Sučeljavanje s gubitkom, umiranjem i smrću

Pajtak, Sandra

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:177128

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1136/SS/2019

Sučeljavanje s gubitkom, umiranjem i smrću

Sandra Pajtak, 1941/ 336

Varaždin, rujan 2019. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1136/SS/2019

Sučeljavanje s gubitkom,umiranjem i smrću

Student

Sandra Pajtak, 1941/336

Mentor

Andreja Bogdan, klinički psiholog

Varaždin, rujan 2019. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK: Sandra Pajtak | MATIČNI BROJ: 1941/336

DATUM: 05.09.2019. | KOLEGIJ: Zdravstvena psihologija

NASLOV RADA: Sučeljavanje s gubitkom, umiranjem i smrću

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Confronting with loss, dying, and death

MENTOR: Andreja Bogdan, prof. | ZVANJE: Viši predavač, klinički psiholog

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. dr.sc. Irena Canjuga, predsjednik
2. Andreja Bogdan, prof., mentor
3. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, član
4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1136/SS/2019

OPIS:

Umiranje jest biološko zbivanje koje je u tijeku, a u konačnici neizbježno dovodi do smrti. Stoga se razvila relativno mlada znastvena disciplina, tj. palijativna skrb koja se bavi zadovoljavanjem fizičkih, emocionalnih, socijalnih i duhovnih potreba, odnosno poboljšavanje kvalitete života. osim skrbi o pacijentu odnosi se i na skrb obitelji umirućeg. U provedenom istraživanju pažnja se usmjerava na medicinske sestre i njihovo doživljavanje rada sa umirućim pacijentima. Za potrebe istraživanja potrebno je izraditi anketu, provesti je na prigodnom uzorku, obraditi i interpretirati rezultate.

U radu je potrebno: - definirati smrt i umiranje
- opisati znakove i simptome palijativnog pacijenta
- opisati potrebe palijativnog pacijenta
- naglasiti važnost dobre komunikacije
- istražiti i objasniti potrebe medicinskih sestara u radu s palijativnim pacijentima
- istražiti prava pacijenata i obitelji

ZADATAK URUČEN: 11.09.2019. | POTPIS MENTORA:

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Andreji Bogdan, kliničkoj psihologinji, na izuzetnom strpljenju, korisnim savjetima i smjernicama tijekom pisanja ovog završnog rada. Također, zahvaljujem na prenesenom znanju i vještinama i ostalim predavačima, vanjskim suradnicima i mentorima. Osim njih zahvaljujem i svojoj obitelji i radnim kolegama na bezuvjetnoj podršci i ohrabrivanju tijekom studiranja.

Sažetak

Svi biološki procesi u čovjeku već na samom početku osuđeni su na smrt neovisno o tome kada će ona nastupiti. Umiranje usko ograničavamo na razdoblje života kada je očito skoro nastupanje smrti, a ona obilježuje kraj jedne dinamične stvarnosti, tj. života. Borba sa životom i smrću predstavlja najveći medicinski, ali i bioetički izazov, posebice u današnje doba koje bilježi porast neizlječivih i kroničnih bolesti.

Medicinska sestra/ tehničar mora imati kompetencije zasnovane na odgovarajućem stupnju obrazovanja, vještina i iskustva kako bi na prikladan način djelovala u svim potrebnim segmentima propisanih zakonom i etičkim pravilima. Isto tako mora biti svjesna značenja i važnosti svojega rada i upotreba najprikladnijih metoda.

Prognozirana smrt člana obitelji teško pogađa obitelj i pokreće složen i postupan proces promjene i razvoja. Posljedično tome većina umirućih bolesnika žele skrb i mjesto umiranja u svojem domu, u svojoj poznatoj sredini, uz svoju obitelj. Svaka osoba ima pravo na biranje pružanja skrbi, kao i mnoge druge stavke pomnije opisane u nastavku teksta. Od izuzetne je važnosti obitelji, koja je uz palijativnog bolesnika centar palijativne skrbi, pružiti psihološku i emocionalnu podršku. Kao što znamo palijativna skrb je vrlo zahtjeva i iscrpljujuća ponajviše za bolesnika i obitelj, a zatim i za ostale stručne djelatnike.

Istraživanje je provedeno anketom, a ispitano je 30 zdravstvenih djelatnika zaposlenih u Domu za starije i nemoćne „Sveta Ana“ i Domu za starije i nemoćne „Matija“ koji se nalaze u Babincu, općina Cestica u periodu 06.-20.05.2019.g. Cilj istraživanja bio je ispitati koliko često se medicinske sestre/tehničari nalaze u situaciji u kojoj treba priopćiti lošu vijest pacijentu ili članovima obitelji, osjećaju li se dovoljno kompetentnima za priopćavanje loših vijesti i kako se pri tom osjećaju.

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da 15 (50%) ispitanika svakodnevno ima priliku priopćiti lošu vijest, dok 15 (50%) ne, a 11 (37%) ispitanika izjasnilo se kako se prilikom saopćavanja loših vijesti osjećalo neugodno, 4 (13%) ispitanika su se osjećala djelomično neugodno, 1 (3%) ispitanik nit ugodno nit neugodno, 7 (23,5%) ispitanika suosjećalo je sa obitelji i pacijentom, dok njih 7 (23,5%) se izjasnilo kako ne saopćavaju loše vijesti. Od 30 ispitanika njih 5 (17%) odgovorilo je kako se dobro nosi sa situaciji u kojoj trebaju priopćiti lošu vijest, a čak 19 (63%) kako se ne nosi dobro, dok njih 6 (20%) ne saopćava loše vijesti.

Na 14 (47%) utječe priopćavanje loših vijesti, 5 njih ne utječe, dok njih 11 ne priopćava loše vijesti. Obzirom na kompetencije 21 (70%) ispitanik smatra kako nije dovoljno educiran, 4 (13%) kako su dovoljno educirani.

Ključne riječi: palijativa, zdravstvena skrb, medicinska sestra, vještine, komunikacija

Abstract

All biological processec in a person are condemned to death from outset, regardless of how they will act. We narrowly limit dying to a period of life when the apperance of death is apparent, and it marks the end of dynamic reality, aka. life Fighting life and death is the greatest medical but also bioethical callenge, especially today, in this age which is characterized by an increase in incurable and chronic diseases.

The nurse must have competencies bases on the appropriate level of education, skills and experience to work appropriately in all necessary segments required by law and ethics. She must als obe aware oft he meaning and importance of its woek and the use oft he most appropriate methods.

The projecteh death of family member severely affects the family and triggers a compčex and gradual process of charge and development. Consequently, most retired patients want care and a place to die in their home, in their familiar surroundings, with their family. Each person has the right to choose care, as well as other items described below.

The survey was conducted, and 30 healt workers employed in the home for the Elderly and Disabled „ Sveta Ana“ and the home frome the Elderly and Disabled „Matija“ located in Babinec, Cestica. Municipality , where examined in period 06.- 20.05.2019. The aim oft he study was to examine how often nurses/ technicians find themselves in situation where bad news is to be reported to a patient or family members, whether they feel compentent enough to report bad news, and how they feel abaut it.

The results oft he resarch show that 15 (50%) of respondents have the opportunity to report bad news daily, while 15 (50%) do niot, and 11 (37%) of respondents felt partially uncomfortable, 1 (3%) respondent nither comfortable nor embarrassed, 7 (23,5%) interviewed sympathized with family and patient, while 7 (23,5%) stated that they did not report bad news. Of the 30 respondents, 5 (17%) answered that they cope well with the situation in wich they need to report bad news, and as many as 19 (63%) do not cope with the good news, while 6 (20%) do not report bad news. 14 (47%) are affected by bad news reporting, 5 are unaffected, while 11 are not affected by bad news. Given the competences, 21(70%) respondents belive that they are not sufficiently educated, 4 (13%) belive that they are sufficiently educated.

Keywords: palliative care, healthcare, nurce, skills, communication

Popis korištenih kratica

tj. to jest
npr. na primjer
itd. i tako dalje
tzv. tako zvani
sl. slično
HKMS Hrvatska komora medicinskih sestara
Zdr. Zdravstveni
SZO Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1. Uvod 1

1.1. Palijativna skrb 2
1.2. Pristup palijativnom pacijentu 3
1.3. Potrebe umirućeg pacijenta 3
1.3.1. Potreba za dostojanstvom 3
1.3.2. Potreba za ublažavanjem boli 4
1.3.3. Psihološke potrebe umirućeg bolesnika 4
1.4. Procjena stanja palijativnog bolesnika 4
1.5. Smrt i umiranje 7
1.6. Klinička slika i znakovi smrti 7
1.7. Skrb medicinske sestre/ tehničara za umirućeg pacijenta 7
1.8. Obitelj kao osnovna jezgra palijativne skrbi 8
1.9. Važnost dobre komunikacije 8
1.10. Emocionalne reakcije 9
1.11. Emocionalne potrebe obitelji umirućeg 10
1.12. Etika i filozofija sestrinstva 11
1.13. Uloga medicinske sestre/ tehničara u donošenju etičkih odluka 12
1.14. Medicinsko- pravni osvrt 13
1.15. Žalovanje 15

2. Istraživački dio rada 18

2.1. Cilj istraživanja 18
2.2. Metode 18
Graf 2.2.1. Spol ispitanika 19
Graf 2.2.3. stupanj obrazovanja ispitanika 19
2.3. Obrada podataka 19
Graf 2.3.1. Saopćenje loših vijesti pacijentu 19
Graf 2.3.2. Saopćenje loših vijesti pacijentovoj obitelji 20
Graf 2.3.4. Zadaća saopćavanja loših vijesti 21
Graf 2.3.5. Edukacija povezana sa saopćavanjem loših vijesti 21
Graf 2.3.6. Nošenje sa saopćavanjem loših vijesti 22
Graf 2.3.7. Utjecaj saopćavanja loših vijesti na zdravstvene djelatnike 23

5 .Rasprava 24
6. Zaključak 25
7. Literatura 26

1. Uvod

Medicinske sestre/ tehničari i ostali zdravstveni djelatnici neprekidno uče i prate svakodnevna nova saznanja i nove informacije kako bi ih koristili u svim oblicima za promociju zdravlja, sprječavanje bolesti i kvalitetniji način njege i liječenja bolesnih. Primjena novo naučenog znanja je potrebno kako bi pridonesli poboljšanju kvalitete procesa zdravstvene njege [1].

