

# Stavovi medicinskih sestara i liječnika prema smrti i njihovi načini sučeljavanja sa smrću

---

**Balić, Anita**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Split / Sveučilište u Splitu**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:311355>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-22**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

**ANITA BALIĆ**

**STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I LIJEČNIKA  
PREMA SMRTI I NJIHOVI NAČINI SUČELJAVANJA SA  
SMRĆU**

**Diplomski rad**

Split, 2021.

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVO

**ANITA BALIĆ**

**STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I LIJEČNIKA  
PREMA SMRTI I NJIHOVI NAČINI SUČELJAVANJA SA  
SMRĆU**

**ATTITUDES OF NURSES AND DOCTORS TOWARDS  
DEATH AND THEIR WAYS OF DEALING WITH DEATH**

**Diplomski rad/Master's Thesis**

**Mentor:  
izv. prof. dr. sc. Slavica Kozina**

Split, 2021.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se svojim roditeljima što su mi prvenstveno financijski omogućili studiranje.

Zahvaljujem se svojem suprugu i djeci što smo zajedno uspjeli u namjeri da privedem kraju svoje studiranje.

Posebno se zahvaljujem svojoj i suprugovoj užoj i široj obitelji što su se izmjenjivali u čuvanju troje djece jer sam u miru mogla ići na predavanja, učiti, pisati seminare i diplomski rad.

Zahvaljujem se svojoj mentorici izv. prof. dr. sc. Slavici Kozini na uputama i podršci tijekom pisanja rada.

Zahvala ide i članovima Povjerenstva, doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić i mag. med. techn. Diani Aranzi, što su svojim savjetima pomogli i omogućili da ovaj rad bude gotov.

Velika zahvala ide i mojim kolegama i kolegicama, medicinskim sestrama i liječnicima što su svojim sudjelovanjem u istraživanju omogućili završetak rada.

Sveučilište u Splitu  
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
Diplomski studij sestrinstva  
Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo  
Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti  
Mentor: izv. prof. dr. sc. Slavica Kozina

STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I LIJEČNIKA PREMA SMRTI I NJIHOVI NAČINI  
SUČELJAVANJA SA SMRĆU  
Anita Balić, 11272

SAŽETAK

Cilj

Cilj istraživanja je usporedba stavova medicinskih sestara i liječnika prema smrti i njihovih načina sučeljavanja sa smrću po sociodemografskim obilježjima te utvrditi postoji li potreba za dodatnom edukacijom o sučeljavanju sa smrću.

Metode

U istraživanju su se koristili anketni upitnici. Sastojali su se od sociodemografskih obilježja i pitanja o značenju smrti pod nazivom „Death attitude profile revised (DAP - R)“, Wong PTP & Reker GT (1991).

Rezultati

Razina straha prema smrti je za 0,12 bodova veća u skupini medicinskih sestara ( $AS \pm SD$ ;  $3,93 \pm 1,33$ ). Najveći strah od smrti je utvrđen kod ispitanika starosne dobi veće od 60 godina. Kod izbjegavanja smrti značajne razlike su se pokazale kod medicinskih sestara koje imaju za 0,64 boda veću razinu izbjegavanja smrti, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=4,97$ ;  $p<0,001$ ). Izbjegavanje smrti je imalo najveću vrijednost kod medicinskih sestara srednje stručne spreme. Neutralno prihvaćanje je imalo najveće vrijednosti kod doktora znanosti. Prihvaćanje pristupa je za 0,74 boda veće kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=5,64$ ;  $p<0,001$ ). Prihvaćanje pristupa je najveće kod ispitanika koji nikad nisu imali susret sa smrću na radnom mjestu. Najveća razina prihvaćanja pristupa je utvrđena kod ispitanika s obrazovanjem prvostupnica. Bijeg prihvaćanje je veće za 0,42 boda kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,38$ ;  $p=0,001$ ). Bijeg prihvaćanje je imalo najveću vrijednost kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom. 2,64 puta je više medicinskih sestara koje smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću. 2,43 puta je više liječnika koji smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću. Medicinske sestre koje imaju iskustvo pohađanja tečaja su bilježile za 0,64 boda manju razinu izbjegavanja smrti u odnosu na ispitane medicinske sestre koje nisu imale navedeno iskustvo, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,27$ ;  $p=0,001$ ).

Zaključci

Medicinske sestre i liječnici smatraju da je potrebna edukacija o sučeljavanju sa smrti, a to potvrđuje i da educirane medicinske sestre manje izbjegavaju smrt. U odnosu suočavanja sa smrću medicinske sestre srednje stručne spreme i prvostupnice imaju pozitivne mehanizme suočavanja sa smrću, a te iste mehanizme su pokazali i muški ispitanici i liječnici doktori znanosti.

Ključne riječi: medicinska sestra, smrt, stavovi prema smrti, sučeljavanje sa smrću

Rad sadrži: 64 stranice, 23 tablice, 16 slika, 44 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

University of Split  
University Department for Health Studies  
Graduate study of nursing  
Scientific area: Biomedicine and health  
Scientific field: Clinical medical sciences  
Supervisor: izv. prof. dr. sc. Slavica Kozina

ATTITUDES OF NURSES AND DOCTORS TOWARDS DEATH AND THEIR WAYS OF DEALING WITH  
DEATH  
Anita Balić, 11272

## SUMMARY

### Goal

The aim of the research is to compare the attitudes of nurses and doctors towards death and their ways of dealing with death by socio - demographic characteristics. Determine if there is a need for additional education on coping with death.

### Methods

Survey questionnaires were used in the research. They consisted of sociodemographic characteristics and questions about the meaning of death; entitled Death attitude profile revised (DAP – R), Wong PTP & Reker GT (1991).

### The results

The level of fear of death was 0.12 points higher in the group of nurses ( $AS \pm SD$ ;  $3.93 \pm 1.33$ ). The greatest fear of death was found in respondents older than 60 years. In avoidance of death, significant differences were shown in nurses who have a higher level of death avoidance by 0.64 points, the existence of a difference was found ( $t = 4.97$ ;  $p < 0.001$ ). Avoiding death was of the greatest value to nurses of secondary education. Neutral acceptance had the greatest value among doctors of science. Acceptance of the approach was 0.74 points higher in nurses compared to physicians, and a stable difference was found ( $t = 5.64$ ;  $p < 0.001$ ). Acceptance of the approach is greatest among respondents who have never encountered death in the workplace. The highest level of acceptance of the approach was found in respondents with a bachelor's degree. Escape acceptance increased by 0.42 points in nurses compared to physicians, and a difference was found ( $t = 3.38$ ;  $p = 0.001$ ). Escape acceptance had the greatest value among respondents with secondary education. There are 2.64 times more nurses who think that it is necessary to organize seminars/courses in their institution. There are 2.43 times more doctors who think that it is necessary to organize seminars/courses on dealing with death in their institution. Nurses with experience of attending the course recorded a 0.64 point lower level of death avoidance compared to the examined nurses who did not have the stated experience, and the existence of a difference was determined ( $t = 3.27$ ;  $p = 0.001$ ).

### Findings

Nurses and doctors believe that education on coping with death is needed, and this is confirmed by the fact that educated nurses have less to avoid death. In terms of dealing with death, nurses with secondary education and bachelors have positive mechanisms for dealing with death, and the same has been shown by male respondents and doctors of science.

Key words: attitudes towards death, confrontation with death nurse, death, nurse

The paper contains: 64 pages, 23 tables, 16 figures, 44 references

Original language: Croatian

# SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY .....	II
SADRŽAJ .....	III
1. UVOD .....	1
1.1. ZNAKOVI SMRTI.....	2
1.2. VRSTE SMRTI.....	3
1.2.1. Klinička smrt.....	3
1.2.2. Moždana smrt.....	4
1.3. PALIJATIVNA MEDICINA .....	5
1.3.1. Eutanazija.....	6
1.3.2. Distanazija.....	7
1.4. POVIJEST RAZVOJA LJUDSKOG ODNOSA PREMA SMRTI.....	8
1.5. FILOZOFSKO ZNAČENJE SMRTI .....	9
1.6. DANAŠNJE SHVAĆANJE SMRTI.....	9
1.7. ŽALOVANJE.....	12
1.7.1. Čimbenici žalovanja.....	13
1.7.2. Simptomi žalovanja.....	13
1.7.3. Faze žalovanja .....	14
1.7.4. Patološko žalovanje.....	16
1.7.5. Pružanje potpore kod žalovanja.....	17
2. CILJ RADA.....	19
2.1. HIPOTEZA .....	19
3. IZVORI PODATAKA I METODE .....	20
3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA .....	20
3.2. ISPITANICI .....	20
3.3. METODE ISTRAŽIVANJA .....	20
3.4. STATISTIČKE METODE .....	21
3.5. ETIČKA PITANJA .....	21
4. REZULTATI.....	22
4.1. OPĆA PODJELA .....	22
4.2. SUČELJAVANJE SA SMRĆU OVISNO O SOCIODEMOGRAFSKIM OBILJEŽJIMA .....	23
4.3. POTREBA ZA EDUKACIJOM .....	28
4.4. REZULTATI PREMA POSTAVLJENIM HIPOTEZAMA.....	28

5. RASPRAVA.....	45
6. ZAKLJUČAK .....	50
7. LITERATURA.....	53
8. ŽIVOTOPIS .....	59
PRILOZI.....	60



# 1. UVOD

Definicija smrti prema Medicinskoj enciklopediji glasi: „Smrt je stanje organizma koje nastaje nakon prestanka životnih funkcija, ponajprije funkcija središnjeg živčanog sustava te kardiovaskularnog i respiratornog sustava“ (1). Dva različita, a povezana pojma ljudske realnosti su život i smrt (2). Čovjek je biće koje je svjesno svoje ovozemaljske prolaznosti i koje zna za svoju smrtnost (3). Obično postajemo svjesni smrti ako teško obolimo ili smo u smrtnoj opasnosti (4). Kad smo suočeni sa smrću nekoga, najčešće izbjegavamo pitanja koja traže smisao smrti, već tražimo uzrok nečije smrti. Tako čujemo pitanja poput: „Je li bio pušač?“ ili „Je li bila vezana pojasom dok se vozila?“, kao da ćemo objašnjavanjem tuđe smrti uspjeti zadržati sami sebe na distanci od nje same (5). Unatoč činjenici da će nas smrt sve snaći, ona je još uvijek tabu tema. Ljudi obično na njen spomen reagiraju šuteći (6). Smrt je uvijek s nama bez obzira na spol, dob, obrazovanje, društveni položaj ili financijsku situaciju (7). Ona je i društveni događaj koji pogađa obitelj i prijatelje (8). Napredak u medicini pomogao je mnogima da žive duže, ali ipak se očekuje da će se smrtnost povećati s obzirom na starenje stanovništva i kronične progresivne bolesti. Biti sposoban pričati o smrti je važno u normalizaciji smrti kao dijelu života i podupiranju pripravnosti za smrt. Biti u stanju govoriti o smrti je važno ako ljudi moraju biti u mogućnosti razumjeti svoje zdravstvene rezultate i donositi odluke o mogućnostima zdravstvene njege. Biti u mogućnosti razgovarati otvoreno o smrti može također pomoći pojedincima u planiranju, kao i u pripremi obitelji, prijatelja i kolega o tome što će se promijeniti tijekom vremena i što može biti potrebno u budućnosti (9).

Smrt često predstavlja traumatičan događaj za zdravstvene djelatnike. Reakcije medicinskih sestara i liječnika koji su doživjeli smrt pacijenta nisu uopće istražene. Istraživanja se više usredotočuju na poboljšanje kvalitete zdravstvene njege pacijenata, a posebno palijativne skrbi u zadnje vrijeme. Nakon smrti pacijenta medicinska sestra i liječnik se sami nose s tim emocionalnim teretom pokušavajući shvatiti emocionalnu uznemirenost nakon pacijentove smrti (10).

Ovaj diplomski rad i istraživanje sam napravila prvenstveno radi medicinskih sestara, svojih kolegica i sebe. Svakodnevno doživljavanje smrti pacijenata na nekim odjelima je uobičajeno. Neke medicinske sestre provedu cijeli radni vijek susrećući se sa

smrću na svom radnom mjestu. Rijetko kad im je pružena psihološka pomoć ili pomoć kako lakše prebroditi smrt pacijenta. Zapravo, medicinske sestre to podnose same. Ovaj rad je napisan da smrt bolje sagledamo i da pokušamo lakše doživjeti i shvatiti je li zdravstvenim djelatnicima potrebna pomoć kod sučeljavanja sa smrću.

## 1.1. ZNAKOVI SMRTI

Znakovi ili simptomi smrti su bitna karakteristika kod utvrđivanja smrti. Dijelimo ih na nekoliko vrsta.

U glavnu skupini spadaju:

- rani znakovi smrti
- sigurni znakovi smrti
- kasni znakovi smrti

U rane znakove smrti spadaju:

- prestanak disanja
- prestanak rada srca
- suhoća sluznice

Sigurne znakove smrti dijelimo na:

- Mrtvačke pjege - nastaju na onoj strani tijela na kojoj umrla osoba leži. Na početku smrti mogu biti pomične kada mrtvu osobu okrećemo na drugu stranu. Nastaju zbog slijevanja krvi u najniže dijelove tijela. Počinju se pojavljivati 30 - 60 minuta nakon smrti i modro ljubičaste boje su.
- Mrtvačka mlitavost - traje do 2 sata nakon smrti.
- Mrtvačka hladnoća - javlja se prvo na licu i okrajinama 1 do 2 sata nakon smrti. Cijelo tijelo se u potpunosti ohladi za 12 do 24 sata.
- Mrtvačka ukočenost - počinje 6 do 8 sati nakon smrti. Najprije se javlja ukočenost zglobova 2 - 4 sata nakon smrti, a kompletna ukočenost cijelog tijela traje 2 - 3 dana.
- Mačje oko - očna jabučica mrtve osobe se pritisne sa strane, potom se zjenica izduži i postane ovalna.

Kasne znakove smrti dijelimo na:

- Truljenje tijela - kompletan proces traje mjesec dana, a pogoduje mu temperatura okoline oko 20 stupnjeva kad se tijelo pretvara u kostur.

- Mumifikacija - proces kad se mrtvo tijelo nalazi dugo vremena u zoni vrlo toplog i suhog zraka, a tijelo se isušuje zbog takve okoline i postaje tamnosmeđe.
- Saponifikacija - proces kad se mrtvo tijelo nalazi u vlažnoj okolini uz nedostatak kisika. Ovim postupkom se sprječava raspadanje tijela (11).

## **1.2. VRSTE SMRTI**

Smrt po uzroku nastajanja dijelimo na prirodnu i umjetnu smrt. Prirodna smrt je naziv za smrt zbog koje je došlo nakon prestanka bioloških funkcija u organizmu, to jest zbog starenja organizma. Umjetna smrt je naziv za smrt do koje je došlo zbog nesreće, ubojstva, samoubojstva i eutanazije.

Smrt možemo podijeliti i po fazama ili gradaciji. U ovu skupinu spadaju klinička i moždana smrt (12).

### **1.2.1. Klinička smrt**

U medicini je poznat pojam klinička smrt. Klinička smrt se proglašava kad su potvrđeni znakovi smrti poput prestanka disanja, prestanka pulsa, hladnog tijela, reagiranja zjenica na svjetlo i gubitka svijesti. Kad se takvo stanje kod čovjeka normalizira, nije on ponovno oživio, nego su mu se normalizirale tjelesne i duševne funkcije koje su bile oštećene. Povratak iz smrti u medicinskim znanostima ne postoji i nemoguć je (11). Bruce Greyson, američki liječnik koji se najviše bavi doživljajem kliničke smrti, navodi sljedeću definiciju: „Klinička smrt je afektivno snažan psihološki doživljaj s transcendentnim i mističnim elementima koji se javlja prilikom osjećaja nadolazeće smrti ili u situacijama jake tjelesne ili psihološke opasnosti“. Dio znanosti se slaže s ovom definicijom doživljaja kliničke smrti dok drugi smatraju da je takav doživljaj kod svakoga individualan i ima svoje specifičnosti.

Kenneth Ring je istraživao na osobama koje su doživjele kliničku smrt i definirao pet stadija:

- Prvi stadij je spoznaja da je osoba umrla. Ispitanici to karakteriziraju kao osjećaj unutarnjeg mira koji je napokon postignut.
- Drugi stadij su različiti autoskopski doživljaji koji variraju sve do osjećaja izvantjelesnog iskustva.

- Treći stadij označava tranziciju. Tranzicija se opisuje kao ulazak u svijet tame, to jest put kroz mračni tunel.
- Četvrti stadij je izlazak iz tunela koje je obasjano svjetlošću. Ovaj stadij je opisan pozitivno.
- Peti stadij se nastavlja na četvrti. U njemu se opisuje ljepota te svjetlosti gdje se daje naglasak na emocionalni doživljaj (1).

### 1.2.2. Moždana smrt

Do pedesetih godina 20. stoljeća definicija smrti bila je da je ona prekid plućne i srčane funkcije. Napretkom medicine omogućeno je održavanje rada srca i funkcije disanja kod potpunog prekida moždane funkcije. Moždana smrt nastupa kada funkcija mozga prestane i ne može se nikakvom terapijom vratiti. U medicini se smrt mozga može dokazati pomoću elektroencefalograma i arteriografijom. Kod moždane smrti mehanička ventilacija i primjena terapije produžuju funkciju disanja i rada srca (13). U Republici Hrvatskoj postoji Zakon o transplantaciji dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja («Narodne novine», br. 177/04). Na temelju članka 21. stavak 3. postoji Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzeti radi presađivanja («Narodne novine», broj 3/06). U ovom Zakonu navodi se nekoliko članaka po kojima se stručne osobe vode za dijagnosticiranje i potvrđivanje moždane smrti radi omogućavanja transplantacije preostalih organa koji su u vitalnoj funkciji. Moždana smrt može se dokazati ako su ispunjeni određeni uvjeti: nepovratno oštećenje mozga dokazano nalazom kompjutorizirane tomografije kao i isključeni reverzibilni uzroci moždane smrti, a to su hipotermija tijela ispod 35 stupnjeva, hipotenzija sistoličkog tlaka ispod 80 mmHg, endokrini poremećaji, intoksikacija lijekova te nepostojanje spontanog disanja.

