



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Шћепан З. Синановић

**АНАЛИЗИРАЊЕ ФАКТОРА КОЈИ УТИЧУ НА
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ПАЦИЈЕНАТА И ЗАДОВОЉСТВО
ЗАПОСЛЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НА
ОДЕЉЕЊИМА ПАЛИЈАТИВНОГ ЗБРИЊАВАЊА
ТОКОМ COVID-19 ПАНДЕМИЈЕ**

докторска дисертација

Крагујевац, 2023. године.



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Scepan Z. Sinanovic

**ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF
LIFE OF PATIENTS AND THE SATISFACTION OF
HEALTHCARE WORKERS EMPLOYED IN PALLIATIVE
CARE DEPARTMENTS DURING COVID-19 PANDEMIC**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2023.

Индентификациона страница докторске дисертације

<i>Аутор</i>
Име и презиме: Шћепан Синановић
Датум и место рођења: 24.11.1982. Београд
Садашње запослење: Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“
<i>Докторска дисертација</i>
Наслов: Анализирање фактора који утичу на квалитет живота пацијената и задовољство запослених здравствених радника на одељењима палијативног збирњавања током COVID-19 пандемије
Број страница: 156
Број слика: 91
Број библиографских података: 351
Установа и место где је рад израђен: КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“.
Научна област (УДК): Медицина
Ментор: проф. др Оливера Миловановић
<i>Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 16.10.2023.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације:
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњености услова кандидата: 1. Проф. др Марко Фолић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Клиничка фармација, председник 2. Доц. др Милена Јуришевић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Клиничка фармација, члан 3. Доц. др Ненад Ратковић, доцент Медицинског факултета Војномедицинске академије Универзитета одбране у Београду за ужу научну област Интерна медицина, члан
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације: 1. 2. 3.
Датум одбране дисертације:

Identification page of the doctoral dissertation

Author
Name and surname: Scepan Sinanovic
Date and place of birth: 24.11.1982. Belgrade
Current employment: Medical School of Professional Studies "Milutin Milanković"
Doctoral Dissertation
Title: Analyzing the factors that influence the quality of life of patients and the satisfaction of employed health workers in palliative care units during the COVID-19 pandemic
No. of pages: 156
No. of images: 91
No. of bibliographic data: 351
Institution and place of work: KBC "Zvezdara" and KBC "Zemun".
Scientific area (UDK): Medicine
Mentor: prof. Ph.D Olivera Milovanović
Grade and Dissertation Defense
Topic Application Date: 16.10.2023.
Decision number and date of acceptance of the doctoral:
Commission for evaluation of the scientific merit of the topic and the eligibility of the candidate: 1. Prof. Dr Marko Folić, full professor of the Faculty of Medical Sciences of the University of Kragujevac for the narrow scientific field of Clinical Pharmacy, president 2. Assoc. Dr Milena Jurišević, assistant professor of the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Clinical Pharmacy, member. 3. Assoc. Dr Nenad Ratković, assistant professor of the Faculty of Medicine of the Military Medical Academy of the University of Defense in Belgrade for the narrow scientific field of Internal Medicine, member
Commission for evaluation and defense of doctoral: 1. 2. 3.
Date of Dissertation Defense:

Сажетак

Увод: Старење становништва и продужење животног века, а самим тим и последично повећање броја оболелих од хроничних, прогресивних и неизлечивих болести довели су до растућих потреба за палијативним збрињавањем, као и њиховим инкорпорирањем у систем здравствене заштите. У развијеном свету се спроводе истраживања квалитета живота која имају за циљ да разуме искуство пацијената, идентификују потребе пацијената и процене ефикасност интервенција и услуга. Стога је идентификација квалитета живота пацијената на палијативном збрињавању и одређивању степена резилијентности и задовољства послом код здравствених радника на овим одељењима од виталног значаја за предлагање и примену специфичних препорука којима је могуће побољшати свеобухватни третман особа на палијативном збрињавању.

Циљеви: Испитати квалитет живота пацијената који су смештени на одељењима палијативне неге; Анализирање утицаја демографских, социјално-економских и клиничких фактора на квалитет живота пацијената на одељењима палијативне неге; Утврдити степен резилијентности код медицинских сестара/техничара на одељењима палијативне неге; Евалуација степена задовољства послом медицинских сестара/техничара на одељењу палијативне терапије кроз одређене компоненте.

Материјал и метод: Истраживање припада групи опсервационих студија, студији пресека и извршена је на два узорка. Први узорак је обухватио здравствене раднике који раде на одељењима палијативног збрињавања (КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“), а други узорак су чинили пацијенти смештени на тим одељењима. Инструмент истраживања били су анкетни упитници.

Резултати: Квалитет живота пацијената који су смештени на одељењима палијативног збрињавања је осредњи и на њега највише утичу финансијски проблеми који су настали због болести, ниво депресије и средња животна доб; Постоји присуство значајне депресивности код тих пацијената; Код две трећине медицинских сестара које раде на одељењима палијативног збрињавања постоји нормална резилијентност; Просечна вредност самопроцене укупног задовољства послом медицинских сестара је 3,43, од могућих 5,00, а на задовољство највише утичу адекватна финансијска надокнада, спровођење адекватних мера за спречавање и сузбијање COVID-19 инфекције и обезбеђење ресурса за рад.

Кључне речи: палијативно збрињавање, квалитет живота пацијената, задовољство послом медицинских сестара.

Abstract

Introduction: The aging of the population and the enlargement of life expectancy, and thus the consequent increasing number of people suffering from chronic, progressive and incurable diseases, have led to growing needs for palliative care, as well as their incorporation into the health care system. In the developed world, quality of life research is conducted aiming to understand the patient experience, identify patient needs, and evaluate the effectiveness of interventions and services. Therefore, to identify the quality of life of patients in palliative care and determine the degree of resilience and job satisfaction of health workers in these departments is of vital importance for proposing and implementing specific recommendations that can improve the comprehensive treatment of patients in palliative care.

Aims: Examine the quality of life of patients in palliative care departments; Analyze the influence of demographic, socio-economic and clinical factors on the quality of life of patients in palliative care departments; Determine the degree of resilience of nurses/technicians in palliative care departments; Evaluate job satisfaction degree of nurses/technicians in the palliative therapy department through certain components.

Material and method: The research is part of observational studies, that is a cross-sectional study and it was carried out on two samples. The first sample included health workers working in palliative care departments (Clinical Hospital Center "Zvezdara" and Clinical Hospital Center "Zemun"). The second sample consisted of patients in those departments. Survey questionnaires were the research instrument.

Results: The quality of life of patients in palliative care units is mediocre and it is mostly affected by financial problems caused by the disease, the level of depression and middle age; There is a presence of significant depression in these patients; Two-thirds of nurses working in palliative care units have normal resilience; The average value of self-assessment of nurses' overall job satisfaction is 3.43, out of a possible 5.00. Satisfaction is most affected by adequate financial compensation, the implementation of adequate measures to prevent and combat the COVID-19 infection, and the provision of resources for work.

Key words: palliative care, the quality of life of patients, job satisfaction of nurses.

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1. 1. Палијативно збрињавање	2
1. 1. 1. Појам и дефиниције палијативног збрињавања	2
1. 1. 2. Основни принципи палијативног збрињавања	4
1. 1. 3. Историјски развој палијативног збрињавања	5
1. 1. 4. Терминолошка диференцијација појма палијативног збрињавања.....	7
1. 1. 4. 1. Палијативно збрињавање и збрињавање на крају живота.....	8
1. 1. 5. Модалитети палијативног збрињавања	10
1. 1. 6. Развој палијативног збрињавања у различитим земљама широм света.....	14
1. 1. 7. Палијативно збрињавање у Србији.....	17
1. 1. 8. Палијативно збрињавање за време пандемије COVID-19	21
1. 2. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА У ПАЛИЈАТИВНОМ ЗБРИЊАВАЊУ	24
1. 2. 1. Квалитет живота - дефиниција и општи принципи.....	24
1. 2. 2. Квалитет живота у контексту палијативног збрињавања	24
1. 2. 3. Модалитети квалитета живота	26
1. 3. ЗАДОВОЉСТВА ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ	28
1. 3. 1. Задовољство послом здравствених радника	28
1. 3. 2. Задовољство послом у условима Covid-19 пандемије	29
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА, ПРЕДМЕТ И ХИПОТЕЗЕ	31
2. 1. Циљ рада.....	31
2. 2. Хипотезе	31
3. МЕТОД И МАТЕРИЈАЛ ИСТРАЖИВАЊА	32
3. 1. Врста студије и време истраживања.....	32
3. 2. Популација која се истражује.....	32
3. 3. Узорковање	32
3. 4. Варијабле које се мере у студији	33
3. 5. Инструменти истраживања.....	33
3. 6. Снага студије и величина узорка	35
3. 7. Статистичка обрада података	35
4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	37
4. 1. Социјално-демографске карактеристике пацијената на палијативном збрињавању.....	37
4. 2. Самопроцена здравственог стања пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању	42
4. 3. Самопроцена стања функционалности пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању.....	52
4. 4 Самопроцена здравственог стања пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању са аспекта основних показатеља здравља и бриге о себи с	54
4. 5 Процена интензитета симптома депресивности код пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању помоћу Бекове скале	57
4. 6. Процена задовољства медицинских сестара на одељењима за палијативно збрињавање	59
4. 7. Процена резилијентности медицинских сестара на одељењима за палијативно збрињавање	64
5. ДИСКУСИЈА.....	66
6. ЗАКЉУЧЦИ	85
7. ПРЕДЛОГ МЕРА.....	87

8. ЛИТЕРАТУРА	89
9. ПРИЛОГ ТЕЗИ	106
9. 1. Упитници.....	106
9. 2. Приказ изведених варијабли	121
9. 3. Табеле	124
10. СПИСАК ГРАФИКОНА	139
11. СПИСАК ТАБЕЛА	141
12. СКРАЋЕНИЦЕ	145
БИОГРАФИЈА	
БИБЛИОГРАФИЈА	

1. УВОД

Палијативно збрињавање [1] подразумева холистички приступ који укључује збрињавање физичких, психолошких, социјалних и духовних потреба пацијената, оболелих од узнапредовалих и прогресивних болести, где куративна медицина не може помоћи односно болест се не може излечити, али се симптоми могу држати под контролом и ублажити бол, те пружити подршку пацијентима и њиховој породици [2]. Један од најважнијих изазова палијативног збрињавања је у одређивању начина на који се дефинишу и процењују потребе пацијената. Процена квалитета живота је дефинисана као приоритет у палијативног збрињавања и постала је централни концепт у пракси палијативног збрињавања [3, 4]. Примарни циљ палијативног збрињавања је да се мултидисциплинарним приступом побољша квалитет живота пацијената и њихових породица [5]. Квалитет живота повезан са здрављем представља мултидимензионални концепт који укључује физичке, менталне, емоционалне, и социјалне аспекте повезане са болешћу и њеним специфичним третманским приступима [6, 7].

Пацијенти који пролазе кроз палијативни третман доживљавају широк спектар стреса у више животних домена, али психолошка отпорност има потенцијал да делује као заштитни фактор у проживљавању таквих невоља [8]. Резилијентност представља способност прилагођавања на екстремно неповољне и стресне околности и значајна је компонента како пацијената на палијативној терапији тако и здравствених радника који пружају одређени вид здравствене неге пацијентима у терминалном стадијуму одређеног обољења [9, 10].

У развијеном свету дошло је до брзог раста истраживања квалитета живота која има за циљ да разуме искуство пацијената, идентификује потребе пацијената и процени ефикасност интервенција и услуга [11]. Међутим, до данас је било врло мало истраживања у овој области у нашој земљи упркос препознавању значаја мерења исхода и потребе да се идентификују домени у којима пацијентима може бити потребна посебна подршка [12].

Медицинске сестре/техничари које пружају палијативну негу пацијентима често доживљавају висок ниво стреса на послу што следствено може утицати на смањење задовољства послом којим се свакодневно баве. Такође, то се може одразити и на квалитет неге пацијената на палијативним одељењима и тиме директно утицати на квалитет живота пацијената [13].

Радне рутине у сестринству палијативног збрињавања повезане су са различитим физичким, психолошким и социјалним узроцима стреса. Континуирано повећање захтева за медицинским сестрама за палијативним збрињавањем доводи до интензивирања рада, што се манифестује неповољним условима рада, као што су веома дуги послови, ротационе смене и мали број особља за сваку смену. Даљи организациони изазови додатно доприносе стресу, као што је обављање превише задатака који се не односе на пацијенте, временски притисак или потреба за бригом о превише пацијената у исто време. Емоционални изазови су такође идентификовани у студијама као што су суочавање са смрћу или неодговарајућа очекивања рођака у погледу бриге на крају живота. Оне често пате од осећаја беспомоћности, фрустрације, анксиозности, депресије, узнемирености и разних физичких симптома [14].

Постоје различити фактори који негативно утичу на психичко благостање и квалитет живота, па је потреба да се ови фактори истраже, и идентификују специфичне мере за побољшање психолошког благостања и квалитета живота медицинских сестара у циљу пружања квалитетније неге пацијентима [15].

Током пандемије Covid-19 болести, палијативно збрињавање је сложеније. Пандемија представља изазов за медицинско особље које ради у јединицама палијативне неге. У налету болести Covid-19 коју је изазвао вирус SARS Cov-2 здравствени системи су постали напети, обезбеђујући ефикасно збрињавање, а нега на крају живота постаје посебно тешка [16, 17]. Стога је идентификација квалитета живота пацијената на палијативном збрињавању и одређивању степена резилјентности и задовољства послом код здравствених радника на овим одељењима од виталног значаја за предлагање и примену специфичних препорука којима је могуће побољшати свеобухватни третман особа на палијативном збрињавању [18].

1. 1. Палијативно збрињавање

Протекле три деценије обележене су снажним развојем палијативне медицине. Главни циљ палијативног збрињавања је побољшање квалитета живота болесника у било ком стадијуму болести која угрожава живот, без обзира на вид лечења који се планира [19]. Вид оваквог конципираног палијативног збрињавања мора да узме у обзир како потребе болесника тако и његове породице.

