihičko blagostanje medicinskih sestara/tehničara, kvalitetu skrbi i organizaciju cjelokupnog zdravstvenog sustava, od iznimne je važnosti osiguravanje intervencija usredotočenih na smanjenje profesionalnog stresa u medicinskih sestara, poglavito onih koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu.

Ključne riječi: profesionalni stres, medicinska sestra/tehničar, palijativna skrb, palijativna zdravstvena njega

Summary

Stress of nurses in palliative care

Objective: The aim of this study is to examine the level of professional stress of nurses in palliative care, the association of professional stress with general stress, stress resilience, sleepiness, anxiety, depression, self-esteem and personality, and to analyze the mentioned variables in nurses that provide palliative nursing care compared to those who do not provide palliative care.

Methods: A cross-sectional study was conducted by distributing an online questionnaire in which participated 185 nurses working in health institutions of the Republic of Croatia. A questionnaire of sociodemographic data, personality, self-esteem, anxiety, depression, sleepiness, stress resilience, general stress and nurses' stress were applied. We used absolute numbers and percentages to describe categorical variables, and median and interquartile range for numerical variables. The Kruskal-Wallis test was used to test the difference between groups. The association between variables was analyzed using the Spearman rank correlation coefficient.

Results: Nurses who provide palliative nursing care have a higher level of professional stress when compared to nurses who do not provide palliative nursing care. Professional stress of nurses is associated with general stress, stress resilience, sleepiness, self-esteem, anxiety, depression and emotional stability.

Conclusion: According to the impact of professional stressors on nurses' physical and mental health, psychological well-being, as well as the quality of care and the organization of the entire health system, it is extremely important to ensure interventions aimed at reducing professional stress in nurses, especially those who provide palliative nursing care.

Key words: professional stress, nurse, palliative nursing care, palliative care

1. Uvod

Napredak medicinske znanosti i tehnologije doveo je do produženja životnog vijeka i manje smrtnosti stanovništva (1). Unatoč jasnim pozitivnim stranama navedenoga, produljenjem životnog vijeka javili su se i novi izazovi u području medicine i zdravstvene njege. Preciznije, sve je više izražena pojava različitih kroničnih bolesti vezanih uz stariju životnu dob kao i sveprisutnih malignih bolesti u različitim životnim razdobljima (1). Navedeno dovodi do sve veće potrebe za palijativnom skrbi.

Sve profesije mogu biti izložene profesionalnom stresu, no studije pokazuju kako su medicinske sestre zbog prirode posla izložene višoj razini stresa nego ostale profesije (2). Navedeno se naročito odnosi na medicinske sestre koje učestalije pružaju palijativnu skrb i palijativnu zdravstvenu njegu uzimajući u obzir brojne zahtjevne situacije s kojima se suočavaju (3).

Povećana potreba za palijativnom skrbi pred medicinske sestre postavlja različite izazove poput potrebe za kontinuiranom edukacijom poradi stjecanja specifičnih znanja i iskustava, holističkog pristupa pacijentu i njegovoj obitelji, specifičnih komunikacijskih vještina te donošenja važnih etičkih odluka (4). Navedeni izazovi mogu uzrokovati fizičke, psihičke i emocionalne tegobe u medicinskim sestara kao i visoke razine profesionalnog stresa (5).

Stres je kompleksan pojam koji utječe na sva ljudska bića. Predstavlja skup fizioloških, kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih reakcija koje se u organizmu javljaju kada se osoba suočava s percipiranim prijetnjama i izazovima (6). Palijativna skrb je jedinstvena vrsta skrbi koja nosi visok rizik za razvoj profesionalnog stresa (7). Medicinske sestre osim pružanja palijativne zdravstvene njege samom pacijentu često su suočene s boli i patnjom pacijenta, pružanjem emocionalne podrške pacijentu i njegovoj obitelji te naposljetku procesom umiranja i smrću pacijenta (8).

Zaključno navedenom, u okviru pružanja palijativne skrbi i palijativne zdravstvene njege, medicinske sestre pod povećanim su rizikom od razvoja profesionalnog stresa.

1.1. Palijativna skrb

Palijativna skrb definirana je kao sveobuhvatna aktivna skrb o pacijentima s neizlječivim bolestima u kojih bolest ne reagira na kurativno liječenje (9). Podrazumijeva podršku u zadovoljavanju fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba pacijenata i njihovih obitelji (9). Pacijent s potrebama za palijativnom skrbi je svaka osoba s bolešću čije izlječenje nije moguće, a prognoza ima jasan smrtni ishod (9). Pri pružanju palijativne skrbi poseban segment odnosi se na tretiranje neugodnih simptoma uzrokovanih bolešću i/ili procesom liječenja, pri čemu upravljanje boli zauzima značajno mjesto (10). Medicinske sestre pružajući palijativnu zdravstvenu njegu orijentirane su na pomoć pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, postizanje najviše moguće razine samostalnosti pacijenta te postizanje optimalne kvalitete života pacijenta, ali i njegove obitelji (10).

Hospicijska skrb predstavlja skrb za pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi te njegovu obitelj s ciljem zadovoljavanja svih fizičkih i socijalnih potreba, ali i onih na emocionalnoj i duhovnoj razini (9). Navedenu skrb pružaju medicinske sestre i ostali zdravstveni i nezdravstveni djelatnici udruženi u interdisciplinarne timove, uključujući i volontere (9).

Suportivna skrb pretpostavlja prevenciju i suzbijanje neželjenih učinaka malignih bolesti i onkološke terapije (9). Navedeno podrazumijeva kontrolu fizičkih, socijalnih i psiholoških simptoma maligne bolesti, kao i nuspojava onkološke terapije i rehabilitacije (9). Unatoč tomu što nema jasnog razlikovanja između pojmova palijativna i suportivna skrb, pojam suportivna skrb nije sinonim za palijativnu skrb. Preciznije, suportivna skrb dio je onkološke skrbi, dok palijativna skrb predstavlja znatno širi pojam, odnosno obuhvaća sve pacijente sa životno ugrožavajućim bolestima (9).

Skrb na kraju života je sveobuhvatna skrb za pacijente u posljednjih nekoliko sati ili dana njihova života (9). U užem smislu, predstavlja skrb za pacijente tijekom posljednjih 48 do 72 sata života (9). Skrb na kraju života može se provoditi i kao standard skrbi za pacijente na kraju života kojima nije potrebna palijativna skrb. Valja naglasiti kako se termin skrb na kraju života može primjenjivati kao sinonim za palijativnu ili hospicijsku skrb pri čemu kraj života pretpostavlja period od jedne do dvije godine (9).

Pojam terminalne skrbi primjenjivao se kao sinonim za sveobuhvatnu skrb pacijenata s uznapredovalom malignom bolešću i ograničenim životnim vijekom (9). Međutim, novije definicije palijativne skrbi ne podrazumijevaju isključivo pacijente s ograničenim životnim

vijekom u terminalnoj fazi bolesti. Sukladno navedenom, ovaj pojam izgubio je na relevantnosti te ga se ne preporuča koristiti (9).

Skrb radi predaha podrazumijeva skrb za članove obitelji pacijenta ili druge primarne njegovatelje u smislu preuzimanja skrbi za pacijenta (9). Osobe koje pružaju skrb pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi suočavaju se s brojnim teškoćama i izazovima. Pružanjem skrbi radi predaha osigurava im se odmor i podrška. Navedena vrsta skrbi može se osigurati putem specijalističkih službi kućne skrbi, unutar stacionarnih jedinica poput domova za starije i nemoćne osobe i hospicija te objekata za dnevni boravak (9).

Palijativna skrb može se pružati na nekoliko razina. U literaturi se navode četiri razine palijativne skrbi: palijativni pristup, opća palijativna skrb, specijalistička palijativna skrb i palijativna skrb u referentnim centrima (9).

Palijativni pristup podrazumijeva primjenu palijativnih metoda u okruženjima koja nisu specijalizirana za pružanje palijativne skrbi (9). Navedeno uključuje primjenu farmakoloških i nefarmakoloških metoda suzbijanja neugodnih simptoma, pomoć pri donošenju odluka, postavljanje ciljeva koji su u skladu s načelima palijativne skrbi, komunikaciju s pacijentom i njegovom obitelji te drugim članovima interdisciplinarnog i multidisciplinarnog tima (9). Palijativni pristup treba biti dostupan zdravstvenim djelatnicima u području primarne zdravstvene zaštite, općim bolnicama, domovima za starije i nemoćne osobe te ustanovama za pružanje zdravstvene njege u kući (9).

Opća palijativna skrb pruža se na razini primarne zdravstvene zaštite i u specijalističkim djelatnostima pri skrbi za pacijente s neizlječivim bolestima (9). Pružaju ju stručnjaci koji posjeduju znanja i iskustva iz područja palijativne skrbi, ali kojima palijativna skrb nije glavna djelatnost rada. Zbog prirode njihove specijalnosti, poput onkologije ili gerijatrije oni nerijetko pružaju skrb pacijentima s potrebama za palijativnom skrbi te mogu pružati opću palijativnu skrb u okviru njihovih stručnih znanja i iskustava (9).

Specijalistička palijativna skrb podrazumijeva službe kojima je glavna djelatnost pružanje palijativne skrbi (9). Navedene službe skrbe za pacijente čije su potrebe složene i zahtjevne te posljedično zahtijevaju veći broj osoblja te višu razinu obrazovanja i iskustva. Specijalistička palijativna skrb zahtijeva timski rad kombinirajući multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup (9).

Palijativna skrb u centrima izvrsnosti podrazumijeva specijalističku palijativnu skrb koja se pruža u različitim okruženjima poput ambulantne, kućne i stacionarne skrbi te konzilijarnih službi (9). Također, na ovoj razini provodi se obrazovanje, istraživanje te razvoj novih metoda i standarda palijativne skrbi (9).

Zaključno navedenom, palijativna skrb treba se temeljiti na holističkom pristupu i biti dostupna pacijentu u svakom okruženju kako bi se osigurao pravovremeni početak pružanja palijativne skrbi već pri postavljanju dijagnoze neizlječive bolesti, a s ciljem ublažavanja neugodnih simptoma bolesti i/ili tretmana te osiguravanja optimalne kvalitete života pacijenta i njegove obitelji.

1.2. Stres

Stres definiramo kao stanje u kojem dolazi do poremećaja ravnoteže organizma poradi fizičke, psihičke ili socijalne ugroženosti pojedinca i/ili njemu bliske osobe (6). Pojavljuje se onda kada osoba nije u stanju ispuniti prekomjerne izazove koje ona ili njena okolina za nju postavlja (6). Predstavlja poremećaj psihičke i tjelesne skladnosti organizma, odnosno homeostaze te može zahvatiti sve organske sustave, ali prvenstveno kardiovaskularni, neuroendokrinološki, imunosni i gastroenterološki sustav (6).

Stresor ili stresni podražaj definiran je kao svaki psihički, tjelesni ili socijalni podražaj koji pojedinca dovodi u stanje stresa (6). Stresori se dijele na:

- fizikalne i kemijske stresore, koji podrazumijevaju izloženost jakoj buci, izrazito visokim ili niskim temperaturama, nadražajnim tvarima, strujnom udaru, prirodnim nepogodama, senzornoj lišenosti;
- biološke stresore, koji uključuju pojavu bolesti, jaku bol, krvarenja, infekcije, anafilaktičku reakciju, gladovanje, dugotrajno uskraćivanje sna;
- psihičke stresore, uključujući izloženost različitim zahtjevima svakodnevnog života, neuspjesima, međuljudskim sukobima u obiteljskom i poslovnom životu, psihološkim konfliktima i frustracijama, nedostatak vremena, novca, gubitak bliske osobe, posla;
- socijalne stresore, koji pretpostavljaju izloženost različitim socijalnim promjenama, promjenama društvenih odnosa, ekonomskim krizama, ratovima, općim katastrofama (6).

Psihološke i fiziološke reakcije te promjene u ponašanju pojedinca koje nastaju kao posljedica stresa nazivaju se reakcijama na stres (6). Fiziološke reakcije na stres uključuju porast tjelesne temperature, pojačanu simpatičku aktivnost, proširene zjenice, porast krvnog tlaka, ubrzan rad srca, povećanu mišićnu napetost, povišenu razinu glukoze u krvi, ograničavanje imunosnih reakcija te povećanu koncentraciju slobodnih masnih kiselina u krvi (6). Navedene reakcije organizmu osiguravaju izoštrenost percepcije, dodatnu snagu te kognitivnu usmjerenost na uzrok stresa te imaju svoju svrhovitost pri akutnim stresovima,

odnosno pri obrani od opasnosti koja izaziva stres (6). Pri kroničnom stresu ove reakcije mogu biti ugrožavajuće te utjecati na nastajanje tjelesnih oštećenja i bolesti (6). Zbog stresom uzrokovanih fizioloških reakcija pojedinac može doživjeti određene subjektivne promjene poput nedostatka zraka, palpitacija, bolova u prsima, suhoće usta, znojenja te osjećaja mučnine (6). Psihološke reakcije na stres dijele se na spoznajne (teškoće u rasuđivanju, koncentraciji i pamćenju, promjene pozornosti, noćne more, zaboravljanje obveza, suicidalne misli, negativne misli) te emocionalne (potištenost, bezvoljnost, tjeskoba, strah, razdražljivost, napadi srdžbe, bespomoćnost i beznadnost, agresivno ponašanje, sumnjičavost, osjećaj manje vrijednosti) (6).

Trajanje i jačina navedenih reakcija na stres ovise o vrsti i jačini stresora te njihovu trajanju kao i o osobinama ličnosti, otpornosti na stresne reakcije te količini potpore koju pojedinac može očekivati od svoje socijalne okoline (6). Posljedično, poradi različitih utjecaja mogu se javiti razlike u reakcijama na iste stresore u različitim osoba. Primjerice, ukoliko osoba u određenim stresnim okolnostima procjeni da će biti u mogućnosti oduprijeti se stresu te da će pri tome imati podršku u rješavanju stresne situacije, jačina stresne reakcije bit će manja i njezino trajanje bit će kraće (6).

1.2.1. Patofiziološki mehanizmi stresa

Djelovanje stresa na organizam očituje se radom autonomnog živčanog sustava i sustava žlijezda s unutrašnjim izlučivanjem (6). Pri tome, istaknuta je važnost sustava hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HHN). Navedeni sustav regulira prilagodbu na povećane zahtjeve organizma te pomaže organizmu održavati homeostazu tijekom stresnih situacija. Pod utjecajem podražaja hipotalamusa, hipofiza izlučuje adrenokortikotropni hormon koji stimulira stvaranje i izlučivanje glukokortikoida (uključujući i kortizol) iz kore nadbubrežne žlijezde (6,11).

Kortizol je steroidni hormon koji se sintetizira iz kolesterola u kori nadbubrežne žlijezde (12). Razine kortizola homeostatskim procesima održavaju se u referentnim vrijednostima, obzirom da povišene ili snižene razine kortizola mogu imati negativne reperkusije na funkcioniranje različitih organskih sustava. Preciznije, gotovo sva tkiva imaju glukokortikoidne receptore stoga kortizol može utjecati na rad gotovo svakog organskog sustava: živčanog, imunskog, kardiovaskularnog, respiratornog, reproduktivnog, mišićno-koštanog i pokrovnog sustava (13). Kortizol ima mnoge značajne funkcije u organizmu, kao što je posredovanje u odgovoru na stresne situacije, reguliranje metabolizma, upalnih odgovora te imunodne funkcije (14).

Ljudski organizam neprestano reagira na unutarnje i vanjske stresore, obrađuje stresne informacije i reagira reakcijama na stres ovisno o stupnju ugroženosti (15). Pri stresnim situacijama dolazi do aktivacije simpatičkog živčanog sustava odgovornog za reakciju borbe ili bijega koja uzrokuje niz hormonalnih i fizioloških reakcija (15). Amigdala je dio mozga odgovoran za obradu emocionalnih podražaja te osjeća straha i uzbuđenja. U stresnim situacijama amigdala šalje signal hipotalamusu (15) koji potom aktivira simpatički živčani sustav te on potiče srž nadbubrežne žlijezde na oslobađanje kateholamina (16). Navedeno rezultira povećanjem broja otkucaja srca i ubrzanjem disanja. Ukoliko organizam nastavi percipirati podražaje kao prijatnu, hipotalamus aktivira HHN sustav pri čemu se oslobađa kortizol iz kore nadbubrežne žlijezde što omogućuje organizmu da nastavi biti u stanju pripravnosti obzirom da katabolički mehanizmi kortizola akutno osiguravaju organizmu energiju (16).

Glukoza u krvi i promjene u njoj razini pokreću ključne sistemske i unutarstanične procese (17). Otpuštanje glukokortikoida poput kortizola u krv dovodi do povećavanja koncentracije glukoze u krvi s ciljem povećanja koncentracije glukoze u mozgu. Navedeno se postiže djelovanjem kortizola na jetru, mišiće, masno tkivo i gušteraču, prvenstveno procesom glukoneogeneze. Glukoneogeneza je metabolički put koji rezultira sintetiziranjem glukoze te se aktivira kada je organizmu potrebna energija (17).

Izloženost kroničnom stresu može uzrokovati poremećaj u regulaciji HHN sustava što se može uočiti u razini i tijeku dnevnog oslobađanja kortizola (11). Tipičan dnevni ritam kortizola pokazuje značajno povećanje tijekom prvog sata nakon buđenja nakon čega slijedi postupno smanjenje tijekom dana s najnižim razinama prije spavanja. Doba dana stoga je važno pri procjenjivanju i interpretiranju profila kortizola (11). Smatra se da se razine kortizola razlikuju između osoba s povišenim razinama stresa i posljedično sindromom sagorijevanja te osobama s niskim razinama stresa (18). Vrijednosti kortizola lako su mjerljive laboratorijskim pretragama uzorka krvi, slina ili urina što ističe njegovu dijagnostičku važnost (16).