Zadaća palijativnog pokreta povijesno se brinuo za poboljšanje kvalitete života smrtno bolesnih ljudi i njihove obitelji. Stoga govorimo kako palijativni tim ima najbolje šanse (kroz novine, obrazovnu poštu, novinske članke itd.) pomoći ljudima da se suoče s činjenicom o smrti, žalovanju i gubitku. Suočavajući se s osobnim problemima ove vrste, ljudi će ih lakše moći dijeliti s drugima ako imaju zajednicu u koju mogu imati povjerenja [2].

Svaka osoba koja treba palijativnu skrb mora do nje doći bez nepotrebnog odgađanja, na prikladnom mjestu u skladu s osobnim potrebama i sklonostima. Zdravstvenim djelovanjem u posljednjem stadiju života potrebno je postići i održati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika,a ono je usmjereno na fizičke, psihološke i duhovne sadržaje uz uključivanje obitelji u sam postupak svega što palijativna skrb uključuje [3].

Danas kada govorimo o umiranju i smrti, govorimo o relativno mladoj znanstvenoj disciplini u kojoj se još mnogo toga uči i definira. Na važnosti dobivaju mnoga etička pitanja: kako pacijent umire? U kojim uvjetima? Jesu li zadovoljene sve njegove potrebe? Kako mu pomoći? Koja je volja umirućeg pacijenta? Kako pripremiti obitelj na ono što slijedi? Kakav je utjecaj zdravstvenih radnika? Koje su zadaće zdravstvenih radnika? Prava pacijenta? Prava obitelji? Prava zdravstvenih djelatnika? I tako u nedogled. Kako se više govori o smrti sve više nalazimo pojam „dobre smrti“. No što ona zapravo znači? Mnogi znanstvenici još i danas rade na tome, no suglasni su kako smrt nije dobra sama po sebi, već ovaj pojam iskazuje skup postupaka kojima se pacijentu omogućuje zadovoljavanje svih psihičkih, fizičkih, emocionalnih i drugih potreba [4].

Svaki čovjek osim lijepih emocija kao što su sreća, radost, ushićenje ima i one ne tako lijepe emocije kao što su tuga, žalost i još mnogo njih. To nam govori kako je sasvim normalno osim lijepih emocija proživljavati i one suprotne njima. Svaka od tih emocija ima svoju zadaću i značenje. Loša strana negativnih emocija jest njihov izrazito snažan negativan naboj koji može dovesti do neprikladnog ponašanja i neprihvaćanja situacije takvom kakva jest. Budući da je čovjek socijalno biće, gubitak bliske osobe predstavlja mogućnost kidanja povezanosti, privrženosti, promjena mnogih životnih navika i sl. Posljedično tome javlja se

strah od promjena i dolazak nepoznatog, a mehanizmi obrane rade ovisno o našim prethodnim iskustvima, okolini, vjerovanjima, edukaciji i stavovima [5].

Pomoću kratkog anketnog upitnika u razradi završnog rada prikazat ću sučeljavanje sa umiranjem, gubitkom i smrću. Obuhvatit ću zaposlenike Domova za starije i nemoćne. Više detalja u nastavku teksta.

1.1. Palijativna skrb

Umiranje jest biološko zbivanje koje je u tijeku, a u konačnici neizbježno dovodi do smrti. Svi biološki procesi u čovjeku već na samom početku osuđeni su na smrt neovisno o tome kada će ona nastupiti. Zbog toga bi mogli tvrditi da čitav život jest zapravo umiranje. No umiranje ograničavamo na razdoblje života kada je očito skoro nastupanje smrti.

U slučaju iznenadne smrti (prometna nesreća, ubojstvo i slično) proces umiranja izostavljamo [6].

Palijativna medicina/skrb predstavlja novu granu medicine čija je glavna zadaća proučavanje i primjenjivanje medicinske skrbi bolesnicima oboljelima od bolesti čija je prognoza nepovoljna i nepredvidiva. Kontinuirano prati i kontrolira pacijenata u odmakloj fazi, kontrolira i ublažuje osjećaj boli i drugih simptoma, dok usmjerava skrb na probleme psihološke, društvene i duhovne naravi [7].

Glavni sinonim za palijativnu skrb ili hospicijsku skrb jest naziv „skrb na kraju života“ čiji je glavni cilj zadovoljavanje fizičkih, emocionalnih, socijalnih i duhovnih potreba, odnosno poboljšavanje kvalitete života kako to definira i Svjetska zdravstvena organizacija. Medicinska sestra vrši ranu identifikaciju i procjenu, ublažavanje patnje i boli, pruža psihološku podršku pacijentu i članovima obitelji koji su suočeni i s prilagodbom na probleme umirućeg člana obitelji [7].

Svjetska zdravstvena organizacija govori o palijativnoj skrbi kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika. Osim toga uključuje u skrb i njihove bližnje koji su suočeni s problemima umirućeg pacijenta, djeluje na prevenciju i ublažavanja patnje pomoću rane identifikacije i besprijekorne procjene te suzbijanja/liječenja boli i drugih problema. Dok govorimo o palijativi razmišljamo o njezinoj glavnoj svrsi, tj. o prevenciji i ublažavanju patnje, te pružanje podrške oboljelom i obitelji kako bi se poboljšala kvaliteta preostalog života [7].

1.2. Pristup palijativnom pacijentu

Među stručnjacima za palijativnu skrb diljem europskih zemalja priznat je skup zajedničkih vrijednosti specifičnih za to područje rada. U taj rad ne uključuju se samo farmakološke i nefarmakološke mjere suzbijanja simptoma, već i komunikaciju s pacijentom i obitelji, kao i s drugim zdravstvenim djelatnicima. Zajedničkim razmišljanjem dolazi se do odlučivanja i postavljanje ciljeva, a u skladu s načelima palijativne skrbi [7].

Prema umirućoj osobi u razdoblju umiranja i smrti treba pristupiti humano, na način da se potvrđuje sveukupnost njezinih pozitivnih osobina, kvaliteta i vrijednosti kao što su dostojanstvo, samopoštovanje, samoodređenje i individualnost. Provođenje skrbi treba izvoditi na uljudan i otvoren način, imajući na umu osjetljivost za osobne, kulturne i vjerske vrijednosti i vjerovanja. Također neizostavno je primijeniti holistički pristup koji obuhvaća medicinsku skrb na fizičkoj, psihičkoj i duhovnoj razini terminalnih bolesnika [7].

1.3. Potrebe umirućeg pacijenta

Svaka osoba ima potrebe koje je nužno zadovoljiti, no kako sama etiologija bolesti napreduje pacijent nije u mogućnosti samostalno ih zadovoljavati, stoga je zadaća medicinske sestre/ tehničara pomoći pri izvršavanju istih. Neke od najučestalijih i najvažnijih potreba bile bi sljedeće: potreba za ublažavanjem boli, potreba za očuvanjem samopoštovanja, potreba za pažnjom i pripadanjem, potreba za suosjećanjem, potreba za komunikacijom i duhovne potrebe. Emocionalne i duhovne boli nerijetko su veće od tjelesnih ili pak povećavaju pacijentovu tjelesnu bol. U trenutku kada pacijent shvati kako je smrt neizbježna, duhovne, društvene, ekonomske, psihološke i ostale vrste boli postaju međusobno isprepletene. Navedene se potrebe dalje klasificiraju kao medicinske i duhovne [7].

1.3.1. Potreba za dostojanstvom

Terminalna faza ljudskog života obično se veže uz gubitak dostojanstva, fizičku nemoć i nedostatak intelektualne prisebnosti. Tu fazu bolesnika općenito prate osjećaj depresije, stresa, anksioznosti i očaja, loša klinička kvaliteta života. Iako trenutak postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti najavljuje blizinu izvjesne smrti, život još uvijek ne gubi svoju vrijednost, značenje i sadržaje, te se i nadalje puno toga može učiniti s umirućim i za njega. Primjenom

svih znanja i vještina medicinska sestra/ tehničar će ostvariti najbolju moguću kvalitetu življenja sve do same smrti, u skladu s vrijednostima i okolnostima osobe, što za pacijenta znači pružiti adekvatnu skrb te mu u najvećoj mjeri omogućiti aktivnu uključenost u obiteljski i društveni život [7].

1.3.2. Potreba za ublažavanjem boli

Glavna i najvažnija zadaća palijativne skrbi jest ublažavanje boli umirućeg pacijenta. Stoga zalaganje liječnika i ostalih zdravstvenih radnika treba se nastaviti pažljivom i učinkovitom, takozvanom razmjernom terapijom i palijativnom skrbi. Bol koja se pripisuje tijelu, ujedno je i bol koja obuhvaća duhovnu/duševnu/psihološku bol. Stoga, palijativna skrb treba obuhvaćati i medikamentoznu i psihosocijalnu potporu bolesnika [7].

1.3.3. Psihološke potrebe umirućeg bolesnika

S obzirom da jakim analgeticima možemo donekle uspješno tretirati fizičku bol, na području psihološke razine zapažamo stanje patnje koja često nastaje u suočavanju s neizbježnošću smrti. Može biti definirana kao osjećaj tjeskobe, depresije, ranjivosti i prijetnje vlastitu integritetu. Bol i patnja se uzajamno pojačavaju [7].

Strah od smrti obuzima svakoga tko se nađe pred neposrednom smrtnom opasnošću. Posebno je naglašen u onih koji nisu okruženi dobrotom i pažnjom bliskih osoba. Kada govorimo o tome mislimo na strah beznadne osamljenosti i ostavljenosti. Pacijenta može umiriti stisak ruke, blag pogled, saznanje da je netko uz njega, da netko brine o njegovom stanju ili pružanjem barem male pozornosti. Pacijent osjeća strah i smatra kako je na teret članovima obitelji ili osobama koje skrbe o njemu. Ipak, uza sve to osjeća blizinu bliskih osoba, bila ona izražena neverbalno, suzama ili osmijehom [7].

1.4. Procjena stanja palijativnog bolesnika

Razvrstavanje pacijenata u kategorije vrši se ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom. Procjenu radi medicinska sestra/ tehničar sa ciljem maksimalnog prilagođavanja potrebama pacijenta, odnosno, patofiziološkim promjenama u organizmu. Zahtijeva pravovremeno primanje pacijenta, smještanje u postelju, poduzimanje odgovarajućeg liječenja

i usmjeravanje njege liječenju. Prema suvremenoj klasifikaciji, težak pacijent je onaj kome je potrebna najveća količina rada u njezi i liječenju [8].