Наша земља до недавно није имала национални водич, препоруке и стандарде, односно политику у вези примене палијативног збрињавања. Министарство здравља Републике Србије је 2009. године усвојило националну Стратегију за палијативно збрињавање, која представља добру основу за развој палијативног збрињавања у Србији. Упркос томе, сама његова примена још увек није заживела у медицинској пракси [14].

1. 1. 1. Појам и дефиниције палијативног збрињавања

Полазећи од тога да у свету постоји преко 9.000 специјализованих служби за хоспис/палијативно збрињавање, у 123 земље света, долази се до сазнања да су се упоредо са развојем палијативног збрињавања развијале и мењале многобројне теоријске конструкције самог појма палијативно збрињавање, тако да постоје различите дефиниције ове сложене здравствене услуге.

Постоје многи синоними за термин палијативно збрињавање: палијативна нега (palliative care), палијативно збрињавање (palliative treatment), палијативна медицина (palliative medicine) и др. Сам израз „палијативно” потиче од латинске речи „pallium” која се преводи као „маска” или „огртач”. То значи да палијативно збрињавање у преносном смислу значи „маскирање” ефеката неизлечиве болести, или „огртање оних који су остављени на хладноћи”, пошто куративна медицина има своје лимите [13].

Светска здравствена организација (у даљем тексту - СЗО) је 1990. године дефинисала палијативно збрињавање као: „Активну, свеукупну бригу о пацијентима чија је болест неизлечива. Контрола бола, других симптома и психолошких, социјалних и духовних проблема је од врхунског значаја. Циљ палијативног збрињавања је достизање највишег могућег квалитета живота за пацијенте и њихове породице” [13]. Следећа дефиниција СЗО из 2002. године, која је и једна од најчешће употребљаваних дефиниција гласи: "Палијативно збрињавање је приступ којим се побољшава квалитет живота пацијената суочених са болешћу која угрожава живот, као и њихових породица, кроз превенцију и ублажавање патњи а путем раног откривања и брижљиве процене и лечења бола и других симптома болести – физичких, психосоцијалних и духовних" [20]. Сам израз "болест која угрожава живот" односи се на пацијенте са активном, прогресивном, унапредовалом болешћу за које је прогноза ограничена. Из овога видимо да палијативно збрињавање захтева усаглашено залагање високо обученог и

адекватно формираног интердисциплинарног професионалног тима који се састоји од лекара, медицинских сестара/техничара, психолога, социјалних радника, духовника, па и волонтера [21].

Палијативно збрињавање:

- обезбеђује ублажавање бола и других симптома који изазивају патњу;
- афирмише живот и посматра умирање као нормалан процес;
- не убрзава али ни не одлаже наступање смрти;
- обједињује психосоцијалне и духовне аспекте збрињавања пацијената;
- обезбеђује систем подршке с циљем да помогне пацијентима да воде што активнији живот све до смрти;
- обезбеђује систем подршке породици пацијента с циљем да им помогне у борби током трајања болести, као и у периоду туговања после смрти пацијента;
- користи тимски приступ приликом процене потреба пацијената и њихових породица укључујући саветовалишта за ожалошћене;
- побољшава квалитет живота а може позитивно да утиче и на ток саме болести;
- је могуће применити у раним фазама болести заједно са другим видовима лечења који имају за циљ да продуже живот, као што су хемиотерапија и радиотерапија, и укључује оне претраге које су неопходне за боље разумевање и решавање клиничких компликација које проузрокују патњу [14, 19, 20].

Свеобухватност овако опширне дефиниције указује на усмеравање ка таквом приступу палијативног збрињавања које је усмерен према пацијенту, у односу на онај који је постојао раних 80-их и 90-их година прошлог века када је доминирао приступ усмерен према болести (најчешће малигној) и односио се првенствено на пацијенте који нису били подесни за примену куративног лечења или је оно било неуспешно [22], а тежиште је стављано на ублажавање физичких симптома болести. Дакле кључне промене које су се у међувремену одиграле на плану палијативног збрињавања помериле су тежиште са органичености и посматрања завршних стадијума болести, на усвајање и прихватање свих оних које палијативно збрињавање посматрају као тотално, целокупно збрињавање у чијем средишту је пацијент. Оваква промена најпре је изазвана потпуним разумевањем да проблеми који се јављају на крају живота имају своје порекло у ранијим фазама путање болести, те да се принципи палијативног збрињавања морају примењивати што је раније могуће (идеално од тренутка постављања дијагнозе), и то у току било које болести која угрожава живот, било да је акутна, хронична или терминална. Симптоми који се не збрињавају адекватно на самом почетку њиховог настанка, тешко ће се контролисати током последњих дана живота пацијента [22].

Циљ палијативног збрињавања је свеобухватна процена и холистичко лечење пацијената, при чему се води рачуна о целокупном искуству болести које проживљава пацијент када се приближава смрти [13].

Потребно је нагласити да су поред већ постојећих основних постулата палијативног збрињавања концепт тоталног бола и брига за пацијента и за здравље и благостање чланова његове породице, као „јединице збрињавања“, од велике важности и проширени приступи палијативног збрињавања, који укључују и бригу која се протеже на период након смрти пацијента, у виду адекватне подршке и саветовања у периоду туговања [23].

Разматрајући дефинисање палијативне неге можемо закључити да се коначно значење још увек развија, јер палијативно збрињавање покушава да ублажи патњу

повезану са болешћу а не само терминалну болест, док акценат остаје на пацијентима са озбиљним хроничним болестима које им угрожавају живот [13].

Квалитетна палијативна нега, према дугогодишњим искуствима професора Ромића, почива на три основе [13]: у средишту свих напора се налази човек. Уз то веома је битно да се мењају предрасуде, фаталистички став људи према смрти и умирању, што би довело до мењања става и понашања према пацијентима на палијативном збрињавању. Очигледно је да палијативно збрињавање не може да реши коначност живота, али квалитетно палијативно збрињавање може да доведе до достојанственог краја живота за пацијенте и да олакша процес туговања код породице пацијента.

Из овога се може извести закључак да квалитетно палијативно збрињавање подразумева: - добру комуникацију, - добру контролу симптома болести, - психосоцијалну подршку, - духовну подршку, - познавање етичких принципа и способност доношења одлуке у складу са тим принципима и постојећим околностима.

Палијативно збрињавање је као процес регулисан низом закона и подзаконских аката. Према Закону о здравственој заштити [24] прописано је да сваки грађанин има право да здравствену заштиту остварује уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност своје личности, као и на уважавање својих моралних, културних, религијских и филозофских убеђења. Такође се, на основу *Закона о правима пацијената*, чланови 6-31 [24] предвиђа да сваки грађанин/грађанка има право на доступност здравствене заштите, информације, превентивне мере, квалитет пружања здравствене услуге, безбедност, обавештење, слободан избор, право на друго стручно мишљење, приватност и поверљивост, између осталог и право на олакшавање патње и бола. Треба споменути и да се према одредбама члана 102 Закона о здравственој заштити предвиђа да се на примарном нивоу здравствене заштите може основати Завод за геронтологију и палијативно збрињавање. Услов је да се он може основати само на територији на којој се налази седиште универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке. Одредбом члана 110 болница може организовати посебне организационе јединице за продужену болничку негу, палијативно збрињавање оболелих у терминалној фази болести, као и за лечење оболелих у току дневног рада (дневна болница).

1. 1. 2. Основни принципи палијативног збрињавања

Анализирајући постојећу литературу у којој се акценат ставља на принципе палијативног збрињавања, све их можемо свести на један уопштени принцип - Палијативно збрињавање афирмише живот и прихвата смрт као неминовност, не пожурје нити одлаже смрт. Дакле унапређење и достизање што бољег квалитета живота болесника и његове породице представљају опште циљеве палијативног збрињавања [25, 26]. Након увида у постојеће теоријско одређење, ипак можемо издвојити неколико водећих принципа на којима се темељи палијативно збрињавање [19, 27]:

- главни циљ палијативног збрињавања јесте да се постигне, подржи, очува и унапреди квалитет живота, што укључује и добру контролу симптома болести;
- целовити приступ оболелој особи треба да узме у обзир актуелну ситуацију али и целокупну личну прошлост болесника, уважавајући све личне, културне и верске вредности, уверења и обичаје;

- Палијативно збрињавање обухвата и особу са болешћу која угрожава живот, али и чланове њене породице (односно особе блиске оболелој особи), што указује на то да „јединицу збрињавања“ чине пацијент и чланови његове породице;
- поштовање аутономије пацијента, односно права сваке особе да доноси одлуке о властитом животу и телу без принуде од стране других, што потврђује добро познату чињеницу да се палијативно збрињавање примењује тек онда када су пацијент и/или породица спремни и вољни да га приме;
- тимски рад и интердисциплинарни приступ представљају централну компоненту палијативног збрињавања, укључујући мултипрофесионални тим припадника различитих медицинских дисциплина, али и других професија у циљу пружања свеобухватне подршке пацијенту и члановима породице;
- квалитетно палијативно збрињавање могуће је једино уз здравствене раднике који владају вештинама добре комуникације, као основу односа између а) пацијената и здравствених радника, б) чланова породице и здравствених радника и в) различитих здравствених радника и служби укључених у палијативно збрињавање;
- пружање подршке члановима породице и другим блиским особама, и то не само током болести пацијента, већ и у периоду туговања и ожалашћености након његове смрти;
- важност едукације јавности, како би се подигла свест о значају и прихватању палијативног збрињавања, и у себи укључује и деловање друштвене заједнице у циљу постепеног мењања односа према умирању и губитку вољених особа [27].

Сви набројани принципи се морају доносити у складу са законом државе у којој се пружа ова врста неге. Ово посебно добија на значају, с обзиром да се мора имати у виду и постојање разлика у законима различитих земаља, поготову европских земаља и Америке. То значи да нема ни једног модела пружања палијативног збрињавања који се може применити у свим ситуацијама. Међутим, основни принципи палијативног збрињавања, који наглашавају да се мора обраћати пажња на посебне потребе сваког појединачног пацијента и његове породице [13], су универзални; при чему ће начин на који се постижу ови циљеви варирати од једне земље до друге, па чак и од једног региона до другог.

1. 1. 3. Историјски развој палијативног збрињавања

Широм света се развијало и обликовало палијативно збрињавање у различитим контекстима и на различите начине. Ово посебно има значаја ако се узме чињеница да су се од најстаријих времена људи трудили да максимално брину о својим болесним и умирућим. Његови почетци везивали су се за настанак савременог „хоспис“ покрета 60-их година 20. века у Великој Британији. Оснивањем Сент Кристоферс хосписа (engl. St Christopher's Hospice) 1967. године у Лондону од стране госпође Сисили Сондерс узима се као довољан разлог да се она сматра оснивачем палијативног збрињавања [19]. Ипак, појава првих хосписа везује се за средњи век и доба крсташких ратова, када су представљали места која су служила као уточиште за путнике, ходочаснике и тешко оболеле особе, у време када неизлечиви болесници нису били добродошли на местима која су служила за лечење болесника. Током средњег века традиција и судбина хосписа

је заборављена и занемаривана, да би се, у Паризу, поново појавили у 17. веку, када је основано удружење Милосрдних сестара које је отварало куће за збрињавање сирочића, сиромашних, болесних и умирућих људи. Повезаност хосписа са збрињавањем умирућих пацијената датира из 1824. године и веже се за рад госпође Jeanne Garnier из Лиона [13]. Милосрдне сестре Ирске основале су 1870. године Our Lady's Hospice и Мајка Mary Aikenhead, за збрињавање умирућих особа у Даблину и Корку. Ове институције биле су тесно повезане са збрињавањем пацијената који су патили од одмаклих и неизлечивих болести [13]. Године 1900. у Лондону оснивају манастир, са мисијом организације посета болесним особама у њиховим домовима, а две године касније и Сент Џосеф хоспис за бригу о умирућим сиромашним особама [19]. Управо је у њему, 50 година касније радила и госпођа Сисили Сондерс, у почетку као медицинска сестра, потом социјални радник и на крају као лекар, развијајући свој јединствени, тимски приступ у збрињавању умирућих особа, узимајући у обзир њихове свеукупне потребе [28]. Њена преданост и хуманост допринели су развоју палијативног збрињавања свуда у свету [29].

Иако су палијативно збрињавање и хоспис у неким крајевима света синоними, постоје разлике међу њима, с обзиром да је палијативно збрињавање шире подручје у односу на хоспис, јер некада својим поступцима може довести до продужавања живота [30]. Оно што је карактеристично за хосписе, као првобитне моделе палијативног збрињавања, а потом и друге видове служби за палијативно збрињавање, су се током последњих 50 година, нарочито брже развијали него било који део здравственог система у бројним државама. Поред Велике Британије која је и данас лидер у палијативном збрињавању, 70-их и 80-их година 20. века хоспис покрет се развија и у САД, али и у другим деловима света као што су Канада, Аустралија и Шпанија [23]. Разлог за толику експанзију може се оправдати прикупљеним доказима о томе да су контрола симптома, комуникација, емоционална и социјална подршка били недовољни и неадекватни за многе пацијенте у завршном периоду живота, проузрокујући тиме значајну патњу за ове болеснике [31, 32].

Све до средине прошлог века медицинска наука је имала мало да понуди у погледу ефикасне контроле бола и других симптома болести. Развој медикаментозне терапије 50-их година прошлог века, заједно са већим разумевањем психолошких и духовних потреба умирућих пацијената, трасирао је пут за развој служби за палијативно збрињавање; па су принципи палијативног збрињавања, током друге половине прошлог века, постали шире схватани и примењивани. Средином прошлог века појавио се велики број медикамената који су имали одређени терапијски ефекат код пацијената на палијативном збрињавању, укључујући нестероидне антиинфламаторне и психотропне лекове (фенотиазине, антидепресиве). У исто време, дошло је и до бољег разумевања природе канцерског бола, као и улоге опиоида у његовом лечењу [13].