1.3. Profesionalni stres medicinskih sestara

Sve je veći istraživački interes za proučavanjem stresa na radnom mjestu i njegovih posljedica na dobrobit zdravstvenih radnika. Profesionalni stres ima ozbiljne posljedice na fizičko i psihološko zdravlje medicinskih sestara, kvalitetu pružene skrbi i organizaciju rada te je važan uzrok nezadovoljstva poslom u medicinskih sestara (19). Posljedično, može utjecati na donošenje odluke o napuštanju radnog mjesta (19).

Stres na radnom mjestu javlja se kada su zahtjevi (koji se u literaturi još nazivaju i “stresori,”) radnog okruženja veći i brojniji nego sposobnost radnika za suočavanje sa stresom (20). Navedeno dovodi do negativnih ishoda na individualnoj i organizacijskoj razini. Na individualnoj razini, stres doživljen na poslu povezuje se s visokom učestalošću zdravstvenih problema, sindroma sagorijevanja i nezadovoljstva poslom. Na organizacijskoj razini, stres na radnom mjestu dovodi do visokih stopa izostanaka s posla te može utjecati na produktivnost zaposlenika (20).

Istraživanja sugeriraju da se medicinske sestre u području palijativne skrbi susreću s brojnim emocionalnim, profesionalnim i organizacijskim izazovima (21,22). Navedeni izazovi mogu dovesti do profesionalnog stresa te sindroma sagorijevanja, osobito kada je podrška na radnom mjestu ograničena ili izostaje (23). Najčešći profesionalni stresori koje navode medicinske sestre uključuju neadekvatnu suradnju s ostalim članovima multidisciplinarnog tima, poteškoće pri ublažavanju boli i upravljanju drugim neugodnim simptomima u pacijenta, nedostatak adekvatnog obrazovanja i iskustva, nedostatak vremena za zadovoljavanje svih potreba pacijenata i njihovih obitelji te poteškoće pri održavanju emocionalne distance s pacijentom i njegovom obitelji (24). Izloženost patnji bolesnika i njegove obitelji te učestalim smrtnim ishodima, ali i etičke dvojbe povezane s pružanjem palijativne skrbi primjeri su emocionalnih stresora koji mogu doprinijeti emocionalnim poteškoćama u medicinskih sestara (24). Organizacijski stresori odnose se na nedostatak uvažavanja palijativne skrbi kao samostalne djelatnosti, preopterećenost poslom, dvosmislenost uloge medicinske sestre, nedostatak strukturne organizacije, ljudskih i materijalnih resursa te uključenosti medicinskih sestara u donošenje odluka (24).

Sukladno navedenim stresorima unutar područja palijativne skrbi, identificirani su različiti načini podrške na radnom mjestu (25). Prema literaturi, percepcija samoefikasnosti odgovara uvjerenju osobe u vlastitu sposobnost izvršenja određenih aktivnosti potrebnih za postizanje željenih rezultata (26). U ovom kontekstu samoefikasnost predstavlja osjećaj kompetentnosti i kontrole pri suočavanju sa zahtjevima palijativne skrbi. Preciznije, studije pokazuju kako povećanje osjećaja samoefikasnosti dovodi do više razine samostalnosti u radu, kao i da je zadovoljstvo poslom u velikoj mjeri povezano sa samoefikasnošću (27–29). Osobe s niskom razinom samoefikasnosti imaju tendenciju ka izbjegavanju situacija koje su u prošlosti dovele do neuspjeha (27). Sukladno tomu, medicinske sestre s niskom samoefikasnošću mogu izbjegavati izvođenje određenih intervencija poradi osjećaja neadekvatne pripremljenosti s ciljem izbjegavanja pogreške. Nastavno tomu, intervencije usredotočene na poticanje medicinskih sestara na povećanje samoefikasnosti, poput davanja pozitivnih povratnih

informacija te pružanja podrške mogu imati pozitivan utjecaj na razvoj osjećaja samoefikasnosti (30) i povećanje učinkovitosti zdravstvene njege (26). Nadalje, rad s pacijentima na kraju života može izazvati različiti spektar negativnih emocija u medicinskih sestara (31). Kako bi se izbjegao utjecaj negativnih emocija na njihovo psihičko i fizičko zdravlje potrebno je osigurati emocionalnu podršku. Navedena se očituje u edukaciji pojedinca kako prepoznati i na adekvatan način izraziti svoje osjećaje kao i u traženju podrške u svom radnom okruženju (31). Naposljetku, učestale promjene na radnom mjestu mogu biti stresne za medicinske sestre, naročito ako ne uključuju njihov doprinos (31). Stoga je od primarnog značenja razvoj radnog okruženja koje naglašava kulturu usmjerenu na zaposlenike u kojem zaposlenici sudjeluju pri donošenju odluka (32).

Kao što je prethodno navedeno, različiti profesionalni stresori s kojima se medicinske sestre suočavaju u okviru pružanja palijativne skrbi mogu dovesti do razvoja sindroma sagorijevanja (23). Definicije sindroma sagorijevanja su višeznačne i kompleksne. Jedna od često korištenih definicija opisuje sagorijevanje kao psihološki sindrom koji podrazumijeva emocionalnu iscrpljenost, smanjen osjećaj osobnog postignuća i depersonalizaciju (33). Takav oblik tipično se javlja u radnim okruženjima s prisutnošću kontinuiranog i kroničnog stresa (33). Također, sagorijevanje se opisuje i kao reakcija na odnos pojedinca prema njegovom poslu te kao neraskidiva povezanost između negativnog iskustva i pozitivnog angažmana pojedinca (34). Pri tome pojedinac nastoji očuvati ravnotežu kako bi se izbjegla pojavnost iscrpljenosti. Ukoliko dođe do otežanog održavanja ravnoteže s posljedičnom iscrpljenošću javljaju se aktivnosti kojima se zaposlenici emocionalno i kognitivno distanciraju od svog posla, razvijajući kompleksan mehanizam suočavanja (34). Dva primarna pokretača sagorijevanja uključuju pretjerano opterećenje poslom i sukob osobnih vrijednosti s vrijednostima organizacije (35). Dakle, sagorijevanje je prvenstveno uzrokovano percepcijom osobne neravnoteže poradi nezadovoljenih očekivanja na radnom mjestu (35).

Prisutnost sindroma sagorijevanja u sustavu zdravstva, kao i socijalne, psihološke i zdravstvene posljedice navedenoga ističu brojni autori (23,36–42). U prisustvu istih čimbenika rizika, neke osobe dožive sindrom sagorijevanja dok neke razviju različite mehanizme koji im pomažu smanjiti razine stresa (43). Navedeni čimbenici rizika uključuju nedostatak vremena za privatne i obiteljske aktivnosti, razvoj bliske povezanosti s pacijentom, percipiranje odgovornosti za smrt pacijenta, osjećaj neadekvatne pripremljenosti za smrt pacijenta, osjećaj bespomoćnosti i depersonalizacije te naposljetku smrt pacijenta (43). Nadalje, kao rizični čimbenici navode se i dugo radno vrijeme, rad na drugim odjelima, rad vikendom, izvođenje zahtjevnih intervencija, nedostatan broj osoblja, planiranje i upravljanje višestrukim i složenim

potrebama pacijenata te sudjelovanje u rješavanju sukoba između pojedinaca i zdravstvenog sustava (40). Neuspjeh u suočavanju s visokim razinama sagorijevanja može uzrokovati pojavu adaptivnih odgovora koji imaju negativne reperkusije za mentalno zdravlje pojedinca. Preciznije, navedeno može dovesti do razvoja tjeskobe, anksioznosti, demoralizacije, lošijeg općeg zdravlja i dobiti pojedinca te niskog zadovoljstva poslom (44). Unatoč tomu, palijativna skrb ne mora nužno imati negativne posljedice na medicinske sestre (44). Preciznije, medicinske sestre imaju priliku za introspekciju, razmišljanje o vlastitoj perspektivi života i smrtnosti, poboljšanje osobnog rasta, samoostvarenja i suosjećanja te za smanjenje straha od smrti (44).

Za razliku od sindroma sagorijevanja koji je obično povezan sa samim radnim okruženjem, pojam zamor od suosjećanja rezultat je opetovane izloženosti patnji i traumi drugih osoba (34). Zamor od suosjećanja opisuje se kao iscrpljujući umor izazvan empatičnim reakcijama na opetovanu bol i patnju drugih, pri čemu medicinske sestre mogu apsorbirati i internalizirati emocije pacijenata, a ponekad i njihovih radnih kolega (45). Simptomi uključuju tjeskobu, nametljive misli, apatiju, depresiju, smanjeni entuzijazam, desenzibilizaciju, razdražljivost, emocionalni osjećaj preopterećenosti te emocionalne i misaone poremećaje (46). Izuzev negativnih posljedica zamora od suosjećanja na fizičko i psihičko zdravlje medicinskih sestara, ono može imati i negativne reperkusije na dobrobit zdravstvene organizacije poput učestalih izostanaka s posla i fluktuacije osoblja, smanjene kvalitete skrbi, smanjene sigurnosti pacijenata te poteškoća pri zapošljavanju i zadržavanju osoblja na radnom mjestu (46–49).

Jedan od rizičnih čimbenika za razvoj sindroma sagorijevanja u medicinskih sestara predstavljaju i sekundarna traumatska iskustva koja negativno utječu na profesionalno funkcioniranje povećavajući vjerojatnost razvoja sindroma sagorijevanja, kao i nižeg zadovoljstva poslom i životom (50). Izrazi sekundarni traumatski stres (STS) i sekundarni traumatski stresni poremećaj označavaju skup simptoma koje su razvile osobe izložene promatranju i bliskom kontaktu s ljudima koji doživljavaju traumu ili patnju (51). Za razliku od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), osoba sa STS-om ne doživljava traumatski događaj osobno nego posredno pri skrbi za traumatiziranu osobu (52). Simptomi STS-a slični su onima koji se manifestiraju kod osoba s dijagnozom PTSP-a. Navedeni uglavnom uključuju povratna sjećanja, nesanicu ili noćne more te izbjegavanje misli i situacija povezanih s traumatskim događajem (53). Ostale negativne posljedice mogu se pojaviti u psihološkoj i emocionalnoj sferi, kao što su osjećaji ljutnje, bespomoćnosti, anksioznosti, straha te u kognitivnoj sferi, primjerice razvoj negativnih uvjerenja o sebi i svijetu (53). Osobe s visokim rizikom za razvoj STS-a su osobe koje karakterizira visoka razina empatije i emocionalne

povezanosti sa subjektima rada, učestala izloženost traumatskim događajima te neadekvatna mreža socijalne podrške (50).

Zaključno navedenom, medicinske sestre općenito, a poglavito one koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imaju visok rizik za razvoj zamora od suosjećanja, STS-a te posljedično sindroma sagorijevanja budući da su opetovano izložene traumi i patnji pacijenata kao i različitim emocionalnim i profesionalnim izazovima.

2. Cilj istraživanja

Glavni cilj istraživanja je ispitati razinu profesionalnog stresa medicinskih sestara pri pružanju palijativne skrbi i palijativne zdravstvene njege.

Specifični ciljevi

1. Ispitati razinu profesionalnog i općeg stresa medicinskih sestara koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu u odnosu na medicinske sestre koje ne pružaju palijativnu zdravstvenu njegu.
2. Ispitati samopoštovanje, otpornost na stres, razinu anksioznosti, depresivnosti i pospanosti u medicinskih sestara koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu u odnosu na medicinske sestre koje ne pružaju palijativnu zdravstvenu njegu.
3. Ispitati povezanost profesionalnog stresa medicinskih sestara s općim stresom, otpornošću na stres, pospanošću, anksioznošću, depresivnošću, samopoštovanjem i osobnošću.

Hipoteze

H1. Medicinske sestre koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imaju višu razinu profesionalnog i općeg stresa u odnosu na medicinske sestre koje ne pružaju palijativnu zdravstvenu njegu.

H2. Medicinske sestre koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imaju nižu razinu samopoštovanja i otpornosti na stres te višu razinu anksioznosti, depresivnosti i pospanosti u odnosu na medicinske sestre koje ne pružaju palijativnu zdravstvenu njegu.

H3. Profesionalni stres medicinskih sestara povezan je s općim stresom, otpornošću na stres, pospanošću, anksioznošću, depresivnošću, samopoštovanjem i osobnošću.

3. Ispitanici i metode

Provedeno je presječno istraživanje u svrhu ispitivanja razine stresa medicinskih sestara koje pružaju palijativnu skrb i palijativnu zdravstvenu njegu. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Sveučilišta u Zadru (klasa:114-06/22-01/20; ur.br.:15-22-01) u ožujku 2022. godine. Ispitivanje je provedeno od travnja do srpnja 2022. godine distribucijom anketnog upitnika u obliku Google Form obrasca. U istraživanje se uključilo 185 ispitanika. Slanjem ispunjenog anketnog upitnika ispitanici su dali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

Kriteriji uključenja su bili završena srednja medicinska škola i/ili studij sestrinstva i zaposlenost u zdravstvenim ustanovama na području Republike Hrvatske. Kriteriji isključenja bili su nezaposlenost, umirovljenje, zaposlenost u ustanovama koje nisu u sustavu zdravstva i neadekvatno popunjen upitnik. Temeljem kriterija isključenja, iz istraživanja je isključeno 5 ispitanika.

3.1. Mjerni instrumenti

Mjerni instrument je anketni upitnik sastavljen kombinacijom više upitnika i validiranih skala. Sadržavao je pitanja o sociodemografskim podacima, samoprocjeni osobnosti, samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti, otpornosti te općem i profesionalnom stresu.

Strukturirani upitnik sociodemografskih podataka konstruiran je za potrebe ovog istraživanja u svrhu procjene sociodemografskih, socijalnih i zdravstvenih podataka o ispitanicima. Uključivao je podatke o spolu, dobi, bračnom statusu, roditeljstvu, razini obrazovanja, samoprocjeni ekonomskog stanja, mjesečnim prihodima, broju bliskih prijatelja, učestalosti druženja s bliskim prijateljima te samoprocjeni zdravstvenog stanja.

Skala osobnosti (*engl. Ten-Item Personality Inventory; TIPI*) primijenila se za ispitivanje pet dimenzija osobnosti. Uključuje deset čestica, preciznije po dvije čestice za svaku dimenziju osobnosti. Pet čestica negativno je usmjereno te su se navedene čestice obrnuto bodovale. Ukupan rezultat dobiven je zbrajanjem bodova na Likertovoj ljestvici od sedam stupnjeva (1 = uopće se ne slažem; 2 = umjereno se ne slažem; 3 = dijelom se ne slažem; 4 = niti se slažem, niti se ne slažem; 5 = dijelom se slažem; 6 = umjereno se slažem; 7 = u potpunosti se slažem) (54). Unutarnja dosljednost upitnika bila je zadovoljavajuća; $\alpha=0,65$.

Skala samopoštovanja (*engl. Rosenberg Self-Esteem Scale; RSES*) mjeri razinu globalnog samopoštovanja, preciznije ono što osoba misli o sebi (55). Sadrži deset čestica od kojih je pet definirano u negativnom smjeru te su se navedene čestice bodovale obrnuto. Svaki odgovor boduje se na Likertovoj ljestvici od pet stupnjeva (1 = uopće se ne slažem; 2 = uglavnom se ne slažem; 3 = niti se slažem niti se ne slažem; 4 = uglavnom se slažem; 5 = potpuno se slažem). Rezultati se kreću od 10 do 50 bodova, a veći broj bodova odražava višu razinu samopoštovanja (55). Unutarnja dosljednost upitnika bila je dobra; $\alpha=0,73$.

Skala anksioznosti (*engl. Generalised Anxiety Disorder; GAD-7*) upotrebljava se za utvrđivanje te procjenu stupnja simptoma generaliziranog anksioznog poremećaja (56). Sastoji se od sedam čestica te se odgovori ispitanika odnose na vremensko razdoblje od posljednja dva tjedna. Svaki odgovor boduje se vrijednošću od nula do tri (0 = uopće ne; 1 = nekoliko dana; 2 = više od polovice navedenih dana; 3 = skoro svaki dan). Rezultat predstavlja zbroj bodova na temelju kojeg se određuje nivo anksioznosti kao minimalna anksioznost (0-4), blaga anksioznost (5-9), umjerena anksioznost (10-14) i ozbiljna anksioznost (15-21) (56). Unutarnja dosljednost upitnika bila je vrlo visoka; $\alpha=0,93$.

Skala depresivnosti (*engl. Patient Health Questionnaire; PHQ-9*) mjeri prisutnost i težinu depresivnosti (57). Sastoji se od devet čestica te se odgovori ispitanika odnose na vremensko razdoblje od posljednja dva tjedna. Svaki se odgovor boduje vrijednošću od nula do tri (0 = uopće ne; 1 = nekoliko dana; 2 = više od polovice navedenih dana; 3 = skoro svaki dan). Rezultat predstavlja zbroj bodova te se ovisno o rezultatu određuje minimalna depresivnost (0-4), blaga depresivnost (5-9), umjerena depresivnost (10-14), umjereno teška depresivnost (15-19) i teška depresivnost (20-27) (57). Unutarnja dosljednost upitnika bila je vrlo visoka; $\alpha=0,90$.