Progresivna njega podrazumijeva smještanje pacijenata u skupine prema stupnju potrebne njege, odnosno o potrebi provođenja određenih medicinsko-tehničkih zahvata i upotrebi određene opreme, posvećenosti rada stručnog osoblja s odgovarajućom stručnom spremom i radnim iskustvom. Pomoću kategorizacije, pacijenti se razvrstavaju u četiri kategorije ovisno o potrebnoj pomoći za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Svaka aktivnost se zasebno procjenjuje prema količini pomoći koju medicinska sestra/ tehničar pruža pacijentu, ovisno o potrebi korištenja pomagala. U kategoriju 1 smještaju se pacijenti koji su samostalni, odnosno koriste pomagalo, dok u kategoriju 4 pacijenti potpuno ovisni o pomoći. Manji broj bodova znači veću samostalnost,dok veći broj bodova označava djelomičnu ili potpunu ovisnost o tuđoj pomoći [8].

Ciljevi kategorizacije su omogućiti brzi uvid u težinu stanja pacijenata po odjelima, omogućiti uvid u mijenjanje stanja pacijenata tijekom dana ili iz dana u dan, omogućiti pravednu raspodjelu medicinskih sestara/ tehničara unutar bolnice, odjela, svakom pacijentu omogućiti najbolju skrb zdravstvene njege prema njegovim potrebama i omogućiti pravilnu raspodjelu vremena po pacijentu [8].

Datum/Dan hospitalizacije:	ODJEL:				
	ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Higijena				
2	Oblačenje				
3	Hranjenje				
4	Eliminacija				
5	Hodanje, stajanje				
6	Sjedenje				
7	Premještanje, okretanje				
8	Rizik za pad				
9	Stanje svijesti				
10	Rizik za nastanak dekubitusa				
11	Vitalni znakovi				
12	Komunikacija				
13	Specifični postupci u zdravstvenoj njezi				
14	Dijagnostički postupci				
15	Terapijski postupci				
16	Edukacija				
	BODOVI PO KATEGORIJAMA				
	BODOVI UKUPNO				
	KATEGORIJA	**1**	**2**	**3**	**4**

KATEGORIJA	BROJ BODOVA
1	16 – 26
2	27 – 40
3	41 – 53
4	54 – 64

Tablica bodova po kategorijama

Tablica br 1.4.1. Kategorizacija bolesnika

Preuzeto sa:

https://www.google.hr/search?q=kategorizacija+bolesnika&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj9p4iH36ziAhWns4sKHe2CCXMQ_AUIDigB&biw=1366&bih=625#imgrc=zLJkZ1pe2rwpNM:, pristupano 10.05.2019.

1.5. Smrt i umiranje

Smrti je statički pojam, a odnosi se na stanje svršenog čina koji se već zbio. Obilježava kraj jedne dinamične stvarnosti, tj. života. Nasuprot pojma smrti koji označuje svršen čin stoji pojam umiranja koji označuje dinamično stanje bioloških zbivanja u tijeku, kratko ili dugo, nepovratno započeto, ali koje još nije stiglo na svoj cilj. Dvije su bitne oznake umiranja: nepovratno odvijanje u tijeku i vrijeme, to jest bar donekle predvidivi vremenski razmak unutar kojeg će doći do sloma onih tjelesnih organa koji su prijeko potrebni za život [9].

1.6. Klinička slika i znakovi smrti

Kroz povijest poimanje smrti ljudskog bića bilo je vrlo različito, a prestanak rada srca i prekid disanja smatrani su sigurnim znakovima smrti. No, u današnje vrijeme znamo da je potpuno i nepovratno zatajenje funkcije centralnog neurološkog sustava prava granica između života i smrti. Iz legalnih razloga vrlo je važno pravilno utvrditi vrijeme nastupanja smrti [10].

Smrt cijelog mozga podrazumijeva ireverzibilni prekid funkcija velikog i malog mozga, kao i moždanog debla. Ovaj je koncept najčešći, a na snazi je i u Hrvatskoj. Zatim smrt moždanog debla koje definiramo se kao ireverzibilni gubitak svijesti i ireverzibilni prekid spontanog disanja [10].

Znakove smrti možemo podijeliti na rane, sigurne i kasne.

U rane znakove smrti ubrajamo: prestanak disanja, prestanak rada srca i suha sluznica.

U sigurne znakove smrti ubrajamo: mrtvačke pjege, mrtvačka mlitavost, mrtvačka ukočenost, tijelo koje je na dodir hladno (lat. algor mortis, te takozvano "mačje oko"[11].
Kasni znakovi smrti su truljenje (putrefactio), drugi kasni znak je mumifikacija, a treći kasni znak je saponifikacija [11].

1.7. Skrb medicinske sestre/ tehničara za umirućeg pacijenta

Borba sa životom i smrću predstavlja najveći medicinski, ali i bioetički izazov, posebice u današnje doba koje bilježi porast neizlječivih i kroničnih bolesti. Moderan čovjek susreće se sa smrću koja je često shvaćena kao teško fizičko ponižavanje koje se događa unutar medicinskih centara, gdje se umire često u samoći i tjeskobi iščekivanja neizbježnoga kraja [12].

Za medicinske sestre/ tehničare tipično je pružanje usluge neovisno o tome bila ona direktna ili pozivajući druge profesionalce, a čija je glavna svrha pružanje pomoći pacijentu kako bi se lakše nosio s progresivnom bolešću. Medicinska sestra/ tehničar tijekom rada boravi najviše vremena sa pacijentom i odgovorna je za trajno procjenjivanje pacijentova fizičkog i emotivnog stanja, razvijanje plana njege zajedno s liječnicima (prilagodba terapije i drugih tretmana ovisno o fizičkim i psihološkim problemima), educiranje obitelji o stanju pacijenta i slično. Osim toga zadužena je i za procjenu obiteljskog statusa, a u slučaju potrebe angažira dodatnu pomoć i općenito je na raspolaganju za odgovore na pitanja [12].

1.8. Obitelj kao osnovna jezgra palijativne skrbi

Članovi obitelji s umiranjem i smrti suočavaju se kroz mehanizme negiranja ili prihvaćanja. Neprihvaćanje smrti potiče članove obitelji na primjenu neučinkovitih ili nepotrebnih medicinskih postupaka u tretmanu umirućeg te uporabu tehničkih pomagala za produljenje života. Osim toga nerijetko se obitelj odlučuje na smještaj umirućeg bolesnika u ustanovu. Prihvaćanje umiranja bliske osobe uključuje potrebu i sposobnost obitelji da svojim stavom olakša umirućem bolesniku prepuštanje smrti. Skrb za umirućeg očituje se u iskrenoj i otvorenoj komunikaciji, te izražavanju pozitivnih osjećaja [13].

Još uvijek se vode rasprave i iznose različiti argumenti na koji način i u koje vrijeme priopćiti dijagnozu i prognozu bolesti. Zasigurno je najbolje krenuti s primjenom individualnog pristupa i pitati oboljelu osobu i obitelj kakvu informiranost žele. Prije svih umirući treba odrediti i dati znak kada je i koliko spreman otvoreno govoriti o svom stanju. Osim sadržaja vijesti jednako je važan i način na koji je ona priopćena. Istine možemo ublažiti istovremeno pružajući obzirnost, razumijevanje, empatiju, zadržavanje nade, podršku i jamstvo da osoba neće biti napuštena. Od velikog je značaja doziranje loših vijesti što osobi daje vremena mirno prihvatiti istinu [13].

1.9. Važnost dobre komunikacije

Komunikacija u obitelji važan je oblik obiteljske interakcije te jasan izraz kvalitete odnosa i međusobne privrženost. Kao takva olakšava planiranje i izvršavanje zadaća skrbi, povezuje i jača privrženost, omogućuje iskrenu podjelu informacija, zajedničko odlučivanje i izražavanje osjećaja, prevladavanje osamljenosti i odvojenosti, izmirenje u vezi ranijih sukoba i konačni rastanak [13].

Saznanje da će osoba uskoro umrijeti ne bi trebala negativno utjecati na prirodnost komunikacije posebno zato što kod većine ljudi blizina smrti neće promijeniti obrasce komunikacije oblikovane i prakticirane tijekom života prije bolesti. Primjenom radosti, humora i smijeha u komunikaciji oslobađamo napetost, olakšavamo trpljenje i pokrećemo unutarnju snagu suočavanja. Obitelji i umirućem pacijentu treba omogućiti priliku za psihičko rasterećenje, te povremeni odmak i počinak od teških misli i bolnih doživljaja. Pokušati ih okupiti drugom tematikom i poticati ih na vedro raspoloženje [13].

Kvalitetnom komunikacijom možemo rezultirati boljim razumijevanjem u ono što se događa i zašto, također utječe na bolju suradljivost jer davanjem kratkih i jasnih uputa omogućavamo obitelji i pacijentu da uistinu razumije ono što smo im rekli. Kako bi pacijentu i obitelji što produktivnije objasnili potrebno je ponoviti sadržaj, te zatražiti od njih da nam interpretiraju što su zapamtili. Prilikom verbalne komunikacije važno je osvijestiti razinu tona kojim se govori, preglasan govor može uplašiti pacijenta, dok pretih govor može biti nedovoljno ozbiljno shvaćen. I uvijek treba znati slušati pacijenta [14].

Neverbalna komunikacija također utječe na način na koji će nas pacijent i obitelj doživjeti. Prilikom govora poželjno je održavati kontakt očima, time stječemo povjerenje i posvećenost razgovoru, klimanje glavom potvrđuje ono što se govori i dodatno naglašava rečeno. Stavovi rukama također šalju signale tako da npr. prekrižene ruke djeluju kao nedostupnost pacijentu, stajanje iznad pacijenta prikazuje nadmoć nad pacijentom, dok sjedenje u istoj razini s pacijentom/ obitelji šalje signale tzv. „ravnopravnost“ [14].

Postoje mnogi čimbenici koji mogu ometati komunikaciju. Bolničko okruženje odaje osjećaj nesigurnosti, stoga je važna potpora medicinskog osoblja, sama pacijentova dijagnoza i dijagnostičko terapijski postupci također uvelike utječu. Nametanje svojih pretpostavki može utjecati na povlačenja pacijenta u sebe, osuđivanje pacijenta nije ni u kojem slučaju dopustivo. Neki pacijenti samo ne znaju na koji način da se izraze. Važno je procijeniti pacijentovu i njegovu obitelj jesu li spremni za razgovor o umiranju i smrti, prilagoditi se njihovom razumijevanju i odgovoriti na nejasnoće, pružiti im priliku da izraze svoje brige, strahove i nejasnoće i poticati ih u tome a ne kočiti. Time im pokazujemo kako suosjećamo sa njima. I ne manje važno osigurati vrijeme i prostor gdje nećemo biti ometani [14].