Жена која је револуционарно изменила начин на који гледамо на различите потребе умирућих пацијената и њихових породица сматра се Dame Cicely Mary Saunders, која је рођена у Hertfordshir-у у Енглеској 1918. године [13]. Још као медицинска сестра је приметила потребу за посебном негом болесника у терминалној фази болести. Медицинска сестра, социјални радник и лекар, она се сматра и проглашава пиониром модерног хоспис покрета. Након што је изванредан број година радила у St. Joseph's hospisu, у Лондону, Дејм Сисли је 1967. године отворила St. Christopher's хоспис у Лондону. Ово је био први модерни хоспис који се бавио едукацијом и истраживањем. Указала је и реаговала на поразну чињеницу колико се изузетно мало пажње обраћа на потребе умирућих пацијената и њихових породица, о бризи у периоду жалости и потреби истинског, интердисциплинарног тимског рада. У

изузетно кратком временском периоду трансформисала је ову област здравствене заштите и подвргла преиспитивању многе установљене негативне ставове и предрасуде. Њен значај посебно се може видети у њеној реченици [13]: „Важни сте, јер сте ви – ви и то до краја свог живота. Учинићемо све што можемо да вам помогнемо, не само да мирно умрете него и да до смрти стварно живите” - Dame Cicely Saunders (1918-2005).

Данас, у око 100 земаља широм света и у око 40 европских земаља присутни су различити облици палијативног збрињавања [33], с тим што је неопходно споменути да иако је његова доктрина свуда иста, модалитети његове примене и финансирања се ипак значајно разликују, о чему ће бити речи у наставку.

1. 1. 4. Терминолошка диференцијација појма палијативног збрињавања

Врло често су у терминолошкој употреби присутна разна поистовећивања појмова, која не значе исто. Посебно се мисли на често поистовећивање термина терминално и палијативно збрињавање. Терминално збрињавање представља наставак палијативног збрињавања, и односи се на поступке код предстојеће смрти. Оно што је карактеристично за палијативно збрињавање, јесте да оно започиње и у ранијим фазама болести, да се од њега очекује све више онда када се од специфичног начина лечења очекује мање. Оно, по свему судећи, покрива велики део тока специфичног лечења, за разлику од терминалног збрињавања, који подразумева само бригу код непосредног краја живота [13].

Честе конфузије настају због разлика које постоје у вези са терминологијом. Тако, на пример, реч „hospice“ има исти латински корен речи као и „hotel“, „hostel“ и „hospital“ и подразумевао је, током средњег века, склониште за путнике [19]. Забуна настаје када се узме у обзир да на француском реч „hospice“ има значење болница. Како би се превазишла ова забуна, 1973. године је Балфоур Моунт, канадски хирург – уролог, сковао термин „palliative care“, због чега се сматра оцем палијативног збрињавања у Северној Америци; и која се у Канади користи пре него „hospice care“ [34]. Сама реч палијативно потиче од Pallium што је означавало правоугаони вунени огртач који се носио преко левог рамена и тела у доба Римског царства. Из ове речи изведен је глагол palliare са значењем, покрити, заштитити, те се палијативно односило на нешто што треба да смањи тежину бола, да га покрије [19].

Много чешћа врста конфузије постоји у вези са терминологијом везаном за поље збрињавања на крају живота. Тако се за збрињавање особа са узнапредовалом, прогресивном и неизлечивом болешћу често користе различити термини, попут: „терминално збрињавање“, „hospice care“, „палијативно збрињавање“, „supportive care“ и „збрињавање на крају живота“. Оваква примењена различита терминологија која се везује за ово значење само је резултат дугогодишњег, тачније 45-дишњег развоја и сазревања клиничке дисциплине [35].

У званичном саопштењу Америчког торакалног удружења „Палијативно збрињавање за пацијенте респираторним и критичним болестима“ из 2007. године наводи се да је ПЗ започело свој развој као збрињавање на крају живота 60-их година 20. века, изједначавајући га са „hospice care“ [27]. Међутим, у складу са претходно наведеном широм дефиницијом палијативног збрињавања, оно има за циљ да побољша квалитет живота свих пацијената и чланова њихових породица током било ког стадијума болести, било да је она акутна, хронична или терминална. То би значило да сви пацијенти који се лече куративно (с циљем излечења), требало би да истовремено добијају и палијативно збрињавање, при чему би елементи и њихов интензитет требало да буду индивидуализовани с циљем да одговоре на потребе пацијента и чланова

породице [36]. Иако датира из 60-их година, практиковано као збрињавање на крају живота, палијативно збрињавање може и треба да буде примењено на све стадијуме болести било да је она терминална или не [36]. Због тога збрињавање на крају живота из овог контекста би било садржано у палијативном збрињавању које представља свеобухватнији концепт [19]. Без обзира на ове разлике врло често се палијативно збрињавање и збрињавање на крају живота користе као синоними. Конзистентност у употреби терминологије је изузетно важна, с обзиром да омогућава усвајање различитих видова лечења и генерализацију истраживачких резултата или имплементацију унутар исте популације [19].

1. 1. 4. 1. Палијативно збрињавање и збрињавање на крају живота

Као што смо већ споменули почеци палијативног збрињавања везују се за пружање збрињавања особама које умиру од неизлечивих болести. Ови рани модели палијативног збрињавања подразумевали су и идеолошку и хронолошку сепарацију између збрињавања с циљем да се продужи живот (нпр. хемодијализа, хемиотерапија) и палијативног збрињавања које је често неадекватно изједначавано за збрињавањем на крају живота [19]. Нажалост, таква пракса често води укључивању палијативног збрињавања веома касно, када куративан третман више није могућ или га пацијент више не жели. Због тога су добро дизајниране студије из области онкологије скренуле пажњу да укључивање палијативног збрињавања касно, тек у фази завршетка болести не успева да на оптималан начин обезбеди контролу симптома који се често усложњавају како се пацијент приближава завршетку живота, нити да одговори на сложене психолошке и социјалне проблеме пацијената [37, 38]. На сву срећу, са данашњим еволуираним развојем палијативног збрињавања, његова се примена сматра императивом збрињавања у раним фазама болести (најидеалније од самог тренутка постављања дијагнозе). У том контексту су и потврде бројних студија које убедљиво доказују да рана примена палијативног збрињавања уз активно збрињавање симптома, које се примењује паралелно са лечењем које продужава живот, може да побољша квалитет живота, да смањи примену инвазивних интервенција у периоду завршетка живота, па чак и да потенцијално продужи живот [37-40].

Ова два термина - палијативно збрињавање и збрињавање на крају живота - су у суштини комплементарни, с обзиром да се оба, између осталог односе и на бригу о умирућим особама и њиховим породицама. Временски период завршетка живота арбитражан је и зависи од путање болести која је у питању [41]. Ако се ово узме у обзир, палијативно збрињавање поред збрињавања на крају живота укључује и збрињавање усмерено на побољшање квалитета живота пре наступања периода завршетка живота (видети График бр. 1).

Графикон бр. 1: Шематски дијаграм употребе термина “палијативно збрињавање” и “збрињавање на крају живота”

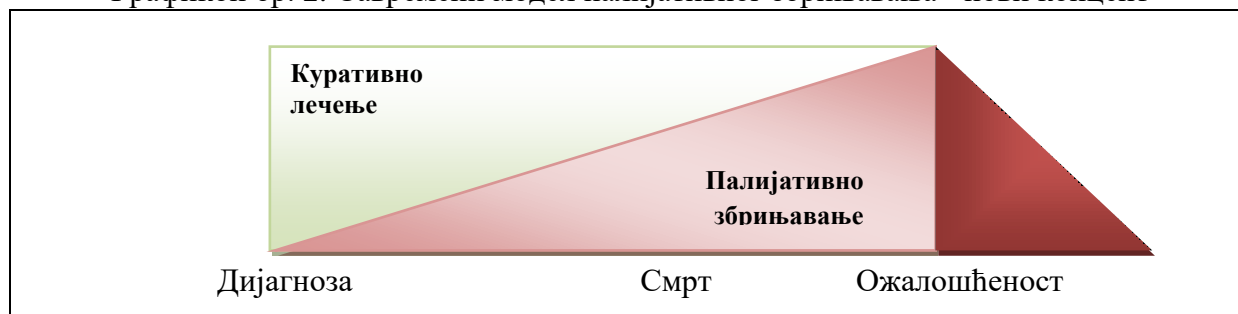


Извор: [19].

Збрињавање на крају живота, након ових увида нам указује да је реч о таквој врсти збрињавања које помаже свим онима са узнатредовалом, прогресивном или неизлечивом болешћу да живе што је могуће боље све до смрти. Његов задатак је да омогући установљавање потреба за потпорним и палијативно збрињавање пацијента и његове породице и то како током последње фазе болести тако и током периода туговања/ожалошћености. То значи да би оно требало да обухвати лечење и збрињавање бола и других симптома болести, као и обезбеђивање психолошке, социјалне, духовне и практичне подршке [42].

За разлику од овог оригиналног модела, савремени концепт палијативног збрињавања узима у обзир рано укључивање палијативног збрињавања, паралелно са применом куративног лечења (видети Графикон бр. 2).

Графикон бр. 2: Савремени модел палијативног збрињавања - нови концепт



Извор: [19].

Рано укључивање палијативног збрињавања омогућава не само бољу контролу бола и других симптома болести, већ и адекватнију и правовремену психосоцијалну подршку пацијенту и породици. Ту се не завршава његово дејство, већ напротив иде и даље омогућавајући лакшу примену збрињавања на крају живота, али и повећава вероватноћу да збрињавање које ће се примењивати заиста одговара жељама пацијента и његове породице [43]. Овај модел, као суштински императив палијативног збрињавања у коме се уместо лечења саме болести (“disease-centered”) спроводи свеобухватно холистичко збрињавање усмерено ка пацијенту (“patient-centred”), прихваћен је данас као нови стандард у збрињавању онколошких пацијената, али је у потпуности примењив и неопходан за подршку болесницима који пате од прогресивних хроничних болести током дужег низа година [44, 45].

Ипак, у многим земљама, па чак и у оним са добро развијеним палијативним збрињавањем одлука да се са њим започне представља врло комплексан процес. Она ће зависити од многих интерперсоналних, субјективних и институционалних фактора (опширније у: [46]).

Све што је до сада речено о палијативном збрињавању темељи се на пракси и научним истраживањима високо развијених земаља, попут Велике Британије, Аустралије, Канаде и САД. С обзиром да постоје само спорадични докази о искуству завршетка живота код чак 85% од укупног броја људи на свету који умиру, и то управо у земаљама у развоју [47], довољан је разлог да та чињеница представља велики проблем. Јер, управо овакав недостатак информација уједно представља и препреку за даљи развој збрињавања уопште, али и на крају живота. Ово посебно добија на значају ако се узме у обзир да је примена стратегија и модела збрињавања које постоје у развијеним земљама, на ситуације у земљама у развоју потпуно непримерена, између осталог и због културолошких оквира. С обзиром да култура, у најширем могућем облику схваћена [48], неминовно обликује глобалан однос према животу, па и смрти и болести [48]; свакако се мора узети у обзир у покушају унапређивања квалитета живота

и квалитета збрињавања. Тако је, на пример, с једне стране култура западне медицине заснована на научним, рационалним и објективним принципима. У њој се болест доживљава као нешто што је под контролом науке, а смрт се често види као неуспех медицине. Што се тиче збрињавања акценат је стављен на аутономији самог пацијента [49]. С друге стране, међу културама у развоју присутније су традиционалнији погледе на болест и смрт, где се на болест, а пре свега на смрт гледа као на божију вољу или природну етапу у животном циклусу, где се смрт фаталистички прихвата као мера обезбеђења утехе. Овакви приступи чешће умањују потребу за „специјализованим“ приступом збрињавања на крају живота [49]. Зато је неопходно пажљиво осмислити план збрињавања на крају живота, поготово за земље у развоју у којима су прекозначајне разлике у културолошким оквирима.

1. 1. 5. Модалитети палијативног збрињавања

Паралелно са развојем палијативног збрињавања током протеклих 45 година, и то широм света, у државама са различито организованим здравственим системима, и различитим социјално-културним контекстима, формирали су се и различити модели пружања овог вида збрињавања.

Најчешћа подела палијативног збрињавања је на:

Опште палијативно збрињавање - би требало да пружају сви здравствени радници који долазе у контакт са пацијентима и породицама којима је збрињавање потребно. Реч је о поседовању таквог усвојеног „палијативног приступа“ свих оних који пружају овакво збрињавање, односно поседују у себи дефинисан сет вештина својствен сваком здравственом раднику који у њему учествује. Ово неспецифично палијативно збрињавање треба да пружају изабрани лекар и медицинска сестра у амбуланти или на терену (код куће), као и лекари и сестре у болничким условима. Требало би да укључује обезбеђивање информација за пацијенте и чланове породице, холистичку процену потреба пацијента, основни ниво контроле симптома, континуирано збрињавање укључујући психолошку, социјалну и духовну подршку, отворену и осећајну комуникацију са пацијентима, онима који о њима брину и другима здравственим радницима који учествују у збрињавању [50, 51].

Специјализовано палијативно збрињавање - које пружају професионалци, који су прошли темељну обуку у овој области, и којима је овај вид збрињавања једина делатност [19].

Поред ове универзалне поделе, у већини земаља палијативно збрињавање организовано је и спроводи се кроз мешовити приступ, тј. различито заступљене поједине модалитете палијативног збрињавања, попут [19]:

Болничке јединице за палијативно збрињавање – доминирале су у Великој Британији 70-их и раних 80-их година, у виду Хосписа, као специјализоване варијанте болничког збрињавања, односно институције намењене само примени палијативног збрињавања. Данас је тенденција да се највећи део палијативног збрињавања пружа у дому пацијента или преко болничких тимова, иако и даље постоји потреба за услугама које се пружају на болничком нивоу (мисли се пре свега на пацијенте са компликованим и сложеним симптомима који се не могу адекватно контролисати у кућним условима).

Палијативно збрињавање код куће – најпожељнији је вид палијативног збрињавања, који је доминантан у САД, док је у Великој Британији доживео своју експанзију 80-их година. Овакав вид збрињавања пружа се преко специјализованих тимова за палијативно збрињавање (тимова за кућно лечење и негу), који одлазе у

посете пацијентима и пружају им подршку код куће, али се може примењивати и преко служби кућног лечења које су везане за установе примарне здравствене заштите.