Moždana smrt utvrđuje se pregledom kliničkih znakova:

- nepostojanje reakcije zjenice na svjetlo
- nedostatak kornealnoga refleksa
- odsustvo bolnog podražaja u području živca trigeminusa
- odsustvo okulocefalnih refleksa
- odsustvo okulovestibularnih refleksa
- odsustvo faringealnoga refleksa

- odsustvo trahealnog refleksa
- atonija muskulature
- atropinski test
- odsustvo spontanoga disanja

Moždana smrt dokazuje se s dva klinička pregleda. Između dva klinička pregleda treba proći razdoblje od tri sata za odrasle osobe i djecu iznad 12 godina. Za djecu između 2 do 12 godina potreban je period od 12 sati dok je djeci od 2 mjeseca do 2 godine potreban period od 24 sata. Osim kliničkih pregleda bitni su i paraklinički testovi koji se izvode nakon kliničkih pregleda. Paraklinički testovi su: elektroencefalogram, kompjutorizirana tomografija kontrastne panangiografije, evocirani moždani potencijali, perfuzijska radionuklearna scintigrafija, transkranijaska Doppler sonografija, selektivna panangiografija mozga.

Klinički pregled obavlja povjerenstvo sastavljeno od dva liječnika: za djecu starosti do 12 godina pregled obavlja anesteziolog i pedijatar specijalist intenzivne medicine, a za odrasle osobe i djecu stariju od 12 godina anesteziolog, neurolog ili neurokirurg (14).

### **1.3. PALIJATIVNA MEDICINA**

S obzirom na sve veći porast broja smrtonosnih bolesti u zadnjih nekoliko godina pojavila se nova subspecijalistička grana moderne medicine. Zadatak joj je da omogućiti pacijentima što kvalitetniju zdravstvenu skrb u posljednjim danima života.

Obuhvaća praćenje pacijenata u progresivnim i terminalnim fazama bolesti usmjeravajući se prvenstveno na psihološke, društvene i duhovne potrebe pacijenata.

Ciljevi palijativne skrbi određeni su prema Europskom društvu za palijativnu skrb i odredbi Svjetske zdravstvene organizacije i to su:

- osloboditi osobu od boli i simptoma prateće bolesti
- smrt i umiranje shvatiti kao prirodni tijek života
- smrt ne požurivati niti odgađati
- povezati tjelesne, psihosocijalne i duhovne aspekte zdravstvene njege
- pomoći osobi da što kvalitetnije provede ostatak života
- podučavati njegovatelje, supružnike, djecu o tijeku bolesti i podupirati ih u procesu žalovanja (15)

Palijativni tim je multidisciplinarni tim koji uključuje medicinsku sestru, liječnika, psihologa, socijalnog radnika, radnog i okupacijskog terapeuta i svećenika (16). Mjesto u kojem se provode medicinske i duhovne potrebe za umirućeg pacijenta naziva se hospicij. Najvažnije značajke hospicija su da se pacijentu dozvoljava umrijeti, nema borbe protiv smrti, ali ne primjenjuje se ni eutanazija ni distanzacija. Umiranje je dio života, a pacijentu se poboljšava kvaliteta života. Omogućuje se pomoć i rodbini pacijenata. U prvom planu je bit hospicija, a to je dostojanstvo umiranja. Važno je da se pacijent ne osjeća napušteno, nepoželjno i nevrijedno (16). Palijativno zdravstveno osoblje, prvenstveno liječnici i medicinske sestre, trebali bi smrt pacijenta u palijativnoj skrbi doživljavati kao oslobađajući doživljaj, to jest kao zadnje životno ostvarenje, a ne kao gubitak. Takvim razmišljanjem će se lakše nositi i s doživljajem smrti i sa smrti druge osobe (17).

### **1.3.1. Eutanazija**

Riječ „eutanazija“ dolazi od grčke riječi: eu - lijepo i thanatos – smrt (18).

Smrt druge osobe s ciljem da se ta osoba oslobodi nepodnošljive boli i patnje uzrokovane teškim zdravstvenim stanjem nakon bolesti ili nesreće naziva se eutanazija.

Postoji nekoliko podjela eutanazije s obzirom na različitost kriterija, a tri su najčešće.

- Za prvu podjelu ključan kriterij je volja osobe koja želi eutanaziju.

Ovdje razlikujemo dobrovoljnu, nedobrovoljnu i eutanaziju protiv volje.

Dobrovoljna eutanazija označava pomoć tijekom umiranja na zahtjev ili pisani pristanak osobe. Postoji pojam oporučna eutanazija koju osoba dogovara i potpisuje prije same eutanazije. Oporučna eutanazija je napravljena da regulira uvjete pod kojim osoba želi umrijeti ako se slučajno dogodi situacija gdje sama neće moći izraziti svoju želju. To su besvjesna stanja nakon nesreća ili teških bolesti. Legalizirana je u Nizozemskoj, Luksemburgu i Belgiji. U ostalim državama se kažnjava kao obično ubojstvo. Dobrovoljna eutanazija se u Republici Hrvatskoj vodi kao kazneno djelo smrti na zahtjev (čl. 94. Kaznenog zakona 11). Eutanazija napravljena bez pristanka osobe naziva se nedobrovoljna eutanazija. Eutanazija napravljena uz primjenu sile, prevare ili protivno volji osobe naziva se eutanazija protiv volje osobe.

- Druga vrsta podjele dijeli eutanaziju na aktivnu i pasivnu.

Kod aktivne eutanazije smrt se uzrokuje pomoću lijeka, otrova ili mehaničkim putem.

Pasivna eutanazija podrazumijeva kad se uskraćuje terapija i liječenje potrebno da se

život nastavi. Prema mišljenju nekih znanstvenika u Hrvatskoj je dopuštena pasivna eutanazija.

- Trećom podjelom eutanazije razlikujemo direktnu i indirektnu eutanaziju.

Zdravstvena njega palijativnih pacijenata je oblik indirektno eutanazije i to je u većini država dopušteno. Dopustivost indirektno eutanazije je posebno istaknuto u Deklaraciji Svjetskog udruženja liječnika (WMA): „Eutanazija, odnosno namjerno skraćivanje života pacijenta, čak i na njegov zahtjev, odnosno zahtjev bliskih rođaka, je neetična. Međutim, to ne sprečava liječnika da poštuje želju pacijenta da dopusti prirodnom procesu smrti da slijedi svoj put u terminalnoj fazi bolesti“. Teško je pronaći razliku između direktno i indirektno eutanazije (19).

### **1.3.2. Distanazija**

Suprotno eutanaziji je distanazija to jest „loša smrt“ (19). Riječ distanazija je grčkog podrijetla koja označava sporu i bolnu smrt, smrt koja nije dostojna podržavanja procesa umiranja beskorisnim liječenjem. Zapravo se ovdje radi o umjetnom odgađanju neizbježne smrti. Zanimanje javnosti za etiku distanazije je postalo problem razvojem medicinske aparature i uporabe te iste aparature u završnom periodu života pojedinca kada se koriste sve mogućnosti da ga se spasi od smrti.

Distanazija je uobičajena u bolnicama Republike Hrvatske. U pravilu, što je bolnica više opremljena suvremenim aparatima, dijagnostikom, terapijom i rehabilitacijskim sustavom, to je distanazija češća.

Liječnici se teško odupiru pritiscima obitelji da naprave sve da pacijent ne bi umro bez obzira što je to s obzirom na njegovo stanje neizbježno i samo mu produžava agoniju. Distanazija se često provodi kod onkoloških pacijenata mlađe životne dobi. Najčešći i najveći problem distanazije je obitelj umiruće osobe. Obitelj iz emocionalnih razloga ne žele prihvatiti istinu o pacijentu, posebno vrše pritisak na zdravstveni sustav ako je pacijent u besvjesnom stanju i ne može izraziti želju i poduzimaju sve samo da pacijent ne umre.

Ortotanazija je pojam između eutanazije i distanazije. Označava dostojanstvenu smrt bez skraćivanja ili produljivanja života (2).

## 1.4. POVIJEST RAZVOJA LJUDSKOG ODNOSA PREMA SMRTI

Povijest razvoja ljudskog odnosa prema smrti možemo podijeliti u tri faze:

- Prva faza odnosi se na život u arhajskom društvu gdje smrt nije bila kraj, već novo rađanje. Nakon smrti mrtvi su nastavljali živjeti poput duhova. Bili su prisutni svakodnevno u životu arhajskog čovjeka što znači da bi i nakon smrti ostali dio njihove zajednice.
- Druga faza pripada metafizičkom društvu. U ovoj fazi mrtvi se odvajaju od živih. Mrtvi se dijele na bitne i manje bitne. Ovdje se pokojnicima odaje počast na sprovodu i na obljetnicama, oni više nemaju nikakav utjecaj u zajednici.
- Treća faza je faza modernog čovjeka. Negira duh i dušu i na smrt reagira strahom (14).

Tijekom povijesti smrt se istraživala u okviru velikog broja disciplina. Neka od tih istraživanja bila su akademske prirode dok su druga imala više veze s tradicijom i običajima (20).

Neandertalci su uz svoje mrtve pokapali i predmete koji su bili namijenjeni pokojniku da se njime služi u grobu. Ovo ukazuje na to da su vjerovali u život poslije smrti i tom su vjerom pokušali pobijediti svoj strah od smrti (11).

U starom Egiptu su vjerovali u život poslije smrti, a to su iskazivali veličanstvenim spomenicima umrlima i skupim pogrebnim obredima što je pokazivalo i njihovu zaokupljenost smrću (7). Egipatske piramide nastale su iz slavljenja faraonske vječnosti (12). Smrt u srednjem vijeku je obilježena kao česta tema religioznog, književnog i umjetničkog života. Razvojem industrije i medicine smrt se sve više odmiče iz središta čovjekovog poimanja (18). Nekoć se umiralo u obitelji, uz članove obitelji i rodbine. Ljudi su manje strahovali od smrti i spremno su je prihvaćali. Vjerovalo se u zagrobni život i njegovu nepovredivu realnost (21). U periodu žalovanja grob pokojnika se redovito posjećivao, kitio cvijećem, plaćale su se mise za pokojnika, molila krunica. Društvo je bilo pogođeno smrću svoga prijatelja i člana. Zajedno su tugovali svi, od obitelji do prijatelja. Smrt je bila javni i društveni događaj. Cijela zajednica je sudjelovala u žalovanju, a ne samo pokojnikova obitelj. Ovakav pristup žalovanja još se uvijek zadržao u ruralnim sredinama (22). Prije se umiralo u svome domu, uz obitelj i rodbinu



gdje se takvim postupanjem omogućavalo dostojno umiranje i utjeha uz doživljaj ljubavi, mira, sigurnosti i socijalnog kontakta (23).

## **1.5. FILOZOFSKO ZNAČENJE SMRTI**

Prvi je Platon započeo razmišljanje o smrti i do danas je najviše utjecao na zapadnu filozofsku misao. Za Platona je smrt trenutak kada se čovjek oslobađa „zatvora tijela“ i kad „viši čovjek“ zadobiva besmrtnost i slobodu. Platon se u svojim razmišljanjima bazira na Sokratu. Sokrat smrt opisuje kao „oslobođenje, oslobođenje duše od tijela, te dospijeće do spoznaje i kontemplacije vječnih ideja“. Aristotel smatra da je smrt najstrašnija od svega što nam se može dogoditi. Lukrecije je izložio argument koji je trebao pokazati da smrt i nije loša: „Prije nego što smo se rodili nismo postojali isto kao što nećemo postojati niti nakon što umremo“. Shvaćanje smrti u današnje vrijeme ističe se kroz Epikurovu misao: „Navikavaj se na misao da se smrt nas ništa ne tiče. Jer svako dobro ili zlo osniva se na opažanju, a smrt je gubitak opažanja. Dakle, najstrašnije zlo, smrt, ništa nas se ne tiče jer dokle god mi postojimo nema smrti, a kad smrt dođe, nas neće više biti. Ona se, dakle, ne tiče živih ni mrtvih jer žive ne dodiruje, a mrtvi ne postoje više“. Znakovito je da taj epikurovski stav karakterizira današnje shvaćanje smrti (12).

## **1.6. DANAŠNJE SHVAĆANJE SMRTI**

Sociologija se uglavnom usredotočuje na sadašnju kulturu smrti (20). Smrt je i međuljudski događaj, a ne samo medicinski i individualni. To znači da u njemu sudjeluje umirući, njegova obitelj, bliske osobe, prijatelji i zdravstveno osoblje (24). U današnje vrijeme u društvu smrt izaziva strah i tabu je tema. Ljudi izbjegavaju razgovarati o njoj. Na filmovima i na internetu je često prikazana nasilno i brutalno, od nje se rade spektakli, a izbjegava se prikazivanje prave i istinske smrti. Smrt se izbjegava, nije shvaćena i nije doživljena kao dio života. U današnje vrijeme ljudi najviše umiru u bolesničkoj postelji, osamljeni i bez rodbine. Izbjegava se kontakt s umirućim kao da bježe od stvarnosti da će smrt svih stići. Analitičari takav način umiranja nazivaju novim stilom umiranja (22), a takav oblik smrti, u samoći, bez komunikacije s drugima, bez obitelji, nazivamo i socijalnom smrti (24). U današnjem vremenu i društvu kod ljudi postoji svijest da im smrt ne smije smetati niti ih ometati u svakodnevnici. „Slatka smrt“ današnjeg čovjeka je

sinonim za umiranje u tišini; nikoga ne opterećivati svojim bolestima, terapijom i samim umiranjem. Uz tu vrstu smrti u kojoj se ne želi smetati živima pojavio se novi fenomen: „Ne treba se žalostiti zbog smrti drugoga niti mrtve treba oplakivati“. Današnje društvo očekuje da obitelj u žalosti ima kontrolu nad svojim emocijama, da se ne povlače u korotu niti da plaču. Dolazimo do toga da ne trebamo smetati drugima niti ih opterećivati vlastitom tugom. Kao reakcija na takav stav i način umiranja pojavili su se novi stavovi prema smrti i prema umirućima, a počelo je i zanimanje za umiruće. Umirući su odjednom počeli u ljudima buditi samilost. Stoga je današnji proces umiranja izazvao i niz bioetičkih pitanja kao i strahova (22). Stavovi koje osoba drži prema smrti ovise o značenju koje smrt ima za njega ili nju (25). U današnje vrijeme čovjek nema svjesni stav prema smrti i izbjegava razmišljati o njoj (22) što je dovelo do stava neprihvatanja i straha od smrti i ignoriranja smrti (26). Ako se smrt gleda samo kao prestanak života, onda ona u konačnici sve čini besmislenim. Takav pesimistični pogled na smrt dovodi do besmisla svega (4). Gordon Allport definira najpoznatiju definiciju stava koja glasi: „Mentalna i neuralna dispozicija, organizirana kroz iskustvo, koja ima direktivno i dinamičko djelovanje na odgovore individue prema svim objektima i situacijama s kojima je povezana“ (27).

Stavovi se dijele na tri dijela:

- kognitivne
- emocionalne
- bihevioralne

Kognitivni dio sastoji se od ukupnog znanja o objektu prema kojem postoji stav. Znanje može biti minimalno, a može obuhvaćati i veliki spektar informacija o objektu.

Emocionalni dio su osjećaji prema objektu ili situaciji prema kojoj postoji stav.

Bihevioralni dio se očituje kada smo spremni na neku akciju prema objektu.

Pozitivan stav znači da se objekt želi podržati, a negativan stav da se želi izbjeći (28).

Većina studija u psihologiji potvrđuje da se stav osobe razvija tijekom dugog razdoblja koje se proteže od dječje do odrasle dobi. Stavovi daju ljudima osjećaj reda i kontrole i pomažu im izgraditi svoju percepciju i vlastiti identitet. Stavovi se sastoje od ideja i uvjerenja koja su vezana za određene emocije koje su zajedno povezane s akcijom koja se poduzima u vezi s predmetom stava kao što je smrt.

Na stavove prema smrti utječu osobna iskustva, društveno-kulturna uvjerenja, životna iskustva sa smrću, spol, a kod zdravstvenog osoblja i još broj godina profesionalnog

iskustva i dob pacijenta koji umire (29). Stavovi prema smrti mogu se razlikovati ovisno o etničkoj pripadnosti (25). Strah od smrti se najčešće javlja kad se nađemo u neposrednoj smrtnoj opasnosti. Strah prema smrti je povezan sa strahom samoće i otuđenosti, a posebno je izražen kod umirućih osoba koje nisu okružene ljubavi, toplinom i dobrotom bliskih osoba (15).

Današnje shvaćanje smrti je rezultat djelovanja sljedećih četiriju čimbenika:

- odgoj djece

Odmalena djecu odvajamo od spoznaje smrti. Izbjegavamo im reći istinu o smrti, odvajamo ih od sprovoda i žalosnih događaja.

- odvajanje starijih osoba iz društva

Starijim ljudima se smrt ne skriva, na njih se prenosi. Starijima je zadaća da umru za sve i umjesto svih.

- pretvaranje smrti u bolest

Svrha je da drži bolesnika u iluziji kako je njegova smrt obična nezgoda u tijeku bolesti. Istraživanja pokazuju da je upravo zdravstveno osoblje najviše pogođeno tjeskobom pred smrt. Ležati s iglom za infuziju u ruci i aparatom za kisik na ustima još uvijek budi nadu da se smrt može preskočiti.

- prividna ravnodušnost prema smrti

Sa smrću smo suočeni posve sami bez podrške zajednice. Živimo sami i umiremo sami. Mogu se za troškove sprovoda platiti golemi novci, ali on neće na taj način nikad postati društveni događaj jer mu nedostaje duh zajedništva koji je nosio istine i vrijednosti (30). Smrt je danas hospitalizirana, a umirući čovjek, nazvan terminalnim bolesnikom, je izoliran od zajednice drugih ljudi, napušten od obitelji i prijatelja i predan na skrb zdravstvenom osoblju. Time su liječnici, a pogotovo medicinske sestre, prisiljene asistirati ljudima određenim za umiranje i odgovarati na njihova teška pitanja u agoniji, na pitanja o smislu njihova života i njihove smrti, ali i iskazivati im samilost i ljudsku toplinu, a da uopće za to nisu educirani (22). U današnje vrijeme čovjek sve više ima psihološke probleme i bolesti, pogotovo jer je opterećen strahom od smrti, krivnjom, nekomunikacijom i nedovršenim opraštanjem s umirućom osobom. Smrt bliske osobe bi trebala biti poticaj za uspostavljanje novih i kvalitetnijih odnosa, a ne poticaj za udaljavanje, gubitak komunikacije i depresiju (4). Poricanje i potiskivanje su psihološki mehanizmi obrane kojima izbjegavamo razmišljati o smrti (5).