Skala pospanosti (*engl. Epworth sleepiness scale; ESS*) primjenjuje se za procjenu razine dnevne pospanosti pri svakodnevnim životnim situacijama (58). Sastoji se od osam čestica te se svaki odgovor boduje vrijednošću od nula do tri (0 = nikada ne bih zadrijemao(la); 1 = malo je vjerojatno da bih zadrijemao(la); 2 = umjereno je vjerojatno da bih zadrijemao(la); 3 = vrlo je vjerojatno da bih zadrijemao(la)). Ukupan rezultat predstavlja zbroj bodova, a rezultati se kreću od nula do 24. Zbroj bodova veći od 10 podrazumijeva višu razinu pospanosti od uobičajene (58). Unutarnja dosljednost upitnika bila je visoka; $\alpha=0,82$.

Skala otpornosti na stres (*engl. Brief Resilience Scale; BRS*) ispituje povezanost otpornosti sa sposobnošću oporavka od stresa (59). Sastoji se od šest čestica, od kojih su tri negativno, a tri pozitivno usmjerene. Negativno usmjerene čestice bodovale su se obrnuto. Svaki odgovor boduje se na Likertovoj ljestvici od pet stupnjeva (1 = uopće se ne slažem; 2 = ne slažem se; 3 = niti se slažem, niti se ne slažem; 4 = slažem se; 5 = u potpunosti se slažem).

Rezultat se dobiva izračunom prosječnog rezultata nakon zbroja svih čestica. Prosječna ocjena manja od 3,0 ukazuje na nisku otpornost na stres i sporiji oporavak od stresnih podražaja, a veća od 4,3 ukazuje na visoku otpornost i brži oporavak od stresa (59). Unutarnja dosljednost upitnika bila je visoka; $\alpha=0,85$.

Skala općeg stresa (*engl. Perceived Stress Scale; PSS-10*) mjeri stupanj u kojem pojedinac smatra svoj život nepredvidljivim, pod pretjeranim opterećenjem te u nemogućnosti kontrole (60). Sastoji od 10 čestica od kojih su četiri pozitivno usmjerene te su se obrnuto bodovale. Odgovori se boduju na Likertovoj ljestvici od pet stupnjeva (1 = nikad; 2 = gotovo nikad; 3 = ponekad; 4 = poprilično često; 5 = vrlo često). Rezultat se dobiva zbrajanjem bodova pri čemu veći rezultat ukazuje da ispitanici teže doživljavaju opći, svakodnevni stres (60). Unutarnja dosljednost upitnika bila je visoka; $\alpha=0,85$.

Skala stresa medicinskih sestara (*engl. Nursing Stress Scale; NSS*) primjenjuje se za identificiranje izvora profesionalnog stresa te mjerenje učestalosti izlaganja medicinskih sestara navedenim radnim stresorima (8). Sastoji se od 34 čestice podijeljene u sedam subskala. To su: smrt i proces umiranja (sedam čestica); sukob s liječnikom (pet čestica); neadekvatna pripremljenost (tri čestice); nedostatak podrške (tri čestice); sukobi s ostalim medicinskim sestrama (pet čestica); radno opterećenje (šest čestica); nesigurnost u pogledu tretmana pacijenta (pet čestica). Ispitanici su na skali od četiri stupnja (1 = nikad; 1 = povremeno; 3 = često; 4 = vrlo često) procjenjivali koliko im je često pojedina situacija na radnom mjestu bila stresna. Rezultat predstavlja zbroj bodova pri čemu veći rezultat ukazuje na višu razinu profesionalnog stresa medicinskih sestara (8). Unutarnja dosljednost upitnika bila je vrlo visoka; $\alpha=0,96$.

Nakon završetka prve faze istraživanja, odnosno prikupljanja podataka, pristupilo se drugoj fazi istraživanja u kojoj je provedeno grupiranje podataka. Prikupljeni podaci obrađeni su pomoću IBM SPSS Statistics verzija 25.0 te Microsoft Office Excel programa.

Treća faza istraživanja uključila je provođenje statističke analize podataka, preciznije deskripciju, komparaciju i korelaciju podataka. Pouzdanost upitnika analizirana je Cronbach alpha koeficijentom. Pri ispitivanju normalnosti distribucije primijenjen je Kolmogorov-Smirnovljevi test. Za opis kategorijskih varijabli korišten je apsolutni broj i postotak te medijan i interkvartilni raspon za numeričke varijable. Kruskal-Wallis test primijenjen je za ispitivanje razlike među numeričkim varijablama. Hi-kvadrat test se koristio za kategorijske varijable. U analizi povezanosti varijabli primijenila se neparametrijska korelacijska analiza primjenom Spearmanova koeficijenta korelacije ranga. Statistički značajnim smatrane su vrijednosti $p < 0,05$. Podatci su prikazani tablično i grafički.

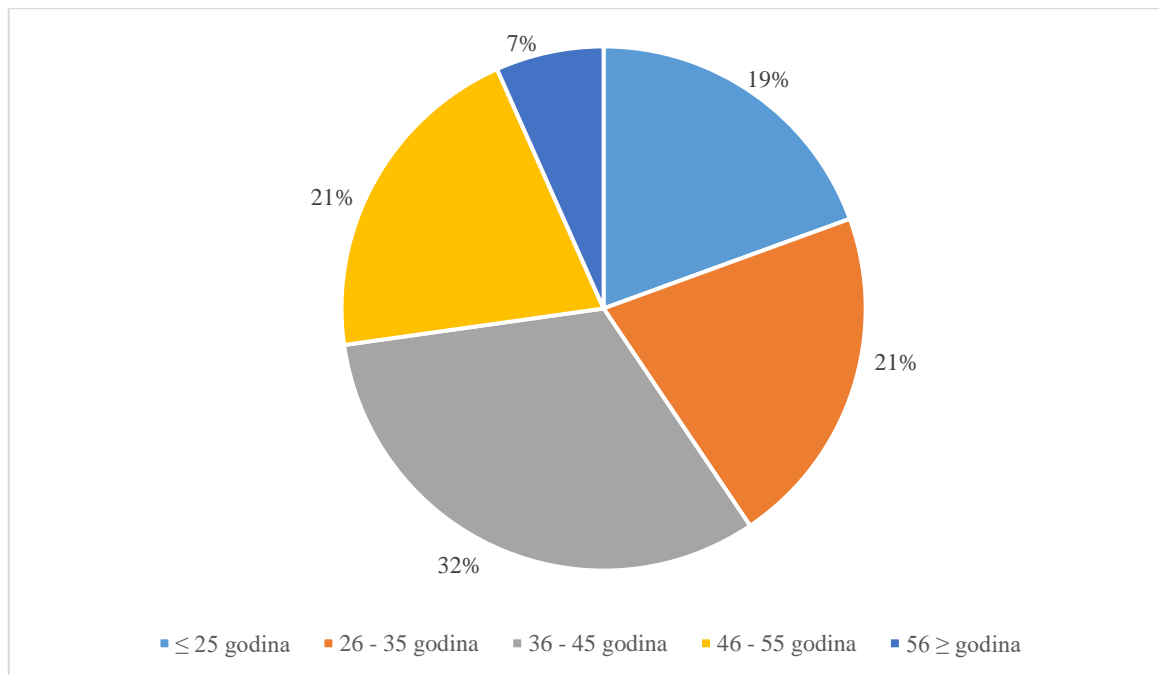
4. Rezultati

4.1. Sociodemografski podatci

Najveći broj ispitanika (51;29,0%) bio je iz Zadarske županije, zatim Grada Zagreba (20;11,4), Splitsko-dalmatinske (17;9,7), Primorsko-goranske (13;7,4), Zagrebačke (13;7,4) i Varaždinske (12;6,8) županije. Najmanji broj ispitanika bio je iz Ličko-senjske županije (1;0,6) (Tablica 1).

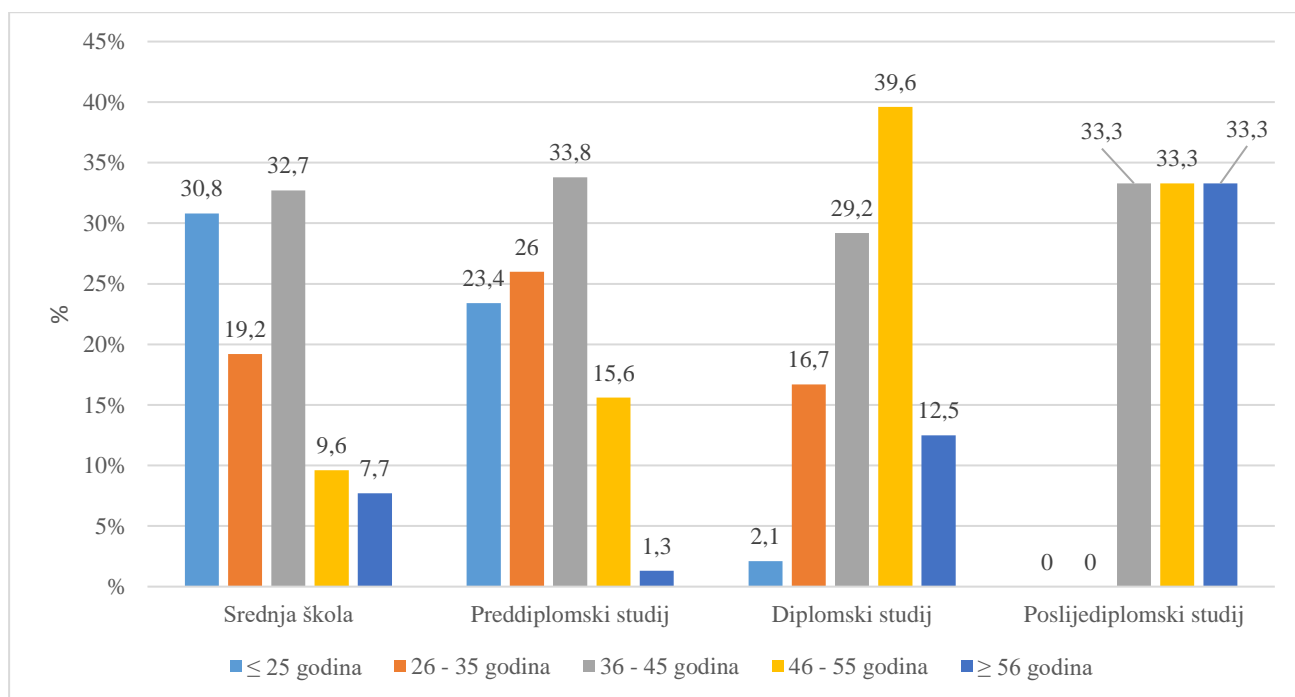
	Broj (N)	Postotak (%)
Zagrebačka županija	13	7,4
Krapinsko-zagorska županija	4	2,3
Sisačko-moslavačka županija	5	2,8
Karlovačka županija	6	3,4
Varaždinska županija	12	6,8
Koprivničko-križevačka županija	4	2,3
Bjelovarsko-bilogorska županija	3	1,7
Primorsko-goranska županija	13	7,4
Ličko-senjska županija	1	0,6
Virovitičko-podravska županija	3	1,7
Požeško-slavonska županija	2	1,1
Brodsko-posavska županija	2	1,1
Zadarska županija	51	29,0
Osječko-baranjska županija	4	2,3
Šibensko-kninska županija	6	3,4
Vukovarsko-srijemska županija	2	1,1
Splitsko-dalmatinska županija	17	9,7
Istarska županija	5	2,8
Dubrovačko-neretvanska županija	3	1,7
Grad Zagreb	20	11,4

U uzorku su prevladavale žene (174;97,2%) (Tablica 2). Prosječna dob ispitanika bila je $37,9 \pm 10,8$ s rasponom dobi od 20 do 61 godine. Najveći broj ispitanika bio je u dobnoj skupini od 36 do 45 godina (58;32,2%), a najmanji u dobnoj skupini od 56 i više godina (12;6,7%) (Slika 1, Tablica 2).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema dobnim skupinama

Većina ispitanika imala je završen preddiplomski studij (77;42,8%), zatim srednju školu (52;28,9%), diplomski studij (48;26,7%), dok je najmanji broj ispitanika završio poslijediplomski studij (3;1,7%) (Tablica 2). Na slici 2 vidljiva je raspodjela ispitanika prema dobnim skupinama i razini obrazovanja.



Slika 2. Raspodjela ispitanika prema dobnim skupinama i razini obrazovanja

U uzorku su prevladavali ispitanici koji su u braku (114;63,3%) i imaju djecu (120;66,7%). Najveći broj ispitanika svoje ekonomsko stanje procijenio je kao dosta dobro (95;52,8%), dok tek tri (1,7%) ispitanika navedeno procjenjuje kao loše. Nastavno tomu, najveći broj ispitanika (62;34,4%) imao je mjesečne prihode više od 15 000 kuna, a najmanji mjesečne prihode niže od 6 000 kuna (7;3,9%). Većina ispitanika procijenila je kako ima dva (44;24,4%) i tri bliska prijatelja (43;23,9%) koja mogu zamoliti za bilo koju uslugu, a s kojima se druže barem jednom tjedno (72;40,0%). Svoje zdravstveno stanje najveći broj ispitanika procijenilo je kao dobro (126;70,0) i izvrsno (46;25,6%), dok je mali broj ispitanika istaknuo da im je zdravstveno stanje zabrinjavajuće (8;4,4%) (Tablica 2).

Tablica 2. Sociodemografska, socijalna i zdravstvena obilježja ispitanika (N = 180)

		Broj (N)	Postotak (%)	p vrijednost*
Spol	Žensko	174	97,2	<0,001
	Muško	5	2,8	
Dob	≤ 25	35	19,4	<0,001
	26 – 35	38	21,1	
	36 – 45	58	32,2	
	46 – 55	37	20,6	
	≥ 56	12	6,7	
Bračno stanje	Slobodan/na	39	21,7	<0,001
	U braku	114	63,3	
	U izvanbračnoj zajednici	15	8,3	
	Razveden/a	10	5,6	
	Udovac/ica	2	1,1	
Roditeljstvo	Da	120	66,7	<0,001
	Ne	60	33,3	
Razina obrazovanja	Srednja škola	52	28,9	<0,001
	Preddiplomski studij	77	42,8	
	Diplomski studij	48	26,7	
	Poslijediplomski studij	3	1,7	
Samoprocjena ekonomskog stanja	Loše	3	1,7	<0,001
	Osrednje	75	41,7	
	Dosta dobro	95	52,8	
	Odlično	7	3,9	
Mjesečni prihodi	< 6.000 kn	7	3,9	<0,001
	6.000 kn – 8.000 kn	23	12,8	
	8.000 kn – 10.000 kn	27	15,0	
	10.000 kn – 15.000 kn	61	33,9	
	> 15.000 kn	62	34,4	
Broj bliskih prijatelja	Jedan prijatelj	15	8,3	<0,001
	Dva prijatelja	44	24,4	
	Tri prijatelja	43	23,9	
	Četiri i više prijatelja	78	43,3	
Učestalost druženja s bliskim prijateljima	Rijetko	20	11,1	<0,001
	2 – 3 puta mjesečno	15	8,3	
	Jednom mjesečno	28	15,6	
	Na tjednoj razini	117	65,0	
Procjena vlastitog zdravstvenog stanja	Zabrinjavajuće (teža bolest)	8	4,4	<0,001
	Lakše ili povremene poteškoće	126	70,0	
	Izvršno	46	25,6	

Bilješke: *Hi kvadrat test (Chi-Square Goodness-of-Fit Test).

Najveći broj ispitanika bio je zaposlen u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti (131;72,2%), zatim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (32;17,8%), gerijatrijskoj djelatnosti (9;5,0%), ustanovama za osobe s invaliditetom (6;3,3%) te najmanji broj u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući (2;1,1%); $p < 0,001$. Među zaposlenima u bolničkoj djelatnosti, najveći broj njih bio je zaposlen u internističkoj djelatnosti (34;26,0%), a najmanji broj na odjelima za intenzivno liječenje (5;3,8%); $p < 0,001$. Većina ispitanika radila je samo u jutarnjoj smjeni (81;45,0%), zatim u turnusima – 12/12h (67;37,2%), $p < 0,001$. Na rukovodećem radnom mjestu radilo je 59 ispitanika (32,8%); $p < 0,001$.

Palijativnu zdravstvenu njegu svakodnevno su pružala 72 ispitanika (40,0%), a nekoliko puta tjedno njih 22 (12,2%). Nekoliko puta godišnje to je činio 31 ispitanik (17,2%), a nekoliko puta mjesečno njih 25 (13,9%). Trideset ispitanika nikada nije pružalo palijativnu zdravstvenu njegu (16,7%); $p < 0,001$ (Tablica 3).

Tablica 3. Područje skrbi, djelatnosti, način rada i učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege (N = 180)

		Broj (N)	Postotak (%)	p vrijednost*
Područje skrbi	Primarna zdravstvena zaštita	32	17,8	<0,001
	Stacionarna zdravstvena zaštita	131	72,8	
	Gerijatrijska skrb	9	5,0	
	Skrb za osobe s invaliditetom	6	3,3	
	Zdravstvena njega u kući	2	1,1	
Djelatnost u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti	Internistička djelatnost	34	26,0	<0,001
	Kirurška djelatnost	22	16,8	
	Pedijatrijska djelatnost	19	14,5	
	Psihijatrijska djelatnost	12	9,2	
	Ginekološka djelatnost	6	4,6	
	Palijativna djelatnost	13	9,9	
	Intenzivno liječenje	5	3,8	
	Ostali odjeli	12	9,2	
Smjenski rad	Upravna djelatnost	8	6,1	<0,001
	Jutarnja smjena	81	45,0	
	Dvije smjene	15	8,3	
	Tri smjene	17	9,4	
Rukovodeće radno mjesto	Turnus (12h/12h)	67	37,2	<0,001
	Da	59	32,8	
Učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege	Ne	121	67,2	<0,001
	Svaki dan	72	40,0	
	Nekoliko puta tjedno	22	12,2	
	Nekoliko puta mjesečno	25	13,9	
	Nekoliko puta godišnje	31	17,2	
	Nikada	30	16,7	

Bilješke: *Hi kvadrat test (Chi-Square Goodness-of-Fit Test).