Болнички тимови за палијативно збрињавање – осмишљени су тако да пружају специјалистичке услуге у болничком окружењу, углавном у установама терцијарног типа. Болнички тимови могу да допру до много људи у болници, и то не само пружањем клиничких услуга, већ и залагањем за палијативно збрињавање и његовим развојем у целој болници.

Дневне болнице – чест је начин пружања интензивније неге и подршке, који може ефикасно да допуни палијативно збрињавање које пацијенти примају код куће [23, 51].

С обзиром на то да избор модела зависи од потреба и расположивих ресурса, као и од постојеће организације система здравствене заштите, потребно је констатовати да ни један од ових модела палијативног збрињавања није идеалан нити га је могуће применити у свакој средини. Највећа разноликост ових модалитета присутна је у Великој Британији.

На овом месту је неопходно споменути и параметре потребе који се узимају у обзир када се процењују потребе за палијативним збрињавањем, и то:

- број становника (Србија: 6.647.003) [52],
- очекивана старост становника (Србија - просечна старост 43,8 година; за мушкарце 73, а за жене 78,1 година), проценат млађих од 14 година (Србија 14,3%). Дужина очекиваног трајања живота се у периоду 2002–2022. године просечно годишње повећавала за око 0,2 године за мушкарце, односно 0,1 годину за жене. Услед пандемије Covid-19, због повећаног нивоа смртности, у 2020. и 2021. години, дошло је до смањења очекиваног трајања живота код оба пола, док је у 2022. години, поново забележен пораст, што представља повратак на ниво пре пандемије [52].
- за квалитет пружених здравствених услуга и доступност здравствене заштите важна је и густина насељености становништва (Србија 275/миљу).

Када говоримо о доступности и квалитету здравствене заштите потребно је да се узме у обзир (извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ [53]):

- број болница на број становника,
- број болничких постеља - за 2021. годину износи 40.626; а на једну болничку постељу иде 168 становника;
- број оболелих од карцинома - поражавајући подаци су да се Србија сврстава међу 40 земаља Европе у групу са средњим ризиком оболевања (на 12. месту) и високим ризиком умирања од малигнух болести у Европи (на другом месту, одмах после Мађарске). То значи да се рак код нас најчешће код оба пола открива врло касно, а неуспешно лечи;
- број лекара на број постеља - укупан број лекара у РС за 2021. годину износи 20.186; од тога на једног лекара иде 339 становника;
- број медицинских сестара и особља на нези.

Налази показују смањење свих профила запослених у здравственим установама, с тим што је структура промењена у корист здравствених радника, чији се удео повећава, док се удео немедицинских радника смањује. У овом десетогодишњем периоду 3 пута је повећан обим рада приватних здравствених установа, како број хоспитализованих пацијената у приватним болницама, тако и број урађених прегледа у

ванболничким приватним здравственим установама у Београду [54]. Што се тиче Завода за геронтологију и палијативно збрињавање однос лекара према медицинским сестрама/ техничарима је 1 према 7 [54]. Чињеница је да је на нези у Србији процентуално виша заступљеност медицинских сестре, у неким болницама су чак ангажовани неговатељи, као и преквалификовано особље, али о квалитету неге коју пружају ваљало би мало у будућности истраживати.

Савремени развој палијативног збрињавања везан је за 60-те године 20. века. Међутим палијативна медицина, као посебна специјалност унутар медицине, препознаје се тек 1987. године у Великој Британији. Да би били део специјализованих тимова за палијативно збрињавање, данашњи лекари морају да заврше четворогодишњу специјализацију. Слични програми едукације важе и за медицинске сестре које се обучавају за рад у специјализованим тимовима за палијативно збрињавање. Специјализације/субспецијализације из ове области, након Велике Бритање, уведене су у Ирској, Хонг Конгу и Пољској 90-их година, а после 2000. године у Румунији, Новом Зеланду, Литванији, Аустрији, Чешкој, Малезији, Словачкој, Немачкој, Аргентини, САД, Грузији, Аустралији и Филипинима [19].

Паралелно са развојем последипломских програма едукације постало је јасно да адекватан развој палијативног збрињавања, односно овладавање вештинама неопходним за спровођење палијативног збрињавања од стране лекара, није могуће без интегрисања палијативне медицине у основне медицинске студије [55]. Свесност о томе колика је мала и недовољна присутност палијативне медицине у курикулумима медицинских факултета јасно је наглашена и описана широм Европе, Аустралије и Америке [56]. Тако је на пример, до 2013. године регистровано свега 17 додипломских курикулума из палијативног збрињавања, веома различитих у својој структури и заступљености најважнијих циљева и вештина, и то 2 у Аустралији, 3 у Канади, 6 у Европи и 6 у САД [57]. Управо због оваквих забрињавајућих статистичких параметара и даље постоји, широм света, потреба и жеља да се базична обука из палијативне медицине имплементира у основне медицинске студије. Циљ таквих иницијатива је консеквентан намери да лекари постигну неопходну спретност у примени основних принципа палијативног збрињавања, и то на свим нивоима здравствене заштите [19]. Другим речима, палијативно збрињавање у домену основних принципа би морало да постане “посао сваког лекара” без обзира на његову специјалност и улогу у здравственом систему.

Сам програм едукације мора да обухвати сва три нивоа здравствене заштите, и мора бити заснован на основним принципима палијативног збрињавања [19]. Тако се од свих учесника у палијативном збрињавању захтевају знања и вештине, и то у:

- комуникацији са оболелим, породицом, као и између самих учесника у палијативном збрињавању;
- доношењу одлуке на основу процене стања оболелог, примени различитих видова терапије, извођењу одређених интервенција или укључивању других неопходних услуга оболелом или породици;
- лечењу компликација саме болести или примењених терапијских процедура;
- ублажавању бола и других симптома болести (диспнеа, кашаљ, повраћање, опстипација, дијареја, анксиозност, депресија, итд.);
- пружању психосоцијалне подршке оболелом и породици (препознавање забринутости, финансијских проблема, неспоразума у породици);
- разумевању душевних потреба и примена духовне (спиритуалне) потпоре;

- нези умируће особе, при чему се негује однос поштовања и разумевања ка умирућем и породици;
- периоду непосредно после смрти у коме је потребно показати саосећање са губитком, изразити саучешће, одржавати контакте са породицом [58].

Врло често се када се спомене палијативно збрињавање најпре мисли на збрињавање терминално оболелих, умирућих пацијената. Реч је о препознавању патње коју доживљавају умируће особе, негативних ефеката које збрињавање некада може да има, као и ограничења која намећу превалентни ставови о смрти и умирању [41]. Оваква виђења су углавном везана за примарне почетке палијативног збрињавања. У том контексту, скоро традиционално, су се програми палијативног збрињавања углавном усмеравали на потребе болесника са малигним болестима. Тако су, у Великој Британији, чак 95% свих болесника који су користили службе палијативног збрињавања имали дијагнозу рака [23].

И поред овакве традиције, специјалисти на пољу палијативног збрињавања прикупили су довољно разлога да 1998. године укажу на потребу за палијативним збрињавањем код особа које умиру због хроничних немалигних болести [59]. Као резултат све већег броја доказа о великом симптомском оптерећењу, психосоцијалним и духовним потребама болесника са хроничним немалигним болестима, дефиниција палијативног збрињавања SZO из 2002. године укључила је све унапредовале болести, тј. болести које угрожавају живот, без обзира на врсту дијагнозе. Тада је и ставила нагласак на побољшање квалитета живота пацијената, као главног циља палијативног збрињавања [19]. Тако је потреба за палијативним збрињавањем, осим код оболелих од малигних болести, препозната код одраслих болесника са следећим болестима [44]:

- хронична опструктивна болест плућа (и друге хроничне плућне болести најчешће удружене се хроничном респираторном инсуфицијенцијом);
- цереброваскуларне болести;
- хронична срчана инсуфицијенција;
- бубрежна инсуфицијенција;
- неуродегенеративне болести (деменција, амиотрофична латерална склероза, Хантингтонова болест);
- критичне болести у јединицама интензивне неге.

Искуства из праксе и даље указују на све успешнију интеграцију палијативног збрињавања у савремено лечење малигних болести, с једне стране, и све присутније баријере за укључивање палијативног збрињавања у збрињавање неонколошких пацијента са озбиљним болестима које угрожавају живот. Превазилажење истих данас представља велики изазов за организацију и примену палијативног збрињавања. Поготово када је реч о његовој примени у јединицама интензивне неге, (укључујући и хируршке), које збрињавају најтеже пацијенте, оне са највећим ризиком умирања, старих пацијената, као и пацијената с хроничним болестима [60]. Управо оваква примена палијативног збрињавања у широком дијапазону немалигних болести захтева сарадњу служби палијативног збрињавања и лекара других специјалности, као и доношење прецизних заједничких ставова о оном што је неопходно за побољшање збрињавања и квалитета живота пацијената.

1. 1. 6. Развој палијативног збрињавања у различитим земљама широм света

Није могуће нити неопходно систематски описивати развој палијативног збрињавања у свакој земљи, довољно је рећи да се службе за палијативно збрињавање развијају, мада различитом стопом развоја и различитим степеном софистицираности, на свим континентима [13].

Палијативно збрињавање не подразумева само институционално збрињавање. Пре би се рекло да је то филозофија збрињавања која је примењива у свим окружењима где се оно указује. Уобичајено је оснивање тимова везаних за одређену локалну заједницу где се збрињавање спроводи у дому пацијента или у домовима за негу. Исто тако, видимо различите моделе спровођења палијативног збрињавања у оквиру општих болница. У идеалном случају, пацијенти могу да бирају место где ће се о њима бринути, тј. да бирају између свог дома, хосписа и болнице; што ће у крајњем случају зависити од њихових клиничких потреба и личних жеља.

Наласићемо поново да су основни принципи палијативног збрињавања универзално примењиви [13], дотле методе потребне за постизање договорених циљева варирају од једне земље до друге. Зато је врло важно да они који планирају здравствену заштиту у својим земљама, морају да на основу процена својих потреба и у складу са тим и донесу планове.

Растућа потреба за палијативним збрињавањем у свету постаје приоритетни проблем у свету. Демографске пројекције указују да ће у наредним деценијама демографско старење бити једна од најважнијих карактеристика популационог развитка највећег броја земаља Европе. Према статистици Светске здравствене организације највишу просечну старост има Немачка са 45,5 година испред Италије са 44,4 година [13]. Резултат све већег степена погоршања здравља у каснијим животним добима је повећање потреба за дуготрајном негом након 80-те године живота. Од последње деценије 20-ог века, већина земаља су биле сведоци повећања броја становника старости од 80 и више година, као и процента те групе у укупној популацији. Та група представља најбрже растући сегмент популације и критични циљ за све будуће политике дуготрајне неге [61, 62]. Средња варијанта популационих пројекција Уједињених Нација [63] предвиђа да ће 2050. године 40 од укупно 100 особа у старосној групи од 65 и више година у групи ЕУ-15 (тих 15 држава су: Аустрија, Белгија, Данска, Финска, Француска, Немачка, Грчка, Ирска, Италија, Луксембург, Холандија, Португал, Шпанија, Шведска и Уједињено Краљевство Велике Британије и Северне Ирске) [63] бити старости од 80 и више година. Највећи број становништва ове старости у земљама УНЕСЕ региона се очекује у Немачкој и Швајцарској - 43 %. Насупрот овоме, стопа за државе Централне Азије се пројектује на 21% за исти временски период.

Старење популације у Европи од средине 20. века изазвало је и низ других, сада економских тешкоћа, али су се последице највише осетиле (и даљу су присутне) у најмање развијеним земљама које најчешће немају довољно средстава да адекватно одговоре на такав изазов. Са старосћу се повећава стопа обољевања од малигних и других тешких, хроничних болести а са тиме расте и потреба за палијативним збрињавањем тих болесника. Сваке године у свету од рака оболи преко 10 милиона особа [13]. Највећа стопа обољевања бележи се у развијеним земљама. Све ово указује на чињеницу да ће палијативна нега бити једна од најважнијих медицинских дисциплина у будућности. Европска асоцијација за палијативно збрињавање (European Association for Palliative Care - EAPC), Међународна асоцијација за хоспис и палијативно збрињавање (International Association for Hospice & Palliative Care -

IANPC), Светска алијанса за палијативно збрињавање (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance - WPCA) и Америчка међународна организација за људска права (Human Rights Watch - HRW), заједнички се залажу да се право на доступност палијативног збрињавања препозна као људско право („Прашка повеља”), које проистиче из права на највиши стандард физичког и менталног здравља. Поред овога од Конвенције Уједињених нација иде иницијатива да доступност палијативног збрињавања буде законска обавеза.

Упркос доказаној делотворности, палијативно збрињавање није доступно или ограничено у многим земљама, посебно у земљама у развоју, што значи да су милиони пацијената непотребно изложени патњи и зато се апелује да владе тих земаља развију здравствене политике које узимају у обзир проблеме пацијената са неизлечивим болестима, политике које интегришу палијативно збрињавање у систем здравствене заштите. Отуда велике међународне организације као што су Савет Европе, Европска унија, Светска здравствена организација, Светска здравствена скупштина, Светска медицинска асоцијација и Међународни савет медицинских сестара и техничара промовишу право на палијативно збрињавање и позивају национална удружења да подрже филозофију палијативног збрињавања која подразумева развој специјалистичких услуга и промовише палијативно збрињавање као саставни део јавног здравља [13]. Важно је да шира јавност препознаје неопходност палијативног збрињавања свима којима је потребно и подржава Прашку повељу учешћем у друштвеним и медијским активностима и потписивањем петиције.

Модел неге значајно варирају у државама чланицама UNECE. Нордијске земље пружају подршку највећем броју осетљивих старијих особа на основу модела децентрализованих услуга неге у кући које се пружају у оквиру државног система. Процент особа старијих од 65 година којем се пружа услуга смештаја и неге у установама у Европској Унији износи 3,3. Највећи проценат особа смештених у установама је запажен на Исланду, где проценат особа старости од 65 и више година који су збринуте у оквиру ове услуге износи 9,3 [64]. Норвешка, Финска, Шведска и Швајцарска извештавају да је у тим земљама број корисника услуге смештаја у установама између 5 и 7%. Насупрот томе, у Руској Федерацији и Литванији тај број не премашује 1%. У свим државама UNECE-а за које су доступни подаци, број корисника услуге смештаја у установама је знатно нижи од броја корисника услуге неге у кући [64].