## 1.7. ŽALOVANJE

Žalovanje označava pojam koji se javlja kad izgubimo osobu za koju smo emocionalno vezani, a uključuje niz tjelesnih i psiholoških aktivnosti kod te osobe. Koliko smo emocionalno vezani za umrlu osobu, ovisi i kakav će nam biti tijekom žalovanja. Žalovanje koje se dogodi nakon smrti znak je da smo voljeli. Gubitak roditelja, djeteta, partnera, prijatelja, stalna je opasnost i prijetnja čovjekovoj sigurnosti. Svatko se na svoj način nosi s gubitkom voljene osobe, ali ona ne smije biti izvorom beznađa i, nažalost, ne možemo je izbjeći (31).

Proces sučeljavanja sa smrću možemo podijeliti u pet faza prema dr. Kubler - Ross:

- nepriznavanje i osamljivanje
- gnjev
- cjenkanje
- depresija
- prihvaćanje

Prihvaćanje kao stav prema smrti na posljednjem je mjestu jer nastupa u trenutku kad čovjek uvidi da ništa ne može promijeniti osim svog stava.

Najčešći problem kod sučeljavanja sa smrću je otvorena komunikacija. Strah nas je uspostaviti komunikaciju jer nismo spremni suočiti se sa smrću. Bespomoćni smo da odgovorimo na pitanja umirućeg, ali i na naša pitanja: kako dalje i zašto se to dogodilo? Još jedan problem suočavanja sa smrću jest opraštanje od umiruće osobe. Ne znamo kako ćemo se oprostiti od te osobe, bježimo od nje, radimo nepotrebne poslove, samo da se ne trebamo suočiti sa smrću.

Poslije smrti voljene osobe često je prisutan osjećaj krivnje za neučinjeno i sve loše što je učinjeno. Može doći do psihičkih problema, posebno ako nismo dobili oprost (12).

Žalovanje je reakcija na niz duševnih i tjelesnih zbivanja koja se javljaju kao odgovor na gubitak osobe za koju smo osjećajno vezani (32). Svi smo mi jedinstvena bića s drugačijim pogledom na svijet i drugačijim načinom žalovanja nakon smrti bliske osobe. Početak žalovanja je najteži, ali s vremenom se i osoba prilagođava na tijekom žalovanja (31).

### 1.7.1. Čimbenici žalovanja

Duljina i tijek žalovanja ovise o okolnostima gubitka, karakternim osobinama i socijalnom kontekstu (23).

Bowlby ističe klasifikaciju čimbenika koji utječu na proces žalovanja:

- identitet i uloga izgubljene osobe
- dob i spol osobe koja žaluje
- uzroci i okolnosti gubitka
- socijalne i psihološke okolnosti koje utječu na osobu koja žaluje u vrijeme i nakon gubitka
- osobnost osobe koja žaluje, posebno njezine sposobnosti da stvori nove emocionalne odnose i da odgovori na stresne situacije (33)

Proces žalovanja dijelimo na nekoliko utjecajnih čimbenika:

- situacijski čimbenici - odnose se na okolnosti pod kojima je osoba umrla, to jest je li smrt bila očekivana ili iznenadna
- čimbenici okolnosti – tu spadaju religijska uvjerenja, spol i dob  
Istraživanja pokazuju da religijska uvjerenja utječu na proces žalovanja.  
Mlađe osobe se tijekom tugovanja suočavaju s više poteškoća od starijih, posebno na početku procesa tugovanja, ali će se brže oporaviti jer imaju više podrške od drugih ljudi.
- međuljudski čimbenici – odnose se na društvenu podršku  
Nedostatak društvene podrške je rizični čimbenik koji može imati negativne posljedice.  
Često nakon smrti bliske osobe dolazi do gubitka izvora prihoda, životnih i svakodnevnih navika. Društvo je od velike važnosti tijekom žalovanja jer ono pomaže tugujućoj osobi u ponovnom povratku u život nakon smrti bliske osobe (34).

### 1.7.2. Simptomi žalovanja

Na početku žalovanja često se javljaju tjelesni simptomi poput otežanog disanja, pritiska u prsima, opće slabosti, glavobolje, suhih usta, nesаницe, gubitka apetita. Od psiholoških simptoma koji se javljaju na početku žalovanja najznačajniji su gubitak koncentracije, rastresenost, osjećaj prisutnosti preminule osobe u neposrednoj okolini,

nemir, krivnja, zaokupljenost pokojnikovim likom, samooptuživanje, plakanje, ljutnja na zdravstveno osoblje koje je skrbrilo o pokojniku. Opisani tjelesni i psihološki simptomi su normalne reakcije na gubitak voljene osobe. S vremenom će uz potporu obitelji, prijatelja i mogućnosti razumijevanja osjećaja i oni nestati. Ako se normalni simptomi ne smanje, često to postane patološko žalovanje. Simptomi patološkog žalovanja su: tjeskoba, strah, apatija, depresija i razne druge nepromišljene radnje koje tugujuća osoba nije prije radila. Poremećeno žalovanje tugujuću osobu onesposobljava za normalno funkcioniranje u svakodnevnom životu. Poremećeno žalovanje karakterizirano je time jer onemogućava završetak procesa žalovanja. Često su takvim osobama potrebni stručnjaci, a ne samo podrška obitelji i prijatelja (31).

### **1.7.3. Faze žalovanja**

Proces žalovanja dijelimo u nekoliko faza po Michael Dietrichu:

- vrijeme šoka i nemogućnosti suočavanja s gubitkom

Ova faza počinje odmah nakon gubitka bliske osobe. Ožalošćeni se osjećaju loše. Često osjećaju mogućnost da uopće neće moći podnijeti toliku bol gubitka. Također, ožalošćeni mogu odavati dojam distance i bezosjećajnosti jer se ne znaju nositi s gubitkom, ne znaju kako bi se trebali ponašati.

- vrijeme kontrole emocija

U ovoj fazi osobi vrijeme prolazi kao da je u snu. Ožalošćena osoba je okupirana oko organizacije sprovoda i stalno je u prisustvu drugih osoba. Prisutnost drugih osoba ima ulogu socijalne podrške, a radi toga su i bitna javna žalovanja i sprovodi. To daje ožalošćenima podršku i može im ublažiti početni šok.

- doživljaj gubitka i svijest

Najteža faza žalovanja je razdoblje osobnog i stvarnog suočavanja s gubitkom. Ovo je faza prijelaza kad se izmjenjuju emocije, njihov intenzitet, utisci i sjećanja. U ovoj fazi zna se pojaviti osjećaj krivnje da su nešto propustili i osjećaj samoće. Ova faza karakterizirana je paničnim traženjem socijalnih kontakata i hiperaktivnosti.

- faza akomodacije

Predstavlja prilagodbu osobe na novo psihološko i društveno stanje. Reorganizacija života znači da je u sebi dopustila i prihvatila činjenicu definitivnog odlaska (23).

Kod procesa žalovanja poznata je Bowlbyeva teorija gdje on opisuje četiri faze.

- Prva faza je reakcija u obliku mrtvila i zaprepaštenja koja pokazuje nemogućnost prihvaćanja gubitka. Osoba obavlja svakodnevne radnje automatski i u napetosti. Često je raspoloženje praćeno osjećajima panike, ljutnje i veselja. Ova faza može trajati od nekoliko sati do nekoliko dana.
- Drugu fazu karakterizira potraga za izgubljenom osobom. Ta potraga uključuje razmišljanja o toj osobi i praćenje svakog znaka koji bi je mogao otkriti. Radi neuspjele potrage nastaje ljutnja. U ovoj fazi osjećaji su prožeti tjeskobom, razočaranjem, plakanjem, osamljivanjem, nadom, a sve u svrhu da se pronađe izgubljena osoba. Ova faza može trajati do nekoliko mjeseci.
- Treća faza je faza gubitka nade u povratak, neorganiziranosti i očaja. U ovoj fazi osoba doživljava potištenost i bezvoljnost. Svjesna je da se treba preokrenuti i nastaviti dalje, napustiti stari način razmišljanja i djelovanja. Ako ova faza uspješno prođe, proces žalovanja ulazi u četvrtu fazu.
- Četvrta faza označava reorganizaciju, prihvaćanje realnosti. Ova faza podrazumijeva prihvaćanje novih aktivnosti, navika i novi način života uz sjećanje na proživljeno bolno iskustvo (31).

Bowlby ukazuje na to da je potrebno proći sve faze žalovanja kako bi osoba uspješno nastavila sa svojim životom. Proces prijelaza iz jedne faze u drugu ne treba biti strogo odijeljen, već se prelasci mogu i preklapati iz jedne u drugu fazu da se žalovanje završi (31). Bowlbyjeva teorija privrženosti je bitna u shvaćanju procesa žalovanja, ona nastaje iz potrebe za sigurnošću i zaštitom. Razvija se od najranije dobi i traje veći dio života. Obično je usmjerena na nekoliko pojedinaca tijekom života. Stvaranje privrženosti s drugim ljudima smatra se normalnim ponašanjem te je važno za preživljavanje. Ako dođe do nekog događaja koji ugrožava tu privrženost, dolazi do reakcija poput tuge, ljutnje, straha i to su uobičajene reakcije prekidanja privrženosti.

Osobe sa sigurnom privrženošću vjerojatno nikada neće doživjeti patološko žalovanje, dok će oni s anksiozno - izbjegavajućom i anksiozno - opirućom privrženošću najvjerojatnije doživjeti patološko žalovanje (34).

Kažu da vrijeme liječi rane, ali zapravo gubitak voljene osobe prati tugujući cijelog života bez obzira koliko vremena prođe. Cilj žalovanja je znati živjeti s gubitkom.

Kraj žalovanja je kad osoba prođe zadnju fazu žalovanja. Završetkom žalovanja se smatra kada osoba može razmišljati i govoriti o preminuloj osobi bez zadržke ili plača, nauči se živjeti ne tražeći je u svakodnevnim aktivnostima.

Završetak žalovanja karakterizira stabilnost u životu, prilagođavanje novim okolnostima, povratak životnih interesa, stvaranje novih ciljeva i zadovoljstava u životu. Uspješan završetak žalovanja dovodi do rasta i sazrijevanja osobe (31).

#### **1.7.4. Patološko žalovanje**

Žalovanje može biti i patološko što znači da je tijekom žalovanja otišao u krivom smjeru, otežan je ili se ne završava nikako.

J. William Worden opisuje četiri patološka oblika žalovanja:

- kronično žalovanje

Kod ovog oblika žalovanja značajna je nemogućnost prihvaćanja gubitka. Osoba ostavlja dojam da je nesposobna za nastavak života i obavljanje svakodnevnih aktivnosti, prvenstveno jer je svaka aktivnost podsjeća na preminulu osobu.

- odgođeno žalovanje

Često se događa kod osoba koje inače teško izražavaju emocije, a vidljivo je i kao nedostatak tuge na samom početku gubitka voljene osobe. Tuga se često kod ovih osoba doživljava kao neprikladna, često postoji manjak društvene podrške ili osobe preuzmu veliku odgovornost zbog obavljanja mnogih aktivnosti nakon gubitka bliske osobe, pa žalovanje bude odgođeno ili zanemarivano.

- pretjerano žalovanje

Kod ovog oblika žalovanja osoba bude preplavljena intenzivnom tugom i često može imati društveno neprihvatljive oblike ponašanja. Ovakav oblik žalovanja može za posljedicu imati depresiju, anksioznost s tjeskobom, fobije, osjećaj krivnje, socijalnu fobiju, agorafobiju, pa čak i posttraumatski stresni poremećaj.

- prikriveno žalovanje

Prikriveno žalovanje se očituje u dva oblika. Prvi je stvaranje tjelesnih simptoma, to jest pojava Faksimilske bolesti gdje se stvaraju simptomi slični onima koje je imala preminula osoba. Drugi oblik je neprimjereno, antisocijalno i delikventno ponašanje (23).



### 1.7.5. Pružanje potpore kod žalovanja

Od davnina se žalovanje odvija u društvu, uz obitelj i zajednicu. Čovjek osjeća sigurnost u vrijeme žalovanja kad su uz njega obitelj i prijatelji. Postoje različite vrste potpore nakon gubitka i najčešće ih svrstavamo u tri grupe.

- Prirodni pomagači: rodbina, prijatelji, susjedi, sve osobe u našoj blizini koje su s nama u vrijeme žalovanja. Pomažu nam da život vratimo u svakodnevnicu, pomažu novčano i emocionalno. Kod ove faze nastane problem ako ožalošćeni nema potporu iz svoje okoline i zapravo ostane sam u svojoj tuzi. Često se dogodi kod starijih supružnika koji su cijeli život proveli zajedno, a djeca i unučad nisu u blizini.
- Stručnjaci: savjetnici i psiholozi koji pružaju potpunu pomoć ožalošćenima. Pod stručne savjetnike spadaju učitelji, odgajatelji, pedagozi, medicinske sestre, liječnici, psihijatri i svećenici. Ponekad ni ovakva potpora nije dovoljna da tugujuća osoba prebrodi smrt voljene osobe.
- Grupa potpore se sastoji od ljudi koji su i sami proživjeli gubitak. Sastaju se u različitim udrugama i savjetovalištim da bi prevladali svoju tugu. Na raspolaganju imaju liječnike, medicinske sestre, psihologe, socijalne radnike, psihoterapeute, a susreti se odvijaju grupno i individualno.

Potrebno je imati znanje i vještine za pružiti odgovarajuću potporu tugujućima. Vještine koje su potrebne su slušanje, empatija, zainteresiranost, aktivno slušanje, verbalna i neverbalna usklađena komunikacija i promatranje tugujućih.

Postoji skupina rizičnih tugujućih ljudi, oni za koje pretpostavljamo da će imati veće teškoće normalnog funkcioniranja nakon smrti voljene osobe.

U tu skupinu spadaju: udovice s malenom djecom, povučeni ljudi koji inače teško podnose odvajanje, depresivni ljudi, traumatične smrti, smrt djeteta, više smrtnih gubitaka u kratkom vremenu.

Smjernice za savjetovanje ožalošćene osobe:

- pomoći ožalošćenom u početnom šoku da prihvati gubitak
- poticati ožalošćenog da komunicira o gubitku
- pomoći ožalošćenom da prepozna emocije i doživi ih
- pomoći ožalošćenom da nastavi živjeti bez pokojnika
- poticati ga da samostalno donosi odluke

- poučiti ga vještinama učinkovitog suočavanja sa smrću
- osigurati ožalošćenomu vrijeme za žalovanje
- ispitati načine i mehanizme suočavanja sa smrću
- prepoznati patološko žalovanje i uputiti ožalošćenog dalje profesionalnim stručnjacima
- koristiti lijekove s oprezom i u dogovoru s liječnikom

Neki autori smatraju da su lijekovi kod ožalošćenih uspješni za nesanicu i tjeskobu, ali nisu preporučljivi za depresivne epizode. Smatraju da se proces žalovanja ne može preživjeti na lijekovima. Stručna potpora daje izvrsne rezultate za ožalošćene osobe (31).

## **2. CILJ RADA**

Cilj rada je usporedba stavova medicinskih sestara i liječnika prema smrti i njihovih načina sučeljavanja sa smrću po dobi, spolu, obrazovanju, zanimanju, radnom iskustvu, radnom mjestu i ranijem iskustvu sa smrti. Također, cilj je utvrditi postoji li potreba za dodatnom edukacijom, seminarima/tečajevima o sučeljavanju sa smrti kod medicinskih sestara i liječnika u svrhu kvalitetnije skrbi pacijenata.

### **2.1. HIPOTEZA**

Medicinske sestre i liječnici imaju različite stavove prema smrti i drugačije doživljavaju smrt druge osobe.

Medicinske sestre i liječnici starije životne dobi i s više radnog iskustva imaju pozitivan stav prema smrti i lakše se sučeljavaju sa smrću.

Medicinske sestre i liječnici mlađe životne dobi imaju veći strah od smrti i negativan stav prema smrti.

Medicinske sestre i liječnici smatraju da će se lakše suočiti sa smrću ako prođu dodatnu edukaciju o sučeljavanju sa smrti.

### **3. IZVORI PODATAKA I METODE**

#### **3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA**

Provedeno je istraživanje u kolovozu i rujnu 2020. elektroničkim putem, preko mail adresa, društvenih mreža i whatsapp aplikacije.

#### **3.2. ISPITANICI**

Istraživanje je obuhvatilo zdravstvene djelatnike (liječnike i medicinske sestre) iz svih sektora zdravstvene zaštite, različitih akademskih titula i stupnja obrazovanja. Sudjelovala je 551 medicinska sestra i 217 liječnika.

#### **3.3. METODE ISTRAŽIVANJA**

U istraživanju su se koristili anketni upitnici čiji je opći dio bio sastavljen posebno za medicinske sestre, a posebno za liječnike. Sadržavao je opće podatke kao što su spol, dob, obrazovanje, radno mjesto, radno iskustvo, ranije iskustvo sa smrti i potreba za edukacijom o sučeljavanju sa smrti. Drugi dio anketnog upitnika je sastavljen od posebnog dijela u kojem se nalazio upitnik Death attitude profile revised (DAP-R), Wong PTP & Reker GT (1991). DAP - R bilježi stavove prema umiranju i smrti. Mjera se sastoji od 32 predmeta koji su dodijeljeni u 5 dimenzija. Na upitnik se odgovaralo pomoću Likertove skale od 7 bodova pa je 1 bilo „u potpunosti se ne slažem“ do 7 „u potpunosti se slažem“ (35).