4.2. Razlike u razini samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti, otpornosti, općeg i profesionalnog stresa s obzirom na profesionalna obilježja

Nije pronađena statistički značajna razlika u razini samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti te općeg i profesionalnog stresa s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika. Nađena je statistički značajna razlika u procjeni otpornosti na stres ($p=0,043$) s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika. Ispitanici visoke razine obrazovanja imali su višu razinu otpornosti na stres od ostalih ispitanika, dok su ispitanici srednje razine obrazovanja imali najnižu razinu otpornosti na stres (Tablica 4).

Tablica 4. Razlike samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti, otpornosti na stres te općeg i profesionalnog stresa s obzirom na razinu obrazovanja

	Srednja škola	Preddiplomski studij	Diplomski studij	Poslijediplomski studij	p vrijednost*
Samopoštovanje	76,4	94,6	97,6	117,8	0,109
Anksioznost	91,1	87,4	94,3	99,2	0,890
Depresivnost	95,6	88,5	87,1	109,3	0,748
Pospanost	83,4	93,4	91,7	121,3	0,515
Otpornost na stres	74,1	94,3	100,5	117,5	0,043
Opći stres	105,9	84,0	85,2	75,8	0,088
Profesionalni stres	99,1	89,3	83,4	88,2	0,503

Bilješke: *Kruskal-Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za razinu obrazovanja ispitanika.

Nađena je statistički značajna razlika u razini anksioznosti ($p=0,039$), depresivnosti ($p=0,028$) i profesionalnog stresa ($p=0,005$) u odnosu na područje skrbi. Preciznije, najvišu razinu anksioznosti, depresivnosti i percipiranog profesionalnog stresa imali su ispitanici zaposleni u djelatnosti zdravstvene njege u kući, dok su najnižu razinu imali oni zaposleni u ustanovama za osobe s invaliditetom (Tablica 5).

Tablica 5. Razlike samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, otpornosti na stres te općeg i profesionalnog stresa s obzirom na područje skrbi

	PZZ	SZZ	GS	SOI	ZNJK	p vrijednost*
Samopoštovanje	106,7	85,6	109,0	105,6	23,5	0,055
Anksioznost	80,8	93,9	92,9	42,1	156,0	0,039
Depresivnost	75,1	95,3	76,2	62,5	168,5	0,028
Otpornost na stres	104,2	87,1	97,7	99,8	35,8	0,250
Opći stres	81,6	92,0	85,8	87,2	170,3	0,211
Profesionalni stres	72,1	94,8	102,8	47,8	177,3	0,005

Bilješke: *Kruskal Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za područje skrbi medicinskih sestara; PZZ = Primarna zdravstvena zaštita; SZZ = Stacionarna zdravstvena zaštita; GS = Gerijatrijska skrb; SOI = Skrb za osobe s invaliditetom; ZNJK = Zdravstvena njega u kući.

Promatrajući ispitanike s obzirom na učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege, nalazi se da su ispitanici koji palijativnu zdravstvenu njegu pružaju svaki dan imali višu razinu percipiranog profesionalnog stresa, dok su oni koji navedenu skrb ne pružaju nikada pokazali najnižu razinu ($p < 0,001$). Pri analizi razine samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti, otpornosti na stres i općeg stresa u odnosu na učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege nije pronađena statistički značajna razlika (Tablica 6).

Tablica 6. Razlike samopoštovanja, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti, otpornosti na stres te općeg i profesionalnog stresa s obzirom na učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege

	Svaki dan	Nekoliko puta tjedno	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta godišnje	Nikada	P vrijednost*
Samopoštovanje	80,4	104,6	97,5	94,4	94,5	0,273
Anksioznost	93,7	80,0	89,8	101,2	80,0	0,445
Depresivnost	98,7	71,3	94,6	94,6	77,4	0,133
Pospanost	83,7	91,9	100,5	86,0	102,2	0,414
Otpornost na stres	85,8	112,8	86,4	81,7	98,0	0,178
Opći stres	98,1	81,4	88,6	98,1	72,7	0,171
Profesionalni stres	110,8	102,7	79,5	74,7	58,3	<0,001

Bilješke: *Kruskal Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege.

4.3. Razlike u percepciji profesionalnog stresa s obzirom na profesionalna obilježja

Analizirajući pojavnost specifičnih čimbenika stresa u odnosu na područje skrbi, vidljivo je da su ispitanici zaposleni u gerijatrijskoj skrbi te ustanovama za osobe s invaliditetom i zdravstvenu njegu u kući imali najvišu razinu profesionalnog stresa u domeni neadekvatne pripremljenosti ($p=0,034$). Nadalje, ispitanici zaposleni u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti imali su najvišu razinu profesionalnog stresa u domeni sukoba s ostalim medicinskim sestrama ($p=0,035$) te radnog opterećenja ($p=0,006$). Valja istaknuti da su najmanju razinu profesionalnog stresa za navedene domene imali ispitanici zaposleni u području primarne zdravstvene zaštite (Tablica 7).

Tablica 7. Razlike u pojavnosti čimbenika profesionalnog stresa s obzirom na područje skrbi

	PZZ	SZZ	GS, SOI, ZNJK	p vrijednost*
Smrt i proces umiranja	85,0	91,1	96,6	0,738
Sukob s liječnikom	73,8	93,1	101,8	0,106
Neadekvatna pripremljenost	74,8	91,2	114,6	0,034
Nedostatak podrške	84,5	91,9	91,0	0,762
Sukobi s ostalim medicinskim sestrama	70,1	96,1	85,5	0,035
Radno opterećenje	66,5	97,7	80,1	0,006
Nesigurnost u pogledu tretmana pacijenta	75,2	93,5	96,0	0,183

Bilješke: *Kruskal Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za područje skrbi medicinskih sestara; PZZ = Primarna zdravstvena zaštita; SZZ = Stacionarna zdravstvena zaštita; GS = Gerijatrijska skrb; SOI = Skrb za osobe s invaliditetom; ZNJK = Zdravstvena njega u kući.

Promatrajući ispitanike s obzirom na učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege vidljivo je kako su ispitanici koji svakodnevno pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imali višu razinu profesionalnog stresa u odnosu na one koji navedenu skrb ne pružaju nikada. Nađena je statistički značajna razlika u domenama smrt i proces umiranja ($p < 0,001$), sukob s liječnikom ($p < 0,001$), neadekvatna pripremljenost ($p < 0,001$) te nesigurnost u pogledu tretmana pacijenta; $p = 0,001$ (Tablica 8).

Tablica 8. Razlike u pojavnosti čimbenika profesionalnog stresa s obzirom na učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege

	Svaki dan	Nekoliko puta tjedno	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta godišnje	Nikada	p vrijednost*
Smrt i proces umiranja	119,3	96,3	79,7	64,0	53,6	<0,001
Sukob s liječnikom	108,6	97,1	79,3	83,4	59,0	<0,001
Neadekvatna pripremljenost	107,4	103,4	85,3	73,5	62,3	<0,001
Nedostatak podrške	94,4	98,2	81,4	88,3	85,3	0,719
Sukobi s ostalim medicinskim sestrama	98,3	96,9	95,1	88,0	65,8	0,059
Radno opterećenje	101,4	95,1	85,1	82,5	73,7	0,111
Nesigurnost u pogledu tretmana pacijenta	105,8	106,2	73,2	79,6	68,1	0,001

Bilješke: *Kruskal Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za učestalost pružanja palijativne zdravstvene njege.

U tablici 9 vidljivo je kako su ispitanici sa srednjom stručnom spremom zaposleni u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti prijavili najvišu razinu percipiranog profesionalnog stresa u domeni neadekvatne pripremljenosti ($p = 0,045$) te radnog opterećenja ($p = 0,030$). Valja naglasiti da su ispitanici zaposleni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prijavili najnižu razinu percipiranog profesionalnog stresa za navedene domene (Tablica 9).

Tablica 9. Razlike u pojavnosti čimbenika stresa s obzirom na razinu obrazovanja i područje skrbi

Razina obrazovanja	Djelatnost	Domene profesionalnog stresa							Ukupno profesionalni stres
		Smrt i proces umiranja	Sukob s liječnikom	Neadekvatna pripremljenost	Nedostatak podrške	Sukobi s ostalim medicinskim sestrama	Radno opterećenje	Nesigurnost u pogledu tretmana pacijenta	
Srednja škola	PZZ	18,36	22,21	13,50	14,36	17,07	14,14	14,50	14,21
	SZZ	28,31	26,88	28,76	28,38	27,53	29,39	28,23	28,69
	GS, OSI, ZNJK	23,40	29,50	26,60	28,50	31,50	20,70	29,50	26,20
	p vrijednost*	0,244	0,675	0,045	0,069	0,175	0,030	0,077	0,066
Preddiplomski studij	PZZ	39,44	29,06	33,94	37,92	32,53	32,08	34,44	32,69
	SZZ	37,34	41,38	38,29	39,63	42,78	43,18	40,84	41,39
	GS, OSI, ZNJK	45,50	44,91	50,36	38,05	33,09	32,09	38,41	38,91
	p vrijednost*	0,547	0,085	0,142	0,948	0,158	0,107	0,580	0,372
Diplomski studij	PZZ	24,57	23,71	24,50	32,43	19,79	18,93	24,79	23,00
	SZZ	24,53	24,89	24,05	22,68	25,41	25,00	24,15	24,44
	GS, OSI, ZNJK	23,00	14,50	42,50	42,00	21,00	43,50	36,50	37,50
	p vrijednost*	0,994	0,751	0,410	0,098	0,592	0,219	0,678	0,624

Bilješke: *Kruskal-Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za razinu obrazovanja i područje skrbi; PZZ = Primarna zdravstvena zaštita; SZZ = Stacionarna zdravstvena zaštita; GS = Gerijatrijska skrb; SOI = Skrb za osobe s invaliditetom; ZNJK = Zdravstvena njega u kući.

4.4. Razlike u dimenzijama osobnosti s obzirom na profesionalna obilježja

Rezultati pokazuju da su se ispitanici zaposleni u gerijatrijskoj djelatnosti, ustanovama za osobe s invaliditetom i zdravstvenu njegu u kući znatno više samoprocijenili ugodnima i susretljivima, nego oni zaposleni u ostalim djelatnostima; $p=0,003$ (Tablica 10).

Tablica 10. Razlike u dimenzijama osobnosti s obzirom na područje skrbi

	PZZ	SZZ	GS, SOI, ZNJK	p vrijednost*
Ekstrovertiran	97,0	87,7	100,0	0,480
Ugodan/susretljiv	96,1	84,1	129,2	0,003
Savjestan	87,2	90,2	99,1	0,725
Emocionalno stabilan	98,6	88,6	89,8	0,621
Otvoren	91,1	88,8	102,9	0,565

Bilješke: *Kruskal-Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za područje skrbi; PZZ = Primarna zdravstvena zaštita; SZZ = Stacionarna zdravstvena zaštita; GS = Gerijatrijska skrb; SOI = Skrb za osobe s invaliditetom; ZNJK = Zdravstvena njega u kući.

Ispitanici sa završenim preddiplomskim studijem svoju osobnost procijenili su kao ugodan i susretljiv u višoj razini od ostalih ispitanika ($p=0,029$). Valja istaknuti kako su se ispitanici sa završenim diplomskim studijem samoprocijenili kao savjestan u najvišoj razini, a oni sa srednjom stručnom spremom u najnižoj razini; $p=0,021$ (Tablica 11).

Tablica 11. Razlike u dimenzijama osobnosti s obzirom na razinu obrazovanja

	Srednja škola	Preddiplomski studij	Diplomski Studij	p vrijednost*
Ekstrovertiran	89,0	85,1	95,2	0,557
Ugodan/susretljiv	80,5	100,6	79,7	0,029
Savjestan	73,1	94,7	97,1	0,021
Emocionalno stabilan	80,6	91,9	93,4	0,361
Otvoren	83,8	93,3	87,7	0,565

Bilješke: *Kruskal-Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za razinu obrazovanja.

Iz rezultata je vidljivo kako su ispitanici sa završenim preddiplomskim studijem zaposleni u gerijatrijskoj djelatnosti, ustanovama za osobe s invaliditetom i zdravstvenu njegu u kući svoju osobnost procijenili kao ugodan i susretljiv u najvišoj razini, dok su ispitanici s istim obrazovanjem zaposleni u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti navedeno procijenili u najnižoj razini; $p=0,009$ (Tablica 12).

Tablica 12. Razlike u dimenzijama osobnosti s obzirom na razinu obrazovanja i područje skrbi

Razina obrazovanja	Djelatnost	Dimenzije osobnosti				
		Ekstrovertiran	Ugodan/ susretljiv	Savjestan	Emocionalno stabilan	Otvoren
Srednja škola	PZZ	33,1	35,1	25,6	32,1	26,7
	SZZ	24,5	24,2	26,3	24,7	26,7
	GS, OSI, ZNJK	33,1	32,7	29,4	32,8	24,5
	p*	0,224	0,126	0,896	0,295	0,952
Preddiplomski studij	PZZ	40,7	38,4	38,1	43,0	41,1
	SZZ	37,4	35,0	38,9	38,2	36,2
	GS, OSI, ZNJK	43,2	57,6	41,1	35,7	48,1
	p*	0,683	0,009	0,931	0,642	0,250
Diplomski studij	PZZ	25,1	22,4	20,3	21,7	19,6
	SZZ	24,4	25,0	24,9	25,4	25,5
	GS, OSI, ZNJK	23,5	21,5	37,0	14,0	20,0
	p*	0,989	0,879	0,435	0,616	0,560

Bilješke: *Kruskal Wallis test; parametri u svakom stupcu pokazuju srednji rang Kruskal-Wallisovog testa za razinu obrazovanja i područje skrbi; PZZ = Primarna zdravstvena zaštita; SZZ = Stacionarna zdravstvena zaštita; GS = Gerijatrijska skrb; SOI = Skrb za osobe s invaliditetom; ZNJK = Zdravstvena njega u kući; p = p-vrijednost.

4.6. Povezanost profesionalnog stresa, općeg stresa, otpornosti, pospanosti, anksioznosti, depresivnosti, samopoštovanja i osobnosti

Analizirajući odnos profesionalnog stresa s općim stresom, anksioznošću, depresivnošću i pospanošću vidljiva je pozitivna povezanost koja se kretala od neznatne do slabe, a u odnosu profesionalnog stresa s otpornošću, samopoštovanjem i osobnošću vidljiva je neznatna do slaba negativna povezanost. Viša razina profesionalnog stresa imat će za posljedicu višu razinu općeg stresa ($p < 0,001$), anksioznosti ($p < 0,001$), depresivnosti ($p < 0,001$) i pospanosti ($p = 0,05$) te nižu razinu otpornosti ($p < 0,001$), samopoštovanja ($p = 0,020$) i emocionalne stabilnosti; $p = 0,009$ (Tablica 13).

Pri ispitivanju odnosa općeg stresa i pospanosti nađena je neznatna pozitivna povezanost, a u odnosu s anksioznošću i depresivnošću umjerena pozitivna povezanost. U analizi odnosa općeg stresa sa samopoštovanjem i otpornošću vidljiva je slaba do umjerena negativna povezanost, a u odnosu s osobnošću neznatna do slaba negativna povezanost. Ispitanici s višom razinom općeg stresa imat će višu razinu pospanosti ($p = 0,020$), anksioznosti ($p < 0,001$) i depresivnosti ($p < 0,001$) te nižu razinu samopoštovanja ($p < 0,001$), otpornosti ($p < 0,001$), ekstrovertiranosti ($p < 0,001$), savjesnosti ($p = 0,005$) i emocionalne stabilnosti; $p < 0,001$ (Tablica 13).

Pronađena je umjerena negativna povezanost otpornosti s anksioznošću i depresivnošću te neznatna do slaba pozitivna povezanost sa samopoštovanjem i osobnošću. Ispitanici s višom razinom otpornosti imat će nižu razinu anksioznosti ($p < 0,001$) i depresivnosti ($< 0,001$) te višu razinu samopoštovanja ($p < 0,001$), ekstrovertiranosti ($p < 0,001$), savjesnosti ($p = 0,007$) i emocionalne stabilnosti; $p < 0,001$ (Tablica 13).

Vidljiva je neznatna pozitivna povezanost pospanosti s anksioznošću i depresivnošću. Ispitanici s višom razinom pospanosti imat će višu razinu anksioznosti ($p = 0,004$) i depresivnosti; $p = 0,002$ (Tablica 13).

U međuodnosu anksioznosti i depresivnosti nađena je umjerena pozitivna povezanost, dok je u odnosu anksioznosti sa samopoštovanjem i osobnošću vidljiva neznatna do slaba negativna povezanost. Ispitanici s višom razinom anksioznosti pokazivat će višu razinu depresivnosti ($p < 0,001$) te nižu razinu samopoštovanja ($p < 0,001$), ekstrovertiranosti ($p < 0,001$), savjesnosti ($p = 0,024$) i emocionalne stabilnosti; $p < 0,001$ (Tablica 13).