Постоје бројни примери различитих облика организовања дуготрајне неге [13], попут Националног информационог центра о дуготрајној нези у САД, који има свој сајт и корисницима пружа информације о разумевању, планирању и плаћању ове врсте бриге. У САД постоји и Иницијатива неговатеља која подразумева подршку неговатељима из породице. У Америци за медицинске сестре постоји 5 нивоа образовања и са најтежим пацијентима раде сестре које имају највећи ниво знања и компетенције; при чему близу 8% сестара ради у хосписима и сестринским домовима који се баве палијативним збрињавањем; нпр. само у Чикагу и околини постоји 120 хосписа за одрасле и 4 хосписа за децу уз свесрдну помоћ великог броја волонтера. Као допуна збрињавању немоћних у кућним условима у овој земљи функционише и одељење за старење које збрињава близу 2.000.000 старих у кућним условима, који су опскрбљени електронским уређајима који им омогућавају да на брз, лак и ефикасан начин позову у помоћ када им је то потребно. У овој програм је укључен велики број волонтера који дневно поделе 45.000 obroка. Посебно занимљив податак је да су ова лица (пацијенти старије животне доби - чак њих 225.000) додатно оптерећена бризи о унучићима који су остали без родитељског старања, најчешће због тога што су

родитељи уживаоци опојних дрога, и буџет за њихову организацију на годишњем нивоу је високобуџетан, и износи 775.000.000 долара.

Африка је континент који је развој палијативне заштите осигурао својим земљама кроз деловање кровног удружења APCА (African Palliative Care Association), формално утемељена 2004. године у Арусха-и и Танзанији, и са главном мисијом подршке, развоја и реализације организовања палијативне заштите за целу Африку. Нови Зеланд је за побољшање палијативног збрињавања у буџету 2015. године издвојио \$ 76.1 милиона долара.

У Украјини је организован државни едукативни геријатријски центар у коме се изводи едукација медицинских радника и волонтера.

У Шведској је покренут програм едукације имиграната у којем се омогућује настава и практична обука за негу старих особа, уз учење језика, а на крају постоји могућност запослења.

Концепт политике палијативног збрињавања у Чешкој се заснива на искуствима из других земаља, а сада већ и на сопственим искуствима, што омогућава постављање нових циљева за општу и специјалну палијативну негу, уз постојање многобројних програма обуке, различитих нивоа. Тако је 2004. године установљена редовна медицинска специјализација „Палијативна медицина и третман бола“. Значајно је споменути и достигнућа пројекта финансираног и иницираног од стране ОСИ Праг – Подршка палијативној нези у Чешкој републици. Активисти су превели и уредили велики број корисних публикација, попут Организација палијативног збрињавања, као документ који је издала ЕУ, а који наглашава палијативно збрињавање као посебно значајан део система услуга здравствене заштите.

Румунија је у свом развоју палијативног збрињавања најпре имала борбу за промену старог Закона о наркотицима који је озбиљно угрожавао могућност да лекари обезбеде олакшање болова својим пацијентима на палијативној нези; што су успели да учине 2005. године, и тиме значајно помогли пацијентима у уклањању бола. Ради олакшања ефикасног процеса рада на нацрту регулатива, ППСГ је спонзорисао студијску посету румунског тима САД-у. Године 1992. је оформљена румунско/енглеска добротворна организација Дом за терминално оболеле Casa Speranti (Дом наде) у Брашову, као и Тим за кућну негу, уз финансијску помоћ за едукацију добијену од Ellenor фондације.

У Љубљани је средином 90-их започет Покрет за стварање домова за терминално болесне, са програмом едукације за услуге у кући. Након тога су се у Марибору и Цељу формирали тимови за палијативно збрињавање који нуде едукацију јавности и волонтера за подршку у дому за породице и читав низ услуга кућне палијативне неге. Уз то иде и социјална и психолошка подршка пацијенту и породици, као и организација служби за превазилажење тешких губитака. У Словенији је при Онколошком институту у Љубљани доступна и консултантска група за палијативну негу, која је доступна и професионалцима из других институција.

Што се тиче Републике Хрватске палијативно збрињавање доступно је малом броју пацијената. Године 2013. усвојен је Стратешким план развоја палијативне неге, уз финансирање пилот пројеката у неколико домова здравља и болница; при чему треба нагласити да у овој земљи специјализације из палијативне медицине не постоје на факултетима [65]. Што се тиче осталих земаља у региону, ту је Босни и Херцеговина код које постоји Центар за палијативну негу – Hospis JZU UKC у Тузли са одељењима за лежеће пацијенте, дневном болницом и дечјим хосписом. Затим Македонија која поседује два хосписа изграђена од 1998-2000. године; Мађарска са нешто боље развијенијом имплементацијом палијативног збрињавања, с обзиром да поседује око 50 организација, 12 хоспис удружења и 30 тимова кућне неге; при чему је едукација на

високом нивоу, од базичних курсева за волонтере, до напредних курсева за здравствене раднике [65]. Из овога свакако можемо да изведемо закључак да је палијативно збрињавање у Европи и у свету на много вишем нивоу него на Балкану [66].

У следећој табели дате су само неке од примера добре праксе присутне у разним земљама у свету (видети табелу бр. 1).

Табела бр. 1: Примери добре праксе

САД	Национални Информативни Центар о дуготрајној нези
САД	Иницијативе неговатеља из средње класе
Шведска	Пројекат “Сертификовани стажисти”
Холандија	Mantelzorg@work
Аустрија	24-часовна нега код куће
Словачка	Обуке у области социјалне заштите које спроводи организација Самаритан
Израел	Топли домови
Република Чешка	Нега оболелих Areion
Немачка	Уговорно право за смештај и негу (пређашњи: Homes Act)
Словачка	Развој комуникације са општином и породицом путем Интернета
Немачка	Група пројеката о деменцији
Француска	Le plan Alzheimer 2008-2012

Извор: [61].

1. 1. 7. Палијативно збрињавање у Србији

Када говоримо о палијативном збрињавању у нашој земљи потребно је споменути Републичку стручну комисију за палијативно збрињавање, оформљену од стране Министарства здравља Републике Србије, која је израдила националну Стратегију за палијативно збрињавање, као и Акциони план за њено спровођење [19]. Самом Стратегијом, усвојеном 2009. године, као документ од националног значаја, предлаже се изградња капацитета у области палијативног збрињавања, путем свеобухватног образовног програма, формулисањем бољих прописа, побољшањем доступности лекова и развојем тимова за палијативно збрињавање у јавно-здравственом систему [27].

Ова Стратегија заснована је на горе споменутих основним принципима палијативног збрињавања. На основу њих се могу издвојити и њене основне поруке [58]:

- болест, губитак и смрт су саставни и неизбежни део живота;
- мање патње, више достојанства и бољи квалитет живота;
- квалитет а не квантитет живота;
- палијативно збрињавање је интердисциплинарни и мултипрофесионални приступ и подразумева тимски рад;
- палијативно збрињавање треба да постане саставни део система здравствене заштите и неотуђиви елемент права грађана на здравствену заштиту;
- неопходно је дефинисати националну здравствену политику о палијативном збрињавању у сарадњи са здравственим радницима и сарадницима, удружењима, пацијентима и породицама.

Дакле у стратегији се наводи да је потреба за палијативним збрињавањем приоритетан проблем чије решавање захтева да држава, у сарадњи са здравственим радницима и сарадницима, удружењима, пацијентима и њиховим породицама и јавним гласилима, развија националну здравствену политику о палијативном збрињавању, дефинише стратешке циљеве и мере [13]. Разлози за доношење Стратегије су растуће потребе за овим видом здравствене заштите, настале као последица већ споменутих података старења становништва Републике Србије и све већег броја оболелих од болести које имају прогресиван ток (кардиоваскуларних, малигних, дијабетеса, неуромускуларних, церебралних болести), HIV/AIDS, саобраћајног трауматизма и других [13, 67, 68]. Уз смањење natalитета и одлазак младих из земље, све то доводи до прогресивног старења наше популације, а са старошћу се повећава могућност обољевања од малигних и других прогресивних хроничних болести са фаталним исходом.

Циљ донете стратегије је укључивање палијативног збрињавања у здравствени систем Републике Србије како би оно постало неодвојиви елемент права грађана на здравствену заштиту и унапређење и достизање најбољег могућег квалитета живота за пацијента и његову породицу. Уз то, планира се дефинисање националних стандарда за палијативно збрињавање, успостављање организационо и финансијски одрживог модела, стандардизација и акредитација програма за едукацију свих учесника и увођење палијативног збрињавања у наставне програме медицинских факултета и школа [13].

Едукацији медицинских кадрова мора се поклањати посебна пажња, па је у складу са тим палијативна медицина уведена као посебан предмет на медицинским факултетима и школама. Предлог предмета Палијативна медицина заснован је на препорукама Европске асоцијације за палијативно збрињавање (ЕАРС) [69], које су настале као резултат процеса консултација преко 80 стручњака за палијативно збрињавање широм Европе [70] и препорукама Савета Европе из 2003. године о организацији палијативног збрињавања (СОЕ 144/153) [71]. Нажалост, за сада већина тих предмета је изборног карактера, али постоји препорука да, уз остварење услова за изводљивост, она постану обавезна, како би сви студенти медицине стекли знања о палијативном збрињавању, изазовима, сложености и огромној личној и професионалној сатисфакцији коју пружање ове врсте збрињавања доноси. Што се тиче обуке и обучености, у нашој земљи едукација из Палијативне медицине још увек не постоји као посебна специјализација или субспецијализација, као што је то случај у многим земљама. Наше Министарство здравља увелико предузима значајне кораке да се овакво стање промени; с обзиром да је обука, не само здравствених радника и сарадника, већ и свих осталих који учествују у палијативном збрињавању, почев од друштва, законодавца, породица оболелих и волонтера, од суштинског значаја за развој палијативног збрињавања. Важно је да здравствени радници добијају обуку из палијативног збрињавања и контроле симптома болести на нивоу основних и последипломских студија, да се уведу наставни програми на основним студијама за лекаре, медицинске сестре/техничаре, фармацеуте, психологе итд., како би сви запослени у овој области стекли основна знања о палијативном збрињавању и били у стању да га пруже пацијентима без обзира на то у ком делу система здравствене заштите раде.

Дуготрајна нега и лечење у Србији се за сада обавља у 13 установа здравствене заштите на секундарном нивоу заштите, у којима су формиране јединице за палијативно збрињавање са 140 постеља. Посебне здравствене институције за палијативну негу и збрињавање пацијената у терминалној фази болести не постоје. На примарном нивоу здравствене заштите посебно организовану службу кућног лечења и

неге има 40% домова здравља у Србији, чије су услуге усмерене на општу популацију. Једино у Београду постоји специјализована установа за кућно лечење, негу и палијативно збрињавање старих лица – Градски завод за геронтологију. У овој установи се обезбеђују услуге здравствене заштите, најчешће као део продуженог болничког лечења или се пружају услуге палијативног збрињавања за стара лица [13]. Према проценама из Националног здравственог рачуна, у Србији су издвајања за дуготрајну негу у оквиру здравственог система износила свега 0,08% БДП-а у 2008. години. Према Закону о социјалној заштити обезбеђење услуге помоћ у кући је у у мандату локалних самоуправа. У домену финансирања, нови закон уводи могућност да се део средстава за услуге у заједници обезбеђује и са централног нивоа, кроз наменске трансфере. Према различитим доступним изворима до 2000. године услуга помоћи у кући је била значајније присутна једино у Београду и у неколико већих градова у Војводини. У осталим деловима Србије она практично није ни постојала [13]. У следећој табели су само неке од искуства у вези с пружањем палијативне неге и лечења домова здравља из појединих градова у Србији [21] (видети табелу бр. 2).

Табела бр. 2: Искуства у вези с пружањем палијативне неге и лечења домова здравља у појединим градовима у Србији

ДОМ ЗДРАВЉА	ИСКУСТВО
Нови Сад	Неопходно повећати број запослених у служби кућног лечења због све већег броја палијативних пацијената. Потребно образовати на нивоу Градске управе Координационо тело за спровођење ПЗ, као и тимове за ПЗ на свим нивоима здравствене заштите.
Рума	Незадовољни. Не постоји јасан оперативни план, преспоро све иде, нема Националног координатора за палијативну негу. Секундарне установе на папиру имају кревете, али те пацијенте нико никад не прима, нити један дан да збрину већ их сви препуштају породици.
Жабаљ	Министарства здравља и локалне самоуправе да обезбеде финансијска средства и изградбе објекат за пружање палијативне неге јер је наше становништво већином геријатријско. Обучавати лекаре и медицинско особље.
Суботица	Неприхватљива и неодржива ситуација; предвиђене специјализације из палијативног лечења су за сада нереализоване.
Апатин	Палијативна нега и збрињавање остварују се преко службе кућног лечења и хитне медицинске помоћи, недостатак је што нису укључене друге службе – Центар за социјални рад, психолози, волонтери.
Панчево	Задовољни.
Бачка Топола	Палијативно лечење се спроводи у оквиру службе опште медицине у оквиру кућног лечења. То спроводе лекари и мед. техничари у сарадњи и по потреби са психологом и физијатром.
Зрењанин	Задовољни едукацијом, незадовољни немогућношћу спровођења палијативног лечења у складу с потребама пацијената; због недостатак адекватног кадра, опреме и времена.
Стара Пазова	Задовољни.
Бела Црква	Нема незадовољних пацијената у том смислу.
Темерин	Задовољни могућношћу знатног унапређења.

Извор: [21].