Skala se sastoji od pet dimenzija za utvrđivanje osjećaja od:

- 1) straha od smrti – negativne misli i osjećaji oko smrti
- 2) izbjegavanje smrti – izbjegavanje razmišljanja o smrti što je više moguće
- 3) neutralno prihvaćanje – smrt niti strah nisu dobrodošli
- 4) pristup prihvaćanje – smrt se smatra prolaskom do sretnog zagrobnog života
- 5) prihvaćanje – smrt se smatra bijegom od bolnog postojanja (36)

Prosječni rezultat na skali za svaku dimenziju izračunava se dijeljenjem ukupne ocjene skale s brojem predmeta u svakoj skali (37).

### **3.4. STATISTIČKE METODE**

U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima se prezentira struktura ispitanika prema sociodemografskim obilježjima i stavovima o smrti.

Stavovi o smrti se prezentiraju upotrebom metoda deskriptivne statistike, i to aritmetičke sredine kao srednje vrijednosti te standardne devijacije kao pokazatelja odstupanja od srednje vrijednosti. Razlika u zastupljenosti ispitanika prema sociodemografskim obilježjima ispituje se  $\chi^2$  testom dok se razlike među medicinskim sestrama i doktorima kod brojčane mjerne skale ispituju T - testom i ANOVA F testom. Povezanost među brojčanim varijablama se ispituje Pearsonovom korelacijom. Analiza je rađena u statističkom softwreu STATISTICA 12.

### **3.5. ETIČKA PITANJA**

Istraživanje je odobreno od Etičkog povjerenstva Sveučilišta u Splitu, Sveučilišnog odjela zdravstvenog studija, pod Klasa: 001-01/20-01/0006, Urbroj: 2181-228-07-20-0003 u Splitu 23. srpnja 2020. godine za medicinske sestre.

Istraživanje za liječnike je odobreno od Etičkog povjerenstva Sveučilišta u Splitu, Sveučilišnog odjela zdravstvenog studija, pod Klasa: 001-01/20-01/0009, Urbroj: 2181-228-07-20-0007 u Splitu 13. Studenoga 2020. godine.

## 4. REZULTATI

### 4.1. OPĆA PODJELA

U istraživanju je sudjelovalo 768 zdravstvenih djelatnika. Medicinskih sestara je 2,54 puta više u odnosu na brojnost liječnika, te je utvrđena razlika u brojnosti ispitanika prema kojoj skupini pripadaju ( $\chi^2=145,26$ ;  $p<0,001$ ) prikazana u tablici 1.

**Tablica 1.** Skupine zdravstvenih djelatnika

	N	%	$\chi^2$	p*
Medicinske sestre	551	71,74	145,26	<0,001
Liječnici	217	28,26		

**Legenda:** N - broj ispitanika;  $\chi^2$  - hi - kvadrat test, razlika zastupljenosti;  
p\*- statistički značajno na razini  $p<0,001$ ; % postotak ispitanika

U obje promatrane skupine veća je zastupljenost djelatnika ženskog spola. Ženski spol je za 14,71 puta više zastupljen kod medicinskih sestara u odnosu na muški spol. Utvrđena je značajna razlika prisutnosti djelatnika prema spolu kod medicinskih sestara ( $\chi^2=419,89$ ;  $p<0,001$ ). Također je ženski spol za 2,50 puta više zastupljen kod liječnika u odnosu na muški spol. Utvrđena je značajna razlika u prisutnosti djelatnika prema spolu kod liječnika ( $\chi^2=39,86$ ;  $p<0,001$ ) prikazana u tablici 2.

**Tablica 2.** Spol zdravstvenih djelatnika

		Žensko	Muško	$\chi^2$	p*
Medicinske sestre	N	516	35	419,89	<0,001
	%	93,65	6,35		
Liječnici	N	155	62	39,86	<0,001
	%	71,43	28,57		

**Legenda:** N - broj ispitanika;  $\chi^2$  - hi - kvadrat test, razlika zastupljenosti  
p\* statistički značajno na razini  $p<0,001$ ; % postotak ispitanika

U tablici 3. prikazano je da se u obje promatrane skupine najveći broj djelatnika često susreće sa smrću na radnom mjestu. 5,54 puta je više medicinskih sestara koje se često susreću sa smrću na radnom mjestu u odnosu na medicinske sestre koje se nikada ne susreću sa smrću na radnom mjestu ( $\chi^2=153,56$ ;  $p<0,001$ ). 8,36 puta je više liječnika koji se često susreću sa smrću na radnom mjestu u odnosu na one koji se nikada nisu susreli sa smrću na radnom mjestu ( $\chi^2=77,21$ ;  $p<0,001$ ).

**Tablica 3.** Susretanje sa smrću na radnom mjestu

		Nikad	Ponekad	Često	$\chi^2$	p*
Medicinske sestre	N	50	224	277	153,56	<0,001
	%	9,07	40,65	50,27		
Liječnici	N	14	86	117	77,21	<0,001
	%	6,45	39,63	53,92		

**Legenda:** N – broj ispitanika;  $\chi^2$  – hi – kvadrat test, razlika zastupljenosti; p\* - statistički značajno na razini  $p<0,001$

## 4.2. SUČELJAVANJE SA SMRĆU OVISNO O SOCIODEMOGRAFSKIM OBILJEŽJIMA

U tablici 4. prikazano je da je strah od smrti za 0,12 bodova veći kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike dok postojanje razlika nije utvrđeno ( $t=1,10$ ;  $p=0,272$ ).

Medicinske sestre imaju za 0,64 boda veću razinu izbjegavanja smrti, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlike ( $t=4,97$ ;  $p<0,001$ ).

Neutralno prihvaćanje je za 0,07 bodova veće kod liječnika u odnosu na medicinske sestre dok postojanje razlika nije utvrđeno ( $t=1,05$ ;  $p=0,294$ ).

Prihvaćanje pristupa je za 0,74 boda veće kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=5,64$ ;  $p<0,001$ ).

Bijeg prihvaćanje veće je za 0,42 boda kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,38$ ;  $p=0,001$ ).

**Tablica 4.** Razlika prema zanimanju s obzirom na mehanizme sučeljavanja sa smrću

Zanimanje	Medicinska sestra	Liječnik	t	p*
	AS±SD	AS±SD		
Strah od smrti	3,93±1,33	3,81±1,43	1,10	0,272
Izbjegavanje smrti	4,33±1,58	3,70±1,64	4,97	<0,001
Neutralno prihvaćanje	5,95±0,78	6,01±0,83	1,05	0,294
Prihvaćanje pristupa	4,62±1,58	3,88±1,77	5,64	<0,001
Bijeg prihvaćanje	3,97±1,59	3,54±1,49	3,38	0,001

**Legenda:** AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – empirijska t vrijednost; p\* - statistički značajno na razini p<0,001

U tablici 5. prikazano je da su ispitanice bilježile za 0,43 boda veću razinu straha od smrti u odnosu na ispitanike, te je utvrđeno postojanje razlike (t=2,91; p=0,004) dok je izbjegavanje smrti za 0,55 bodova veće kod ispitanica, te je također utvrđeno postojanje razlike (t=3,12; p=0,002).

Manja je razina neutralnog prihvaćanja za 0,18 bodova kod ispitanica u odnosu na ispitanike, te je utvrđeno postojanje razlike (t=2,06; p=0,040).

Ispitivanjem nije utvrđeno postojanje razlika u razini prihvaćanja pristupa i bijeg prihvaćanja s obzirom na spol (p >0,050).

**Tablica 5.** Razlika prema spolu s obzirom na mehanizme sučeljavanja sa smrću

Spol	Ženski	Muški	t	p*
	AS±SD	AS±SD		
Strah od smrti	3,95±1,35	3,52±1,39	2,91	0,004
Izbjegavanje smrti	4,22±1,62	3,68±1,54	3,12	0,002
Neutralno prihvaćanje	5,94±0,79	6,12±0,78	2,06	0,040
Prihvaćanje pristupa	4,43±1,63	4,23±1,90	1,12	0,264
Bijeg prihvaćanje	3,85±1,57	3,83±1,58	0,11	0,911

**Legenda:** AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – empirijska t vrijednost; p\* - statistički značajno na razini p>0,050



U tablici 6. prikazano je da je najveći strah od smrti utvrđen kod ispitanika starije dobi veće od 60 godina dok je utvrđena tendencija pada straha od smrti u svakoj sljedećoj dobnoj skupini od 18 do 60 godina nakon čega slijedi znatniji porast. Ispitivanjem je utvrđeno postojanje razlike u razini straha od smrti s obzirom na dobnu skupinu ( $F=3,11$ ;  $p=0,015$ ).

Razlike u izbjegavanju smrti, neutralnom prihvatanju, prihvatanju pristupa, te bijeg prihvatanja s obzirom na dobnu skupinu nisu utvrđene.

**Tablica 6.** Razlika prema dobi s obzirom na mehanizme sučeljavanja sa smrću

		Strah od smrti	Izbjegavanje smrti	Neutralno prihvatanje	Prihvatanje pristupa	Bijeg prihvatanje
Dobna skupina	N	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD
18-30	278	4,02±1,40	4,18±1,70	5,98±0,76	4,32±1,72	3,80±1,64
31-40	270	3,95±1,34	4,17±1,57	5,95±0,81	4,41±1,58	3,80±1,48
41-50	132	3,70±1,38	4,17±1,58	5,93±0,80	4,48±1,67	3,85±1,59
51-60	81	3,56±1,20	4,01±1,61	5,99±0,86	4,53±1,80	4,08±1,61
61+	6	4,60±1,44	4,03±1,57	6,33±0,35	5,10±1,33	4,70±1,84
F		3,11	0,20	0,47	0,60	0,993
p*		0,015	0,940	0,755	0,659	0,411

**Legenda:** N – broj ispitanika; AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F – koeficijent analize varijance; p\*- statistički značajno na razini  $p<0,050$

U tablici 7. prikazano je da je prihvaćanje pristupa najveće kod ispitanika koji se nikad nisu susreli sa smrću na radnom mjestu, te je usporedbom s ispitanicima koji su imali ponekad i često susret sa smrću na radnom mjestu utvrđeno postojanje razlike ( $F=3,12$ ;  $p=0,048$ ). Nije utvrđeno postojanje razlika ispitivanjem istih u strahu od smrti, izbjegavanju smrti, neutralnom prihvaćanju smrti te bijeg prihvaćanju ( $p>0,050$ ).

**Tablica 7.** Učestalost susretanja sa smrću s obzirom na mehanizme sučeljavanja sa smrću

	Strah od smrti	Izbjegavanje smrti	Neutralno prihvaćanje	Prihvaćanje pristupa	Bijeg prihvaćanje
Susret sa smrću na radnom mjestu	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD
Nikad	4,16±1,28	4,18±1,46	5,91±0,81	4,90±1,44	4,12±1,68
Ponekad	3,82±1,34	4,18±1,62	5,93±0,79	4,34±1,65	3,72±1,58
Često	3,91±1,39	4,13±1,65	6,00±0,79	4,39±1,71	3,90±1,55
F	1,65	0,07	0,93	3,12	2,13
p*	0,193	0,932	0,396	0,048	0,120

**Legenda:** AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F – koeficijent analize varijance; p\* - statistički značajno na razini  $p>0,050$

Ispitivanjem razlika u strahu od smrti, izbjegavanju smrti, neutralnom prihvaćanju smrti, prihvaćanju pristupa te bijeg prihvaćanju nije utvrđeno postojanje razlika s obzirom na radno iskustvo ( $p>0,050$ ), a što je prikazano u tablici 8.

**Tablica 8.** Razlika prema radnom iskustvu sučeljavanja sa smrću

		Strah od smrti	Izbjegavanje smrti	Neutralno prihvaćanje	Prihvaćanje pristupa	Bijeg prihvaćanje
Stož	N	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD
do 10	387	3,98±1,39	4,13±1,68	5,99±0,74	4,34±1,72	3,82±1,59
11-20	192	3,94±1,33	4,21±1,54	5,95±0,85	4,40±1,56	3,78±1,56
21-30	118	3,70±1,38	4,16±1,58	5,91±0,86	4,50±1,59	3,78±1,52
31-40	64	3,69±1,18	4,19±1,57	6,01±0,79	4,79±1,73	4,39±1,57
41+	6	3,31±1,61	3,80±1,99	5,80±0,90	3,10±2,01	3,67±1,48
F		1,71	0,16	0,39	2,00	2,16
p*		0,146	0,959	0,815	0,093	0,072

**Legenda:** N – broj ispitanika; AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F – koeficijent analize varijance; p\* - statistički značajno na razini  $p > 0.050$

U tablici 9. prikazani su rezultati razlika u strahu od smrti s obzirom na stupanj obrazovanja i nije utvrđeno postojanje razlika ( $F=1,34$ ;  $p=0,237$ ). Izbjegavanje smrti je imalo najveću vrijednost kod ispitanika sa završenom srednjom stručnom spremom dok je najmanju vrijednost imalo kod doktora znanosti, te je utvrđeno postojanje razlika ( $F=6,29$ ;  $p<0,001$ ).

Neutralno prihvaćanje je imalo najveće vrijednosti kod doktora znanosti dok je najmanje uočeno kod magistara/ica, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $F=2,59$ ;  $p=0,017$ ).

Najveća razina prihvaćanja pristupa je utvrđena kod ispitanika s obrazovanjem prvostupnika dok je najmanja razina utvrđena kod ispitanika s obrazovanjem profesora, te je utvrđeno postojanje razlike ( $F=6,46$ ;  $p<0,001$ ).

Bijeg prihvaćanje je imalo najveću vrijednost kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom dok je najmanja kod profesora, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlike ( $F=2,93$ ;  $p=0,008$ ).

**Tablica 9.** Razlika prema obrazovanju s obzirom na mehanizme sučeljavanja sa smrću

		Strah od smrti	Izbjegavanje smrti	Neutralno prihvaćanje	Prihvaćanje pristupa	Bijeg prihvaćanje
Obrazovanje	N	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD	AS±SD
SSS	257	4,02±1,29	4,54±1,53	5,99±0,76	4,61±1,62	4,12±1,66
Bacc.med.tech.	228	3,87±1,39	4,25±1,6	5,94±0,74	4,68±1,51	3,88±1,52
Mag.med.tech.	65	3,78±1,31	3,84±1,57	5,8±0,95	4,41±1,64	3,68±1,54
Dr.med.	198	3,79±1,4	3,68±1,61	6,01±0,8	3,82±1,74	3,53±1,5
Dr.sc.	7	3,69±2,02	3,4±2,35	6,71±0,67	4,19±2,06	4±1,55
Doc.	10	4,53±1,48	4,26±1,85	5,52±1,24	4,99±2,15	3,7±1,62
Prof.	3	2,86±1,24	3,93±1,62	6,6±0,69	3,27±1,44	3,13±0,46
F		1,34	6,29	2,59	6,46	2,93
p*		0,237	<0,001	0,017	<0,001	0,008

**Legenda:** SSS – medicinska sestra sa srednjom stručnom spremom; bacc. med. techn.- medicinska sestra prvostupnica; mag. med. techn.- magistra sestrinstva; dr. med.- diplomirani liječnik; dr. sc. – liječnik sa akademskom titulom doktora znanosti; doc. – liječnik sa akademskom titulom docenta; prof. - liječnik sa akademskom titulom profesora. N – broj ispitanika; AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F – koeficijent analize varijance; p\*- statistički značajno na razini  $p<0,001$

### 4.3. POTREBA ZA EDUKACIJOM

U tablici 10. prikazano je da je 2,64 puta više medicinskih sestara koje smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u odnosu na medicinske sestre koje smatraju da za tim nema potrebe ( $\chi^2=111,13$ ;  $p<0,001$ ). Nadalje, 2,43 puta je više liječnika koji smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u odnosu na liječnike koji smatraju da za tim nema potrebe ( $\chi^2=37,50$ ;  $p<0,001$ ).

**Tablica 10.** Potreba za organiziranje seminara/tečajeva o sučeljavanju sa smrću u ustanovi u kojoj djelatnici rade

	Dodatna edukacija	N	%	$\chi^2$	p*
Medicinske sestre	Da	398	72,50	111,13	<0,001
	Ne	151	27,50		
Liječnici	Da	153	70,83	37,50	<0,001
	Ne	63	29,17		

**Legenda:** N – broj ispitanika;  $\chi^2$  – hi – kvadrat test, razlika zastupljenosti; p\* statistički značajno na razini  $p<0,001$ , % postotak ispitanika

### 4.4. REZULTATI PREMA POSTAVLJENIM HIPOTEZAMA

Hipoteza 1. - medicinske sestre i liječnici imaju različite stavove prema smrti i drugačije doživljavaju smrt druge osobe. Hipoteza se prihvaća kao istinita.

U tablici 11. prikazano je da je strah od smrti za 0,12 bodova veći kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike dok postojanje razlika nije utvrđeno ( $t=1,10$ ;  $p=0,272$ ).

Medicinske sestre imaju za 0,64 boda veću razinu izbjegavanja smrti, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlike ( $t=4,97$ ;  $p<0,001$ ). Neutralno prihvaćanje je za 0,07 bodova veće kod liječnika u odnosu na medicinske sestre dok postojanje razlika nije utvrđeno ( $t=1,05$ ;  $p=0,294$ ).

Prihvaćanje pristupa je za 0,74 boda veće kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=5,64$ ;  $p<0,001$ ) dok je bijeg prihvaćanje veće za 0,42 boda kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,38$ ;  $p=0,001$ ).