Ispitujući odnos depresivnosti sa samopoštovanjem i osobnošću vidljiva je neznatna do slaba negativna povezanost. Ispitanici s višom razinom depresivnosti imat će nižu razinu

samopoštovanja ($p < 0,001$), ekstrovertiranosti ($p < 0,001$), savjesnosti ($p = 0,001$), emocionalne stabilnosti ($p < 0,001$) i otvorenosti; $p = 0,027$ (Tablica 13).

U međuodnosu samopoštovanja i osobnosti nađena je neznatna do slaba pozitivna povezanost. Ispitanici s višom razinom samopoštovanja pokazivat će višu razinu ekstrovertiranosti ($p < 0,001$), susretljivosti ($p = 0,009$), savjesnosti ($p < 0,001$), emocionalne stabilnosti ($p < 0,001$) i otvorenosti; $p < 0,001$ (Tablica 13).

Pri analiziranju međuodnosa različitih dimenzija osobnosti vidljiva je slaba pozitivna povezanost. Ispitanici s višom razinom ekstrovertiranosti pokazivat će višu razinu savjesnosti ($p < 0,001$), emocionalne stabilnosti ($p < 0,001$) i otvorenosti ($p < 0,001$), dok će oni s višom razinom susretljivosti pokazivati višu razinu savjesnosti ($p < 0,001$) i emocionalne stabilnosti ($p < 0,001$). Ispitanici s višom razinom savjesnosti imat će višu razinu emocionalne stabilnosti ($p < 0,001$) i otvorenosti; $p < 0,001$ (Tablica 13).

Tablica 13. Povezanost profesionalnog stresa, općeg stresa, otpornosti, pospanosti, anksioznosti, depresivnosti, samopoštovanja i osobnosti (N=180).

		NSS	PSS-10	BRS	ESS	GAD-7	PHQ-9	RSES	TIPIe	TIPIa	TIPIc	TIPIes	TIPIo
NSS	R	1,00	0,27	-0,26	0,15	0,39	0,40	-0,17	-0,04	-0,12	-0,06	-0,19	0,05
	p	-	<0,001	<0,001	0,050	<0,001	<0,001	0,020	0,593	0,104	0,436	0,009	0,535
PSS-10	R		1,00	-0,58	0,17	0,68	0,65	-0,45	-0,27	-0,10	-0,21	-0,43	-0,13
	p		-	<0,001	0,020	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,196	0,005	<0,001	0,074
BRS	R			1,00	-0,14	-0,59	-0,55	0,44	0,36	0,01	0,20	0,39	0,14
	p			-	0,067	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,904	0,007	<0,001	0,062
ESS	R				1,00	0,22	0,23	-0,08	-0,02	0,05	0,04	-0,11	0,02
	p				-	0,004	0,002	0,282	0,807	0,531	0,637	0,143	0,752
GAD-7	R					1,00	0,71	-0,41	-0,29	-0,09	-0,17	-0,39	-0,12
	p					-	<0,001	<0,001	<0,001	0,252	0,024	<0,001	0,109
PHQ-9	R						1,00	-0,46	-0,32	-0,10	-0,24	-0,35	-0,17
	p						-	<0,001	<0,001	0,180	0,001	<0,001	0,027
RSES	R							1,00	0,39	0,19	0,35	0,37	0,29
	p							-	<0,001	0,009	<0,001	<0,001	<0,001
TIPIe	R								1,00	0,11	0,43	0,34	0,42
	p								-	0,145	<0,001	<0,001	<0,001
TIPIa	R									1,00	0,34	0,37	0,13
	p									-	<0,001	<0,001	0,081
TIPIc	R										1,00	0,39	0,41
	p										-	<0,001	<0,001
TIPIes	R											1,00	0,13
	p											-	0,086
TIPIo	R												1,00
	p												-

Bilješke: NSS = profesionalni stres; PSS-10 = opći stres; BRS = otpornost na stres; ESS = pospanost; GAD-7 = anksioznost; PHQ-9 = depresivnost; RSES = samopoštovanje; TIPIe = ekstrovertiranost; TIPIa = susretljivost; TIPIc = savjesnost; TIPIes = emocionalna stabilnost; TIPIo = otvorenost; R = Spearmanov koeficijent korelacije; p = p-vrijednost.

5. Rasprava

Istraživanje je imalo za cilj ispitati razinu profesionalnog stresa u medicinskih sestara koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu. Profesionalni stres u ovom istraživanju odnosio se na smrt i proces umiranja, sukob s liječnikom, neadekvatnu pripremljenost, nesigurnost u pogledu tretmana pacijenta, sukob s ostalim medicinskim sestrama te radno opterećenje. Istraživanje potvrđuje da medicinske sestre koje svakodnevno pružaju palijativnu zdravstvenu njegu pokazuju višu razinu profesionalnog stresa u odnosu na one koje navedenu skrb pružaju rjeđe ili ju ne pružaju. Unatoč tomu nije nađena značajnija razlika u percepciji općeg stresa, otpornosti na stres, anksioznosti, depresivnosti, pospanosti i samopoštovanja u odnosu na one medicinske sestre koje palijativnu zdravstvenu njegu ne pružaju. Međutim, profesionalni stres medicinskih sestara bio je povezan s anksioznošću, depresivnošću, pospanošću, općim stresom, otpornošću na stres, samopoštovanjem, a odrazio se i na emocionalnu stabilnost osobe.

Sukladno očekivanju, smrt i proces umiranja pacijenta predstavlja značajan profesionalni stresor u medicinskih sestara što potvrđuju i druge studije (61–65). Medicinske sestre svakodnevno se suočavaju s različitim situacijama vezanim uz smrt i proces umiranja pacijenta koje mogu biti značajan izvor stresa. Navedene situacije podrazumijevaju izvođenje intervencija koje su bolne za pacijenta, gledanje pacijenta kako pati, osjećaj bespomoćnosti kada pacijentovo stanje ne napreduje te razgovor s pacijentom o njegovoj nadolazećoj smrti (8). Naposlijetku, sama smrt pacijenta, a naročito onoga s kojim medicinska sestra razvije blisku povezanost, kao i neprisutnost liječnika u trenutku smrti pacijenta može utjecati na pojavnost profesionalnog stresa u medicinskih sestara (8). Utjecaj smrti i procesa umiranja na percepciju profesionalnog stresa mogao bi se objasniti visokom razinom empatije i suosjećanja u medicinskih sestara. Preciznije, nemogućnost adekvatne kontrole boli i ostalih neugodnih simptoma u pacijenta može dovesti do razvoja stresa u medicinskih sestara, a slično potvrđuju i druga istraživanja (66). Prema literaturi, izbjegavanje razgovora o smrti u svakodnevnom životu dovodi do razvoja anksioznosti u medicinskih sestara što se zatim negativno odražava na skrb za pacijenta, preciznije povećava osjećaj samoće u pacijenta (67). Sukladno tomu, integriranje razgovora o smrti u svakodnevni život kao i psihološka podrška medicinskim sestrama vjerojatno bi imala pozitivne reperkusije na promjenu percepcije o smrti kao dijelu života, a ne kliničkog neuspjeha te bi se pozitivno odrazila na kvalitetu skrbi.

Uzevši u obzir da je zastupanje interesa pacijenata jedna od temeljnih vrijednosti profesionalnog identiteta medicinskih sestara (68), ali i sastavni dio Etičkog kodeksa

medicinskih sestara, povišene razine stresa uslijed sukoba s liječnikom nisu iznenađujuće te su vidljive i u rezultatima drugih istraživanja (69). U literaturi se navode različiti faktori koji rezultiraju sukobom s liječnikom i koji mogu imati negativne reperkusije na stresnu percepciju medicinskih sestara. Primjerice, potreba za donošenjem odluka vezanih uz pacijenta kada liječnik nije dostupan, kritika od strane liječnika i nadređenih osoba kao i neslaganje u svezi tretmana u pacijenta neki su od čimbenika koji mogu prouzročiti narušene profesionalne odnose i pojačati profesionalni stres (8). Unatoč svim naporima razvoja holističkog pristupa u palijativnoj skrbi, i dalje se u velikom broju slučajeva provode nepotrebni invazivni dijagnostičko-terapijski postupci, primjerice učestale venepunkcije, transfuzije krvi, kemoterapije i drugi različiti tretmani koji imaju negativne nuspojave na pacijenta (69). Medicinske sestre takve postupke mogu percipirati suvišnima i iscrpljujućima po pacijenta što može biti jedan od uzroka povišene razine profesionalnog stresa, a slično potvrđuju i druga istraživanja (69). Nadalje, studije potvrđuju kako komunikacija između medicinskih sestara i liječnika, a naročito ona koja se odnosi na donošenje odluka vezanih uz pacijenta može biti značajan uzrok profesionalnog stresa za medicinske sestre (70). Stoga bi intervencije usredotočene na povećanje međusobnog razumijevanja i suradnje medicinskih sestara i liječnika te otvorene komunikacije vjerojatno dovele do smanjenja sukoba te nižih razina profesionalnog stresa. Navedeno bi moglo uključivati stručne sastanke medicinskih sestara i liječnika na kojima bi se raspravljalo o referentnim temama iz struke, ali i o poteškoćama s kojima se susreću pri svakodnevnom radu. Slično potvrđuju i druge studije prema kojima prisutnost uzajamnog poštovanja, uvažavanja, razumijevanja i suradničke prakse između medicinskih sestara i liječnika smanjuje razinu profesionalnog stresa i povećava zadovoljstvo poslom (61,71).

U rezultatima ovog istraživanja uočava se kako profesionalni stres između ostaloga proizlazi iz percepcije neadekvatne pripremljenosti u medicinskih sestara. Preciznije, medicinske sestre suočavaju se s osjećajem da nisu adekvatno pripremljene zadovoljiti emocionalne potrebe pacijenta i njegove obitelji, kao i dati zadovoljavajuće odgovore na pitanja postavljena od strane pacijenta (8). Navedeno bi se moglo objasniti nedostatkom specifičnih komunikacijskih vještina i edukacije za pružanje emocionalne i psihološke podrške pacijentu. Poradi toga u medicinskih sestara može se javiti osjećaj nesigurnosti i straha da će se izraziti na pogrešan način ili dati pogrešne informacije pacijentu. Slično potvrđuju i druge studije prema kojima medicinske sestre koje se osjećaju nedovoljno pripremljenima u smislu komunikacijskih i upravljačkih vještina imaju višu razinu stresa (72). Stoga bi stjecanje specifičnih komunikacijskih vještina utemeljenih na empatičnom odnosu vjerojatno imalo pozitivne

reperkuzije na percepciju profesionalnog stresa u medicinskih sestara. Medicinske sestre u Republici Hrvatskoj znanja iz komunikacijskih vještina stječu tijekom srednjoškolskog i fakultetskog obrazovanja. Međutim, znanja i vještine koje se pritom stječu su relativno generalizirane i ne dotiču se problematike svakog radilišta zasebno. Prema tomu, intervencije na razini zdravstvenih ustanova u vidu različitih oblika edukacija i stručnog usavršavanja komunikacijskih vještina vjerojatno bi imale pozitivan utjecaj na komunikaciju između medicinskih sestara i pacijenata te posljedično i na kvalitetu pružene skrbi. Primjerice, učenje na primjeru ili igranje uloga kroz radionice, tečajeve ili seminare pripremi bi medicinske sestre na situacije s kojima će se susretati u praksi. Slično potvrđuju i studije koje ističu važnost edukacije medicinskih sestara o temama vezanim uz smrt i umiranje, a koja bi trebala biti usmjerena na aktivne rasprave i iznošenje osobnih stavova s ciljem sprečavanja i ublažavanja pojave profesionalnog stresa te posljedično sindroma sagorijevanja (73). Osjećaj da nisu zadovoljile sve aspekte skrbi, uključujući i one psihološke također može povećati razinu profesionalnog stresa u medicinskih sestara te se negativno odraziti na pacijenta. Slično potvrđuju i druge studije prema kojima medicinske sestre koje percipiraju da nisu u mogućnosti na adekvatan način odgovoriti na emocionalne potrebe pacijenta postaju usmjerene na fizičku njegu izbjegavajući razgovor s pacijentom (74). Navedeno dovodi do emocionalnog distanciranja od pacijenta što ima negativne posljedice na zadovoljstvo pacijenta, njegove obitelji i posljedično kvalitetu pružene skrbi (75,76). Kako pokazuju rezultati ovog istraživanja, percepciji neadekvatne pripremljenosti u medicinskih sestara dodatno doprinosi niža razina obrazovanja kao i rad u području gerijatrijske skrbi, ustanovama za osobe s invaliditetom i ustanovama za zdravstvenu njegu u kući. Moguće je da je u medicinskih sestara niže razine obrazovanja nedostatak specifičnog znanja i/ili praktičnog iskustva, poglavito iz komunikacijskih vještina povezan sa slabijom spremnošću da se suoče s izazovima u radu s pacijentima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, budući da se navedena znanja dodatno proširuju na fakultetskom obrazovanju. Stoga su medicinske sestre više razine obrazovanja vjerojatno bolje pripremljene za komunikaciju s pacijentima različite patologije. Da je viša razina profesionalnog stresa povezana s nižom razinom obrazovanja potvrđuju i druge studije (64). Nadalje, rad medicinskih sestara zaposlenih u području gerijatrijske skrbi, ustanovama za osobe s invaliditetom i ustanovama za zdravstvenu njegu u kući uglavnom podrazumijeva neprisutnost liječnika. Navedeno može staviti medicinsku sestru u nepovoljan položaj kada pacijent postavlja pitanje, a medicinska sestra se u datom trenutku ne može konzultirati s liječnikom i dati zadovoljavajući odgovor pacijentu. Nadalje, medicinske sestre zakonski nisu ovlaštene davati određene informacije o zdravstvenom stanju i prognozi bolesti, a nerijetko i

nisu upućene u rezultate dijagnostičkih pretraga pacijenta koji bi im omogućili davanje adekvatnih odgovora na pitanja pacijenata i njihovih obitelji. Istraživanja potvrđuju kako medicinske sestre zaposlene u području gerijatrijske skrbi procjenjuju nisku razinu autonomije (64) te prijavljuju neadekvatnu komunikaciju s pacijentima koja rezultira usredotočivanjem na fizički aspekt skrbi (77) što se može negativno odraziti na kvalitetu skrbi. Takvi rezultati mogli bi objasniti i nešto višu razinu profesionalnog stresa u medicinskih sestara u gerijatrijskoj skrbi u odnosu na one u stacionarnoj ili primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja je zabilježena u ovoj studiji.

Shodno neadekvatnoj pripremljenosti, prisutna je i nesigurnost u pogledu tretmana pacijenta koja u ovom istraživanju također predstavlja jedan od čimbenika povećanog profesionalnog stresa medicinskih sestara. Navedeno podrazumijeva nepotpunu informiranost o zdravstvenom stanju pacijenta, ordiniranje intervencija koje se čine neprimjerenima, a ponekad i suvišnim za pacijenta, trenutna neprisutnost liječnika pri pojavi hitnih stanja, nedostatak informacija o tome što je rečeno pacijentu i/ili njegovoj obitelji vezano uz njegovo zdravstveno stanje i liječenje te naposljetku nesigurnost pri korištenju i funkcioniranju specijalizirane opreme (8). Navedeni stresni čimbenici nerijetko su posljedica neadekvatne komunikacije između članova interdisciplinarnog tima, poglavito liječnika i medicinskih sestara. Uzevši u obzir da se u palijativnoj skrbi smanjuje učestalost dijagnostičkih i kurativnih intervencija, ključnu ulogu u skrbi za pacijente s potrebama za palijativnom skrbi u tim okolnostima preuzimaju medicinske sestre. Na taj način one postaju nositelji palijativne skrbi i usko surađuju s multidisciplinarnim timom (78). Unatoč tomu, često se prilikom pružanja palijativne skrbi javljaju nejasnoće u pogledu kompetencija liječnika i medicinskih sestara što može dovesti do povišene razine stresa. Nesigurnost pri korištenju i funkcioniranju specijalizirane opreme može biti značajan uzrok profesionalnog stresa u medicinskih sestara, a slično potvrđuju i druge studije (79). Naime, znanja o radu sa specijaliziranom opremom i uređajima, medicinske sestre u Republici Hrvatskoj uglavnom stječu neformalnim oblikom edukacije odnosno prenošenjem znanja i iskustava drugih medicinskih sestara u procesu rada. Navedeno u medicinskih sestara može dovesti do straha od pogreške koja ukoliko se dogodi, može uzrokovati oštećenje uređaja i posljedično tomu prouzročiti štetu pacijentu. To može uzrokovati dodatne stresne reakcije i izazvati sukobe među članovima tima, poglavito zato što postupci s navedenim uređajima zahtijevaju složenu interakciju liječnika i medicinskih sestara, a pogreška može imati i dalekosežnije posljedice. Primjerice, to se može odnositi na asistiranje pri postupcima bronhoskopije i bronhoaspiracije, gastroskopije, mehaničke ventilacije i drugih složenih sofisticiranih zahvata. Za rad s takvim specifičnim uređajima medicinske sestre nisu

imale formalnu edukaciju, nego su znanja i vještine usvojile tijekom radnog iskustva, učenjem od eminentnih kolega i suradnika. Stoga bi osiguravanje stručnih edukacija o primjeni specijalizirane opreme na razini zdravstvenih ustanova imalo pozitivne reperkusije na ublažavanje profesionalnog stresa medicinskih sestara. Navedeno bi moglo uključivati stručna predavanja kao i vježbe pod nadzorom kako bi medicinske sestre stekle tražene vještine, imale priliku razriješiti eventualne nejasnoće te povećale vlastiti osjećaj sigurnosti pri radu.