1.10. Emocionalne reakcije

Emocije su sastavni dio svakog čovjeka i ovisno o stavovima, razmišljanjima i iskustvima svako od nas na drugačiji način doživljava emocije i nosi se s njima. Možemo ih podijeliti na

trajanje, stoga razlikujemo kronične i akutne emocije. Neke od njih su predvidive, dok neke mogu biti nepredvidive i prikrivene. Ovisno o vještinama medicinskog osoba, znat će ih prepoznati i nositi se sa njima na način da olakšaju pacijentu i obitelji. Negativne emocije mogu otežati komunikaciju, a samim time i rad medicinskih djelatnika. Neke od najčešće prisutnih emocija javljaju se strah, tuga, jad, neprihvaćanje, očaj, bespomoćnost, depresivnost i slično [15].

Elizabeth Kubler-Ross, švicarska psihijatrica navodi 5 stadija suočavanja sa smrću, žalovanjem i gubitkom.

1. Stadij: Odbijanje i izolacija – Poricanje koje dozvoljava postojanje nade.

Pacijent poriče da boluje od neizlječive bolesti, ne želi priznati da se to njemu događa. Uglavnom je kratkog trajanja i jedan je od mehanizama obrane iza kojeg slijedi shvaćanje vrijednosti i pojedinaca koje ćemo ostaviti nakon smrti.

2. Stadij: Ljutnja i gnjev – Bolesnik se pita „Zašto ja?“ Ne pronalazi pravi odgovor. Potrebna mu je podrška u svladavanju gnjeva. Shvaća kako ne može nastaviti s negiranjem situacije. Osjećaji su uglavnom krivo usmjereni, pa je otežana skrb za takvu osobu. Ljutnja može biti usmjerena prema samome sebi ili prema drugima, te je stoga ne treba shvaćati osobno.

3. Stadij: Cjenjkanje – Suočavanje s bolešću tijekom koje se bolesnik cjenka, pregovara, nastoji odgoditi neizbježan kraj kako bi još proživio ugodnih trenutaka.

4. Stadij: Potištenost i depresija – Dolazi do primjetnog opadanja fizičkih sposobnosti, tuga i patnja su najizraženije, a emocionalna podrška najvažnija. Javlja se svjesnost bliženja smrti i samim time i povlačenje u sebe, socijalno su izolirani, odbijaju posjete, žaluju i plaču. Nije potrebno uveseljavanje, već žalovanjem se osjećaji procesiraju, a pacijent počinje prihvaćati situaciju.

5. Stadij: Prihvaćanje – vrijeme relativnog mira u bolesnika koji su uspjeli dovoljno dugo poživjeti, bolesnik prihvaća neizbježan kraj života. U tom stadiju je najvažnija prisutnost bliskih osoba. Vrlo često umirući pacijent lakše i prije stigne do ove faze od onih koji ostaju živjeti [16].

1.11. Emocionalne potrebe obitelji umirućeg

Članovi obitelji i osobe bliske pokojniku nakon gubitka voljene osobe trebaju podršku. Potrebno im je pružiti mogućnost da govore o pokojnom, dati im vremena da prihvate novu situaciju i niz promjena koje dolaze sa smrću bliske osobe. Ponekad nije potrebno ništa

govoriti, već je dovoljno biti uz obitelj, pružiti im stisak ruke, omogućiti im da plaču, biti tu za njih i znati ih slušati. Kako bi to znali, potrebno je poznavati faze tugovanja koje dijelimo u 5 skupina.

1. Faza šoka (potreba za osjećaj sigurnosti)
2. Faza osvještavanja gubitka
3. Faza čuvanje energije (javlja se potreba traženja smisla gubitka)
4. Zacjeljivanja
5. Obnavljanja (javlja se potreba za pronalaskom zamjene za umrlog) [17]

1.12. Etika i filozofija sestrinstva

Medicinska etika jest zapravo pred disciplina etike čije se djelovanje zasniva na etičkom razmatranju medicinskih pitanja. Prema SZO iz 1995.godine „Etika je opći pojam za različite pristupe razumijevanju i ispitivanju moralnog života, to je pokušaj da se u ovom, tako različitom čovječanstvu, uz pluralistički pristup mišljenju, problemi koji postoje ipak riješe na dobrobit svakog čovjeka.“ [18].

Filozofija (lat. Philosophia- „ljubav spram mudrosti“) jest znanost čija je zadaća vrlo složena, a glavni subjekt promatranja jest čovjek i svi procesi koji se zbivaju tijekom njegova života. Obuhvaća niz postupaka, intereakcija, stavove, mišljenja i još mnogo toga. Zadaća filozofije u sestrinstvu jest propitivanje niza dijagnostičko / terapijskih postupaka vezanih uz profesiju, pomaže medicinskim sestrama na promišljanje, tumačenje, pristupu izabranoj struci, tj. pacijentu. Znanstvenik Ernestine Wiedenbach navodi kako su 3 vitalna pitanja glavnina filozofije sestrinstva. Kao prvo pitanje navodi pitanje poštovanja života, drugo pitanje jest pitanje koje obuhvaća poštovanje čovjeka uz sve njegove osobitosti i uvjerenja, dok treće pitanje dovodi do poštovanja vlastite profesije i svega naučenog kroz obrazovanje i životno iskustvo [19].

1.13. Uloga medicinske sestre/ tehničara u donošenju etičkih odluka

Medicinska sestra/ tehničar je u poziciji koja boravi najviše vremena uz bolesnika i stoga se susreće uz mnogo situacija gdje dolazi do potrebe za donošenjem etičkih odluka. Prilikom rada medicinska sestra/ tehničar susreće se sa umirućim pacijentom gdje ponekad može doći do nesklada svega naučenog tijekom obrazovanja, iskustva dobivenog tijekom rada,

očekivanja društva i/ili samog pacijenta. Dolazimo do pitanja kako zadovoljiti sve tražene segmente bez da ikome uskratimo njegova prava? [18]

Tijekom medicinske skrbi o umirućim pacijentima od medicinskog se osoblja iziskuje profesionalnost, no i emocionalna komponenta. Nažalost nigdje u literaturi ne stoji kako da medicinsko osoblje doživljava i proživljava smrtnost [18].

Prioritetna zadaća medicinske sestre kod umirućeg bolesnika jest ublažavanje boli, međutim tu se javlja dilema kako znati kojeg intenziteta nekog boli? Kakve je etiologije bol- psihička ili fizička? Želi li pacijent zloupotrijebiti primjenu analgetika? Kako pomoći pacijentu kod neteolerancije na analgetike? U takvoj situaciji medicinska sestra oslanja se na svoje znanje i vještine, ali neizostavan je timski rad u kojem pomoću liječnika i drugih (ne)medicinskih djelatnika djeluju za pacijentovo dobro [18].

Sukladno zakonu Republike Hrvatske provođenje eutanazije nije legalno. Iako neki stručnjaci smatraju kako je odluka pacijenta o svojem životu isključivo njegov izbor, mnogi znanstvenici pronalaze protuargumente. Javljaju se mnoge etičke dileme kada prekinuti život? U kojim slučajevima prekinuti život? Tko ima pravo na odlučivanje o prekidu tuđeg života? Na koji način prekinuti život? Koja se etička načela sestrinstva krše time? I još mnogo pitanja koja se javljaju na tu temu i sve više postaju aktualna [18].

Tijekom rada u sestrinstvu susrećemo se sa mnogim slučajevima, pa tako dolazimo do pitanja poštivanja vjerskih uvjerenja pacijenata. Kao što smo upoznati u Republici Hrvatskoj većinsko stanovništvo se izrazilo kao katolici, no osim njih nalazimo i na muslimansku vjeru, pravoslavnu vjeru, jehovine svjedoke i ostale. Svaka od tih religija imaju svoja uvjerenja koja treba poštivati, no ona se kose sa pravima i dužnostima medicinske struke. Neki npr. ne žele primiti krv i njihove pripravke, neke ne smije njegovati i liječiti muška osoba, odbijaju neke terapijske postupke i slično. Koja je zadaća medicinske sestre? Koji put odabrati i čija prava prekršiti? [18]

1.14. Medicinsko- pravni osvrt

Godine 2013. Hrvatska postaje 28. članica Europske unije i te je iste godine Povjerenstvo ministara Vijeća Europe državama članicama izdalo Preporuku o organizaciji palijativne skrbi. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) iz 2002. palijativnu skrb opisujemo: "Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unapređuje kvaliteta života. Čini se to kroz sprječavanje i olakšavanje

simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli, te kroz olakšavanje ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema“ [20].

Palijativnu skrb pruža medicinski tim u suradnji sa članovima obitelji oboljeloga. Uloga palijativne skrbi jasno je definirana hrvatskim zakonom kojim reguliraju područje zdravstva i socijalne skrbi. Opće poznata činjenica jest porast starosne dobi stanovništva. Danas se početak starosti označava dob iznad 65 godina, međutim postoji vjerojatnost da se ta granica pomakne na 75 godina [20].

Prema nekim procjenama u Hrvatskoj palijativnu skrb treba oko 30 000 ljudi godišnje. Iako bi palijativna skrb trebala biti dostupna svakoj potrebitoj osobi, mnogi nisu upoznati sa svojim pravima. Pruža se na razini individualnih potreba i izborom samog bolesnika, te se javlja mogućnost provođenja svugdje, a ne nužno samo u ustanovi. Palijativna skrb treba se zasnivati na vrijednostima koje predlaže Vijeće Europe a obuhvaća sva ljudska i bolesnička prava, ljudsko dostojanstvo, socijalnoj povezanosti, demokraciji, jednakosti, solidarnosti, jednakim mogućnostima, sudjelovanju u odlučivanju i slobodi izbora [20].

- U vlastitom domu
- pružaju je timovi palijativne skrbi u zajednici – mobilni timovi kućne skrbi
- omogućuje tzv. “hospitalizaciju kod kuće”
- kroz dnevne stacionare, tzv. “dnevne boravke”
- ambulantno (npr. ambulanta za bol)
- u domovima za starije i nemoćne osobe ili u domovima za njegu
- u bolničkim jedinicama palijativne skrbi – specijalizirane jedinice s krevetima
- o bolesnicima skrbe bolnički timovi palijativne skrbi
- u ustanovama za palijativnu skrb (hospicijima).