**Tablica 11.** Razlika u stavovima prema smrti

Zanimanje	Medicinska sestra	Liječnik	t	p*
	AS±SD	AS±SD		
Strah od smrti	3,93±1,33	3,81±1,43	1,10	0,272
Izbjegavanje smrti	4,33±1,58	3,70±1,64	4,97	<0,001
Neutralno prihvaćanje	5,95±0,78	6,01±0,83	1,05	0,294
Prihvaćanje pristupa	4,62±1,58	3,88±1,77	5,64	<0,001
Bijeg prihvaćanje	3,97±1,59	3,54±1,49	3,38	0,001

**Legenda:** AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t- empirijska t vrijednost;  
p\* statistički značajno p<0,001

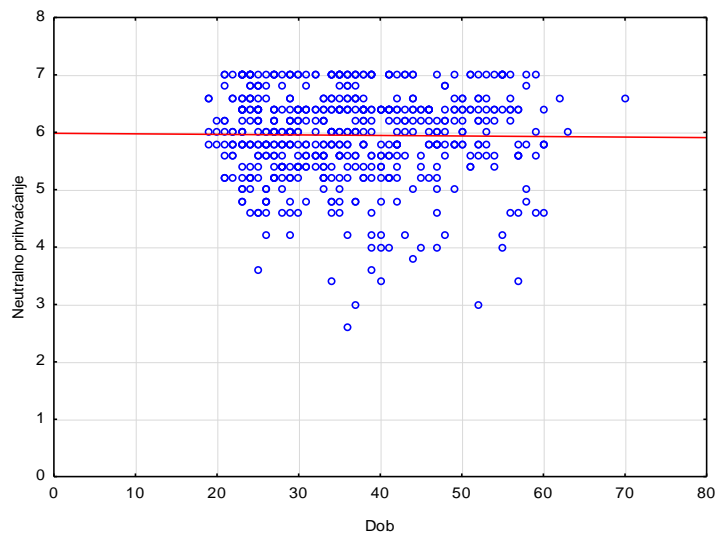
Hipoteza 2. - medicinske sestre i liječnici starije životne dobi i s više radnog iskustva imaju pozitivan stav prema smrti i lakše se sučeljavaju sa smrću. Hipoteza se odbacuje kao neistinita.

U tablici 12. prikazana je veza između dobi i neutralnog prihvaćanja u skupini medicinskih sestara koja je negativna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do pada neutralnog prihvaćanja dok povezanost nije statistički značajna (p=0,765). Veza između dobi i neutralnog prihvaćanja u skupini liječnika je pozitivna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do porasta neutralnog prihvaćanja dok povezanost nije statistički značajna (p=0,971).

**Tablica 12.** Korelacija dobi i neutralnog prihvaćanja prema skupinama

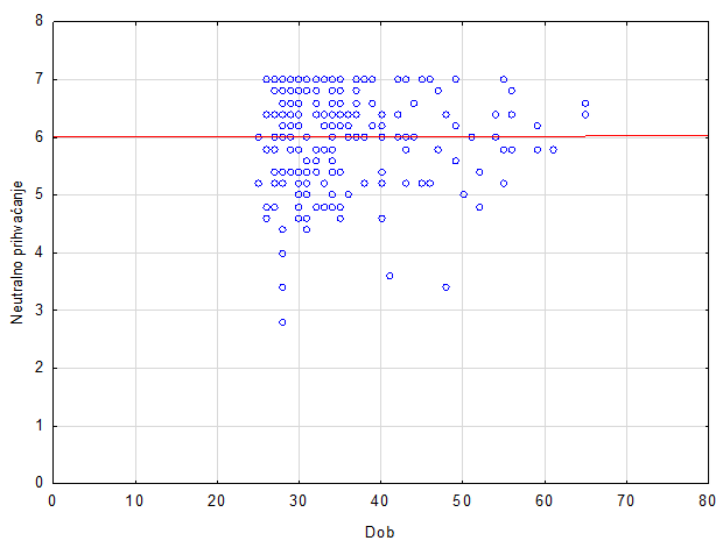
Dob	Neutralno prihvaćanje
Medicinska sestra	-0,013
	p=,765
Liječnik	0,003
	p=,971

**Legenda:** p – statistički značajno na razini p < 0.050



**Slika 1.** Korelacija dobi i neutralnog prihvatanja u skupini medicinskih sestara

Na slici 1. grafički je prikazana korelacija između dobi i neutralnog prihvatanja kod medicinskih sestara. Prikazano je da kod starijih medicinskih sestara dolazi do pada neutralnog prihvatanja.



**Slika 2.** Korelacija dobi i neutralnog prihvatanja u skupini liječnika

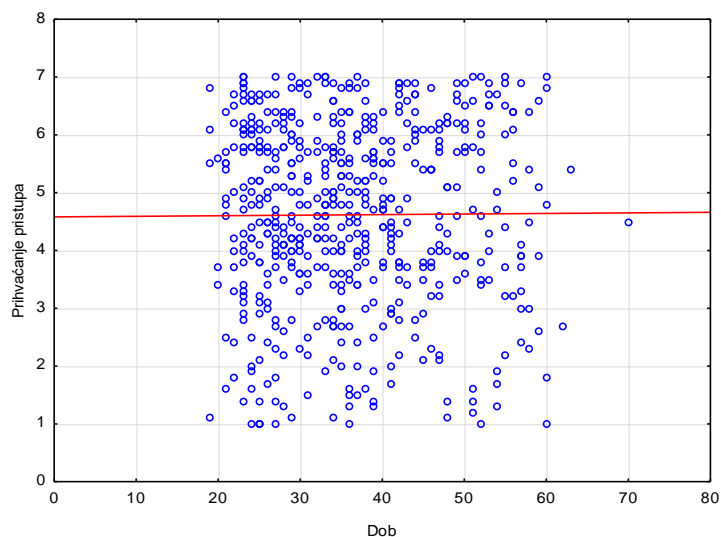
Na slici 2. grafički je prikaz korelacije između dobi i neutralnog prihvatanja kod liječnika. Prikazano je da kod starijih liječnika dolazi do porasta neutralnog prihvatanja.

U tablici 13. prikazana je veza između dobi i prihvaćanja pristupa u skupini medicinskih sestara koja je pozitivna, odnosno utvrđeno je da kod starijih medicinskih sestara dolazi do porasta prihvaćanja pristupa dok povezanost nije statistički značajna ( $p=0,878$ ). Veza između dobi i prihvaćanja pristupa u skupini liječnika je pozitivna, odnosno utvrđeno je da kod starijih liječnika dolazi do porasta prihvaćanja pristupa dok povezanost nije statistički značajna ( $p=0,056$ ).

**Tablica 13.** Korelacija dobi i prihvaćanja pristupa prema skupinama

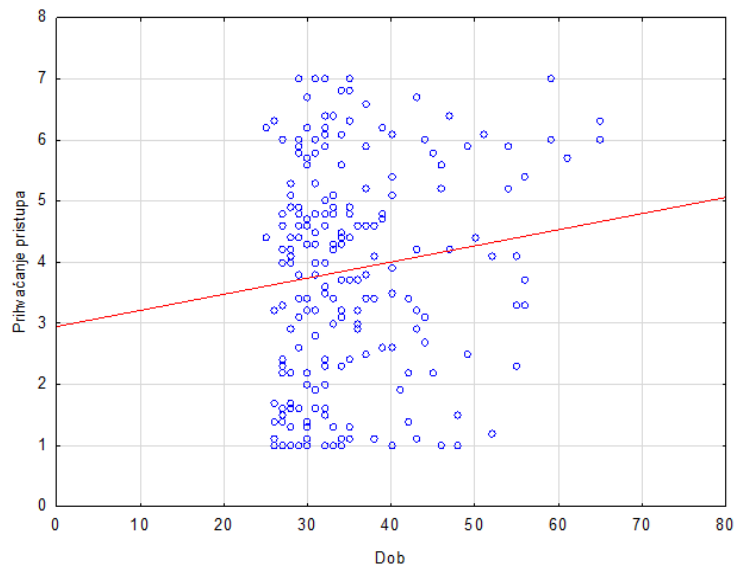
Dob	Prihvaćanje pristupa
Medicinska sestra	0,007
	$p=,878$
Liječnik	0,130
	$p=,056$

**Legenda:** p – statistički značajno na razini  $p<0,050$



**Slika 3.** Korelacija dobi i prihvaćanja pristupa kod medicinskih sestara

Na slici 3. grafički je prikaz korelacije dobi i prihvaćanja pristupa u skupini medicinskih sestara. Prikazano je da kod starijih medicinskih sestara dolazi do porasta prihvaćanja pristupa prema smrti.



**Slika 4.** Korelacija dobi i prihvatanja pristupa u skupini liječnika

Na slici 4. grafički je prikaz korelacije dobi i prihvatanja pristupa u skupini liječnika. Prikazano je da kod starijih liječnika dolazi do porasta prihvatanja pristupa prema smrti.

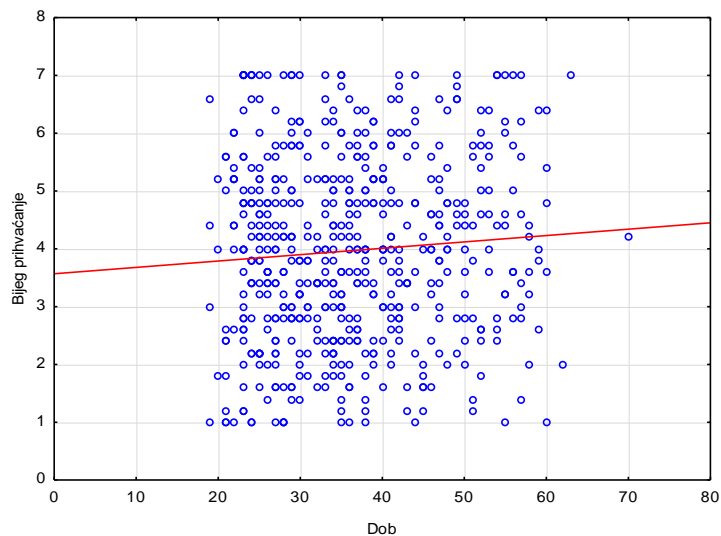
U tablici 14. prikazana je veza između dobi i bijega od prihvatanja u skupini medicinskih sestara koja je pozitivna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do porasta bijega od prihvatanja dok povezanost nije statistički značajna ( $p=0,086$ ). Veza između dobi i bijega od prihvatanja u skupini liječnika je negativna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do pada bijega od prihvatanja dok povezanost nije statistički značajna ( $p=0,695$ ).

**Tablica 14.** Korelacija dobi i bijeg prihvatanja prema skupinama

Dob	Bijeg prihvatanje
Medicinska sestra	0,073
	$p=,086$
Liječnik	-0,027
	$p=,695$

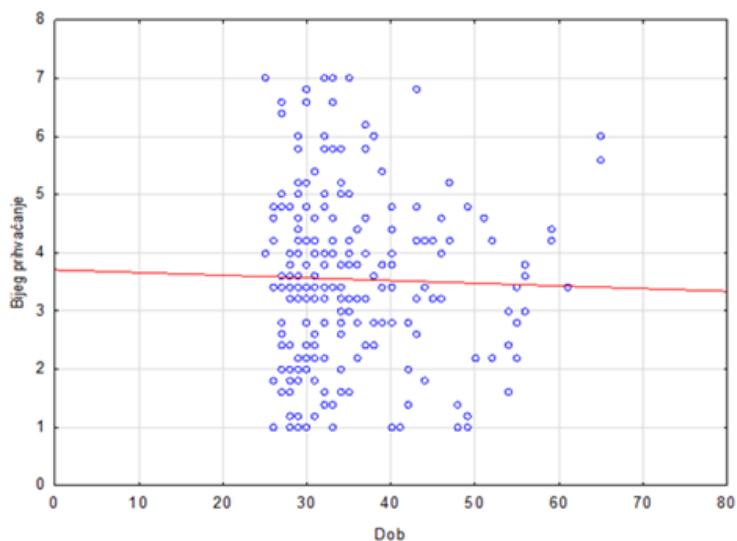
**Legenda:** p – statistički značajno na razini  $p<0,050$





**Slika 5.** Korelacija dobi i bijeg prihvatanja u medicinskih sestara

Na slici 5. grafički je prikaz dobi i bijeg prihvatanja u skupini medicinskih sestara. Prikazano je da kod starijih medicinskih sestara dolazi do porasta bijega od prihvatanja prema smrti.



**Slika 6.** Korelacija dobi i bijeg prihvatanja u skupini liječnika

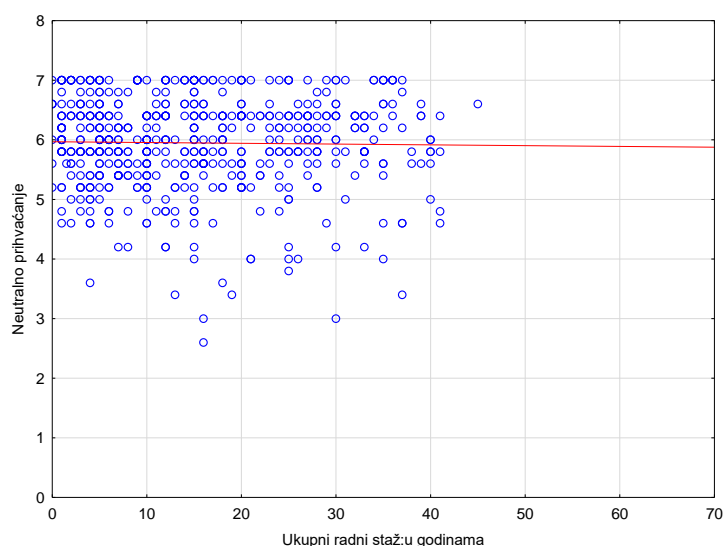
Na slici 6. grafički je prikaz dobi i bijeg prihvatanja u skupini liječnika. Prikazano je da kod starijih liječnika dolazi do pada bijega od prihvatanja smrti.

U nastavku se testira veza ukupnog radnog staža ispitanika i stava prema smrti i lakoće suočavanja sa smrću. U tablici 15. prikazana je veza između ukupnog radnog staža i neutralnog prihvaćanja u skupini medicinskih sestara koja je negativna, odnosno utvrđeno je da porastom staža ispitanika dolazi do pada neutralnog prihvaćanja te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,663$ ). Veza između ukupnog radnog staža i neutralnog prihvaćanja u skupini liječnika je pozitivna, odnosno utvrđeno je da porastom staža ispitanika dolazi do porasta neutralnog prihvaćanja te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,732$ ).

**Tablica 15.** Korelacija ukupnog radnog staža i neutralnog prihvaćanja prema skupinama

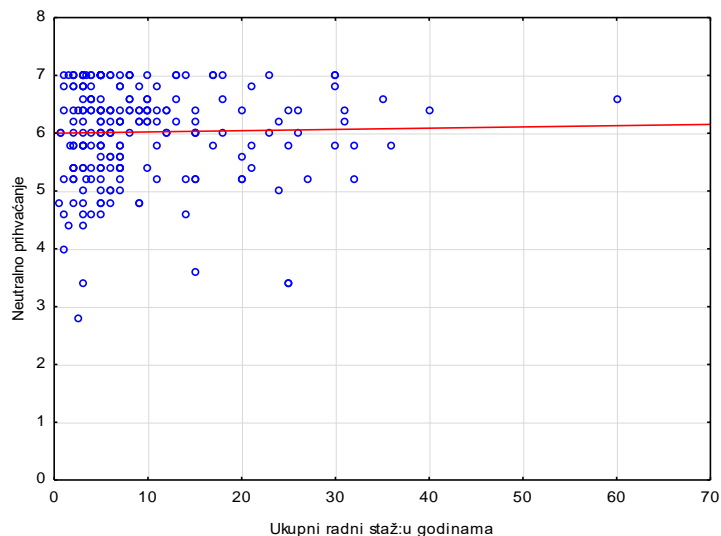
Ukupni radni staž u godinama	Neutralno prihvaćanje
Medicinska sestra	-0,019
	$p=,663$
Liječnik	0,023
	$p=,732$

**Legenda:** p - statistički značajno na razini  $p<0,050$



**Slika 7.** Korelacija ukupnog radnog staža i neutralnog prihvaćanja u skupini medicinskih sestara

Na slici 7. grafički je prikaz ukupnog radnog staža i neutralnog prihvaćanja kod medicinskih sestara. Prikazano je da porastom radnog staža kod medicinskih sestara dolazi do pada neutralnog prihvaćanja smrti.



**Slika 8.** Korelacija ukupnog radnog staža i neutralnog prihvaćanja u skupini liječnika

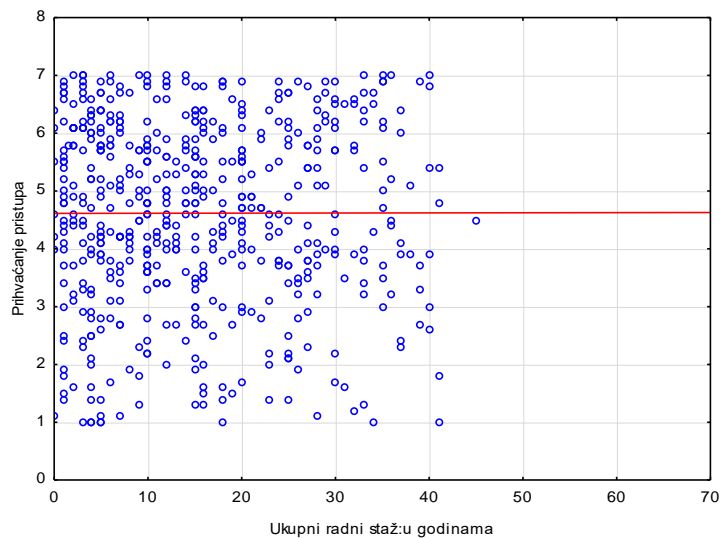
Na slici 8. grafički je prikaz korelacije ukupnog radnog staža i neutralnog prihvaćanja kod liječnika. Prikazano je da porastom radnog staža kod liječnika dolazi do porasta neutralnog prihvaćanja smrti.

U tablici 16. prikazana je veza između staža i prihvaćanja pristupa u skupini medicinskih sestara koja je pozitivna, odnosno utvrđeno je da porastom staža ispitanika dolazi do porasta prihvaćanja pristupa, te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,973$ ). Veza između staža i prihvaćanja pristupa u skupini liječnika je pozitivna, odnosno utvrđeno je da porastom staža ispitanika dolazi do porasta prihvaćanja pristupa, te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,546$ ).