Такође постоје истраживања која као највећи проблем истичу велики број испитаника који се жали на елементарни недостатак информација [72]. Осим поменутог, указано је на још један проблем, недостатак људског кадра, поготово медицинских сестара и здравствених техничара. Према испитивању Организације за економску сарадњу и развој (OECD) у 19 држава чланица, мањак особља и њихових квалификација су највећи проблеми са којима се Владе суочавају [73]. Везано за нашу земљу, овај проблем се продубљује све чешћим одласком медицинског особља у иностранство, као и забраном запошљавања у јавном сектору; те је у наредном периоду неопходно интензивније кадровско оснаживање палијативне неге и лечења на свим нивоима здравствене заштите [74].

Током протеклих година, дошло је до снажног развоја ове услуге, пре свега захваљујући донаторској помоћи и посебним реформским механизмима, као што је Фонд за социјалне иновације. Процењује се да је 2003. године услуга помоћ у кући била присутна у само 35 од 145 локалних самоуправа, док је 2010. присутна у 113 [13]. Према подацима Републичког завода за социјалну заштиту укупан број корисника услуге помоћ у кући која се финансира из локалних буџета 2011. године достигао је 13 хиљада лица, од којих су приближно 11,7 хиљада старији од 65 година. У Србији је и даље веома мали удео старих који користе ову услугу, приближно 0,9%. Међу недржавним организацијама које пружају подршку старима кроз неки део програма услуге помоћи у кући у Србији присутни су Црвени крст и Каритас. Програм Црвеног крста се спроводи у 54 општине за око 6.300 старих, старијих од 65 година, са малим примањима или сиромашни, који живе у самачким домаћинствима. Програм кућне неге Каритас намењен је старим, болесним и особама са инвалидитетом и обухвата месечно 2.800 корисника у 15 општина, махом из Војводине. Врло је мало невладиних организација које пружају услугу помоћи у кући, а финансираних на основу уговора из средстава локалне самоуправе.

Према проценама Европске комисије до 2050. године јавни расходи за дуготрајну негу у ЕУ порашће на 1,9% БДП-а. Према проценама Светске банке из 2007. године, расходи државе за дуготрајну негу би до 2050. године према песимистичном сценарију могли да достигну између 2 и 4% БДП-а [13]. Системска, свеобухватна, правремена и фискално одговорна реакција државе и друштва је отуда неопходно што пре формулисати, и она мора да укључи капацитете свих актера који желе да пруже и обезбе дуготрајну негу за старе.

Пројекције за Србију су према Стратегији за палијативно збрињавање [75], да се на:

- примарном нивоу здравствене заштите - организационо и кадровски ојачају службе кућног лечења и неге и да се измени и допуни Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе;
- како би се остварио предходни задатак неопходно је да се пропише обавеза оснивања служби за кућно лечење и негу у 88 домова здравља у Републици Србији, у јединицама локалне самоуправе које имају више од 25.000 становника и повећа број кадрова са постојећег норматива од једног лекара и четири медицинске сестре на 25.000 становника на једног лекара и пет медицинских сестара на 25.000 становника;

- на секундарном нивоу здравствене заштите - оснују посебне јединица за палијативно збрињавање у оквиру одељења за продужено лечење и негу, при чему би измена и допуна Правилника подразумевала да од предвиђених 0,20 постеља на 1.000 становника, 0,04 постеље на 1000 становника буде одређено за палијативно збрињавање, и да се из постојећег норматива кадрова одреди један доктор специјалиста интерне медицине и пет медицинских сестара на десет постеља за јединицу за палијативно збрињавање.

Ипак, оптимистични подаци да се на нечему ипак ради су и они о томе да је уведена специјализација из области Палијативне медицине на Медицинске факултете у нашој земљи [65].

1. 1. 8. Палијативно збрињавање за време пандемије COVID-19

Акцент у овом поглављу се ставља на значају чињенице да је током пандемије Covid-19 палијативно збрињавање доста сложеније. С обзиром да је пандемија изазов за медицинско особље које ради у јединицама палијативне неге, палијативно збрињавање пацијентима добија важну улогу. Поред пружања медицинске и физичке неге, које су у складу са стандардима, неопходно је очување и људских контаката и достојанство палијативних болесника, без обзира на то да ли су инфицирани Covid-ом, или не. С обзиром да су прописи о физичком дистанцирању и ношењу личне заштитне опреме који су важили за време трајања пандемије, често су они лишавали палијативне болеснике интимности и нежног додира чланова породице или старатеља, што је битан психо-социјални фактор у пружању палијативног збрињавања.

Палијативно збрињавање има кључну улогу у бризи за пацијенте заражене Covid-19, и то је приступ који има за циљ да побољша људски квалитет живота пацијената и живот њихових породица, суочених са проблемима везаним са тешком болешћу. У себи укључује не само беспрекорно управљање симптомима, већ и психолошку, социјалну и духовну бригу и подршку у медицински и етички тешкој одлуци о крају живота [13].

У земљама са развијеном службом палијативног збрињавања, специјализовани тимови за палијативно збрињавање брзо су проширили сопствене капацитете за негу најсложенијих пацијената. Од њих је кренула иницијатива успостављања одређене стационарне јединице за критично болесне, дежурне телефонске програме 24/7 за разговоре са пацијентима и члановима породице, „брифинг сесије” за узнемирене колеге које раде под стресом из различитих нивоа здравствене заштите, потребе учествовања у дискусијама на нивоу система у вези са ресурсима алокације и интегрисања палијативних тимова у тимове хитне службе и тимове интензивне неге, како би пружили подршку у право време [13].

Палијативно збрињавање, тамо где је доступно, активира се у хитним случајевима са тешким Covid-19 инфекцијама како би се процениле и спровеле мере контроле симптома, да би се [13]: ублажила узнемиреност код пацијената и породица, покренули циљеви разговора о нези, олакшала виртуелна комуникација између пацијената и породица по потреби и пружала подршка породицама ожалостених, када је то потребно. У налету болести Covid-19 коју је изазвао вирус SARS Cov-2 здравствени системи су постали напети обезбеђујући ефикасно збрињавање, а нега на

крају живота постаје посебно тешка. Како стопе инфекције и смртности у таквим ситуацијама често врло брзо расту, сви здравствени системи су се све више ослањали на услуге примарне и специјалистичке палијативне неге.

Управо је пандемија Covid-19 многим здравственим и социјалним радницима обезбедила нове стресне или чак трауматичне ситуације, укључујући одлуке о расподели ресурса, суочавање са вишеструким смртним случајевима и страх од смрти или угрожавања сопствених породица. Отуда се палијативно збрињавање узима једнако важно као и друге интервенције примењиване у пандемији [13]; јер пружање палијативног збрињавања, управљање симптомима и болом, обезбеђивање удобности у умирању, духовна брига и пружање подршке здравственим тимовима, мора да буде део одговора на Covid-19.

Пандемија Covid-19 значајно је утицала на здравствени систем, посебно на пружаоце здравствених услуга као што су медицинске сестре, које морају да се придржавају строгих процедура и ефикасно управљају својим временом током својих смена. Међу најјачим интерним снагама у процесу пружања здравствене заштите у јединицама палијативног збрињавања током пандемије Covid-19 су правилна комуникација и сарадња са колегама и пацијентима, посвећеност послу, као и могућности за едукацију медицинских сестара. Као највећи изазови за смањење флукуације медицинских сестара у јединицама палијативног збрињавања су обезбеђивање адекватне прерасподеле сестринске радне снаге ради смањења обима посла, обезбеђивање квалитетне здравствене заштите, омогућавање веће аутономије у раду, обученост медицинских сестара, обезбеђивање адекватних ресурса за рад, пружање подршке и јасне повратне информације од руководиоца и колега, омогућавање адекватног одмора медицинским сестрама током и ван радног времена, промоција платних скала које одражавају сложеност и ниво одговорности посла и препознавање значаја рада медицинских сестара у заједници [13].

И поред дугих низ година и даље међу многим здравственим радницима постоји етичка дилема да ли је примерено над пацијентима у терминалним фазама болести вршити клиничка истраживања. С једне стране постоји много разлога за њихово укључивање. Оправдања таквих полазишта крећу од тога да недостају студије из ове области које би биле између осталог и полазна основа да се пацијентима у овој фази понуди оно што је за њих најбоље. Зато су таква истраживања, према њиховим схватањима, прекопотребна, с обзиром да не представљају велико оптерећење за пацијенте који имају право да у њима учествују, ако то желе. Става су и да учешћем у њима пацијенте мотивише да мисле позитивно и да се осећају кориснима.

С друге стране постоји и не тако мало чињеница које говоре против ове идеје. Суштина свима њима заснива се на ставу да је реч о таквим пацијентима који су сувише слаби, те да су преосетљиви и рањиви и да, заправо, нема потребе додатно их слабити. Такође, своје ставове темеље на чињеници да су досадашња искуства сасвим довољна за бригу о овим пацијентима, те да за њима нема потребе.

Нека од етичких питања указују да свака клиничка студија мора бити етички прихватљива и имати дозволу надлежног етичког комитета, чији је задатак да провери ризик по учеснике у односу на добробит за целокупно друштво. Осим овога њен задатак је и да утврди да ли је учесник добровољно пристао на учешће у студији, као и то да ли ће се са њим поступати на фер начин и у његовом најбољем интересу. Отуда је

неопходно да пре започињања сваке студије етички комитет потврди: • стручни дизајн студије; • да је укључивање учесника у студију правично и добровољно; • да студија штити живот, достојанство и приватност учесника.

Међу условима за учешће у једном таквом подухвату јесте да одабрани пацијент најпре буде компетентан и пунолетан (дакле сви пацијенти старији од 18 година). Након информисаности о истраживању, тј. циљевима студије, могућим позитивним исходима, могућим другим начинима лечења, пацијент даје своју добровољну и писану сагласност за учешће у студији, као део редовне процедуре [76, 77]. Према ставкама Хелсиншке декларације сваки учесник у истраживању мора бити упознат и са тим да има права да у сваком моменту одустане од учешћа у студији, без икаквих последица по даље лечење. Овде подсећамо да је Хелсиншка декларација, усвојена од стране *Светске медицинске асоцијације (WMA)*, заправо декларација о етичким принципима који се односе на медицинска истраживања која укључују људе, податке о њима и материјале хуманог порекла [78]. Из ње проистиче да је свако ко креира клиничке студије морално одговоран за заштиту пацијената од студија које нису у њиховом интересу.

1. 2. КВАЛИТЕТ ЖИВОТА У ПАЛИЈАТИВНОМ ЗБРИЊАВАЊУ

1. 2. 1. Квалитет живота - дефиниција и општи принципи

У многим високо развијеним земљама постепено се појављивала потреба за неопходношћу побољшања квалитета живота и квалитета збрињавања на крају живота. Дефиниција квалитета живота је мултидимензионалан концепт који повезује физичко, социјално, психолошко и емоционално функционисање.

Квалитет живота (енг. Quality of life QOL) се све више сматра идеалом модерне медицине са аспекта биопсихосоцијалног становишта. Иако се ради о нејасном и тешко дефинисаном појму, аутори из различитих области приступају овом концепту из перспективе својих интереса и циљева истраживања [79]. У складу са тим, дефиниција квалитета живота и начин на који се он користи такође варирају, па из ових разлога нема консензуса по питању дефиниције. Према Шалоху, сматра се да постоји преко 100 дефиниција [80]. За економисте квалитет живота је првенствено животни стандард мерљив објективним показатељима (нпр. висина дохотка, ступањ запослености, доступност материјалних богатстава, и сличне економске категорије); за психологе је то субјективни доживљај задовољства властитим животом; док рецимо за социологе подразумева повољне друштвене односе [79].

Прецизна дефиниција квалитета живота почиње да се појављује 50-их година 20. века, и то најпре међу социолозима и психолозима. На овај концепт се гледало у једном ширем опсегу узимајући у обзир целокупну популацију (односно здраво становништво), чији је средиште проблема истраживање доживљаја (перцепције) општег доброг осећања (енг. well-being) које је својствено сваком појединцу [19]. У пољу медицине најпре се појављује 1975. године када се у одељку филозофије уводи у Index Medicus; да би се две године касније појавио као посебна кључна реч. Од тада, у научној јавности, почиње све веће интересовање за изучавањем квалитета живота у медицини, посебно у хроничним болестима, што је и довело нешто касније до увођења термина „здравствено условљеног квалитета живота“ или квалитета живота повезаног са здрављем (енг. – health-related quality of life). Од тада овај појам званично и добија име - који означава субјективан однос болесника према властитој болести, њеном лечењу и животу уопште [81].

Иако је уложено доста рада и научног труда да би се дошло до једне јединствене дефиниције квалитета живота, до дана данашњег се до ње није дошло. Свакако овде треба издвојити иницијативу Групе за квалитет живота Светске здравствене организације, која је 1994. године дала своју дефиницију квалитета живота која се најчешће користи: „Квалитет живота представља перцепцију властите животне позиције од стране појединца у контексту културе и вредносног система у којем живи, а у вези је и са његовим циљевима, очекивањима, стандардима и интересовањима“ [82].

1. 2. 2. Квалитет живота у контексту палијативног збрињавања

Иако квалитет живота у медицини има различито значење за различите индивидуе, већина истраживача и клиничара се слаже да је квалитет живота нераскидиво везан са симптомима, функционисањем, психолошким благостањем, али и у мањој мери са смислом и испуњеношћу (егзистенцијална и духовна питања). Управо овакав мултидимензионални концепт орјентисан према здрављу назван је здравствено условљеним квалитетом живота (ЗУКЖ) [83-85].

Оно што је нагласак у овом одељку односи се на чињеницу да се квалитет живота представља као централни концепт у палијативном збрињавању. Данас када се

спомене палијативно збрињавање, истовремено се помисли и на квалитет живота, али и на духовност, губитак и туговање, укљученост породице, као и борбу са болешћу. Због уског спектра најчешће коришћених инструмената за мерење ЗУКЖ, који укључује само физичке, психолошке и социјалне аспекте живота пацијента, често су били предмет критике. У том контексту оно што би требало мерити у палијативном збрињавању подразумева конструкцију која треба да одражава специфичне циљеве палијативног збрињавања, попут оптимизације квалитета живота пре смрти, контроле симптома болести и подршке породици [86]; али и смисао, сврха, духовност и туговање [87, 88]. Дакле, онда када желимо да проценимо палијативно збрињавање и његов квалитет, потребно је да узмемо у обзир квалитет живота, као један од најважнијих исхода, заједно са задовољством збрињавања и квалитетом смрти и умирања [19].