Tablica br. 1.14.1 Načini provođenja palijativne skrbi

Preuzeto sa: https://hrcak.srce.hr/84187, pristupano 15.05.2019.g

Kako bi pacijentu omogućili dostojanstvenu smrt, nužno je osigurati odgovarajuću skrb u odgovarajućoj okolini, te poštivati i zaštiti pacijentovu odluku. Zakon o zaštiti prava pacijenata donesen je 2004. godine, a zagovara moralne, etičke i građanske norme ponašanja i pacijenta, ali i pružatelja zdravstvenih usluga. Zakon svakom bolesniku jamči jednako pravo na kvalitetnu i stalnu zdravstvenu zaštitu primjerenu zdravstvenome stanju, a sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima u njegovu interesu uz poštivanje njegovih osobnih stavova. Osigurava prilikom pružanja zdravstvenih usluga poštovanje ljudskog bića, očuvanje fizičkog i mentalnog integriteta te zaštita osobnosti. Također govori o

tome kako palijativna skrb mora biti svima jednako dostupna, kontinuirana, sveobuhvatna, specijaliziranog i cjelovitog pristupa [20].

ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA

I. OPĆE ODREDBE

Članak 2.

Svakom pacijentu jamči se opće i jednako pravo na *kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju*, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, *u najboljem interesu pacijenta uz poštivanje njegovih osobnih stavova*.

NAČELA ZAŠTITE PRAVA PACIJENATA

Članak 3.

Zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima *humanosti* i *dostupnosti*.

Načelo humanosti zaštite prava pacijenata

Članak 4.

Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se:
- osiguravanjem *poštivanja pacijenta kao ljudskog bića*,
- osiguravanjem *prava na fizički i mentalni integritet pacijenta*,
- *zaštitom osobnosti pacijenta* uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata

Članak 5.

Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva *jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata* na području Republike Hrvatske.

Tablica br. 1.14.2 Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Preuzeto sa: https://hrcak.srce.hr/84187, pristupano 15.05.2019.g

1.15. Žalovanje

Žalovanje je skup osjećaja, tjelesnih i duhovnih procesa kroz koje prolazi osoba koja je izgubila svoga bližnjega, tj. preminuo je. Sam proces žalovanja je proporcionalan sa povezanošću, što znači da veća povezanost rezultirati će većem i dužem žalovanju. Reakcije bližnjih tijekom faze žalovanja uvelike se razlikuju, te ih stoga individualiziramo. Javljaju se sa prvim razvijanjem svijesti još u ranom djetinjstvu, pa prema stečenom iskustvu različito reagiramo. Poznate su na fizičke, emocionalne reakcije, socijalne i duhovne reakcije. Fizičke reakcije mogu biti glavobolja, pritisak u prsima, umor, gubitak apetita, povišeni tlak, palpitacije, vrtoglavice i slične tome, dok emocionalne mogu biti strah, izrazita ljutnja, depresija, anksioznost, tuga, nezainteresiranost, nemotiviranost, tupost, osjećaj krivnje i slično. U socijalne reakcije ubrajamo socijalnu izolaciju, potrebu za usamljenosti, smanjena tolerancija, izbjegavanje društva i događaja i sl, a u duhovne reakcije ljutnja na boga,

propitivanje smisla života, osjećaj napuštenosti od strane boga, promjena sustava vrijednosti itd [21].

Neovisno o trajanju procesa tugovanja, ljudi uglavnom uz potporu svojih bližnjih uspijevaju nadjačati svoju tugu, prilagoditi se i prihvatiti činjenicu kako su izgubili blisku osobu i nastaviti svoj život tamo gdje je stao. U slučaju da ožalošćena obitelj nema potrebitu podršku i ne nadilazi proces žalovanja, moguća je pojava kroničnog tugovanja koji je jednak nekim patološko-depresivnim karakteristikama. Stoga je od izrazite važnosti prepoznati takva stanja i pravovremeno pružiti pomoć [21].

Osim fiziološkog žalovanja, postoji i patološko žalovanje, a neki od pokazatelja su napadi tjeskobe ili straha, preuzimanje simptoma koje je pokojnik imao, depresija, želja za smrću, apatija, nepromišljeni postupci, destruktivno razmišljanje prema sebi i slično. Takvo stanje ožalošćenom onemogućuje normalno funkcioniranje u vlastitom životu i potrebna mu je stručna pomoć [21].

Glavni cilj žalovanja jest naučiti kako živjeti nakon smrti bližnjega. Svaki početak jest izrazito težak i potrebno je vremena da se čovjek prilagodi novonastaloj situaciji.

Postoji mnogo kategorizacija procesa žalovanja, no ovdje će biti opisana Bowlbyjeva koncepcija žalovanja koja se sastoji od 4 faze. Prva faza obilježava nemogućnost prihvaćanja gubitka, sa izljevima snažnih emocija kao što su panika, bijes, ljutnja i paradoksalna euforija. Traje uglavnom od nekoliko sati do nekoliko dana. U drugoj fazi javlja se izrazita čežnja i potreba da se nađe preminula osoba i sva pažnja usmjeruje se na to. Nakon što je potraga neuspješna javlja se izrazita ljutnja kao izraz razočaranja. Ožalošćena osoba proživljava snažne emocije kao što su tjeskoba, povlačenje u osamu, plač, zapomaganje, jecanje, povremenom nadom, optuživanjem i razočaranjem. Jače je izraženo prvih dana, tjedana ili mjeseci, a nakon toga se polako situacija smiruje. U trećoj fazi specifična je neorganizacija. Postepeno dolazi do spoznaje kako je gubitak bližnjega trajno stanje, dolazi do potištenosti i bezvoljnosti koje polako vodi do četvrte faze. U posljednjoj fazi dolazi do reogranizacije, prihvaćanje situacije, traženje smisla, promjene životnih navika, prihvaćanje novih uloga i nastavak života naprijed. Navedene faze nisu strogo odjeljenje i ne postoji točan slijed kroz koji mora svaka osoba jednako prolaziti [21].

Nakon gubitka voljene osobe ljudi mogu dobivati potporu iz više izvora. Možemo ih grubo podijeliti u 3 skupine. 1. skupinu čine ljudi iz prirodne okoline, najčešće su to neki poznanici, susjedi, bliža rodbina i sl. 2. skupinu čine stručnjaci koji u vidu svoje struke pružaju podršku, to mogu biti pedagozi, psiholozi, učitelji, svećenici, liječnici i sl. i 3 skupinu koju čini grupa za podršku, a uglavnom se sastoji od ljudi koji su već prošli gubitak, a zajedno

sa stručnim timom zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika prolaze kroz proces žalovanja. Kako bi se pružila potpora potrebno je prije svega znanje i vještine, među kojima se ističu aktivno slušanje, empatija, pokazivanje zainteresiranosti, promatranje tugujućih, usklađivanje verbalnih i neverbalnih znakova i još mnogo toga. Iako smo tehnološki napredovali, mnogo toga što je povezano sa patnjom i čežnjom nakon gubitka voljene osobe jest još nepoznato i nerazumljivo. To nam zapravo govori kako nije sve u materijalnim stvarima, već ono najvažnije nema cijene niti mjerila [21].

2. Istraživački dio rada

2.1. Cilj istraživanja

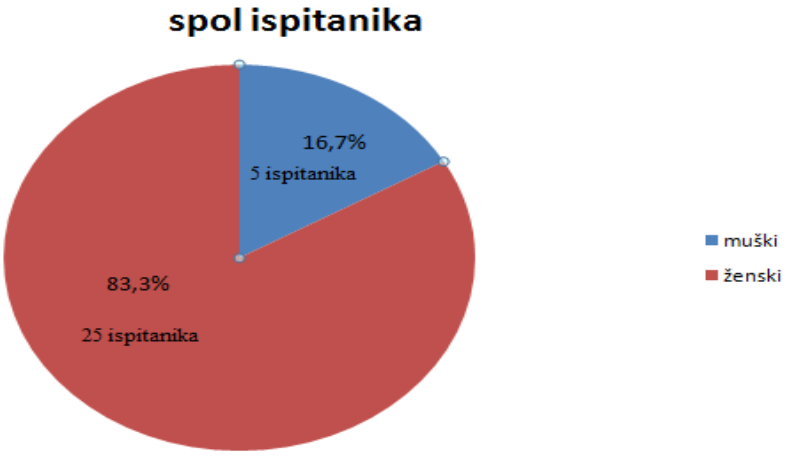
Cilj istraživanja je ispitati koliko često se medicinske sestre/tehničari nalaze u situaciji u kojoj treba priopćiti lošu vijest pacijentu ili članovima obitelji, kako se pri tom osjećaju i procjenjuju li se dovoljno kompetentnima za priopćavanje loših vijesti pacijentima i članovima obitelji.

2.2. Metode

Istraživanje provedeno je u domovima za starije i nemoćne u Babincu, općina Cestica i to u „ Dom za starije i nemoćne Sveta Ana“ i „Dom za starije i nemoćne Matija“ u periodu od 13.05.2019. do 27.05.2019. Obuhvaćeno je 28 zdravstvenih djelatnika (medicinskih sestara/ tehničara) i 2 socijalne radnice. Za potrebe istraživanja izrađen je anonimni upitnik koji se sastoji od 11 kratkih pitanja, od toga 3 pitanja sadržavala su socio- demografske podatke, dok njih 8 odnosilo se na priopćavanje vijesti. Cilj i svrha ovog istraživanja bila je objašnjena svim zdravstvenim djelatnicima.

Od 30 ispitanika njih 25 (83,3%) je bilo ženskog spola, dok samo njih 5 (16,7%) je bilo muškog spola. Prosječna životna dob ispitanika je 35 godina, u rasponu od 19 do 54 godine.

Prema stručnoj spremi odgovori 22 (73%) ispitanika izjasnilo kako ima srednju stručnu spremu, 5 (17%) ispitanika ima višu stručnu spremu, a njih 3 (10%) visoku stručnu spremu. Trajanje životnog staža u struci obuhvaća od 1 mjesec do 34 godine, a prosječna duljina radnog staža svih ispitanika je 11 godina.