**Tablica 16.** Korelacija ukupnog radnog staža i prihvaćanja pristupa prema skupinama

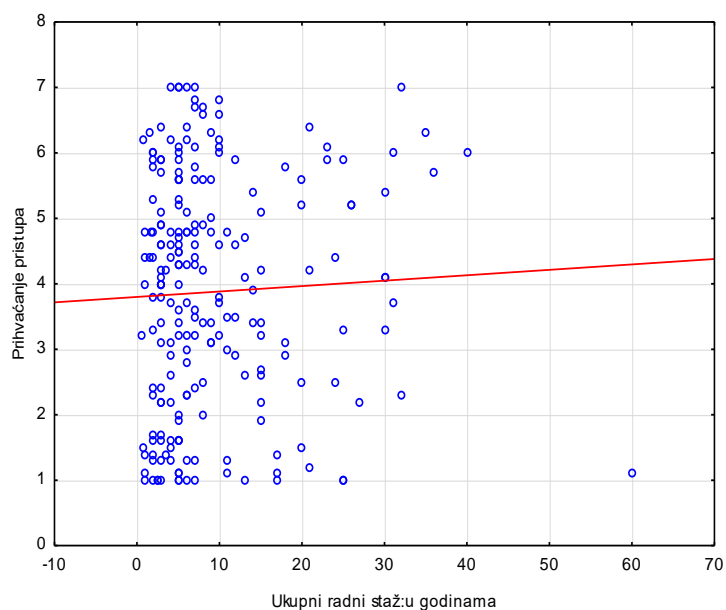
Ukupni radni staž u godinama	Prihvaćanje pristupa
Medicinska sestra	0,001
	$p=,973$
Liječnik	0,041
	$p=,546$

**Legenda:** statistički značajno na razini  $p < 0,050$



**Slika 9.** Korelacija ukupnog radnog staža i prihvatanja pristupa u skupini medicinskih sestara

Na slici 9. grafički je prikaz korelacije radnog staža i prihvatanja pristupa u skupini medicinskih sestara. Prikazano je da porastom radnog staža kod medicinskih sestara dolazi do porasta prihvatanja pristupa prema smrti.



**Slika 10.** Korelacija ukupnog radnog staža i prihvatanja pristupa u skupini liječnika

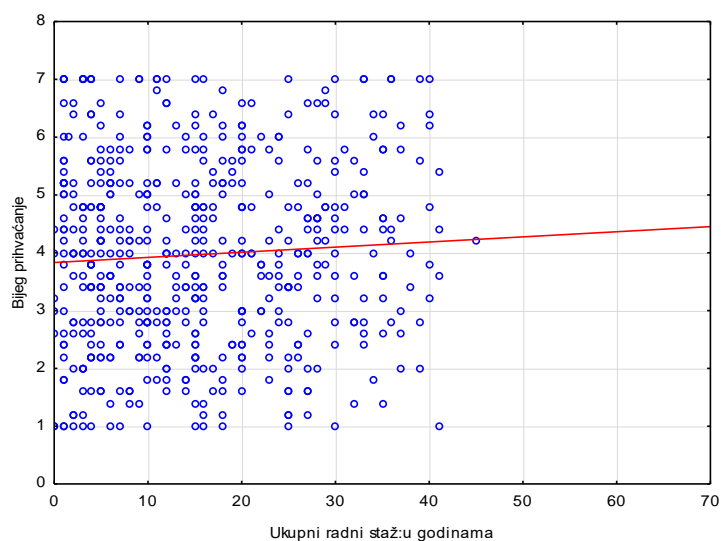
Na slici 10. je grafički prikaz korelacije ukupnog radnog staža i prihvatanja pristupa u skupini liječnika, odnosno utvrđeno je da porastom staža kod liječnika dolazi do porasta prihvatanja pristupa.

U tablici 17. prikazana je veza između radnog staža i bijeg prihvatanja u skupini medicinskih sestara koja je pozitivna, odnosno utvrđeno je da porastom staža ispitanika dolazi do porasta bijeg prihvatanja, te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,152$ ). Veza između staža i bijeg prihvatanja u skupini liječnika je negativna, odnosno utvrđeno je da porastom staža ispitanika dolazi do pada bijega od prihvatanja, te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,539$ ).

**Tablica 17.** Korelacija radnog staža i bijeg prihvatanja prema skupinama

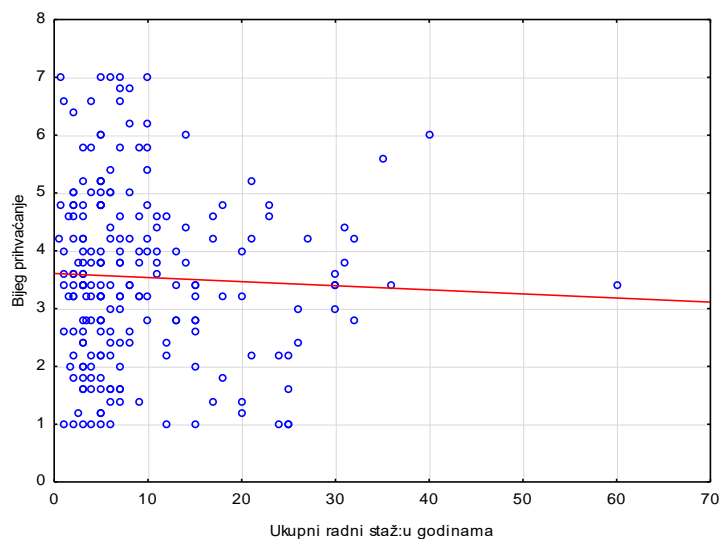
Ukupni radni staž u godinama	Bijeg prihvatanje
Medicinska sestra	0,061
	$p=,152$
Liječnik	-0,042
	$p=,539$

**Legenda:** statistički značajno na razini  $p<0,050$



**Slika 11.** Korelacija ukupnog radnog staža i bijeg prihvatanja u skupini medicinskih sestara

Na slici 11. grafički je prikaz korelacije ukupnog radnog staža i bijeg prihvatanja kod medicinskih sestara koji bilježi blagi porast radnog staža s bijegom prihvatanja.



**Slika 12.** Korelacija ukupnog radnog staža i bijeg prihvaćanja u skupini liječnika

Na slici 12. grafički je prikaz ukupnog radnog staža i bijeg prihvaćanja kod liječnika koji bilježi da porastom staža ispitanika dolazi do pada bijega od prihvaćanja.

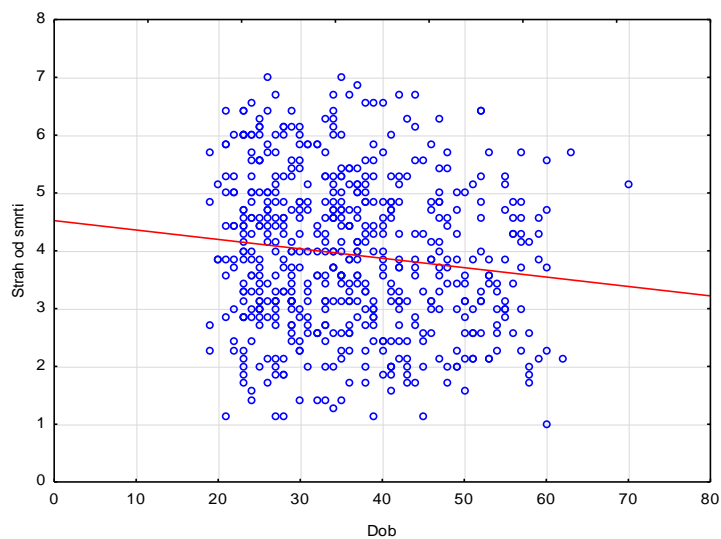
Hipoteza 3. - medicinske sestre i liječnici mlađe životne dobi imaju veći strah i negativan stav prema smrti. Hipoteza se odbacuje kao neistinita.

U tablici 18. prikazana veza između dobi i straha od smrti u skupini medicinskih sestara je negativna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do pada straha od smrti, te je povezanost statistički značajna ( $p=0,002$ ). Veza između dobi i straha od smrti u skupini liječnika je negativna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do pada straha od smrti, te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,607$ ).

**Tablica 18.** Korelacija dobi i straha od smrti prema skupinama

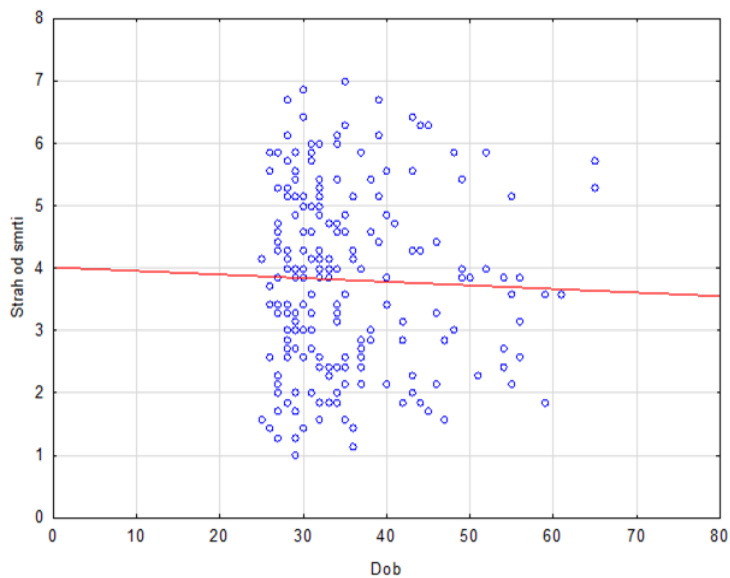
Dob	Strah od smrti
Medicinska sestra	-0,129
	$p=0,002$
Liječnik	-0,035
	$p=0,607$

**Legenda:** p - statistički značajno na razini  $p<0,050$



**Slika 13.** Korelacija dobi i strah od smrti u skupini medicinskih sestara

Na slici 13. grafički je prikaz dobi i straha od smrti kod medicinskih sestara te je utvrđeno da kod starijih medicinskih sestara dolazi do pada straha od smrti.



**Slika 14.** Korelacija dobi i strah od smrti u skupini liječnika

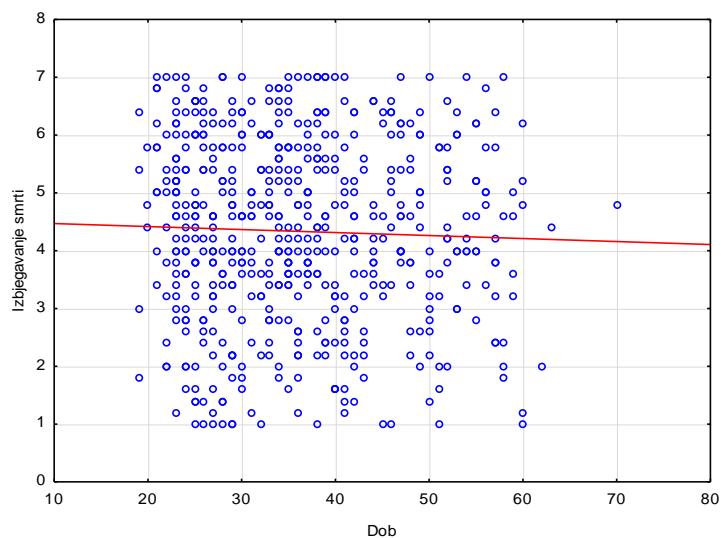
Na slici 14. grafički je prikaz dobi i straha prema smrti u skupini liječnika kojom je utvrđeno da kod starijih liječnika dolazi do pada straha od smrti.

U tablici 19. prikazana veza između dobi i izbjegavanja smrti u skupini medicinskih sestara je negativna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do pada izbjegavanja smrti, te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,415$ ). Veza između dobi i izbjegavanja smrti u skupini liječnika je negativna, odnosno utvrđeno je da kod starijih ispitanika dolazi do pada izbjegavanja smrti, te povezanost nije statistički značajna ( $p=0,526$ ).

**Tablica 19.** Korelacija dobi i izbjegavanja smrti prema skupinama

Dob	Izbjegavanje smrti
Medicinska sestra	-0,035
	$p=0,415$
Liječnik	-0,043
	$p=0,526$

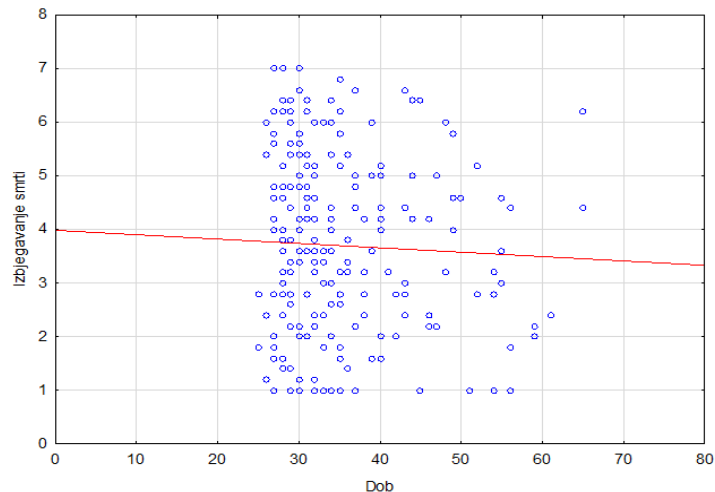
**Legenda:** p – statistički značajna na razini  $p<0,050$



**Slika 15.** Korelacija dobi i izbjegavanja smrti u skupini medicinskih sestara

Na slici 15. grafički je prikaz korelacije dobi i izbjegavanja smrti u skupini medicinskih sestara gdje se vidi da kod starijih medicinskih sestara dolazi do pada izbjegavanja smrti.





**Slika 16.** Korelacija dobi i izbjegavanja smrti u skupini liječnika

Na slici 16. grafički je prikaz dobi i izbjegavanja smrti kod liječnika, te vidimo da kod starijih ispitanika dolazi do pada izbjegavanja smrti.

Hipoteza 4. - medicinske sestre i liječnici smatraju da će se lakše suočiti sa smrću ako prođu dodatnu edukaciju o sučeljavanju sa smrću. Slijedom rezultata provedenog istraživanja prihvaća se postavljena hipoteza.

U tablici 20. prikazano je da su medicinske sestre koje imaju iskustvo pohađanja tečaja bilježile za 0,64 boda manju razinu izbjegavanja smrti u odnosu na ispitane medicinske sestre koje nisu imale navedeno iskustvo, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,27$ ;  $p=0,001$ ). Razlika u razini straha od smrti, neutralnog prihvaćanja, prihvaćanja pristupa te bijeg prihvaćanja nije utvrđena ( $p>0,050$ ).

**Tablica 20.** Razlike kod medicinskih sestara s obzirom na iskustvo pohađanja tečaja

Pohađanje edukacije o smrti	NE	DA	T	p
	AS±SD	AS±SD		
Strah od smrti	3,97±1,34	3,71±1,26	1,52	0,128
Izbjegavanje smrti	4,42±1,57	3,78±1,50	3,27	0,001
Neutralno prihvaćanje	5,95±0,79	5,96±0,71	0,14	0,887
Prihvaćanje pristupa	4,59±1,58	4,81±1,54	1,15	0,251
Bijeg prihvaćanje	3,94±1,58	4,12±1,68	0,91	0,363

**Legenda:** AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – empirijska t vrijednost, p – statistički značajno na razini  $p> 0,050$

U tablici 21. prikazano je da pohađanjem tečaja kod liječnika nije utvrđeno postojanje razlike u strahu od smrti, izbjegavanju smrti, neutralnom prihvaćanju, prihvaćanju pristupa te bijeg prihvaćanju s obzirom na iskustvo pohađanja tečaja ( $p>0,050$ ).

**Tablica 21.** Razlike kod liječnika s obzirom na iskustvo pohađanja tečaja

Pohađanje edukacije o smrti	NE	DA	T	p*
	AS±SD	AS±SD		
Strah od smrti	3,82±1,44	3,84±1,34	0,07	0,944
Izbjegavanje smrti	3,73±1,64	3,45±1,72	0,70	0,484
Neutralno prihvaćanje	5,99±0,85	6,26±0,54	1,37	0,172
Prihvaćanje pristupa	3,84±1,80	4,26±1,52	0,99	0,323
Bijeg prihvaćanje	3,53±1,50	3,71±1,45	0,48	0,630

**Legenda:** AS – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, t – empirijska t vrijednost; p\* statistički značajna na razini  $p>0,050$ .

U tablici 22. prikazano je da je strah od smrti za 0,27 bodova veći kod ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,16$ ;  $p=0,032$ ).

Bijeg prihvaćanje je imalo za 0,30 bodova višu razinu kod ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=1,96$ ;  $p=0,050$ ).

Razlika u razini izbjegavanja smrti, neutralnog prihvaćanja i prihvaćanja pristupa između ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav nije utvrđena ( $p>0,050$ ).

**Tablica 22.** Razlika kod medicinskih sestara s obzirom na potrebu za dodatnom edukacijom

Potreba za dodatnom edukacijom	DA	NE	t	p
	AS±SD	AS±SD		
Strah od smrti	4,01±1,32	3,74±1,35	2,16	0,032
Izbjegavanje smrti	4,32±1,56	4,38±1,64	0,42	0,674
Neutralno prihvaćanje	5,94±0,74	5,96±0,86	0,20	0,843
Prihvaćanje pristupa	4,66±1,61	4,52±1,49	0,95	0,343
Bijeg prihvaćanje	4,05±1,55	3,75±1,67	1,96	0,050

**Legenda:** AS – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, t – empirijska t vrijednost; p statistički značajna na razini  $p > 0,050$ .

U tablici 23. prikazano je da je strah od smrti za 0,44 boda veći kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,06$ ;  $p=0,041$ ).

Prihvaćanje pristupa je za 0,61 bod veće kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,34$ ;  $p=0,020$ ).

Bijeg prihvaćanje je imalo za 0,57 bodova višu razinu kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,56$ ;  $p=0,011$ ).

Razlika u razini izbjegavanja smrti i neutralnog prihvaćanja između ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav nije utvrđena ( $p > 0,050$ ).

**Tablica 23.** Razlike u skupini liječnika s obzirom o potrebi za dodatnom edukacijom

Potreba za dodatnom edukacijom	DA	NE	t	p
	AS±SD	AS±SD		
Strah od smrti	3,93±1,45	3,49±1,33	2,06	0,041
Izbjegavanje smrti	3,72±1,65	3,60±1,60	0,47	0,641
Neutralno prihvaćanje	5,99±0,81	6,06±0,88	0,51	0,610
Prihvaćanje pristupa	4,04±1,74	3,43±1,77	2,34	0,020
Bijeg prihvaćanje	3,70±1,43	3,13±1,55	2,56	0,011

**Legenda:** AS – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, t – empirijska t vrijednost; p statistički značajna na razini  $p > 0,050$ .