Prema rezultatima ovog istraživanja, sukobi s ostalim medicinskim sestrama također predstavljaju jedan od važnih uzroka profesionalnog stresa, čemu doprinosi i rad u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovakvi rezultati nisu iznenađujući te se mogu pojasniti činjenicom da je u bolničkim ustanovama svakodnevno prisutna potreba za rješavanjem kompleksnih problema u pacijenata što može dovesti do razlika u mišljenju između medicinskih sestara i drugih profesionalaca. Navedeno je moguće objasniti različitim teškoćama koje se javljaju u bolničkom okruženju, kao što su ispomoc na druge odjele poradi manjka osoblja, sukobi s nadređenima, kritike od strane nadređenih, poteškoće pri radu s određenom medicinskom sestrom u smjeni i drugo (8). Posljedično, može doći do sukoba medicinskih sestara koji dovode do više razine profesionalnog stresa što je potvrđeno i u drugim istraživanjima (80,81). Također, poradi manjka medicinskih sestara u bolničkom sustavu u Republici Hrvatskoj, nerijetko se javlja nedostatak medicinskih sestara na određenom odjelu što zahtijeva mobilizaciju s drugih odjela. Navedeno može biti stresno za medicinske sestre poradi nepoznavanja patologije pacijenata kao i rada u nepoznatom okruženju. Slično je potvrđeno u literaturi prema kojoj socijalna interakcija predstavlja značajniji profesionalni stresor od organizacijskih čimbenika (82).

Utjecaj radnog opterećenja na povišenu razinu profesionalnog stresa nije začuđujući uzevši u obzir da je palijativna skrb u Republici Hrvatskoj još uvijek u razvoju te da su posljedično prisutni neriješeni problemi i stanovite poteškoće. Primjerice, nedostatak osoblja i vremena za izvršavanje svih radnih zadataka, previše zadataka izvan sestrinskih kompetencija, veliko opterećenje medicinskih sestara administrativnim poslovima kao i nepredvidive promjene smjena i rasporeda, samo su neki od opterećujućih čimbenika (8). Navedeni čimbenici ne ostavljaju medicinskim sestrama dovoljno vremena za pružanje emocionalne podrške pacijentima i njihovim obiteljima (8) što može dovesti do više razine profesionalnog stresa. Rezultate ovog istraživanja potvrđuju i druge studije prema kojima je radno opterećenje značajan profesionalni stresor u medicinskih sestara (83–86). Navedenome doprinosi rad u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti što se može objasniti činjenicom da medicinske sestre u bolničkim ustanovama nerijetko istodobno pružaju zdravstvenu njegu pacijentima s potrebama

za palijativnom skrbi i pacijentima s akutnim bolestima. Druge studije također potvrđuju kako navedeno doprinosi pojavnosti više razine profesionalnog stresa (87). U ovoj studiji medicinske sestre srednje razine obrazovanja u stacionarnoj zdravstvenoj zaštiti imale su najvišu razinu radnog opterećenja i najvišu razinu neadekvatne pripremljenosti. Objašnjenje se može pronaći u činjenici da medicinske sestre srednjoškolskog obrazovanja poglavito one starije dobi, nisu imale adekvatnu edukaciju o nekim danas aktualnim vrlo složenim i sofisticiranim zahvatima koji se provode u bolničkim ustanovama. Shodno tomu, moguće je da određene poslove doživljaju izazovnim i stresnim, poput rada na kompjuteru, primjene digitaliziranih uređaja i tehnologija za rad na daljinu i slično. Nadalje, medicinske sestre srednje razine obrazovanja većinom rade smjenskim načinom rada. Nepredvidive promjene smjena i rasporeda, kao jedan od faktora profesionalnog stresa, mogu imati znatan utjecaj na njihovu percepciju profesionalnog stresa što potvrđuju i druge studije (88). Sukladno navedenom, kontinuirana edukacija i redovito pohađanje relevantnih tečajeva imalo bi pozitivne reperkusije na usavršavanje znanja i vještina neovisno o razini obrazovanja medicinskih sestara. Navedeno bi moglo povećati kvalitetu pružene skrbi te dobrobit cijelog interdisciplinarnog tima što bi prema studijama pozitivno utjecalo na razvoj mehanizama suočavanja u stresnim situacijama (89).

Sukladno očekivanju i rezultatima drugih studija (90), rezultati ovog istraživanja pokazali su da će viša razina profesionalnog stresa imati za posljedicu višu razinu općeg stresa. Moguće je da stalna opterećenost poslom narušava svakodnevni privatni život medicinskih sestara te ima reperkusiju na pojačanu osjetljivost na svakodnevne uobičajene stresore. To se dalje negativno odražava na obiteljsku i individualnu kvalitetu života. Navedeno potvrđuju i druge studije koje naglašavaju da je značajan uzrok općeg stresa upravo profesionalni stres koji se javlja kao rezultat izloženosti širokom rasponu radnih zahtjeva što posljedično može imati negativne reperkusije na fizičko i mentalno zdravlje pojedinca, ponašanje, ali i privatni život (91). Ovo istraživanje također potvrđuje utjecaj stresa na mentalno zdravlje u medicinskih sestara, preciznije pokazuje kako viša razina općeg stresa dovodi do više razine pospanosti, anksioznosti i depresivnosti te niže razine samopoštovanja, a odražava se i na osobine ličnosti poput ekstrovertiranosti, savjesnosti, emocionalne stabilnosti i otpornosti. Slični rezultati dobiveni su i u drugim studijama prema kojima profesionalni stres i posljedično opći stres mogu dovesti do anksioznosti, depresivnosti i nesanicе (79,92,93). Također je istaknuto kako upravo palijativna skrb nosi visok rizik za profesionalni stres, razvoj sindroma sagorijevanja te depresivnosti (7). Unatoč tomu, kao i značajnoj povezanosti depresivnosti i profesionalnog i općeg stresa, u ovom istraživanju nije potvrđena viša razina depresivnosti u medicinskih sestara koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu u odnosu na one koje navedenu skrb ne pružaju.

Iako je ovo istraživanje potvrdilo pretpostavku da medicinske sestre koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imaju višu razinu profesionalnog stresa u odnosu na one koje ju ne pružaju, ono nije potvrdilo da te medicinske sestre imaju i višu razinu općeg stresa. Međutim, studije većinom pokazuju kako medicinske sestre zaposlene na onkološkim odjelima, na kojima se učestalo pruža palijativna skrb imaju znatno višu razinu općeg stresa za razliku od medicinskih sestara zaposlenih u jedinicama intenzivnog liječenja, hitne pomoći i općih odjela (94,95). Autori navedeno objašnjavaju prirodom same bolesti i liječenja pacijenata, suočavanjem s patnjom i negativnim osjećajima u pacijenta poput straha, očaja, panike te eventualnom smrću pacijenta (96). Međutim, navedeni stresori nerijetko su prisutni i u drugim djelatnostima, a ne isključivo u onkološkoj i palijativnoj skrbi što dodatno može utjecati na opći stres u medicinskih sestara.

Nadalje, rezultati pokazuju kako viša razina profesionalnog i općeg stresa ima za posljedicu nižu otpornost na stresne reakcije. Navedeno se može objasniti činjenicom da viša razina stresa dovodi do emocionalne iscrpljenosti u osobe što može utjecati na njene mehanizme za suočavanje sa stresnim situacijama, odnosno otpornost na stres. Slično potvrđuju i druge studije prema kojima visoke razine stresa mogu dovesti do razvoja sindroma sagorijevanja koji podrazumijeva emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i osjećaj smanjenog osobnog postignuća (97). Druga istraživanja također potvrđuju povezanost otpornosti i stresa u vidu pozitivnog učinka otpornosti na snižavanje razine općeg i profesionalnog stresa (98,99). Stoga je razumljiva pozitivna uloga otpornosti kao važnog zaštitnog čimbenika, što potvrđuje i ovo istraživanje koje dokazuje kako će viša razina otpornosti na stres dovesti do veće emocionalne stabilnosti, ali i drugih pozitivnih osobina poput ekstrovertiranosti i savjesnosti. Također je moguće da emocionalna stabilnost doprinosi razvoju osjećaja osobnog postignuća te na taj način djeluje kao zaštitni mehanizam pri suočavanju s općim i profesionalnim stresorima i povećava otpornost u medicinskih sestara. Povezanost otpornosti i emocionalne stabilnosti potvrđuje i literatura obzirom da se emocionalna stabilnost često poistovjećuje s pojmom „otpornost“ i sposobnošću pojedinca da se na adekvatan način suočava sa stresnim situacijama (100). Budući da su medicinske sestre kontinuirano izložene ljudskoj patnji što posljedično može uzrokovati više razine stresa (101), emocionalna stabilnost je važna osobina medicinskih sestara. Stoga se ovaj aspekt osobnosti može uspješno razvijati kao mehanizam suočavanja za smanjenje razina stresa te sindroma sagorijevanja, a slično je potvrđeno i u drugim studijama koje između ostaloga pokazuju kako se emocionalna stabilnost medicinskih sestara razvija tijekom suočavanja s različitim izazovima i teškoćama prilikom rada u zdravstvenom sustavu (102–105).

U ovom istraživanju potvrđena je pozitivna povezanost otpornosti i samopoštovanja. Preciznije, viša razina otpornosti doprinosi višoj razini samopoštovanja, što je pronađeno i u drugim studijama koje potvrđuju da samopoštovanje ima pozitivne reperkusije na suočavanje s emocionalnim stresorima (106). Rezultati ovog istraživanja također potvrđuju povezanost samopoštovanja i emocionalne stabilnosti što je sukladno ranijim nalazima (98), ali i drugih pozitivnih osobina poput ekstrovertiranosti, susretljivosti, savjesnosti i otvorenosti. Slični rezultati dobiveni su i u drugim istraživanjima koji više razine samopoštovanja povezuju s većim psihičkim blagostanjem (106).

Pozitivan doprinos otpornosti na stresne reakcije očituje se i u nižim razinama anksioznosti i depresivnosti što je potvrđeno u ovom istraživanju, ali i drugim studijama (44,107). Kako je već spomenuto, medicinske sestre svakodnevno su izložene ljudskoj patnji i smrti, kao i brojnim profesionalnim zahtjevima. Neuspjeh u suočavanju s visokim razinama stresa može utjecati na njihovo psihičko blagostanje te dovesti do razvoja anksioznosti (44). Stoga otpornost na stres može djelovati kao zaštitni čimbenik te smanjiti osjećaje straha i anksioznosti u medicinskih sestara, a slično potvrđuju i nalazi drugih studija (107). Sukladno navedenom, intervencije usredotočene na povećanje otpornosti na stres u medicinskih sestara vjerojatno bi imale pozitivne reperkusije na suočavanje s gubitkom i tugovanjem te posljedičnom anksioznošću. Navedeno može uključiti psihološku podršku medicinskim sestrama u vidu osiguravanja razgovora sa psiholozima i psihoterapeutima i/ili sudjelovanja u grupama podrške, tehnikama opuštanja i relaksacije.

Negativan utjecaj anksioznosti i depresivnosti ogleda se i u utjecaju na samopoštovanje i osobnost medicinskih sestara. Naime, prema rezultatima ovog istraživanja moguće je da će medicinske sestre s višom razinom anksioznosti i depresivnosti biti sklonije manjoj ekstrovertiranosti, savjesnosti, otvorenosti, slabijoj emocionalnoj stabilnosti te imati niže samopoštovanje. Navedeno se može objasniti samim simptomima anksioznosti i depresivnosti koji između ostaloga podrazumijevaju introvertiranost, nesigurnost pri socijalnim kontaktima kao i negativna razmišljanja i očekivanja (108,109). Međutim, anksioznost bi vjerojatno mogla biti uzrokovana učestalim suočavanjem sa smrću pacijenata što potvrđuju i druga istraživanja (110). Da je niža razina samopoštovanja povezana sa psihičkim poteškoćama te zamorom od suosjećanja u medicinskih sestara potvrđuju i druge studije (111) kao i da viša razina samopoštovanja dovodi do niže razine depresivnosti (112) te boljeg mentalnog zdravlja (113). Prema tomu, samopoštovanje može djelovati kao zaštitni čimbenik u vidu suočavanja sa stresnim situacijama te posljedicama stresa što podrazumijeva i osjećaje anksioznosti i depresivnosti.

U ovom istraživanju pronađena je snažna povezanost anksioznosti i depresivnosti što je sukladno nalazima drugih studija (109,114,115). Iako anksioznost i depresivnost predstavljaju dva različita psihološka poremećaja, odnos anksioznosti i depresivnosti je kompleksan, ali usko povezan. Njihova povezanost može se objasniti utjecajem simptoma anksioznosti na razvoj depresivnosti, ali i obrnuto. U ovom kontekstu, u medicinskih sestara koje se suočavaju s umiranjem i smrću pacijenata može se javiti anksioznost vezana uz smrt, uz dodatni osjećaj straha povezan s razdobljem umiranja i smrti (116,117). Navedeno može negativno utjecati na kvalitetu života medicinskih sestara te dovesti do depresivnosti (118), kao i narušiti kvalitetu pružene skrbi s obzirom da medicinske sestre mogu razviti negativne stavove prema pacijentu poradi anksioznosti uzrokovane smrću (119). Prema rezultatima nekoliko studija medicinske sestre koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu pokazuju višu razinu anksioznosti od onih koje navedenu skrb ne pružaju (116,120,121). Navedeno se može objasniti upravo učestalom izloženosti smrću pacijenata u okviru palijativne skrbi i razvojem anksioznosti vezane uz smrt. Unatoč tomu, u ovom istraživanju nije potvrđeno da će medicinske sestre koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imati višu razinu anksioznosti od onih koje ju ne pružaju.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako je viša razina depresivnosti uzrokovana višom razinom profesionalnog stresa što je u skladu s drugim studijama prema kojima osobe koje pokazuju nezadovoljstvo radnim uvjetima imaju veću vjerojatnost za razvoj depresivnosti (19). Evidentno je da profesionalni stres može imati značajne reperkusije na psihološko i fizičko zdravlje medicinskih sestara, ali i na kvalitetu pružene skrbi i organizaciju rada (19). Studije pokazuju da medicinske sestre imaju višu razinu depresivnosti u odnosu na druge profesije te kako upravo profesionalni stres može biti jedan od uzroka depresivnosti (122). Navedeno može imati negativne reperkusije na kvalitetu pružene skrbi budući da osobe sa simptomima depresivnosti često pokazuju loše raspoloženje, imaju poteškoća s koncentracijom, lošije upravljaju vremenom te imaju niži radni učinak od ostalih (123). U ovom istraživanju također su vidljive negativne posljedice povišene razine depresivnosti. Preciznije, depresivnost je negativno povezana sa samopoštovanjem te određenim osobinama poput ekstrovertiranosti, savjesnosti, emocionalne stabilnosti i otvorenosti.

U ovom istraživanju potvrđeno je kako će viša razina općeg stresa za posljedicu imati višu razinu pospanosti. Navedeno se može objasniti rezultatima drugih studija prema kojima su više razine stresa povezane s višim razinama iscrpljenosti, tj. osjećajem umora i slabosti što može dovesti do iscrpljenja emocionalnih resursa te posljedično negativno utjecati na psihičko blagostanje u medicinskih sestara (124). Negativan utjecaj umora i iscrpljenosti potvrđuje i ovo istraživanje obzirom da je dokazano kako viša razina pospanosti dovodi do više razine

anksioznosti i depresivnosti. Osim individualnog utjecaja, emocionalna iscrpljenost može imati negativne reperkusije i na kvalitetu pružene skrbi u vidu distanciranja od posla, ravnodušnosti, razvoja negativnih stavova prema pacijentima i njihovim obiteljima kao i sindroma sagorijevanja što potvrđuju druge studije (90,124,125). Valja naglasiti kako su razine pospanosti u medicinskih sestara više su nego u općoj populaciji (126,127). Stoga se povišena razina pospanosti ne može isključivo povezati s utjecajem stresa, uzevši u obzir da skoro polovica ispitanika u ovom istraživanju radi noćne smjene, a koje imaju znatne reperkusije na višu razinu pospanosti (128).

Samopoštovanje je definirano kao kognitivna evaluacija samoga sebe (129) te se odražava na razvoj osobnog i profesionalnog identiteta medicinskih sestara (130). Sukladno rezultatima drugih studija (131), ovo istraživanje pokazalo je kako viša razina profesionalnog i općeg stresa dovodi do niže razine samopoštovanja. Navedeno se može objasniti činjenicom da stres može uzrokovati povećavanje negativnih osjećaja u osobe što bi se moglo odraziti na evaluaciju samoga sebe odnosno na samopoštovanje (131). Povezanost stresa i samopoštovanja vidljiva je i u rezultatima drugih studija koje potvrđuju kako viša razina samopoštovanja dovodi do niže razine općeg stresa (106).