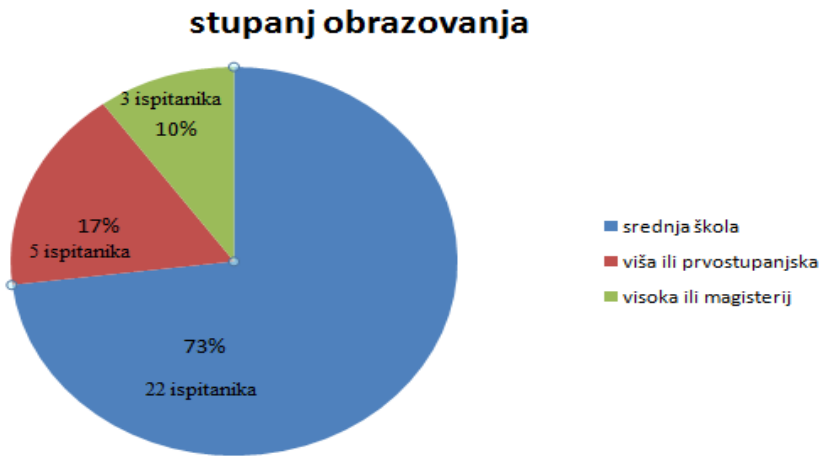
Graf 2.2.1. Spol ispitanika

Izvor: autor Sandra Pajtak

ISPITANICI DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE SVETA ANA I DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE MATIJA		
	PROSJEČNA	RASPON
DOB	35 godine	19 do 54 godina
STAŽ	11 godina	1 mjesec do 34 godine
SPOL	83,3 % ženski 16,7% muški	-

Tablica 2.2.2 prikaz prosječne dobi, staža i spola ispitanika

Izvor: autor Sandra Pajtak



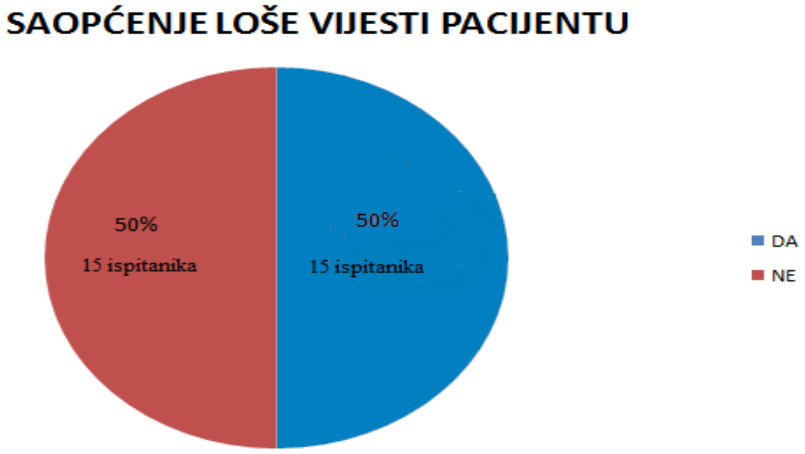
Graf 2.2.3. stupanj obrazovanja ispitanika

Izvor: autor Sandra Pajtak

Osim pitanja koja obuhvaćaju podatke o dobi, spolu, stupnju obrazovanja i stažu, upitnik se sastoji i od pitanja vezanih uz priopćenje vijesti.

2.3. Obrada podataka

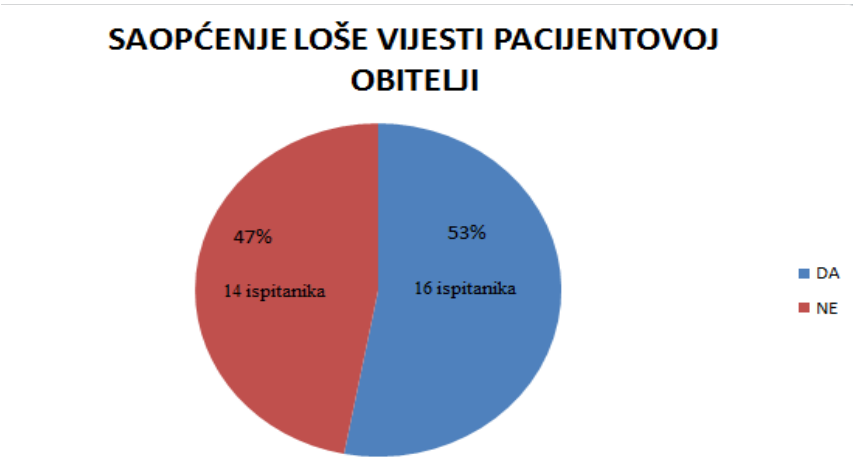
Na 4. pitanje „Jeste li bili u prilici saopćiti lošu vijest pacijentu (teška bolest i sl.) 15 (50%) ispitanika izjasnilo se kako jest, dok 15 (50%) izjasnilo se kako nije bilo u prilici.



Graf 2.3.1. Saopćenje loših vijesti pacijentu

Izvor: autor Sandra Pajtak

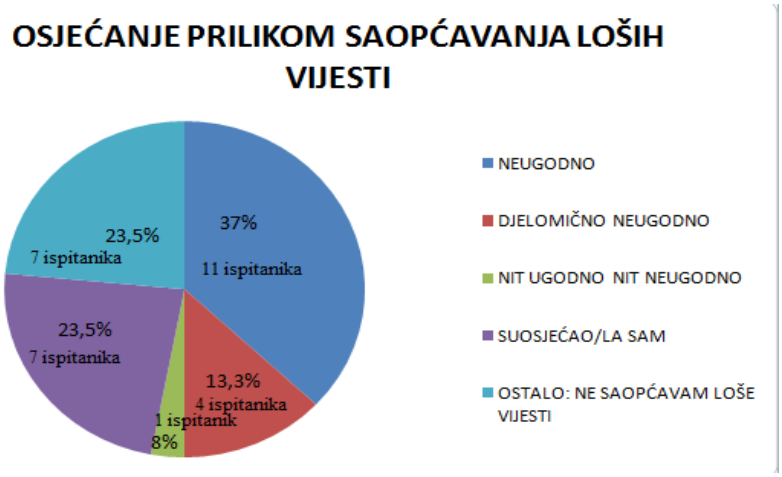
Na pitanje „Jeste li bili u prilici saopćiti lošu vijest pacijentovoj obitelji?“, 16 (53%) ispitanika odgovorilo je da jest, dok 14 (47%) ispitanika odgovorilo je kako nije bilo u prilici.



Graf 2.3.2. Saopćenje loših vijesti pacijentovoj obitelji

Izvor: autor

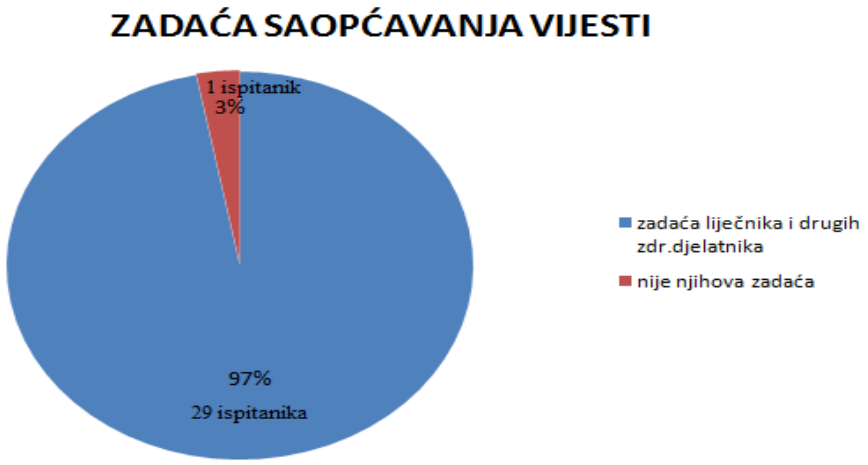
Na pitanje kako ste se nosili tijekom saopćavanja vijesti 11 (37%) ispitanika osjećalo je neugodu, 4 (13%) ispitanika osjećalo je djelomičnu neugodno, 1 (3%) ispitanik nit ugodno nit neugodno, 7 (23,5%) ispitanika suosjećalo je sa obitelji i pacijentom, dok njih 7 (23,5%) se izjasnilo kako ne saopćavaju loše vijesti.



Graf 2.3.3. Osjećanje prilikom saopćavanja loših vijesti

Izvor: autor Sandra Pajtak

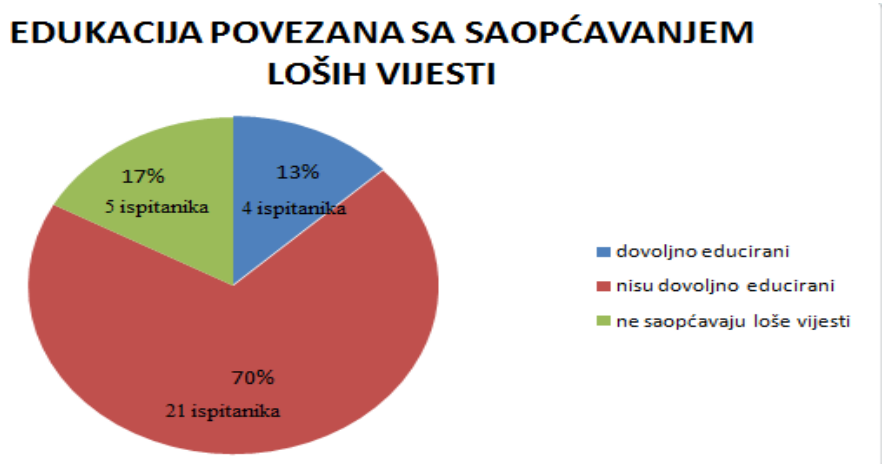
Na pitanje „Smatrate li kako je to zadaća liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika?“, 29 (97%) ispitanika odgovorilo jest kako smatraju da je, dok 1 (3%) ispitanik smatra kako nije.



Graf 2.3.4. Zadaća saopćavanja loših vijesti

Izvor: autor Sandra Pajtak

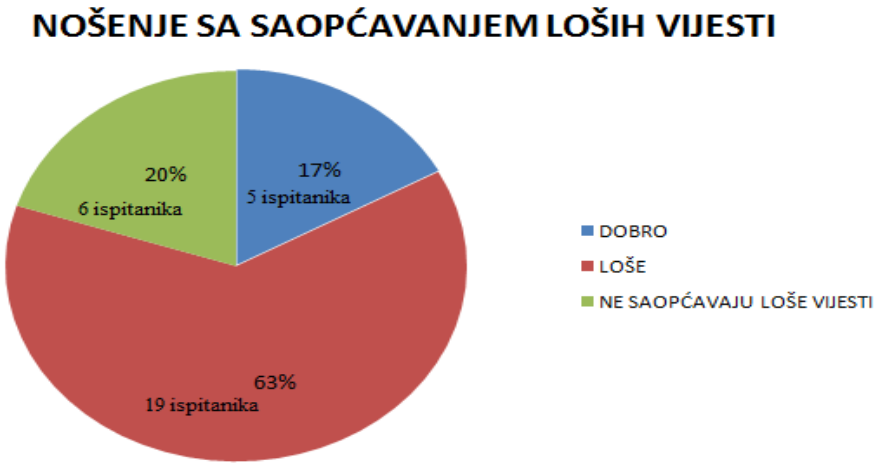
Na pitanje „Smatrate li da ste dovoljno educirani za saopćavanje loših vijesti?“ 4 (13%) ispitanika odgovorilo je kako smatra da jesu, 21 (70%) ispitanika kako nisu dovoljno educirani, a njih 5 (17%) kako ne saopćavaju loše vijesti.