## 5. RASPRAVA

Sučeljavanje sa smrću smatra se jednim od najzahtjevnijih i najizazovnijih susreta u zdravstvu (38). Medicinske sestre i liječnici imaju ključnu ulogu u sprječavanju smrti, a pomažu pacijentima i njihovim obiteljima s razgovorom i podrškom pri završetku života (39). Najčešći osjećaji koji se javljaju tijekom sučeljavanja sa smrću su bol, tuga, bespomoćnost, smirenost, empatija, mir, strah, bijes, zabrinutost, tjeskoba (29), anksioznost, osjećaj nedostatka kompetentnosti te krivnja usmjerena prema samom sebi (40). Mnoga istraživanja se usredotočuju na poboljšanje kvalitete zdravstvene njege kod pacijenta dok se rijetko istraživanja bave proživljavanjem i sučeljavanjem zdravstvenog osoblja sa smrću (10). U ovom istraživanju sudjelovale su dvije ispitne skupine. Sudjelovala je 551 medicinska sestra i 217 liječnika, a u obje promatrane skupine je veća zastupljenost djelatnika ženskog spola. Testiranjem je utvrđena razlika u zastupljenosti djelatnika prema spolu unutar skupine medicinskih sestara ( $\chi^2=419,89$ ;  $p<0,001$ ) i utvrđena je razlika u zastupljenosti djelatnika prema spolu unutar skupine liječnika ( $\chi^2=39,86$ ;  $p<0,001$ ). U obje skupine najveći broj djelatnika se često susreće sa smrću na svom radnom mjestu. 5,54 puta je više medicinskih sestara koje se često susreću sa smrću na radnom mjestu u odnosu na medicinske sestre koje se nikada ne susreću sa smrću na radnom mjestu ( $\chi^2=153,56$ ;  $p<0,001$ ). Nadalje, 8,36 puta je više liječnika koji se često susreću sa smrću na radnom mjestu u odnosu na one koji se nikada ne susreću sa smrću na radnom mjestu ( $\chi^2=77,21$ ;  $p<0,001$ ). Postavljena hipoteza da medicinske sestre i liječnici imaju različite stavove prema smrti i drugačije doživljavaju smrt druge osobe se pokazala istinitom u ovom istraživanju.

Pet dimenzija kojima se prikazuju mehanizmi sučeljavanja sa smrću su:

1. Strah od smrti gdje prevladavaju negativne misli i osjećaji oko smrti. Strah od smrti opisan je kao svjestan i specifičan strah od smrti dok se tjeskoba smrću smatra nesvjesnim i generaliziranim strahom. Razlozi straha od smrti prijavljeni u literaturi uključuju strah od gubitka sebe, strah od nepoznatog, strah od boli i patnje te strah od tjeskobe preostalih članova obitelji (29). U ovom istraživanju prosječna razina straha od smrti je za 0,12 bodova veća u skupini medicinskih sestara (prosjek=3,93; SD=1,33) u odnosu na prosječnu razinu utvrđenu u skupini liječnika (prosjek=3,81; SD=1,43). Također, ispitanice (ženski spol) su bilježile za 0,43 boda veću razinu straha prema smrti u odnosu na ispitanike (muški spol) te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=2,91$ ;  $p=0,004$ ). Strah od

smrti kod medicinskih sestara može negativno utjecati na njihov stav prema pružanju zdravstvene skrbi pacijenata (39). Istraživanje provedeno u Singapuru (Aziji) pokazuje da stariji zdravstveni djelatnici imaju manji strah od smrti i smrt više prihvaćaju kao stvarnost života u usporedbi s mlađim kolegama (41). Međutim, ovdje se nije pokazala točna jer je najveći strah od smrti utvrđen kod ispitanika starosne dobi veće od 60 godina, vjerojatno jer se povećava strah od vlastite smrti, dok je utvrđena tendencija pada straha od smrti u svakoj sljedećoj dobnoj skupini od 18 do 60 godina nakon čega slijedi znatniji porast. Ispitivanjem je utvrđeno postojanje razlike u razini straha od smrti s obzirom na dobnu skupinu ( $F=3,11$ ;  $p=0,015$ ). U drugim sociodemografskim varijablama nije bilo značajne razlike kod straha prema smrti. Postavljena hipoteza da medicinske sestre i liječnici mlađe životne dobi imaju veći strah i negativan stav prema smrti se nije pokazala istinitom.

2. Izbjegavanje smrti, izbjegavanje razmišljanja o smrti je također negativan stav prema smrti. Opisuje se kao ponašanje kada osoba pokušava izbjeći razmišljanje ili razgovor o smrti. Izbjegavanje smrti u suprotnosti je sa strahom od smrti u kojem se osoba suočava sa smrću i emocijama vezanim uz njega (29). U američkom istraživanju se navodi da medicinske sestre i tehničari koji izbjegavaju razmišljati o smrti imaju negativne stavove prema brizi za umiruće pacijente (42). Prosječna razina izbjegavanja smrti je za 0,64 boda viša u skupini medicinskih sestara (prosjeak=4,33;  $SD=1,58$ ) u odnosu na prosječnu razinu u skupini liječnika (prosjeak=3,70;  $SD=1,64$ ), te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlike ( $t=4,97$ ;  $p<0,001$ ). Izbjegavanje smrti za 0,55 bodova veće je kod ispitanica, te je također utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,12$ ;  $p=0,002$ ). Izbjegavanje smrti je imalo najveću vrijednost kod ispitanika sa završenom srednjom stručnom spremom dok je najmanju imalo kod doktora znanosti, te je utvrđeno postojanje razlika ( $F=6,29$ ;  $p<0,001$ ). Druge varijable nisu pokazale značajnu statističku razliku.

3. Sljedeća tri različita stava predstavljaju prihvaćanje smrti. Prvi je neutralno prihvaćanje u kojem osoba doživljava i prihvaća smrt kao sastavni dio života. On ili ona se ne boji smrti, ali u isto vrijeme ju ne pozdravlja (29). Svjetska istraživanja podudaraju se s dobnom varijablom u neutralnom prihvaćanju te pokazuju da će starije medicinske sestre vjerojatnije smrt vidjeti u neutralnom prihvaćanju za razliku od mlađih. To može objasniti činjenica da starije lakše prihvaćaju smrt kao stvarnost. Rezultati upućuju na to da su iskusne medicinske sestre razvile pristup za bolje upravljanje emocionalnog

odgovora prema pacijentima koji umiru (41), međutim u ovom istraživanju se nisu pokazale statističke razlike u dobnoj varijabli. Prosječna razina je za 0,07 bodova viša u skupini liječnika (prosjeak=6,01; SD=0,83) u odnosu na prosječnu razinu u skupini medicinskih sestara (prosjeak=5,95; SD=0,78). Manja je razina neutralnog prihvaćanja za 0,18 bodova kod ispitanika ženskog spola u odnosu na ispitanike muškog spola, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=2,06$ ;  $p=0,040$ ). Neutralno prihvaćanje je imalo najveće vrijednosti kod doktora znanosti dok je najmanje prihvaćanje uočeno kod magistara/ica, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $F=2,59$ ;  $p=0,017$ ).

4. Drugi stav je pristup prihvaćanju u kojem se smrt doživljava kao prolaz u bolji zagrobni život. U Španjolskoj su studije pokazale da je vjera u zagrobni život značajno povezana sa stupnjem religioznosti. Također su pokazale pozitivne korelacije između pristupa prihvaćanja i drugih pozitivnih stavova prema smrti kao što su bijeg prihvaćanje, ali i negativne korelacije između pristupa prihvaćanja i negativnih stavova prema smrti kao što je strah od smrti (29). Prosječna razina prihvaćanja pristupa je za 0,74 boda viša u skupini medicinskih sestara (prosjeak=4,62; SD=1,58) u odnosu na prosječnu razinu u skupini liječnika (prosjeak=3,88; SD=1,77), te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=5,64$ ;  $p<0,001$ ). Prihvaćanje pristupa je najveće kod ispitanika koji se nikad nisu susreli sa smrću na radnom mjestu, te je usporedbom s ispitanicima koji su imali ponekad i često susret sa smrću na radnom mjestu utvrđeno postojanje razlike ( $F=3,12$ ;  $p=0,048$ ). Najveća razina prihvaćanja pristupa je utvrđena kod ispitanika s obrazovanjem prvostupnica dok je najmanja kod ispitanika s obrazovanjem profesora, te je utvrđeno postojanje razlike ( $F=6,46$ ;  $p<0,001$ ).

5. Treći stav je bijeg prihvaćanje u kojem se smrt percipira kao bijeg iz života punog boli i tuge i ona je poželjna alternativa životu (29). Prosječna razina je za 0,42 boda viša u skupini medicinskih sestara (prosjeak=3,97; SD=1,59) u odnosu na prosječnu razinu u skupini liječnika (prosjeak=3,54; SD=1,49), te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,38$ ;  $p=0,001$ ). Bijeg prihvaćanje je imalo najveću vrijednost kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom dok je najmanja kod profesora, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlike ( $F=2,93$ ;  $p=0,008$ ).

Zanimljiv pronalazak istaknut španjolskim istraživanjem je da, gotovo uvijek, postoji pozitivna korelacija između dobi zdravstvenog djelatnika i duljine njegovog radnog iskustva, to jest stariji zdravstveni profesionalci s duže radnog iskustva imaju

manje tjeskobe prema smrti u usporedbi s mlađim kolegama (29). Hipoteza kojom se pretpostavlja da medicinske sestre i liječnici starije životne dobi i s više radnog iskustva imaju pozitivan stav prema smrti i da se lakše sučeljavaju sa smrću se odbacuje kao neistinita u ovom istraživanju. Čimbenici koji utječu na reakcije zdravstvenih djelatnika prema smrti su radno iskustvo, dob, sposobnost suočavanja, sustav podrške i način na koji ožalošćeni doživljavaju gubitak (43). Svijest o osobnim stavovima prema smrti može pomoći medicinskim sestrama i liječnicima da razumiju svoje ponašanje kada se brinu o svojim pacijentima i suočavaju se sa smrću svojih pacijenata (29). Medicinske sestre koje imaju visoku razinu tjeskobe zbog smrti mogu se osjećati manje ugodno kod komunikacije s pacijentima i njihovim obiteljima o smrti (41). Medicinske sestre će zbog zahtjeva svoje struke možda morati suzbiti tugu da bi odgovorile na poziv dužnosti. To ih sprječava da prođu kroz normalan proces tugovanja što rezultira nizom posljedica od izgaranja do potencijalno štetnih ovisnosti (43). Nemogućnost sučeljavanja sa smrću u konačnici može dovesti do ozbiljnih posljedica poput napuštanja radnog mjesta, narušavanja osobnog zdravlja, loše zdravstvene njege pacijenta, neučinkovite komunikacije s pacijentom (39).

Edukacija o smrti omogućava nam istražiti niz problema i podići osjećaj za samosvijest i može nam pomoći da razvijemo učinkovite strategije suočavanja (43). Programi edukacija o smrti koji uključuju procjenu stavova smrti uz intervencije koje povećavaju pozitivan stav prema smrti mogu imati utjecaja na zdravstvenu njegu pacijenata kod medicinskih sestara (42). U ovom istraživanju je 2,64 puta više medicinskih sestara koje smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u odnosu na medicinske sestre koje smatraju da nema potrebe ( $\chi^2=111,13$ ;  $p<0,001$ ). Nadalje, 2,43 puta je više liječnika koji smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u odnosu na liječnike koji smatraju da za to nema potrebe ( $\chi^2=37,50$ ;  $p<0,001$ ). Medicinske sestre koje imaju iskustvo pohađanja tečaja su bilježile za 0,64 boda manju razinu izbjegavanja smrti u odnosu na ispitane medicinske sestre koje nisu imale navedeno iskustvo, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,27$ ;  $p=0,001$ ). Strah od smrti je za 0,27 bodova veći kod ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,16$ ;  $p=0,032$ ). Bijeg



prihvaćanje je imalo za 0,30 bodova višu razinu kod ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=1,96$ ;  $p=0,050$ ). Razlika u razini izbjegavanja smrti, neutralnog prihvaćanja i prihvaćanja pristupa između ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav nije utvrđena ( $p>0,050$ ). Strah od smrti je za 0,44 boda veći kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,06$ ;  $p=0,041$ ). Prihvaćanje pristupa je za 0,61 bod veće kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,34$ ;  $p=0,020$ ). Bijeg prihvaćanje je imalo za 0,57 bodova višu razinu kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,56$ ;  $p=0,011$ ). Razlika u razini izbjegavanja smrti i neutralnog prihvaćanja između ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrti u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav nije utvrđena ( $p>0,050$ ). Postavljena hipoteza da medicinske sestre i liječnici smatraju da će se lakše suočiti sa smrću ako prođu dodatnu edukaciju o sučeljavanju sa smrti postavlja se kao istinita. S praktičnog gledišta edukacija o sučeljavanju sa smrću nije najbolje prihvaćena jer predstavlja još jedan dodatni nastavni program u ionako pretrpanom rasporedu budućih zdravstvenih djelatnika. Upravo zbog toga sadašnji nastavni program ne nudi nikakvu edukaciju o sučeljavanju sa smrti, a baš se od zdravstvenih djelatnika, prvenstveno liječnika i medicinskih sestara, očekuje da se najbolje znaju nositi s mehanizmima sučeljavanja sa smrti. Edukacija o sučeljavanju sa smrti bi trebala biti obogaćena elementima pomoću kojih ćemo razumjeti smrt ovisno o kulturi, obrazovanju, okolini, dobi, spolu, stavu prema smrti i žalovanju.

## 6. ZAKLJUČAK

- Prosječna razina straha od smrti je za 0,12 bodova veća u skupini medicinskih sestara (prosjek=3,93; SD=1,33) u odnosu na prosječnu razinu utvrđenu u skupini liječnika (prosjek=3,81; SD=1,43). Ispitanice (ženski spol) su bilježile za 0,43 boda veću razinu straha od smrti u odnosu na ispitanike (muški spol), te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=2,91$ ;  $p=0,004$ ). Najveći strah od smrti je utvrđen kod ispitanika starosne dobi veće od 60 godina dok je utvrđena tendencija pada straha od smrti u svakoj sljedećoj dobnoj skupini od 18 do 60 godina nakon čega slijedi znatniji porast. Ispitivanjem je utvrđeno postojanje razlike u razini straha od smrti s obzirom na dobnu skupinu ( $F=3,11$ ;  $p=0,015$ ).
- Medicinske sestre imaju za 0,64 boda veću razinu izbjegavanja smrti, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlike ( $t=4,97$ ;  $p<0,001$ ). Izbjegavanje smrti za 0,55 bodova veće je kod ispitanica, te je također utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,12$ ;  $p=0,002$ ). Izbjegavanje smrti je imalo najveću vrijednost kod ispitanika sa završenom srednjom stručnom spremom dok je najmanju imalo kod doktora znanosti, te je utvrđeno postojanje razlika ( $F=6,29$ ;  $p<0,001$ ).
- Razina neutralnog prihvaćanja je manja za 0,18 bodova kod ispitanica u odnosu na ispitanike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=2,06$ ;  $p=0,040$ ). Neutralno prihvaćanje je imalo najveće vrijednosti kod doktora znanosti dok je najmanje prihvaćanje kod magistara/ica, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $F=2,59$ ;  $p=0,017$ ).
- Prihvaćanje pristupa je za 0,74 boda veće kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=5,64$ ;  $p<0,001$ ). Prihvaćanje pristupa je najveće kod ispitanika koji nikad nisu imali susret sa smrću na radnom mjestu, te je usporedbom s ispitanicima koji su imali ponekad i često susret sa smrću na radnom mjestu utvrđeno postojanje razlike ( $F=3,12$ ;  $p=0,048$ ). Najveća razina prihvaćanja pristupa je utvrđena kod ispitanika s obrazovanjem prvostupnica dok je najmanja kod ispitanika s obrazovanjem profesora, te je utvrđeno postojanje razlike ( $F=6,46$ ;  $p<0,001$ ).
- Bijeg prihvaćanje veće je za 0,42 boda kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,38$ ;  $p=0,001$ ). Bijeg prihvaćanje je

imalo najveću vrijednost kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom dok je najmanja vrijednost kod profesora, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlike ( $F=2,93$ ;  $p=0,008$ ).

Zaključci ovisno o edukaciji u vezi sučeljavanja sa smrću su sljedeći:

- 2,64 puta je više medicinskih sestara koje smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u odnosu na medicinske sestre koje smatraju da za to nema potrebe ( $\chi^2=111,13$ ;  $p<0,001$ ). Nadalje, 2,43 puta je više liječnika koji smatraju da je u njihovoj ustanovi potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u odnosu na liječnike koji smatraju da za to nema potrebe ( $\chi^2=37,50$ ;  $p<0,001$ ).
- Medicinske sestre koje imaju iskustvo pohađanja tečaja su bilježile za 0,64 boda manju razinu izbjegavanja smrti u odnosu na ispitane medicinske sestre koje nisu imale navedeno iskustvo, te je utvrđeno postojanje razlike ( $t=3,27$ ;  $p=0,001$ ).
- Strah od smrti je za 0,27 bodova veći kod ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrću u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,16$ ;  $p=0,032$ ).
- Bijeg prihvaćanje je imalo za 0,30 bodova višu razinu kod ispitanih medicinskih sestara koje smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrću u odnosu na medicinske sestre koje ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=1,96$ ;  $p=0,050$ ).
- Strah od smrti je za 0,44 boda veći kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrću u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,06$ ;  $p=0,041$ ).
- Prihvaćanje pristupa je za 0,61 bod veće kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrću u odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,34$ ;  $p=0,020$ ).
- Bijeg prihvaćanje je imalo za 0,57 bodova višu razinu kod ispitanih liječnika koji smatraju da postoji potreba za dodatnom edukacijom za sučeljavanje sa smrću u

odnosu na liječnike koji ne dijele taj stav, te je ispitivanjem utvrđeno postojanje razlika ( $t=2,56$ ;  $p=0,011$ ).