Могу се издвојити неке одређене специфичности палијативног збрињавања:

- често се погрешно дефинише субјект палијативног збрињавања, поготово ако се полази од тога да савремена дефиниција палијативног збрињавања мора и треба да започне врло рано, идеално од тренутка када је постављена дијагноза болести која угрожава живот. У односу на то пацијенти могу имати различиту очекивану дужину живота, од оне која се мери већим бројем месеци (евентуално и годинама), па до оне када је процењена дужина живота свега пар недеља тј. када је смрт извесна [19]. У том смислу предложена је подела на: 1) примарну палијацију када је очекивано преживљавање дуже од 6 месеци а КПС 70-90; 2) рану палијацију када је очекивано преживљавање 2-3 месеца а КПС 50-60; 3) касну палијацију када је очекивано преживљавање 1 месец а КПС 20-40; и 4) непосредно умируће пацијенте са очекиваном дужином живота од 1-2 недеље и КПС 10. Поред ове разлике, пацијенти се разликују и по типу основне болести, нивоу и врсти симптоматологије, као и видовима примењиваног лечења, што све може имати велики утицај на квалитет живота [89].
- потребно је ради прикупљања свих информација које су неопходне за процену квалитета живота у периоду завршетка живота, поготово у ситуацијама када постоји могућност да болесници више нису способни, било због нарушеног општег стања или когнитивних поремећаја (нпр. деменције), размотрити улогу „заступника“ (енгл. – проху), који ће учествовати у уобичајеним процедурама испитивања квалитета живота (попут: попуњавања упитника, итд.). Врло често у литератури која се бави квалитетом живота, могу се наћи критике оваквог начина долажења до података (било да је реч о члановима породице или друге блиске особе које брину о болеснику, или о неком ко професионално учествује у збрињавању пацијената попут лекара, медицинских сестара,...). Насупрот томе, по правилу се радије приоритет и предност даје процени квалитета живота директним испитивањем пацијента, као највалиднијем начину за сакупљање података који су по својој природи субјективни. Оправдање за такве ставове потврђују се у литератури и по томе што [90-93]:
- здравствени радници показују тенденцију да прецене анксиозност, депресију
- психолошки дистрес пацијента;
- степен подударања између здравствених радника и пацијената је већи у одсуству дистреса него у његовом присуству;
- бол и други симптоми су често потцењени;

- оцене заступника су изгледа тачније када су у питању конкретни домени подложни опсервацији.
- постоје врло мало истраживања квалитета живота умирућих пацијената, и као чести разлози за то наводе се недостатак пажње која се посвећује умирућим особама и процесу умирања уопште, али и методолошким проблемима који прате овакву врсту процењивања (везани, пре свега, за биолошке процесе у организму оног ко се приближава смрти, као и на губитак когнитивних способности које умањују могућност да се од пацијента добију субјективни подаци).

Управо због тога што палијативно збрињавање у себи, између осталог, обухвата и подршку члановима породице који негују умирућег болесника у кућним условима, постоје препоруке које указују на то да да би инструменти требало да мере исходе који су орјентисани и ка пацијенту и ка члановима породице, клинички значајни, административно изводљиви и психометријски адекватни [94]. Таква врста процене орјентисана ка пацијенту надовезује се на стратегију осмишљену за процену квалитета живота пацијената у ранијим стадијумима болести, фокусирану на контролу симптома и смањење оптерећења пацијента. Додатно је неопходно укључити и духовна и егзистенцијална питања, као и перцепцију чланова породице о квалитету пруженог збрињавања. Отуда се као исходи квалитета смрти узима задовољство породице, квалитет живота, туговање [19]. Нажалост у литератури још увек није постигнут консензус нити у вези са садржајем нити у вези са типом инструмената у циљу процене различитих аспеката и модела збрињавања [95-97].

1. 2. 3. Модалитети квалитета живота

Главни исходи на основу којих процењујемо палијативно збрињавање, су квалитет живота, задовољство збрињавањем (болесника и чланова породице) и квалитет умирања. У складу са Калмановом теоријом ове категорије су у обрнутом односу према дискрепанци између очекивања и искуства. Што је разлика између њих мања, квалитет живота је бољи, па отуда они могу да мењају измерени квалитет живота, квалитет збрињавања или задовољство. С обзиром да је прогресивна болест динамички концепт, врло често се током њеног трајања мењају, како очекивања, тако и искуства пацијента. Постоје мишљења од стране клиничара и истраживача да често људи, када се врше поновљена мерења квалитета живота, показују тенденцију да занемаре или чак игноришу феномен промене начина одговора (engl. - 'response shift' phenomenon), а да се обично као разлог за то што људи мењају своје унутрашње стандарде или концептуализацију квалитета живота види као одговор на промене које доживљавају у свом здрављу [98]. У том контексту се потврђују ставови који на квалитет живота гледају као константна, а не као промењлива категорија [99]. Од појединца до појединца постоје разлике у перцепцији и значењу здравља, те током времена се мења тај доживљај. Често се квалитет живота процењује поређењем властитих очекивања са властитим искуствима; што може имати значајне импликације на мерење и употребу квалитета живота, као индикатора потребе за неком врстом лечења, али и одређеног исхода збрињавања [19].

С обзиром да се при мерењу квалитета живота сумирају процене и судови које појединци формирају како би описали своје искуство са здрављем и болешћу, ипак се тада не узима у обзир начин на који појединци формирају судове. Разумети како здравље, болест и медицинске интервенције утичу на квалитет живота, врло често помаже да се открију прави путеви на основу којих је могуће утицати на побољшање квалитета живота. Зато је примарни циљ лечења у хроничним болестима и палијативно

збрињавање побољшање квалитета живота, смањивањем утицаја болести. Међутим, у мерењу, врло често добијамо контрадикторне резултате, с обзиром да понекад и пацијенти са тешким болестима свој квалитет живота не процењује као лош. Зато однос између симптома и квалитета живота није нити једноставан нити директан. Разматрање квалитета живота као дискрепанце између очекивања и искустава обезбеђује начин да се објасни како се врши његово процењивање [100].

Треба указати на то да је веома комплексно објаснити свој свакодневни живот, те се врло често то омогућује уз примену сета стабилних претпоставки и очекивања. Ово посебно добија на значају с обзиром да пацијенти имају очекивања у вези са начином на који ће бити лечени, количином бола коју ће болест да проузрокује, али и колико ће лечење да буде делотворно [101].

Када је у питању мерење квалитета живота, могу се издвојити три врсте проблема. *Прво*, пацијенти имају различита очекивања која произилазе из њихових претходних искустава; често су специфична, и у вези су са разликама у социјалним, психолошким, социјално-економским, демографским и културним факторима. Постоје истраживања која наглашавају да њихова очекивања у вези са квалитетом живота су у тесној вези са њиховим окружењем, често унутар хоризоната својих сопствених могућности које виде за себе и који су зато фундаменталне компоненте њиховог идентитета [19]. Хоризонти о којима је реч одређени су факторима попут социјалне класе, узраста, пола, етничке групе, сексуалности, инвалидитета, итд. Међутим постојећи инструменти за мерење квалитета живота не узимају у обзир очекивања у вези са здрављем – они не укључују границе унутар којих се могу мерити нивои очекивања и искуства. Други проблем наглашава да величина утицаја на квалитет живота зависи од тога када је мерење извршено. Међутим, чак и онда када се квалитет живота мери у једнаким временским интервалима, или након једнаког трајања неког вида лечења свим пацијентима, то ипак могу бити различите тачке на њиховим путањама болести, с обзиром да је начин реаговања на болест изразито индивидуална, те не постоје стандардне шеме коју следе сви пацијенти. *Трећи* проблем полази од тога да је искуство динамично и да мења очекивања, што је резултат инхерентне нестабилности у значењу квалитета живота. Овај проблем „измењеног одговора“ се још више компликује када се мерења понављају [102].

1. 3. ЗАДОВОЉСТВА ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ

1. 3. 1. Задовољство послом здравствених радника

Задовољство послом представља емоционалну реакцију на посао који особа обавља [103]. Врло често на њега утичу економске и социолошке категорије и индикатори мотивације запослених и радно окружење [104]. Колико је битно утврдити задовољство послом говори чињеница да се помоћу њега може предвидети будуће понашање запослених [105]. Задовољство послом који обавља здравствени радник, здравствени сарадник или немедицински радник дефинише се као позитивна емоционална реакција и оно утиче на већу продуктивност, веће задовољство самих корисника, мањи апсентизам, као и на мању вероватноћу промене радног места односно радне организације [106-108]. Реч је о субјективној категорији која представља личну перцепцију запосленог у којој мери су задовољена његова очекивања од посла којим се бави, и као такво, сигурно да је подложно укупном осећању мањег задовољства како због економске нестабилности, тако и несигурности времена у коме се налазимо. С обзиром на то да постоји значајан утицај који задовољство послом има на читаву установу, неопходно је настојати да радници исте буду задовољни и испуњени послом који обављају.

Задовољство послом здравствених радника има велики утицај на квалитет, ефикасност обављеног посла, на величину трошкова који се издвајају за здравство, али је и директно повезано са одсуствовањем са посла, међуљудским односима и организацијом посла [109-111]. Здравствени радници су под повећаним ризиком за професионално незадовољство, пре свега због стреса, сагоревања на послу (тзв. burnout) и рада по сменама којима су свакодневно изложени [112, 113].

Радно окружење у здравственим установама је сложена, мултифакторска појава која директно утиче на квалитет здравствених услуга за пружаоце и примаоце [114]. Изгарање је чест проблем међу здравственим радницима у здравственом сектору. Висок ниво захтева за послом, дуго радно време, низак ниво контроле посла и лош баланс између пословног и приватног живота су неки од фактора који доприносе сагоревању у здравственим установама [115].

Један од најважнијих циљева менаџмента је стварање позитивне и подстицајне психосоцијалне климе у установи како би запослени радо, спремно и квалитетно обављали свој посао. Индикатори неадекватног психосоцијалног радног окружења су лоше материјално стање запослених, неадекватна безбедност на раду, неадекватна комуникација на радном месту, лоши услови рада, тешка физичка и психичка оптерећења, постојање психосоматских обољења међу запосленима, честа одсуства са посла [116, 117].

Фактори који позитивно утичу на психосоцијалне аспекте рада у свакој здравственој установи су адекватни захтеви за рад, поуздано и поштено радно окружење, поверење у колеге и руководиоце, перцепција правде, поштовање и социјална укљученост, као и вредновање значаја рада медицинске сестре [118, 119].

Квалитетно руковођење, повратне информације од менаџера и подршка колега су важни аспекти задовољства послом, јер доприносе перцепцији медицинских сестара о припадности тиму. То последично доводи до перцепције мањег физичког напора на послу, мањег интензитета динамике рада, мањег осећања неправде и мањих појава конфликта унутар тима [114].

Интервенције за смањење стреса здравствених радника на радном месту првенствено се односе на стварање оптималне психосоцијалне климе. То укључује

активно учешће здравствених радника у доношењу одлука о својим радним задацима у погледу садржаја и услова рада, избор метода, задатака и времена за њихово обављање, пружање могућности за напредовање, сагледавање значаја и значаја посла, приврженост радном месту, јасну и отворену комуникацију између колега и надређених и постојање јасних нивоа одговорности. Овакав тип организације и атмосфере треба да доведе до повећања капацитета за иновације међу запосленима, као и коришћења алата за генерисање оригиналних и вредних идеја и примену тих идеја у пракси [120]. Ово се може постићи само ако се запослени оснаже, подрже и дају независност на послу [121, 122].

Док су у литератури присутнија и актуелнија истраживања задовољства болесника пружањем здравствених услуга [123, 124]; дотле су много ређа она чији је акценат на истраживању задовољства запослених у здравственом систему условима на послу, без обзира што се стално истиче да су управо они носиоци здравствене заштите [125, 126].

Постоје и виђења појединих учесника истраживања у којима се мерио квалитет и задовољство послом, да се често тако добијени резултати не сагледавају од стране руководства установе, с обзиром да нема никаквих позитивних помака у решавању постојећих проблема. Отуда су, оваква мишљења, довела у питање сврху постојања истих. Да би се то превазишло неопходно је да се комисија за квалитет озбиљније позабави анализом тако добијених резултата, како би му користила за побољшање и унапређење квалитета рада, унапређење едукације, обезбеђивање нове опреме, побољшање организације рада, али и побољшање хоризонталне и вертикалне сарадње.

1. 3. 2. Задовољство послом у условима Covid-19 пандемије

Вирус је узрок скоро потпуне промене рутине и уобичајеног ритма живота свих људи, измењених навика и препланираних планова. Изменио је идентитет; променио понашања; изменио уобичајне начине комуницирања; смањιο скоро све врсте активности; унео промене у породичном животу, начину на који проводимо време. Корона је променила наш начин размишљања, скрећући нам пажњу на све оно што је у животу заиста битно, а што често запостављамо" [127]. Питање које се намеће је какве ће последице пандемија која је захватила данашњи светски поредак имати по човечанство?! Оно се данас налази на прекретници, у „тренутку који мења смер будућности“; те ће се сигурно поново вредновати важност здравствених система.

Пандемија Covid-19 истакла је да недостатак ресурса, мотивације, организације рада, задовољства послом, као и присуство стреса и радних изазова утичу на здравствене раднике, посебно на медицинске сестре/техничаре. Током пандемије Covid-19, здравствене јединице су се суочиле са додатним изазовима као што су недостатак личне заштитне опреме, повећан обим посла због већег броја пацијената и страх од инфекције [128].