Graf 2.3.5. Edukacija povezana sa saopćavanjem loših vijesti

Izvor: autor Sandra Pajtak

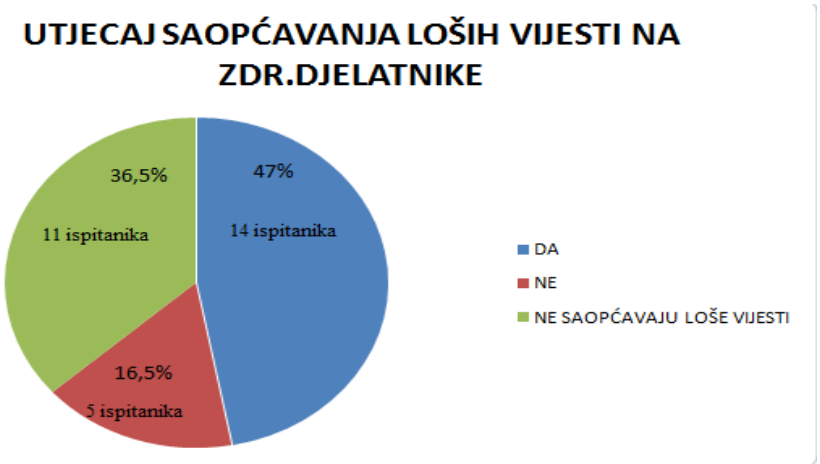
Na pitanje „Smatrate li da se dobro nosite sa saopćavanjem loših vijesti?“ Od 30 ispitanika njih 5 (17%) odgovorilo je kako se dobro nosi, 19 (63%) kako se ne nosi dobro, dok njih 6 (20%) ne saopćava loše vijesti.



Graf 2.3.6. Nošenje sa saopćavanjem loših vijesti

Izvor: autor Sandra Pajtak

Na pitanje „Utječe li saopćavanje loših vijesti na vas?“ od 30 ispitanika njih 14 (47%) odgovorilo je da utječe, 5 (16,5%) kako ne utječe, dok njih 11 (36,5%) na saopćava loše vijesti.



Graf 2.3.7. Utjecaj saopćavanja loših vijesti na zdravstvene djelatnike

Izvor: autor Sandra Pajtak

5 .Rasprava

Smrt je neizostavni dio života, a sa umiranjem i neizbježnošću njegova ishoda medicinske sestre/ tehničari svakodnevno se susreću na svom radnom mjestu.

Rezultati provedenog istraživanja govore o posebnim zahtjevima koji se postavljaju u radu medicinskih sestara/ tehničara, a pretpostavljaju profesionalnost u situacijama koje su neminovno obilježene emocijama, kako pacijenata, tako i članova obitelji i njih samih. Dodatne edukacije, kao i rad na sebi te kasnija supervizija nužne su za rad medicinske sestre s palijativnim pacijentima.

Prognozirana smrt člana obitelji teško pogađa obitelj i pokreće složen i postupan proces promjene i razvoja. Umiranje i smrt značajno utječe na dotadašnje funkcioniranje obitelji kao cjeline, ponašanje članova, njihove interakcije, komunikaciju i uloge što ih preuzimaju. Kako bi uravnotežila odnos prema stvarnosti i prevladala teškoće s kojima se suočava, obitelj treba pomoć i podršku stručnjaka te društvenih servisa koji će je osposobiti za odgovarajući odnos prema svom umirućem članu bez obzira na mjesto skrbi.

Rezultati provedenog istraživanja ukazuju da su medicinske sestre/ tehničari uglavnom u svom dosadašnjem radu bili/bile u prilici priopćiti lošu vijest (gubitak, umiranje ili smrt), tj 15 (50%) medicinskih sestara/ tehničara svakodnevno priopćava loše vijesti, a 15 (50%) nema tu zadaću. Većina, tj. gotovo svi ispitanici 29 (97%) smatraju kako je priopćavanje loših vijesti zadaća liječnika ili drugih zdravstvenih djelatnika. Pacijent i njegova obitelj veliki značaj pridodaju liječnikovim riječima i od izrazite su im važnosti. Stoga nas ne iznenađuju rezultati istraživanja koji ukazuju da većina ispitanika smatra da bi lošu vijest članovima obitelji trebao priopćiti liječnik. Iz brojnih razloga ponekad to nije moguće ostvariti, pa stoga medicinske sestre misle kako bi taj dio zadatka mogle preuzeti glavna sestra ili pak socijalna radnica, ovisno o ustrojstvu radne jedinice i organizaciji rada.

Prilikom priopćavanja loših vijesti 11 ispitanika (37%) je osjećalo neugodu, 4 ispitanika (13,3%) djelomičnu neugodu, 7 ispitanika (23,5%) suosjećalo je sa pacijentom ili njegovom obitelji, dok 8 ispitanika (26,2%) nije izjasnilo kako se točno osjećaju. Za očekivati je kako ne možemo biti ravnodušni prilikom sučeljavanja s gubitkom, umiranjem i smrću i kako suočavanje s vlastitom bespomoćnošću u takvim okolnostima zasigurno može ostaviti posljedice na psihičko zdravlje osoblja i uzrok pojave sindroma brzog sagorijevanja na radnom mjestu (burn out). Kako suosjećati sa pacijentom, a pri tome ostati profesionalan? Neke od smjernica govore kako je od izuzetne važnosti iskazivanje empatije koja se stječe iskustvom s osloncem pokušaja i pogreške, a u prilog mu idu znanje i vještine. Važno je imati

na umu kako se u empatiji govori o pokazivanju podrške i razumijevanja, a ne emotivnih osjećaja. Komunikacija razgovorom je najfleksibilnija metoda za iskazivanje empatije. Prilikom komunikacije potrebno je postavljati otvorena pitanja na koja neće biti odgovori sa „da“ ili „ne“. Osiguranjem dovoljno vremena i aktivnog slušanja pacijentu dajemo do znanja da nam je zaista važno kako se osjeća, te ćemo mu na taj način lakše i adekvatnije pomoći. Kako znati da dobro tumačimo pacijentove osjećaje? Nema točno propisanih pravila, no važno je pratiti verbalnu i neverbalnu komunikaciju, držanje pacijenta, stav i interpretirati pacijentove izjave [18].

Čak 21 (70%) ispitanika navodi kako smatra da nisu dovoljno educirani za saopćavanja vijesti o gubitku, umiranju ili smrti. Palijativna skrb jest relativno mlada grana medicine i još uvijek se istražuje i uči na tom području. Poimanja smrti razlikuju se od osobe do osobe, ovisno o društvenom statusu, dobi, spolu, vjerskim stavovima, kulturološkim uvjerenjima. Radom na sebi, uvidom u vlastite stavove i emocionalne reakcije, možemo poboljšati stupanj educiranosti i stjecanje specifičnih vještina potrebnih za rad s palijativnim pacijentima i članovima njihovih obitelji.

Prema podacima provedenog istraživanja 14 (47%) ispitanika navodi da uočava kako rad s palijativnim pacijentima ima utjecaj na njih same. Ta vrsta utjecaja zahtijeva nošenje sa emocijama bespomoćnosti, tuge, straha, ljutnje, a dugotrajna preplavljenost ovim osjećajima može pospješiti pojavi sindroma izgaranja, pada kvalitete zdravstvene skrbi, utječe na fizičko i psihičko stanje medicinske sestre/ tehničara te uvjetuje promjene u ponašanju i emocionalnom doživljavanju , javljaju se mnoga pitanja koja povezuju privatan život sa poslom. Npr: Hoću li ja biti u takvim bolovima? Kako će umrijeti moji bližnji? i slično.

Više od polovice ispitanika, točnije 19 (63%) njih smatra kako se ne osjeća dobro prilikom saopćavanja loših vijesti, što se nadovezuje na gore navedenu tvrdnju i čini zahtjevnije strane palijativne skrbi. Nije moguće potpuno odriješiti sučeljavanja s gubitkom, umiranjem i smrti, ali je moguće naučiti kako se nositi sa time. Smrt jest jedina sigurna stvar u nesigurnosti ljudskog života.

Uzevši u obzir kako je prosječni radni vijek ispitanika 11 godina, možemo pretpostaviti da postoje rizični faktori koji mogu dovesti do sindroma izgaranja. Burn-out sindrom ili sindrom sagorijevanja na poslu je poremećaji koji može nastati nakon dugotrajnog izlaganja stresu, a većinom se javlja kod ljudi koji rade u pomoćnim profesijama (liječnici, medicinske sestre, vatrogasci i dr.). Kod takve vrste poremećaja javlja se emocionalna praznina, progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti vlastitog rada. Kada i u kojem intenzitetu

će se poremećaj razviti ovisi o: psihološkim osobitostima osobe, organizaciji rada, uvjetima rada i međuljudskim odnosima, odnosno psihosocijalnoj klimi na radnom mjestu [24].

Može se manifestirati psihički, fizički i socijalno. Psihičke smetnje javljaju se u vidu tupost, nezadovoljstvo, razdražljivost, nervoza, potištenost i tome slično. Fizičke smetnje opisane su kao umor, malaksalost, glavobolja, želučane tegobe, iscrpljenost i tome slično. Dok socijalni utjecaj ima narušeni odnos s kolegama, drugačiji pristup radu, izbjegavanje aktivnosti koje su prije činile zadovoljstvo [22].