## 7. LITERATURA

1. Mindoljević Drakulić A, Keleuva S. Psihološki aspekti iskustva kliničke smrti. Socijalna psihijatrija [Internet]. 2016 [pristupljeno 30.6.2020.]; 44(3):[208-218]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/165953>
2. Dobrila - Dintinjana R, Redžović A, Dintinjana M, Belac - Lovasić I. Distanzija – naša stvarnost. Medicina Fluminensis [Internet]. 2015 [pristupljeno 2.7.2020.]; 51(3):[393-395]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/144062>
3. Ančić NA. Umiranje i smrt danas radovi s teološkog simpozija: Uvodna riječ tajnika dr. Nedjeljka A. Ančića. Crkva u svijetu [Internet]. 1998 [pristupljeno 31.5.2020.]; 33(1):[6-7]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/50867>
4. Tadić I. Smrt u filozofiji Dietricha von Hildebranda i Martina Heideggera. Obnovljeni život [Internet]. 2002 [pristupljeno 11.5.2020.]; 57(1):[41-60]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/1236>
5. Štambuk A. Razmišljanje o smrti: dobne i spolne razlike. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. 2007 [pristupljeno 20.9.2020.]; 14(1):[155-177]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/11498>
6. Matković - Vlašić Lj. Svatko ima svoju smrt. Nova prisutnost [Internet]. 2017 [pristupljeno 17.5.2020.]; XV(3):[342-342]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189519>
7. Andreasen NA. Smrt – podrijetlo, narav i konačno uništenje. Biblijski pogledi [Internet]. 2001 [pristupljeno 11.5.2020.]; 9(1-2):[121-152]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/99741>
8. Jimenez - Provedano M, Granados - Gamez G, Garcia - Caro MP. Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses:a cross - sectional survey. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020 [pristupljeno 11.5.2020.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164927/>

9. Tieman J, Miller - Lewis L, Rawlings D, Parker D, Sanderson C. The contribution of a MOOC to community discussions around death and dying. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2018 Feb [pristupljeno 20.1.2020.]; 2017(1):[31].  
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5819292/>
10. Naidoo V, Sibiyi MN. Experiences of Critical Care Nurses of Death and Dying in an Intensive Care Unit: A Phenomenological study. *J Nurs Care* [Internet]. 2014 [pristupljeno 11.1.2020.]; 3:[4].  
Dostupno na: <https://www.hilarispublisher.com/abstract/experiences-of-critical-care-nurses-of-death-and-dying-in-an-intensive-care-unit-a-phenomenological-study-30258.html>
11. Rebić A. Smrt. Pitanje, Stichwort: Tod. Eine Frage, herausgegeben von der Rabanus Maurus Akademie Fulda - Limburg - Mainz, Verlag Josef Knecht, Frankfurt am Main. *Bogoslovska smotra* [Internet]. 1983 [pristupljeno 13.5.2020.]; 53(4):[329-336].  
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/35724>
12. Runje D. Smrt i umiranje u ljudskom životu. Počeci [Internet]. 1996 [pristupljeno 12.5.2020.]; 1.(1.):[19-36]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/156201>
13. Pelčić G, Šegota I, Frković A, Tomašević L, Pelčić G, Mršić Pelčić J i sur. Presađivanje organa i shvaćanje smrti. *Društvena istraživanja* [Internet]. 2007 [pristupljeno 18.10.2020.]; 16(6 (92)):[1287-1304].  
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19260>
14. Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja [Internet]. [Pristupljeno 30.10.2020.].  
Dostupno na: <http://www.propisi.hr/print.php?id=3558>
15. Vuletić S, Juranić B, Mikšić Š, Rakošec Ž. Palijativna skrb i medicinsko - duhovne potrebe terminalnih bolesnika. *Bogoslovska smotra* [Internet]. 2014 [pristupljeno 11.9.2021.]; 84(4):[881-906]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/133995>

16. Brajković I, Braš M, Đorđević V. Psihološka procjena neurološkog bolesnika u palijativnoj medicini. *Neurol. Croat.* [Internet] 2011 [pristupljeno 16.10.2020.]; 3-4. Dostupno na: <http://neurologiacroatica.com/hr/pdf/03-04-3.pdf>
17. Vuletić S. Biomedicinski i moralno - etički aspekti distanzacije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću. *Diacovensia* [Internet]. 2014 [pristupljeno 20.10.2020.]; 22(2):[163-200]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/122536>
18. Jušić A. Eutanazija. Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb: HLZ, Zagreb, Hrvatska; svibanj 2002.
19. Turković K, Roksandić Vidlička S, Maršavelski A. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo – etičke dileme kriminalne politike. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu* [Internet]. 2010 [pristupljeno 1.10.2020.]; 17(1):[223-246]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/89859>
20. Povijest tanatologije, koje studije, ciljeve i funkcije [Internet]. [Pristupljeno 8.5.2020.]. Dostupno na: <https://hr.thpanorama.com/articles/cultura-general/tanatologa-historia-qu-estudia-objetivos-y-funciones.html>
21. Singbo O., Ivan Markešić (ur.): Čovjek i smrt. Teološki, filozofski, bioetički i društveni pristup. *Filozofska istraživanja* [Internet]. 2020 [pristupljeno 14.1.2020.]; 40(3):[634-641]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/245121>
22. Tomašević L. Smrt i umiranje danas. *Filozofska istraživanja* [Internet]. 2004 [pristupljeno 11.5.2020.]; 24(3-4):[883-904]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/202602>
23. Štengl I. Gubitak i žalovanje. Razumijevanje procesa za usmjerenje pastoralnom djelovanju. *Služba Božja* [Internet]. 2011 Jan [pristupljeno 17.5.2020.]; 51(2):[171-184]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/70114>
24. Mirčeta M. Sociodemografske osobine, socijalna podrška, zadovoljstvo životom i odnos prema smrti starih osoba [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2008 [pristupljeno 18.5.2020.]. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/4763/1/%28DIPLOMSKI%20RAD-%20Marina%20Mirčeta-za%20knjižnicu%29.pdf>

25. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations Between Oncology Nurses Attitudes Towards Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum* [Internet]. 2010 Jan [pristupljeno 20.1.2020.]; 37, No 1. Dostupno na: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=3500dffa-3588-4f0c-8296-de9091b8146e%40sessionmgr102>
26. Cicak M. Aspekti dobre smrti. *Ljetopis socijalnog rada* [Internet]. 2008 [pristupljeno 17.5.2020.]; 15(1):[93-111]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/23100>
27. Jonjić V, Stavovi i stereotipi [završni rad]. Split: Sveučilište u Splitu, Pomorski fakultet; 2017. [pristupljeno 25.5.2020.]. Dostupno na: <https://repositorij.pfst.unist.hr/islandora/object/pfst%3A293/datastream/PDF/view>
28. Prpić M. Konstrukcija skale za mjerenje stavova o ulasku Republike Hrvatske u NATO savez [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2005. [pristupljeno 7.5.2020.]. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/478/1/Prpi%C4%87Maja.pdf>
29. Cruz SP, Garcia- Luengo AM. Comparative study among Spanish students of health sciences degrees: Facing death. *Nursing and Health Sciences* [Internet]. 2018 Sept [pristupljeno 11.1.2020.]; 380-386. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12417>
30. Jukić J. Oslobođenje, sloboda i smrt. *Crkva u svijetu* [Internet]. 1990 [pristupljeno 10.5.2020.]; 25(3):[263-270]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/54201>
31. Jakšić M. Gubitak, tugovanje i pružanje potpore. S posebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću. *Služba Božja* [Internet]. 2014 [pristupljeno 11.5.2020.]; 54(3-4):[353-371]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/131455>
32. Bek R. Žalovanje za suborcem. *Medicinski vjesnik* [Internet]. 1997 [pristupljeno 13.5.2020.]; 29((1-2)): [7-13]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/192412>
33. Kozina S, Kowalski M, Vlastelica M, Mastelic T, Borovac AJ. Traumatic Memory of One's Son Gone Missing in War: Content Analysis Using Krippendorff's Alpha. *SAGE*



Open [Internet]. 2019 [pristupljeno 27.8.2020.]; 1-9. Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244019839627>

34. Detelj M. Kros - kulturalno poimanje smrti i tugovanje u djece zbog gubitka bliske osobe [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet; 2017. [pristupljeno 29.9.2020.]

Dostupno na: [Detelj-diplomski.pdf \(unizg.hr\)](#)

35. Jansen J, Schulz- Quach C, Eisenbeck N, Carreno FD et al. German version of the Death Attitudes Profile - Revised (DAP - GR) - translation and validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death. BMS Psychology [Internet]. 2019 [pristupljeno 11.2.2020.]

Dostupno na: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-019-0336-6>

36. Tranter S, Josland E, Turner K. Nurses bereavement needs and attitudes towards patient death: a Qualitive descriptive study of nurses in a dialysis unit. J Ren Care [Internet] 2016 June [pristupljeno 19.1.2020.]; 42(2):[101-6].

Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jorc.12147>

37. Ozcelik H, Aksoy F, Sonmez E, Fadiloglu C. Attitudes to death of nurses in Turkey and factors affecting them. Hos Pal Med Int Inl [Internet] 2018 [pristupljeno 19.1.2020.]; 2(6):[303-309].

Dostupno na: <https://medcraveonline.com/HPMIJ/attitudes-to-death-of-nurses-in-turkey-and-factors-affecting-them.html>

38. Zheng R, Lee SF, Bloomer JM. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta - synthesis. JCN [Internet] 2018 Jan [pristupljeno 16.2.2020.].

Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13975>

39. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyroni H. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. Int J Community Based Nurs Midwifery [Internet] 2016 Jan [pristupljeno 24.2.2020.]; 4(1): [2-10].

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709813/>

40. Škrinjarić JS, Šimunović D. Izvori profesionalnoga stresa medicinskih sestara u ambulantama obiteljske medicine. Medica Jadertina [Internet]. 2018 [pristupljeno 21.2.2020.]; 48(1-2):[13-22].

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/197846>

41. Chang WC, Iskandar M. Attitudes towards death among nurses caring for patients on haemodialysis. Singapore Nursing Journal [Internet]. May-Aug 2018 [pristupljeno 11.2.2020.]; 45(2):[17-22].

Dostupno na: [http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=3&sid=5d128ca7-c8ed-42c7-9a4b-8714537df1df%40sdc-v-sessmgr01&bquery=Death+attitude+profile\\_revised+\(DAP-R\)%2c+Wong+PTP+%26+Reker+GT+AND+nurse&bdata=JmRiPWx4aCZkYj04Z2gmZGI9bmxlYmsmZGI9bXNuJmRiPWluaCZkYj1jOGgmbGFuZz1ociZ0eXBIPTEmc2VhcmNoTW9kZT1TdGFuZGFyZCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d](http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=3&sid=5d128ca7-c8ed-42c7-9a4b-8714537df1df%40sdc-v-sessmgr01&bquery=Death+attitude+profile_revised+(DAP-R)%2c+Wong+PTP+%26+Reker+GT+AND+nurse&bdata=JmRiPWx4aCZkYj04Z2gmZGI9bmxlYmsmZGI9bXNuJmRiPWluaCZkYj1jOGgmbGFuZz1ociZ0eXBIPTEmc2VhcmNoTW9kZT1TdGFuZGFyZCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d)

42. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. Oncology nursing Forum [Internet]. 2005 Jan [pristupljeno 18.1.2020.]; 32(1):[97-104].

Dostupno na:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=dec182dc-b0cc-43de-936e-9d2faf6b6f81%40pdc-v-sessmgr04>

43. Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M, Sarafis P. Greek renal nurses attitudes towards death. Journal of Renal Care [Internet]. 2011 Jun; 37(2):[101-107].

Dostupno na:

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

44. Frković A. Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanzacije i eutanazije. Socijalna ekologija [Internet]. 2007 [pristupljeno 11.11.2020.]; 16(2-3):[215-229].

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/17239>

## 8. ŽIVOTOPIS

### *Osobni podaci*

Ime i prezime: Anita Balić

Datum i godina rođenja: 3.11.1987.

Kontakt: [anbalić@ozs.unist.hr](mailto:anbalić@ozs.unist.hr)

### *Obrazovanje*

- Osnovna škola „Kamen Šine“, 1994. - 2002.
- Zdravstvena škola, Split (smjer: medicinska sestra), 2002. - 2006.
- Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, stručni studij sestrinstva, 2006. - 2009.
- Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, razlikovni modul, 2017.
- Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, diplomski studij sestrinstva, 2017. – 2021.

### *Radno iskustvo*

- Klinički bolnički centar Split, pripravnički staž za prvostupnicu sestrinstva, 2009. - 2010.
- Očna poliklinika „Džaja“, medicinska sestra, 2010.
- Poliklinika „Analiza“, Dugopolje, medicinska sestra, 2012.
- Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, obiteljska ambulanta, medicinska sestra, 2012.
- Kuća i Dom za starije i nemoćne osobe „Vita“, medicinska sestra, 2013.
- Dom za starije i nemoćne osobe „Afrodita“, medicinska sestra, 2014.
- Klinički bolnički centar Split, Zavod za gastroenterologiju, medicinska sestra, 2014. - danas

### *Članstvo*

- Hrvatska komora medicinskih sestara
- Hrvatska udruga gastroenteroloških sestara

## **PRILOZI**

### *Sociodemografski upitnik za medicinske sestre*

1. Spol: a) M b) Ž
2. Dob:
3. Vaše završeno obrazovanje:
  - a) Medicinska sestra SSS
  - b) Prvostupnik/ica sestriinstva
  - c) Magistar/ra sestriinstva / diplomirana medicinska sestra
  - d) Doktor znanosti
4. Ukupni radni staž:
5. Vaše radno mjesto:
  - a) Bolnica, klinička bolnica, KBC
  - b) Zavod za hitnu medicinsku pomoć
  - c) Patronaža, kućna njega
  - d) Ambulanta obiteljske medicine, primarne pedijatrijske/ginekološke ambulante
  - e) Dom za starije i nemoćne
  - f) Ostalo
6. Ako radite u bolnici, kliničkoj bolnici, KBC-u, na kojem odjelu radite?
7. Susrećete li se sa smrću na svom radnom mjestu:
  - a) Često
  - b) Ponekad
  - c) Nikad
8. Smatrate li da je potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u Vašoj ustanovi?
  - a) Da
  - b) Ne
9. Jeste li ikad pohađali tečajeve/seminare na temu: Sučeljavanje sa smrću?
  - a) Da
  - b) Ne

### *Sociodemografski upitnik za liječnike*

1. Spol: a) M b) Ž
2. Dob :
3. Vaše završeno obrazovanje:
  - a) Specijalizant
  - b) Specijalist
  - c) Doktor znanosti
  - d) Docent
  - e) Profesor
4. Ukupni radni staž:
5. Vaše radno mjesto:
  1. Bolnica, klinička bolnica, KBC
  2. Zavod za hitnu medicinsku pomoć
  3. Ambulanta obiteljske medicine, primarne pedijatrijske/ginekološke ambulante
  4. Ostalo
6. Ako radite u bolnici, kliničkoj bolnici, KBC-u, na kojem odjelu radite?
7. Susrećete li se sa smrću na svom radnom mjestu:
  - a) Često
  - b) Ponekad
  - c) Nikad
8. Smatrate li da je potrebno organizirati seminare/tečajeve o sučeljavanju sa smrću u Vašoj ustanovi?
  - a) Da
  - b) Ne
11. Jeste li ikad pohađali tečajeve/seminare na temu: Sučeljavanje sa smrću?
  - a) Da
  - b) Ne

*Standardizirani upitnik " Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)"*

Brojevi znače sljedeće:

1 – u potpunosti se ne slažem

2 – ne slažem se

3 – umjereno se ne slažem

4- neodlučan/na sam

5 – umjereno se slažem

6 – slažem se

7 – u potpunosti se slažem

1. Smrt je bez sumnje užasno iskustvo.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

2. Izglednost vlastite smrti izaziva osjećaj bojazni u meni.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

3. Izbjegavam misliti o smrti pod svaku cijenu.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

4. Vjerujem da ću nakon smrti biti na nebu.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

5. Smrt će donijeti kraj svim mojim nevoljama.

1. 2. 3. 4. 5. 6.

6. Smrt treba promatrati kao prirodan, nepobitan i neizbježan događaj.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

7. Uznemiren(a) sam zbog konačnosti smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

8. Smrt je ulaz u mjesto potpunog zadovoljstva.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

9. Smrt donosi bijeg iz ovog strašnog svijeta.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

10. Kad god mi misli o smrti padnu na pamet, nastojim ih odgurnuti od sebe.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

11. Smrt je oslobođenje od boli i patnje.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

12. Uvijek nastojim ne misliti o smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

13. Vjerujem da će nebo biti puno bolje mjesto od ovoga svijeta.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

14. Smrt je prirodan aspekt života.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

15. Smrt je sjedinjenje s Bogom i vječno blaženstvo.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

16. Smrt donosi ostvarenje obećanog života u slavi.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

17. Smrti se niti bojim niti ju čekam s dobrodošlicom.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

18. Imam intenzivan strah od smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

19. Izbjegavam uopće misliti na smrt.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

20. Tema o životu poslije smrti mi jako smeta.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

21. Činjenica da smrt znači kraj svega što znam da postoji me straši.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

22. Nakon smrti očekujem ponovni susret s osobama koje volim.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

23. Na smrt gledam kao na olakšanje od zemaljskih muka.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

24. Smrt je jednostavno dio životnog procesa.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

25. Na smrt gledam kao na prijelaz u vječno i blagoslovljeno mjesto.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

26. Pokušavam nemati ništa zajedničko s temom smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

27. Smrt nudi prekrasno olakšanje za dušu.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

28. Jedina stvar koja me tješi u suočavanju sa smrću je moja vjera u zagrobni život.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

29. Vidim smrt kao olakšanje od tereta ovoga života.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

30. Smrt nije ni dobra ni loša.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

31. Očekujem novi život poslije smrti.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.



32. Nesigurnost zbog nemogućnosti spoznaje o onome što se događa nakon smrti me zabrinjava.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.