Rezultati ovog istraživanja potvrdili su značaj razine obrazovanja i područja skrbi na percepciju profesionalnog stresa, kao i nekih karakteristika osobnosti. Uočeno je kako medicinske sestre visoke razine obrazovanja imaju višu razinu otpornosti na stres te kako se značajno više samopercipiraju kao ugodne, susretljive i savjesne. Navedeno se može objasniti rezultatima drugih studija prema kojima se povećanjem razine obrazovanja medicinskih sestara povećava i razina njihove autonomije (132). Pretpostavka je da viša razina obrazovanja medicinskih sestara povećava njihovo samopouzdanje, sigurnost pri radu te sposobnost za donošenje odluka što posljedično može dovesti do percepcije više susretljivosti i savjesnosti. Istraživanja potvrđuju kako medicinske sestre generalno pokazuju visoke razine savjesnosti, ekstrovertnosti i susretljivosti (133) te da osobe koje pokazuju naglašenost navedene tri osobine karakterizira organiziranost i profesionalnost u radu što ima značajne pozitivne reperkusije na profesionalno funkcioniranje u timu (133). Također, savjesnost je ključna osobina medicinskih sestara čija se važnost očituje u svim aspektima zdravstvene njege te ima važnu ulogu u prevenciji pogrešaka pri izvođenju sestrinskih intervencija (134). Navedeno ističe važnost cjeloživotne edukacije medicinskih sestara koja bi osigurala odgovarajuća znanja i vještine bez obzira na njihovu stručnu spremu što bi vjerojatno imalo pozitivne reperkusije na rad cijelog interdisciplinarnog tima, razinu kvalitete skrbi te razvoj učinkovitijih mehanizama suočavanja sa stresnim situacijama. U Republici Hrvatskoj medicinske sestre specifična znanja i vještine

vezane uz palijativnu zdravstvenu njegu stječu na studijskim kolegijima te putem neformalnih oblika edukacije kao što su relevantna predavanja, radionice, seminari te stručni skupovi. Unatoč tomu, navedeni rezultati iskazuju potrebu za većom implementacijom sadržaja iz područja palijativne skrbi u obrazovne programe, kao i potrebu za razvojem specijalističkih studija čiji bi sadržaj obuhvatio sva područja palijativne skrbi, a što bi imalo pozitivne reperkusije na kvalitetu pružene palijativne zdravstvene njege na svim razinama zdravstvene zaštite.

Zanimljivo je da su najvišu razinu anksioznosti i depresivnosti pokazale medicinske sestre zaposlene u djelatnosti zdravstvene njege u kući. Navedeno se može razjasniti činjenicom da medicinske sestre u datim uvjetima rade samostalno, bez prisustva drugih zdravstvenih stručnjaka što može povećati osjećaj straha od pogreške, kao i straha od eventualne hitne situacije u kojoj će morati adekvatno reagirati u okviru svojih kompetencija. Također, njihov rad podrazumijeva rad s pacijentima različitih dobnih skupina te skrb za obitelj pacijenta, budući da skrb pružaju u domu pacijenta. Navedeno zahtijeva širok spektar znanja i iskustva. Nije rijetkost da su u početku, a katkada i dulje, članovi obitelji, ali i pacijenti sumnjičavi prema medicinskim sestrama i pokazuju nepovjerenje, što može biti emocionalno iscrpljujuće te imati negativne reperkusije na psihičko blagostanje medicinskih sestara.

Nadalje, uočeno je kako se medicinske sestre zaposlene u gerijatrijskoj djelatnosti, ustanovama za osobe s invaliditetom te ustanovama za zdravstvenu njegu u kući samoprocjenjuju kao ugodnije i susretljivije znatno više nego ostale medicinske sestre. Navedeno se može protumačiti time što medicinske sestre zaposlene u navedenim djelatnostima najčešće pružaju palijativnu zdravstvenu njegu. Preciznije, istraživanja pokazuju kako medicinske sestre koje pružaju palijativnu skrb pokazuju višu razinu ugodnosti/susretljivosti (135). Studije također potvrđuju višu razinu ugodnosti/susretljivosti u onkoloških medicinskih sestara koje obzirom na prirodu bolesti pacijenata također učestalo pružaju palijativnu zdravstvenu njegu (136). Moguće je da se poradi specifičnih stanja i bolesti ovih pacijenata medicinske sestre usredotočuju na psihološki aspekt skrbi kojem je u primarnom fokusu empatičan odnos te poradi toga razgovorom i susretljivošću nastoje ublažiti teškoće s kojima se ovi pacijenti i njihove obitelji susreću.

Nastavno svemu navedenom, medicinske sestre koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu pod povećanim su rizikom od razvoja profesionalnog stresa koji ima negativne reperkusije na njihovo fizičko i psihičko blagostanje. Sukladno tomu, od iznimne je važnosti osigurati intervencije usredotočene na smanjenje profesionalnih stresora u okviru zdravstvenog sustava kao i zdravstvenih ustanova pojedinačno.

6. Zaključak

Ovo istraživanje za cilj je imalo istražiti profesionalni stres medicinskih sestara koje pružaju palijativnu zdravstvenu njegu. Unatoč otežanoj procjeni posljedica koje profesionalni stres ima po širu zajednicu medicinskih sestara, rezultati potvrđuju negativan doprinos profesionalnog stresa na percipirani opći stres, otpornost na stresne reakcije, pospanost i samopoštovanje, kao i psihičko zdravlje, odnosno anksioznost i depresivnost, odražavajući se i na emocionalnu stabilnost medicinskih sestara.

Nije iznenađujuće da medicinske sestre koje učestalo pružaju palijativnu zdravstvenu njegu imaju višu razinu profesionalnog stresa, uzimajući u obzir brojne zahtjevne izazove s kojima se svakodnevno suočavaju. Navedeni izazovi mogu imati negativne reperkusije na fizičko i psihičko blagostanje medicinskih sestara, kvalitetu pružene skrbi kao i dobit cjelokupnog zdravstvenog sustava. Nadalje, mogu utjecati na nezadovoljstvo poslom i dovesti do odluke o napuštanju radnog mjesta.

Sestrinska zajednica treba usmjeriti pozornost na intervencije koje mogu utjecati na ublažavanje profesionalnog stresa u svih medicinskih sestara, a poglavito onih u području palijativne skrbi. To podrazumijeva osiguravanje psihološke podrške medicinskim sestrama na razini zdravstvenih ustanova, uvažavanje autonomije medicinskih sestara, osiguravanje boljih uvjeta rada, poticanje suradnje među članovima multidisciplinarnog tima, usavršavanje specifičnih komunikacijskih i praktičnih vještina, kao i osiguravanje cjeloživotne edukacije i pohađanja relevantnih tečajeva. Dodatno, javno zdravstveni programi unaprjeđenja mentalnog zdravlja prijeko su potrebni poradi osnaživanja osobnih kapaciteta i smanjenja profesionalnog stresa medicinskih sestara, što će imati pozitivne reperkusije na učinkovitost pružanja palijativne zdravstvene njege i kvalitetu palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite.

7. Literatura

1. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski V, Vučevac V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. *Medix* 2016;119/120.
2. Chan KB, Lai G, Ko YC, Boey KW. Work stress among six professional groups: the Singapore experience. *Soc Sci Med* 2000;50(10):1415–32.
3. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics* 2011;18(3):317–26.
4. Sandgren A, Thulesius H, Fridlund B, Petersson K. Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qual Health Res* 2006;16(1):79–96.
5. Pavelková H, Bužgová R. Burnout among healthcare workers in hospice care. *Cent Eur J Nurs* 2015;6(1):218–23.
6. Havleka M, Havelka A. Psihosocijalne osnove zdravlja. Jastrebarsko: Naknada Slap; 2020.
7. Hardy S, Carson J, Thomas B. Occupational stress: personal and professional approaches. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd; 1998.
8. Gray-Toft P, Anderson JG. The nursing stress scale: development of an instrument. *J Behav Assess* 1981;3(1):11–23.
9. European Association for Palliative Care. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *EJPC* 2009;16(6).
10. Ljubičić M. Palijativna zdravstvena njega. Zagreb: Naknada Slap; 2020.
11. Marchand A, Durand P, Juster RP, Lupien SJ. Workers' psychological distress, depression, and burnout symptoms: associations with diurnal cortisol profiles. *Scand J Work Environ Health* 2014;40(3):305–14.
12. Angelousi A, Margioris AN, Tsatsanis C. ACTH action on the adrenals. South Dartmouth (MA): Endotext; 2000.
13. Kadmiel M, Cidlowski JA. Glucocorticoid receptor signaling in health and disease. *Trends Pharmacol Sci* 2013;34(9):518–30.
14. Oakley RH, Cidlowski JA. The biology of the glucocorticoid receptor: new signaling mechanisms in health and disease. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132(5):1033–44.
15. Hakamata Y, Komi S, Moriguchi Y, et al. Amygdala-centred functional connectivity affects daily cortisol concentrations: a putative link with anxiety. *Sci Rep* 2017;7(1):8313.
16. Lee DY, Kim E, Choi MH. Technical and clinical aspects of cortisol as a biochemical marker of chronic stress. *BMB Rep* 2015;48(4):209–16.

17. Kuo T, McQueen A, Chen TC, Wang JC. Regulation of glucose homeostasis by glucocorticoids. *Adv Exp Med Biol* 2015;872:99–126.
18. Oosterholt BG, Maes JHR, van der Linden D, Verbraak MJPM, Kompier MAJ. Burnout and cortisol: evidence for a lower cortisol awakening response in both clinical and non-clinical burnout. *J Psychosom Res* 2015;78(5):445–51.
19. Flanagan NA, Flanagan TJ. An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Res Nurs Health* 2002;25(4):282–94.
20. Moreau M, Valente F, Mak R. Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(6):507–16.
21. Twycross RG. The challenge of palliative care. *Int J Clin Oncol* 2002;7(4):271–8.
22. Newton J, Waters V. Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work. *Int J Palliat Nurs* 2001;7(11):531–40.
23. Plante A, Bouchard L. Occupational stress, burnout, and professional support in nurses working with dying patients. *OMEGA (Westport)* 1996;32(2):93–109.
24. Fillion L, Saint-Laurent L, Rousseau N. Les stresseurs liés à la pratique infirmière en soins palliatifs: les points de vue des infirmières. *Les Cahiers de Soins Palliatifs* 2003;4(1):5–40.
25. Dean RA. Occupational stress in hospice care: causes and coping strategies. *Am J Hosp Palliat Care* 1998;15(3):151–4.
26. Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.
27. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol* 1993;28(2):117–48.
28. Duggleby W, Cooper D, Penz K. Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *J Adv Nurs* 2009;65(11):2376–85.
29. Lee TW, Ko YK. Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *J Adv Nurs* 2010;66(4):839–48.
30. Gibbons C. Stress, coping and burn-out in nursing students. *Int J Nurs Stud* 2010;47(10):1299–309.
31. Anderson-Connolly R, Grunberg L, Greenberg ES, Moore S. Is lean mean? *Work Employ Soc* 2002;16(3):389–413.
32. Fillion L, Dupuis R, Tremblay I, de Grace GR, Breitbart W. Enhancing meaning in palliative care practice: a meaning-centered intervention to promote job satisfaction. *Palliat Support Care* 2006;4(4):333–44.

33. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981;2(2):99–113.
34. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008;93(3):498–512.
35. Leiter MP, Gascón S, Martínez-Jarreta B. Making sense of work life: a structural model of burnout. *J Appl Soc Psychol* 2010;40(1):57–75.
36. Cherny NI, Werman B, Kearney M. Burnout, compassion fatigue, and moral distress in palliative care. U: Cherny N, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5. izd. Oxford, Oxford University Press 2015; 246–259.
37. Koh MYH, Chong PH, Neo PSH, et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: a multi-centre cross-sectional study. *Palliat Med* 2015;29(7):633–42.
38. Melvin CS. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *J Hosp Palliat Nurs* 2015;17(1):66–72.
39. Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep* 2017;15(7):1905–33.
40. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, et al. Retracted: prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care clinicians in the U.S. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(4):690–6.
41. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991;9(10):1916–20.
42. Fernández-Sánchez JC, Pérez-Mármol JM, Blásquez A, Santos-Ruiz AM, Peralta-Ramírez MI. Association between burnout and cortisol secretion, perceived stress, and psychopathology in palliative care unit health professionals. *Palliat Support Care* 2018;16(3):286–97.
43. Melo CG, Oliver D. Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *J Palliat Care* 2011;27(4):287–95.
44. Pessin H, Fenn N, Hendriksen E, DeRosa AP, Applebaum A. Existential distress among healthcare providers caring for patients at the end of life. *Curr Opin Support Palliat Care* 2015;9(1):77–86.
45. Larowe K. *Breath of relief: transforming compassion fatigue into flow*. Boston: Acanthus Publishing; 2005.

46. Slatten LA, David Carson K, Carson PP. Compassion fatigue and burnout. *Health Care Manag (Frederick)* 2011;30(4):325–33.
47. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud* 2012;49(3):292–9.
48. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs* 2010;36(5):420–7.
49. Leiter M, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag* 2009;17(3):331–9.
50. Shoji K, Bock J, Cieslak R, Zukowska K, Luszczynska A, Benight CC. Cultivating secondary traumatic growth among healthcare workers: the role of social support and self-efficacy. *J Clin Psychol* 2014;70(9):831–46.
51. Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Soc Work Pract* 2004;14(1):27–35.
52. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online J Issues Nurs* 2011;16(1):1.
53. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work* 2007;52(1):63–70.
54. Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J Res Pers* 2003;37(6):504–28.
55. Robinson J, Shaver P. Measures of social psychological attitudes. *Organ Stud* 1979;4(1):122–122.
56. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092.
57. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606–13.
58. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991;14(6):540–5.
59. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med* 2008;15(3):194–200.
60. Lee EH. Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2012;6(4):121–7.
61. Dagget T, Molla A, Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Nurs* 2016;15(1):39.

62. Beh L, Loo L. Job stress and coping mechanisms among nursing staff in public health services. *Int J Acad Res Bus Soc Sci* 2012;2(7).
63. Hamaideh SH, Mrayyan MT, Mudallal R, Faouri IG, Khasawneh NA. Jordanian nurses' job stressors and social support. *Int Nurs Rev* 2008;55(1):40–7.
64. Hipwell AE, Tyler PA, Wilson CM. Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *Br J Med Psychol* 1989;62(1):71–9.
65. Tyler PA, Carroll D, Cunningham SE. Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors. *Int J Nurs Stud* 1991;28(2):125–30.
66. Terakado A, Watanabe T. Creation of a questionnaire to measure stress among nurses engaged in palliative care on general wards. *Support Care Cancer* 2012;20(10):2537–44.
67. Kubler-Ross E. *Les derniers instants de la vie*. Geneve: Labor et Fides; 1975.
68. Kalaitzidis E, Jewell P. The concept of advocacy in nursing. *Health Care Manag (Frederick)* 2015;34(4):308–15.
69. Ellen ME, Perlman S, Shach R. Too much cancer care? *Cancer Nurs* 2021;44(4):E236–43.
70. Bucknall T, Thomas S. Nurses' reflections on problems associated with decision-making in critical care settings. *J Adv Nurs* 1997;25(2):229–37.
71. Lindeke L, Sieckert A. Nurse-physician workplace collaboration. *Online J Issues Nurs* 2005;10(1).
72. Ramirez A, Graham J, Richards M, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71(6):1263–9.
73. 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.
74. Felton JS. Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)* 1998;48(4):237–50.
75. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med* 1998;47(10):1611–7.
76. Lee JL, Chang BL, Pearson ML, Kahn KL, Rubenstein LV. Does what nurses do affect clinical outcomes for hospitalized patients? A review of the literature. *Health Serv Res* 1999;34(5 Pt 1):1011–32.
77. Bond S. *Relatively speaking - 1. Communicating with families of cancer patients. 1. The relatives and doctors.* *Nurs Times* 78(23):962–5.
78. Lončar Z, Katić M, Jureša V. *Palijativna skrb u zajednici*. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
79. Terakado A, Matsushima E. Work stress among nurses engaged in palliative care on general wards. *Psychooncology* 2015;24(1):63–9.

80. Tyler PA, Ellison RN. Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *J Adv Nurs* 1994;19(3):469–76.
81. Chang EM, Daly JW, Hancock KM, et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *J Prof Nurs* 2006;22(1):30–8.
82. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1982.
83. Pinikahana J, Happell B. Stress, burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses: a Victorian study. *Aust J Rural Health* 2004;12(3):120–5.
84. Tyler P, Cushway D. Stress in nurses: the effects of coping and social support. *Stress Med* 1995;11(1):243–51.
85. Healy C, McKay M. Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *Aust J Adv Nurs* 1999;17(2):30–5.
86. Happell B, Martin T, Pinikahana J. Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12(1):39–47.
87. Fumić-Dunkić L, Kustura A. Organizational model of palliative care in the Republic of Croatia - where are we today? *Libri Oncol* 2019;46(2–3):60–4.
88. Purcell SR, Kutash M, Cobb S. The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting. *J Nurs Manag* 2011;19(6):714–20.
89. 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):e0252430.
90. Duquette A, Kérowc S, Sandhu BK, Beaudet L. Factors related to nursing burnout a review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs* 1994;15(4):337–58.
91. Doherty N, Tyson S. *Mental well-being in the workplace: a resource park for management, training and development*. Sudbury: HSE Books; 1998.
92. Wong D, Leung S, So C, Lam D. Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: the roles of nursing stresses and coping strategies. *Online J Issues Nurs* 2001;6(2):168–92.
93. 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;123:9–20.
94. Poulsen MG, Poulsen AA, Baumann KC, McQuitty S, Sharpley CF. A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: resilience in cancer care study. *J Med Radiat Sci* 2014;61(4):225–32.