Budući da se ovaj rad temelji na istraživanju provedenom u domovima za starije i nemoćne možemo ukratko usporediti rad sa radom naših kolega čija ja primarna zadaća bila istražiti učestalost burn out sindroma i što je pridonijelo njegovom nastanku. Istraživački rad S. Rusaca, M. Bošnjaka, M. Kletečki Radovića čiji je naslov „Profesionalni stres medicinskih sestara u domovima za starije“ bavio je pitanjem doživljavanjem stresa medicinskih sestara/ tehničara, utjecaj na njihov rad i kako opisuju znakove stresa. Istraživanje je provedeno 2017.g na 11 medicinskih sestara koje su na vodećim mjestima svih zagrebačkih domova. Utvrđeno je kako se stresori mogu podijeliti u 3 područja i to u organizacija rada(nedovoljan broj osoblja, rad u smjenama), priroda rada(smrt korisnika) i obilježja posla(obilježja korisnika, obilježja obitelji). Zbog sve veće potrebe za gerijatrijskom njegom, a pomanjkanjem stručnog osoblja, zaposlenici u takvim sektorima primorani su izvršavati mnogobrojne obaveze zbog kojih dolaze do osjećaja vremenskog pritiska. Dugotrajno pružanje usluge korisnicima domova stvara osjećaj povezanosti sa djelatnicima, pa nakon smrti i postupaka nakon njezina utvrđivanja doprinosi djelovanju stresa. Još jedan od mnogobrojnih izvora stresa su nerealna očekivanja od medicinskih sestara/ tehničara pri izvršavanju mnogih obaveza. Kvalitativnom analizom došli su do zaključka kako u takvim situacijama od izuzetne je važnosti podrška radnih kolega, dobar odnos sa korisnicima zdravstvene njege, dobrom komunikacijom, podrškom obitelji i slično [23].

6. Zaključak

Cilj istraživanja bio je ispitati koliko često se medicinske sestre/tehničari nalaze u situaciji u kojoj treba priopćiti lošu vijest pacijentu ili članovima obitelji, kako se pri tom osjećaju i procjenjuju li se dovoljno kompetentnima za priopćavanje loših vijesti pacijentima i članovima obitelji. Rezultati istraživanja provedenog na uzorku medicinskih sestara koje rade u domovima za starije i nemoćne osobe u svibnju 2019. godine pokazuju da 15 (50%) ispitanika svakodnevno ima priliku priopćiti lošu vijest, dok 15 (50%) ne, a 11 (37%) ispitanika izjasnilo se kako se prilikom saopćavanja loših vijesti osjećalo neugodno, 4 (13%) ispitanika su se osjećala djelomično neugodno, 1 (3%) ispitanik nit ugodno nit neugodno, 7 (23,5%) ispitanika suosjećalo je sa obitelji i pacijentom, dok njih 7 (23,5%) se izjasnilo kako ne saopćavaju loše vijesti. Od 30 ispitanika njih 5 (17%) odgovorilo je kako se dobro nosi sa situaciji u kojoj trebaju priopćiti lošu vijest, a čak 19 (63%) kako se ne nosi dobro, dok njih 6 (20%) ne saopćava loše vijesti.

Rezultati ukazuju na potrebu stalnog stručnog usavršavanja medicinskih sestara i dodatne edukacije koje će im pomoći u stjecanju komunikacijskih vještina i palijativne skrbi, a koje su im potrebne u situacijama kada trebaju priopćiti loše vijesti pacijentima i članovima obitelji. Također ukazuju na potrebu stalne psihosocijalne podrške zdravstvenim radnicima od strane stručnjaka kako bi se prevenirala pojava sindroma sagorijevanja.

U Varaždinu Potpis:

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, SANDRA PAJTAK *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/ *(obrisati nepotrebno)* rada pod naslovom SUČELJAVANJE S GUBITKOM, UMIRANJEM I SMRĆU *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sandra Pajtak
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/ radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, SANDRA PAJTAK *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/ *(obrisati nepotrebno)* rada pod naslovom SUČELJAVANJE S GUBITKOM, UMIRANJEM I SMRĆU *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sandra Pajtak
(vlastoručni potpis)

7. Literatura

[1] http://www.kardio.hr/pdf/Cardiologia%20Croatica%202012_7_S1_HUKMS%20abs.pdf, pristupano 01.05.2019

[2] A. Štambuk, Problemi vezani s krajem života II zajednici: povezivanje profesionalnoga i javnog obrazovanja, hrčak, 2002.g

[3] M. B. Žagrović, Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav, hrčak, 2010.g

[4] M. Cicak, Aspekti dobre smrti, Hrčak, 2008.g

[5] I. Štengl, Gubitak i žalovanje, Hrčak, 2011.g

[6] https://hrcak.srce.hr/156201, pristupano 06.05.2019.g

[7] S. Vuletić, B. Juranović, Š. Mikšić, Ž. Rakošec, Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika, hrčak 2014.g

[8] Hrvatska komora medicinskih sestara, Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom,2006.g

[9] V. Pozaić,Umrijeti u ljudskom dostojanstvu, Hrčak, 2009.g

[10] N. Žgrablić, Dijagnostika moždane smrti, I.tečaj za transplantacijske koordinatore, Hrvatska donorska mreža i Tiskara Ježtisak,2003.g

[11] I. B.-Kilibarda, R. M.-Ujević i suradnici, Hitna stanja pravodobno i pravilno, ALFA , 2011.g

[12] S. Vuletić, B. Juranović, Š. Mikšić, Ž. Rakošec, U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću, Hrčak, 2014.g

[13] M. Cicak,Obitelj u palijativnoj skrbi, Hrčak 2008.g

[14] D. Fortnum, M. Kelly, A. Larkin, Umijeće komuniciranja – Vodič za implementaciju i provođenje najbolje prakse u sestrinskoj komunikaciji, CA Anderssons Tryckeri AB Švedska, 2017.g

[15] M. . Braš, V. Đorđević, L. Brajković, A. Planinc-Peraica, R. Stevanović: Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini, Medix, God. XXII, Broj 119/120, 2016, str. 152-160

[16] D. Lučanin: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010.

[17] L. Arambašić: Gubitak, tugovanje, podrška, Naklada Slap, Zagreb, 2005.g

[18] I. Šegota, Etika sestrinstva. Medicinski fakultet. Rijeka, 1996.g

[19] S. Kalauz, Etika u sestrinstvu, Medicinska naklada Zagreb, 2012.g

[20] https://hrcak.srce.hr/84187, pristupano 15.05.2019.g

[21] M. Jakšić, Gubitak, tugovanje i pružanje potpore s posebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću,Služba Božja, 2014.g, str. 353 - 371

[22] M.Sambolec, D.Železnik, Sindrom izgaranja medicinskih sestara/tehničara u radu s infektivnim bolesnicima, hrčak, 2018.g

[23] S. Rusac, M. Bošnjak, M. Kletečki Radović, Profesionalni stres medicinskih sestara u domovima za starije osobe, Sigurnost 59, Str 7- 18, 2017.g

[24] Kalauz, Sonja Sindrom sagorijevanja na poslu kod medicinskih sestara // Knjiga sažetaka 7. Kongresa kardiološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem, Liječnički vjesnik Opatija, Hrvatska, 2008. str. 120-121 (predavanje, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni, pristupano 16.09.2019.

Popis slika i tablica

Tablica br 1.5. Preuzeto sa: https://www.google.hr/search?q=kategorizacija+bolesnika&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj9p4iH36ziAhWns4sKHe2CCXMQ_AUIDigB&biw=1366&bih=625#imgrc=zLJkZ1pe2rwpNM: , pristupano 10.05.2019.
Tablica br 2.4.1 prikaz prosječne dobi, staža i spola ispitanika
Graf 1. Spol ispitanika
Graf 2. Stupanj obrazovanja
Graf 3. Saopćenje loših vijesti pacijentu
Graf 4. Saopćenje loših vijesti pacijentovoj obitelji
Graf 5.Osjećanje prilikom saopćavanja loših vijesti
Graf 6. Zadaća saopćavanja loših vijesti
Graf 7.Edukacija povezana sa saopćavanjem loših vijesti
Graf 8. Nošenje sa saopćenjem loših vijesti
Graf 9. Utjecaj saopćavanja loših vijesti na zdravstvene djelatnike
Tablica br 1.13.1. Zakoni o zdravstvenoj zaštiti, Preuzeto sa: https://hrcak.srce.hr/84187, pristupano 15.05.2019.g
Tablica br. 1.13.2. Zakoni o zdravstvenoj zaštiti, Preuzeto sa: https://hrcak.srce.hr/84187, pristupano 15.05.2019.g

Prilozi

Poštovani,

Pred Vama se nalazi kratak anketni upitnik na temu: Sučeljavanje s gubitkom, umiranjem i smrti pomoću kojeg ćemo dobiti uvid u sučeljavanja sa lošim vijestima.

Istraživanje se provodi u svrhu završnog rada na preddiplomskom studiju sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu, te će rezultati biti korišteni isključivo u te svrhe. Upitnik je u potpunosti anoniman, te se sastoji od 11 pitanja.

Unaprijed hvala na izdvojenom vremenu,

Sandra Pajtak, 3. Godina studija sestrinstva

1. VAŠ SPOL M / Ž
2. VAŠA DOB _____
3. NAJVIŠI STUPANJ VAŠEG OBRAZOVANJA: a) OSNOVNA ŠKOLA
   B) SREDNJA ŠKOLA
   c) VIŠA STRUČNA SPREMA
   d) VISOKA STUČNA SPREMA
4. KOLIKO DUGO RADITE U STRUCI? _____
5. JESTE LI BILI U PRILICI SAOPĆITI LOŠU VIJEST PACIJENTU? (smrtni slučaj i sl.) DA /NE
6. JESTE LI BILI U PRILICI SAOPĆITI LOŠU VIJEST PACIJENTOVOJ OBITELJI? DA / NE
7. KAKO STE SE NOSILI TIJEKOM SAOPĆAVANJA VIJESTI? a) NEUGODNO
   b) DJELOMIČNO NEUGODNO
   c) NIT UGODNO NIT NEUGODNO
   d) SUOSJEĆAO/ LA SAM SA OBITELJI
   e) OSTALO:
8. SMATRATE LI KAKO JE TO ZADAĆA LIJEČNIKA I DRUGIH ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA? DA / NE
9. SMATRATE LI DA STE DOVOLJNO EDUCIRANI ZA SAOPĆAVANJE LOŠIH VIJESTI?
   DA / NE / NE SAOPĆAVAM LOŠE VIJESTI
10. SMATRATE LI DA SE DOBRO NOSITE SA SAOPĆAVANJEM LOŠIH VIJESTI?
    DA / NE / NE SAOPĆAVAM LOŠE VIJESTI
11. UTJEČE LI SAOPĆAVANJE LOŠIH VIJESTI NA VAS? DA / NE / NE SAOPĆAVAM LOŠE VIJESTI