95. Masa'Deh R, Alhalaiqa F, AbuRuz ME, Al-Dweik G, Al-Akash HY. Perceived stress in nurses: a comparative study. *Glob J Health Sci* 2016;9(6):195.
96. Borteyrou X, Truchot D, Rascle N. Development and validation of the work stressor inventory for nurses in oncology: preliminary findings. *J Adv Nurs* 2014;70(2):443–53.
97. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory manual*. 4. izd. Menlo Park, Mind Garden Inc 2016.
98. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care* 2015;24(5):412–20.
99. Ogińska-Bulik N. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care—the role of psychological resilience. *Postepy Psychiatrii i Neurologii* 2018;27(3):196–210.
100. Ablett JR, Jones RSP. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology* 2007;16(8):733–40.
101. Dickinson T, Wright KM. Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *Br J Nurs* 2008;17(2):82–7.
102. Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *J Nurs Staff Dev* 12(2):81–5.
103. Tierney MJ, Lavelle M. An investigation into modification of personality hardiness in staff nurses. *J Nurs Staff Dev* 13(4):212–7.
104. Daines PA. Personality hardiness: an essential attribute for the ICU nurse? *Dynamics* 2000;11(4):18–21.
105. Judkins S, Arris L, Keener E. Program evaluation in graduate nursing education: hardiness as a predictor of success among nursing administration students. *J Prof Nurs* 2005;21(5):314–21.
106. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychol Bull* 2004;130(3):435–68.
107. Edo-Gual M, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *J Clin Nurs* 2015;24(17–18):2429–38.
108. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *P T* 2013;38(1):30–57.
109. Dobson KS. The relationship between anxiety and depression. *Clin Psychol Rev* 1985;5(4):307–24.

110. Ulla S, Coca C, del Rincón C, et al. Coping with death: perceptions of health care professionals working in a pediatric intensive care unit and in a geriatric service. *Illn Crises Loss* 2003;11(4):318–36.
111. Craigie M, Osseiran-Moisson R, Hemsworth D, et al. The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on compassion fatigue in Australian nurses. *Psychol Trauma* 2016;8(1):88–97.
112. Xu Y, Yu Y, Xie Y, et al. Positive affect promotes well-being and alleviates depression: the mediating effect of attentional bias. *Psychiatry Res* 2015;228(3):482–7.
113. Denollet J, de Vries J. Positive and negative affect within the realm of depression, stress and fatigue: the two-factor distress model of the Global Mood Scale (GMS). *J Affect Disord* 2006;91(2–3):171–80.
114. Stavrakaki C, Vargo B. The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *Br J Psychiatry* 1986;149(1):7–16.
115. Kalin NH. The critical relationship between anxiety and depression. *Am J Psychiatry* 2020;177(5):365–7.
116. Pehlivan S, Lafçı D, Vatansever N, Yıldız E. Relationship between death anxiety of Turkish nurses and their attitudes toward the dying patients. *Omega (Westport)* 2020;82(1):128–40.
117. Abdel-Khalek A, Tomás-Sábado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Stud* 2005;29(2):157–69.
118. Cella DF, Tross S. Death anxiety in cancer survival: a preliminary cross-validation study. *J Pers Assess* 1987;51(3):451–61.
119. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* 2010;37(1):E43–9.
120. Polat S, Küçük Alemdar D, Gürol A. Paediatric nurses' experience with death: the effect of empathic tendency on their anxiety levels. *Int J Nurs Pract* 2013;19(1):8–13.
121. Matsui M, Braun K. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *Int J Palliat Nurs* 2010;16(12):593–8.
122. Blackmore ER, Stansfeld SA, Weller I, Munce S, Zagorski BM, Stewart DE. Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey. *Am J Public Health* 2007;97(11):2088–93.
123. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec* 2012;26(3):177–82.
124. Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs* 2001;33(3):396–405.

125. Greenglass ER, Burke RJ, Fiksenbaum L. Workload and burnout in nurses. *J Community Appl Soc Psychol* 2001;11(3):211–5.
126. Parkes J, Chen S, Clift S, Dahlitz M, Dunn G. The clinical diagnosis of the narcoleptic syndrome. *J Sleep Res* 1998;7(1):41–52.
127. Johns M, Hocking B. Daytime sleepiness and sleep habits of Australian workers. *Sleep* 1997;20(10):844–7.
128. Øyane NMF, Pallesen S, Moen BE, Åkerstedt T, Bjorvatn B. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. *PLoS One* 2013;8(8):e70228.
129. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Personal Psychol Compass* 2011;5(1):1–12.
130. Olthuis G, Leget C, Dekkers W. Why hospice nurses need high self-esteem. *Nurs Ethics* 2007;14(1):62–71.
131. Barnett MD, Ruiz IA. Psychological distress and compassion fatigue among hospice nurses: the mediating role of self-esteem and negative affect. *J Palliat Med* 2018;21(10):1504–6.
132. Collins SS, Henderson MC. Autonomy: part of the nursing role? *Nurs Forum (Auckl)* 1991;26(2):23–9.
133. LePine JA, van Dyne L. Voice and cooperative behavior as contrasting forms of contextual performance: evidence of differential relationships with Big Five personality characteristics and cognitive ability. *J Appl Psychol* 2001;86(2):326–36.
134. Nichols P, Copeland T, Craib IA, Hopkins P, Bruce DG. Learning from error: identifying contributory causes of medication errors in an Australian hospital. *Med J Aust* 2008;188(5):276–9.
135. Gambles M, Wilkinson SM, Dissanayake C. What are you like? *Cancer Nurs* 2003;26(2):97–104.
136. Tait A. Breast cancer nursing: summary report for Cancer Relief Macmillan Fund; 1994.

Prilozi

Prilog 1. – Obavijest za ispitanike o istraživanju s privolom za sudjelovanje.

Prilog 2. – Anketni upitnik „Stres medicinskih sestara pri pružanju palijativne skrbi“.

Prilog 1. Obavijest za ispitanike o istraživanju s privolom za sudjelovanje

Poštovani,

molim Vas za sudjelovanje u istraživanju „*Stres medicinskih sestara pri pružanju palijativne skrbi*“ koje provodi Gianna Pavletić, univ. bacc. med. techn. pod mentorstvom doc. dr. sc. Marije Ljubičić i komentorstvom izv. prof. prim. dr. sc. Suzane Konjevode.

Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada na diplomskom studiju sestrinstva na Sveučilištu u Zadru, Odjelu za zdravstvene studije.

Cilj istraživanja je ispitati razinu profesionalnog stresa medicinskih sestara/tehničara pri pružanju palijativne skrbi i palijativne zdravstvene njege. Osim općih sociodemografskih i zdravstvenih podataka, upitnikom će se ispitati samopercepcija, osobno zadovoljstvo, suočavanje s nepredvidivim situacijama, fleksibilnost, pospanost, otpornost na stres u medicinskih sestara te percepcija općeg i profesionalnog stresa.

Anketni upitnici su u potpunosti anonimni te je ispitanicima za vrijeme i nakon provedbe istraživanja zajamčena potpuna anonimnost. Za sve nejasnoće moguće je kontaktirati istraživača na e-mail: gianna.pavletic56@gmail.com.

Slanjem ispunjenog upitnika dajete svoju suglasnost za sudjelovanje u navedenom istraživanju.

Zahvaljujem na sudjelovanju!

Prilog 2. Anketni upitnik Stres medicinskih sestara pri pružanju palijativne skrbi

1. SOCIODEMOGRAFSKI PODATCI

Spol:

- Žensko
- Muško

Životna dob:

Bračno stanje:

- Slobodan/na
- Razveden/a
- Udovac/ica
- U braku
- U izvanbračnoj zajednici

Imate li djecu?

- Da
- Ne

Razina obrazovanja:

- Srednja stručna sprema
- Završen sveučilišni ili stručni studij na preddiplomskoj razini
- Završen sveučilišni ili stručni studij na diplomskoj razini
- Poslijediplomsko obrazovanje

Kako biste procijenili trenutno ekonomsko stanje Vas i Vaše uže obitelji?

- Odlično
- Dosta dobro
- Osrednje
- Loše

Koliki su ukupni prosječni mjesečni prihodi svih članova u Vašem kućanstvu?

- Manje od 6.000 kn
- 6.000 kn – 8.000 kn
- 8.000 kn – 10.000 kn
- 10.000 kn – 15.000 kn
- Više od 15.000 kn

U kojoj županiji živite?

- Zagrebačka
- Krapinsko-zagorska
- Sisačko-moslavačka
- Karlovačka
- Varaždinska
- Koprivničko-križevačka
- Bjelovarsko-bilogorska
- Primorsko-goranska
- Ličko-senjska
- Virovitičko-podravska
- Požeško-slavonska
- Brodsko-posavska
- Zadarska
- Osječko-baranjska
- Šibensko-kninska
- Vukovarsko-srijemska
- Splitsko-dalmatinska
- Istarska
- Dubrovačko-neretvanska
- Međimurska
- Grad Zagreb

U kojoj djelatnosti ste trenutno zaposleni?

- Primarna zdravstvena zaštita
- Bolnička djelatnost
- Gerijatrijska djelatnost (domovi za osobe starije životne dobi)
- Osobe s invaliditetom (ustanove za osobe s invaliditetom)

Ukoliko ste zaposleni u bolničkoj djelatnosti, molim Vas označite u kojoj.

- Internistička djelatnost
- Kirurška djelatnost
- Pedijatrijska djelatnost
- Psihijatrijska djelatnost
- Ginekološka djelatnost

Na koji način trenutno radite?

- Samo u jutarnjoj smjeni
- U dvije smjene
- U tri smjene
- U turnusima (12-satno radno vrijeme)

Radite li trenutno na rukovodećem radnom mjestu?

- Da
- Ne

Koliko često na Vašem trenutnom radnom mjestu pružate palijativnu skrb i palijativnu zdravstvenu njegu?

- Svaki dan
- Nekoliko puta tjedno
- Nekoliko puta mjesečno
- Nekoliko puta godišnje
- Nikada

Prema vlastitoj procjeni, koliko bliskih prijatelja imate? (Preciznije, prijatelja kojih biste mogli zamoliti za gotovo bilo koju uslugu). Molim Vas upišite broj.

Koliko se često družite s bliskim prijateljima?

- Svaki dan
- Više puta tjedno
- Barem jednom tjedno
- Jednom mjesečno
- 2-3 puta mjesečno
- Rijetko

4. OSOBNO ZADOVOLJSTVO

Molim Vas da označite u kojoj Vas mjeri navedena tvrdnja točno opisuje.

		U potpunosti se slažem	Slažem se	Ne slažem se	U potpunosti se ne slažem
1.	Općenito govoreći, zadovoljan/a sam sobom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ponekad mislim da uopće ni za što nisam dobar/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Osjećam da imam brojne dobre osobine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sposoban/a sam raditi stvari dobro kao i većina drugih ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Osjećam da nemam puno toga čime bih se ponosio/la.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ponekad se osjećam beskorisnim/om.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Osjećam da vrijedim, barem koliko i drugi ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Volio/la bih da mogu imati više poštovanja prema sebi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Sve u svemu, sklon/a sam osjećati da sam promašaj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Imam pozitivan stav o sebi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. FLEKSIBILNOST

Molim Vas da označite koliko se slažete ili ne slažete sa sljedećim tvrdnjama.

		U potpunosti se NE slažem	NE slažem se	Niti se slažem, niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
1.	Brzo se oporavim nakon teških vremena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Teško prolazim kroz stresne situacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ne treba mi dugo za oporavak od stresnog događaja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Teško mi je trgnuti se kad mi se dogodi nešto loše.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Obično prolazim kroz teška vremena uz manje poteškoće.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Potrebno mi je dugo vremena kako bih se oporavio/la od prepreka u mom životu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ZABRINUTOST

Molim Vas da označite koliko često Vam je neki od sljedećih problema pričinjavao teškoće tijekom posljednja dva tjedna.

		Uopće NE	Nekoliko dana	Više od polovice navedenih dana	Skoro svaki dan
1.	Osjećaj nervoze, tjeskobe ili osjećaj da ste na rubu živaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Niste mogli prestati brinuti ili kontrolirati zabrinutost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Previše ste brinuli o različitim stvarima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Imali ste poteškoće s opuštanjem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Bili ste toliko nemirni da niste mogli stajati na mjestu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Lako ste se naljutili ili bili ste razdražljivi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bilo Vas je strah da bi se nešto strašno moglo dogoditi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. PERCEPCIJA ZDRAVLJA

Molim Vas da označite koliko često Vam je neki od sljedećih problema pricinjavao teškoće tijekom posljednja dva tjedna.

		Uopće NE	Nekoliko dana	Više od polovice navedenih dana	Skoro svaki dan
1.	Smanjen interes ili zadovoljstvo u obavljanju uobičajenih stvari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Imali ste osjećaj potištenosti, depresije ili beznada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Teško ste zaspali ili ste loše spavali ili ste pak previše spavali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Imali ste osjećaj umora ili nedostatka energije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Bili ste oslabljenog apetita ili ste se prejedali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Imali ste loš osjećaj u svezi sebe samog ili da niste uspjeli u životu ili da ste iznevjerili sebe ili svoju obitelj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Imali ste poteškoće s koncentracijom, npr. prilikom čitanja novina ili gledanja TV-a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Kretali ste se ili razgovarali usporeno tako da su to mogli i drugi primijetiti; ili naprotiv bili usplahireni ili nemirni, tako da ste se morali kretati više nego uobičajeno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Razmišljali ste kako bi bilo bolje da te mrtvi ili da se ozlijedite na neki način.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. POSPANOST

Koliko je vjerojatno da ćete zadrijemati ili zaspati u niže navedenim situacijama, u usporedbi da se samo osjećate umorni? Ovo se odnosi na Vaš uobičajeni način života u zadnje vrijeme. Molim Vas da koristite slijedeću ljestvicu kako biste najbolje odgovorili na svaku situaciju.

Situacija		Nikada ne bih zadrijemao/la	Malo je vjerojatno da bih zadrijemao/la	Umjereno je vjerojatno da bih zadrijemao/la	Vrlo je vjerojatno da bih zadrijemao/la
1.	Sjedenje i čitanje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gledanje TV-a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Sjedenje, mirno, na javnom mjestu (npr. kazalište ili na sastanku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kao putnik u automobilu koji se vozi sat vremena bez stajanja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Tijekom ležanja poslijepodne kada situacija dopušta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Tijekom sjedenja i razgovora s nekim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Tijekom tihog sjedenja nakon ručka bez alkohola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	U automobilu, kada se na trenutak zaustavite u prometu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. NEPREDVIDIVE SITUACIJE

Molim Vas označite koliko često ste se u posljednjih mjesec dana osjećali ili mislili na određeni način.

		Nikad	Gotovo nikad	Ponekad	Poprilično često	Vrlo često
1.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste bili uzrujani zbog nečega što se dogodilo neočekivano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da ne možete kontrolirati važne stvari u svom životu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se osjećali nervozno i „pod stresom“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se osjećali sigurnima u svoje sposobnosti za rješavanje osobnih problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da stvari idu Vama u prilog i kako treba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da niste u mogućnosti nositi se sa stvarima koje ste trebali učiniti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste uspijevali kontrolirati iritacije u svom životu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da imate sve pod kontrolom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se razljutili zbog stvari koje su bile izvan Vaše kontrole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali teškoće koje su se gomilale toliko puno da ih niste mogli prevladati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. PROFESIONALNI STRES MEDICINSKIH SESTARA

Niže se nalazi popis situacija koje su česta pojava na bolničkim odjelima. Molim Vas da za svaku stavku označite broj koji označava koliko često ste se susreli s navedenim stresnim situacijama.

		Nikada	Povremeno	Često	Vrlo često
1.	Izvođenje intervencija koje su bolne za pacijenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Osjećaj bespomoćnosti kada pacijentovo stanje ne napreduje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Razgovor s pacijentom o njegovoj nadolazećoj smrti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Smrt pacijenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Smrt pacijenta s kojim ste razvili blisku povezanost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Nepresutnost liječnika u trenutku smrti pacijenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Gledanje pacijenta kako pati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Kritike od strane liječnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Sukob s liječnikom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Strah da ćete napraviti pogrešku na štetu pacijent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Neslaganje u svezi načina liječenja pacijent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Donošenje odluka vezanih uz pacijenta kada liječnik nije dostupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Osjećaj da niste adekvatno pripremljeni pomoći pri zadovoljavanju emocionalnih potreba pacijentove obitelji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Postavljanje pitanja od strane pacijenta na koje nemate zadovoljavajući odgovor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Osjećaj da niste adekvatno pripremljeni pomoći pri zadovoljavanju emocionalnih potreba pacijenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Nedostatak mogućnosti da otvoreno razgovarate s ostalim osobljem odjela o problemima na odjelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Nedostatak mogućnosti da podijelite Vaša iskustva i osjećaje s ostalim osobljem odjela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. PROFESIONALNI STRES MEDICINSKIH SESTARA - nastavak

		Nikada	Povremeno	Često	Vrlo često
18.	Nedostatak mogućnosti da izrazite Vaše negativne osjećaje prema pacijentima ostalom osoblju odjela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Sukobi s nadređenima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ispomoć na ostale odjele kojima nedostaje osoblja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Poteškoće pri radu s određenom medicinskom sestrom izvan Vašeg odjela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Kritike od strane nadređenih.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Poteškoće pri radu s određenom medicinskom sestrom na Vašem odjelu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Kvar kompjutera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Nepredvidive promjene smjena i rasporeda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Previše zadataka koji su izvan sestrinskih kompetencija.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Nedostatak vremena za pružanje emocionalne podrške pacijentu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Nedostatak vremena za dovršavanje svih sestrinskih radnih zadataka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Nedovoljno osoblja na odjelu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Neadekvatne informacije od strane liječnika o zdravstvenom stanju pacijenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Ordiniranje intervencije od strane liječnika koja se čini neprimjerenom za pacijenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Nepresutnost liječnika tijekom hitne intervencije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Nedostatak informacija o tome što je rečeno pacijentu i/ili njegovoj obitelji vezano uz njegovo zdravstveno stanje i liječenje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Nesigurnost pri korištenju i funkcioniranju specijalizirane opreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>