Палијативно збрињавање је захтевна и емоционално изазовна област, која захтева од медицинских сестара да раде са пацијентима који су озбиљно болесни и који се често приближавају терминалном стадијуму болести, а утврђено је да ова позиција утиче на задовољство послом [129]. Подсећамо да је палијативно збрињавање такав вид људског права које треба да имају сви онколошки и геријатријски пацијенти у терминалној фази болести како би се смањила њихова патња и очувало достојанство. Да би се обезбедио континуитет неге, развијено је управљање случајевима на палијативним одељењима за пацијенте са сложеним захтевима неге, као интегративни

део палијативног збрињавања. Он се састоји од процене, планирања, имплементације, координације, праћења и евалуације здравствених услуга и користи се дуги низ година у психијатрији и геријатрији [130]. Постоје различити резултати истраживања о његовој ефикасности, моделима и варијацијама у управљању случајевима [131]; али је врло тешко упоредити студије због различитих истраживачких метода и исхода, и нејасних описа управљања случајевима [132-134]. Због тога је неопходно проучити управљање палијативним збрињавањем у болници током пандемије Covid-19, посебно за медицинске сестре које су изложене времену и обавезним процедурама током својих смена.

Искуство које поседујемо током пандемије Covid-19 говори да медицинске сестре у јединицама за палијативно збрињавање највише цене адекватну комуникацију са колегама и добру сарадњу са пацијентима, што указује на то да су задовољне природом посла који обављају. Међутим, за њихово задовољство послом много су важнији обезбеђење средстава у здравственој установи (спољни фактори) [135], спровођење адекватних мера против Covid-19 и одговарајућа новчана надокнада, што је у складу, и са потврдом у другим истраживањима [136-140].

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА, ПРЕДМЕТ И ХИПОТЕЗЕ

2. 1. Циљ рада

1. Испитати квалитет живота пацијената који су смештени на одељењима палијативног збрињавања.
2. Анализирати утицај демографских, социјално-економских и клиничких фактора на квалитет живота пацијената који се налазе на одељењима палијативног збрињавања.
3. Проценити и испитати присуство депресивности код пацијената смештених на одељењима палијативног збрињавања.
4. Утврдити степен резилијентности код медицинских техничара запослених на одељењима палијативног збрињавања.
5. Евалуирати степен задовољства послом медицинских техничара запослених на одељењима палијативног збрињавања.
6. Испитати повезаност између степена резилијентности медицинских техничара радно ангажованих на одељењима палијативног збрињавања и степена њиховог задовољства радом.

2. 2. Хипотезе

1. Квалитет живота пацијената смештених на одељењима палијативног збрињавања је задовољавајући.
2. Утицај демографских, социоекономских и клиничких фактора на квалитет живота болесника који се налазе на одељењима палијативног збрињавања је значајан.
3. Присутан је значајан степен депресивности код пацијената смештених на одељењима палијативног збрињавања.
4. Присутан је различити степен резилијентности међу запосленим здравственим радницима на одељењима палијативног збрињавања .
5. Задовољство међу запосленим здравственим радницима на одељењима палијативног збрињавања разликује се у односу на релевантне анализирани демографске и социоекономске карактеристике.
6. Степен резилијентности медицинских техничара запослених на одељењима палијативног збрињавања корелира са степеном њиховог задовољства послом који обављају.

3. МЕТОД И МАТЕРИЈАЛ ИСТРАЖИВАЊА

3. 1. Врста студије и време истраживања

Истраживање припада групи опсервационих студија, односно студији пресека и спроведено је у периоду септембар-октобар 2022. године.

3. 2. Популација која се истражује

Према планираном дизајну, студија има два узорка. Први узорак у студији обухватио је здравствене раднике, односно медицинске сестре/техничаре који пружају услуге здравствене неге на одељењима палијативног збрињавања, док су други узорак сачињавали пацијенти смештени на одељењима за палијативно збрињавање.

Укључујући критеријуми за студију били су:

- старост испитаника ≥ 18 година,
- сагласност за учешће у студији и потписан информисани пристанак.

Искључујући критеријуми за студију били су:

- присуство психијатријских поремећаја,
- присуство когнитивних поремећаја,
- одбијање учешћа у студији,
- постојање објективног разлога који спречава кандидата да учествују у студији.

3. 3. Узорковање

Студијски узорак је формиран по принципу тзв. згодног узорка, односно истраживањем су обухваћени сви здравствени радници који су запослени у здравственим установама у којима се радило истраживање, као и сви пацијенти на палијативном збрињавању који су испуњавали укључујуће критеријуме, а желели су да учествују у истраживању.

Укључивање испитаника у истраживање је вршено сукцесивно, од првог дана истраживања па на даље, све док није достигнут адекватан број испитаника за узорак медицинских сестара/техничара и за узорак пацијената, што је дефинисано израчунавањем величине узорка за ово истраживање.

Истраживање је спроведено у две здравствене установе у Београду које имају одељења за палијативно збрињавање: КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“. Пре почетка истраживања писаним путем је добијена дозвола Етичких комитета одабраних здравствених установа да се у њиховим установама спроведе анкета циљане популације. После добијања сагласности, уследило је анкетање. Испитаници су били укључени у студију после потписивања формулара информисаног пристанка уз пуну обавештеност. Истраживачи су били у обавези да учесницима истраживања дају штампани документ који ће их информисати о сврси и циљевима истраживања, о правима испитаника, као и о томе где и како могу да доставе жалбе/примедбе, ако процене да су им права на било који начин угрожена. Укључивање испитаника спроведено је сукцесивно од првог дана студије, па на даље, до дана када је постигнут укупан број испитаника сходно прорачуну величине студијског узорка.

Етички стандарди истраживања усаглашени су са међународном (Хелсиншка декларација) и специфичном легислативом наше земље. У циљу поштовања

приватности субјекта истраживања и поверљивости информација предузети су сви неопходни кораци у складу са Законом о заштити података о личности („Сл. Гласник РС“, бр. 97/08, 104/09), Законом о званичној статистици („Сл. Гласник РС“, бр. 104/09) и директивом Европског парламента о заштити личности у вези са личним подацима (Directive 95/46/EC).

3. 4. Варијабле које се мере у студији

Зависна варијабла у истраживању је у популацији здравствених радника задовољство послом у установама за палијативну негу као и степен резилентности, док је у популацији пацијената на палијативном збрињавању то квалитет живота пацијената и степен депресивности.

Независне варијабле у истраживању су: демографске, социо-економске карактеристике и за здравствене раднике и за пацијенте, али и клиничке карактеристике за узорак пацијената: подаци о основној болести због које је пацијент на одељењу палијативног збрињавања, породична анамнеза, постојање других хроничних болести поред основне болести, информације о прележаном Covid-19, информације о томе да ли су пацијенти за време пандемије могли несметано да посећују изабраног лекара одређене специјалности (онколог, неуролог, интерниста...); да ли су за време пандемије могли редовно да набављају прописану онколошку терапију, како су за време пандемије набављали лекове за супримирање јаких болова, да ли су за време пандемије могли да буду смештени на одељењу палијативног збрињавања.

Од демографских и социо-економских карактеристика праћене су следеће варијабле за пацијенте који су на палијативном збрињавању: пол, старост у тренутку испитивања, старост у тренутку постављања дијагнозе, место боравка (село/град), занимање, економски статус, брачни статус, религијска и етничка припадност. Према степену образовања болесници су разврстани у следеће категорије: 1) без школе и са основном школом, 2) са средњим степеном образовања, 3) са вишим и високим степеном образовања. Економски статус је праћен на основу просечних месечних примања по члану домаћинства: до 10.000 динара, од 10 до 20.000 динара, од 20 до 50.000 динара и преко 50.000 динара.

Од демографских и социо-економских карактеристика здравствених радника праћене су следеће варијабле: пол, старост, место боравка (село/град), економски статус, брачни статус, религијска и етничка припадност. Општим упитником ће се од медицинских радника добити подаци о годинама радног стажа, степену образовања, броју радних јединица у току досадашњег стажа, али и број година рада у јединицама за палијативну негу.

3. 5. Инструменти истраживања

Као инструмент истраживања коришћени су анкетни упитници: Упитник о задовољству медицинских сестара радом на одељењу палијативног збрињавања, као и Упитник о резилентности (Brief Resilience Scale) (дати у прилогу тезе).

У истраживању је за процену задовољства здравствених радника на одељењу за палијативну негу коришћена анонимна анкета дефинисана од стране Републичке Комисије за квалитет Министарства здравља Републике Србије. Анкета се састоји од 11 питања, од којих је прво имало 13 потпитања (13 аспеката задовољства послом), питање број 2 се односило на психофизичку исцрпљеност, а питање број 5 на укупно задовољство послом. Питања су оцењивана петостепеном Ликертовом скалом, од „веома задовољан“ до „веома незадовољан“ (за питање бр 1 и бр 5), и од „не“ до „да,

увек“ за питање број 2. Питање број три се односи на задовољство послом пре пет година и данас, и понуђена су три одговора. Питање број 4 се односи на могућу промену посла и понуђене су 4 опције. Питања од 6 до 11 су везана за демографске карактеристике испитаника. За потребе овог истраживања, анкета је допуњена питањима која се односе на пол, старост, дужину радног стажа и степен образовања испитаника, као и број организационих јединица у којима су обављали здравствену делатност.

За процену степена резилијентности медицинских сестара/техничара коришћена је Кратка скала резилијентности (Brief Resilience Scale - BRS). Скала се састоји од три позитивне и три негативне тврдње, које се оцењују (1 - „уопште се не слажем“, 2 - „не слажем се“, 3 - „немам мишљење“, 4 - „слажем се“, 5 - „потпуно се слажем“). Свих шест се односи на способност појединца да се одупру стресним догађајима. Развијање скале контролисано је протективним факторима како би се добила поуздана мера отпорности. Скала је слободна за коришћење без надокнаде. Скоровање се врши тако што се саберу појединачни бодови за свако питање на скали, а затим се добијен резултат подели са шест [141].

Упитници за пацијенте на палијативном збрињавању подразумевају упитнике за процену квалитета живота пацијената.

Квалитет живота пацијената на одељењу за палијативну негу биће мерен помоћу три упитника: SF-36 (engl. – Medical Outcomes 36-item Short Form Health Survey), EORTC QLQ-C30 (engl. – Quality of Life Questionnaire of the European Organisation for Treatment of Cancer) и EQ-5D инструмента. Поред квалитета живота у оквиру клиничких карактеристика мерена је депресивност помоћу специфичног упитника, *Бекове скале за процену депресивности* (engl. – Beck Depression Inventory). Сви упитници који су наведени доступни су на српском језику и могу се користити у непрофитним, академским истраживањима без посебне дозволе од стране аутора и издавача.

SF-36 је генерички вишедимензионални упитник за процену квалитета живота који је валидиран у различитим географским подручјима, а евалуација психометријских карактеристика углавном је вршена у општој америчкој популацији, као и код америчких пацијената са најчешћим соматским и менталним обољењима. Овај упитник који испитаници сами попуњавају садржи 8 скала за процену физичког функционисања (PF), обављања дужности (RF), бола (BP), општег здравља (GH), виталности (V), социјалног функционисања (SF), емоционалног функционисања и обављања дужности (EF), и менталног функционисања (MH). На основу ових 8 скала конструиране су и две сумарне скале којима се добија композитни скор физичког функционисања (PCS) и композитни скор менталног функционисања (MCS), као и укупни скор квалитета живота (TOTAL). Иако постоји преклапање између ове две сумарне (збирне) скале, уопштено композитни скор физичког функционисања повезан је са PF, RF, BP и GH скалом док композитни скор менталног функционисања преодминантно обухвата V, SF, RE и MH. Скорови остварени на овим скалама трансформишу се линеарно у скалу са вредностима од 0 (најгоре могуће здравље) до 100 (најбоље могуће здравље). Скорови добијени на субскалама као и сумарни скорови рачунају се применом препоручених алгоритама.

EORTC QLQ C-30 упитник је креиран и патентиран од стране чланова EORTC-а тима примарно за потребе клиничких студија да би временом доживео експанзију употребе у клиничкој пракси. Проверена психометријска својста чине овај упитник јако функционалним средством у клиничким истраживањима [142].

Структура упитника је следећа:

а) Пет функционалних скала: физичко функционисање (5 питања); обављање дужности (2 питања); когнитивно функционисање (2 питања); емоционално функционисање (4 питања); социјално функционисање (2 питања);

б) Три симптомске скале: замор (3 питања); мучнина/повраћање (2 питања); бол (2 питања);

в) Шест појединачних питања: опстипација; дијареја; несаница, диспнеја; апетит; финансијске тешкоће;

д) једна скала за процену укупног квалитета живота (2 питања).

Овај упитник, као и SF-36, заснива се на употреби Ликертовог метода сумационих скала у оквиру којег се одговори, на питања која чине скалу, једноставно сабирају. Након израчунавања сировог скорa и његове линеарне трансформације за сваку скалу се добија једна нумеричка вредност од 0 до 100. Свако питање градуирано је на линеарној скали, која садржи 3 до 7 градација интензитета. Питања EORTC упитника углавном су градуирана на четворостепеној скали и имају понуђене одговоре: нимало, мало, прилично и врло много. Ликертове скале су мултидимензионалне, тј. њима се мери више аспеката (димензија) нечијег односа према једном објекту, а свако питање се односи на један аспект [143].

Српска верзија упитника EQ-5D [144] је коришћена као инструмент процене квалитета живота. При томе, вредности оцене појединих домена ће се конвертовати у скор квалитета живота, од 0 до 1, према табели мапирања. Реч је о стандардизованом упитнику који процењује пет области квалитета живота: покретљивост, брига о себи, свакодневне активности, расположење, бол/нелагодност. EQ 5D укључује и скалу налик на топломер, где испитаник процењује сопствено здравствено стање оценама од 0 (најлошији квалитет) до 100 (најбољи квалитет).

Код свих испитаника за процену присуства симптома депресивности коришћена је српска верзија Бекове скале депресивности (Beck's Depression Inventory - BDI) (145) која обухвата 21 питање и дизајнирана је као инструмент који пацијенти сами попуњавају. Тумачење резултата скорa је према следећој препоруци аутора: скор 0-11 означава одсуство депресије, 11-17 присуство благе депресије, 18-23 присуство умерене депресије и више од 24 присуство тешке депресије.

3. 6. Снага студије и величина узорка

Употребом статистичког програма G*Power 3.1. за Independent samples T test уз прихваћене вредности вероватноће грешке првог типа $\alpha=0,05$, и снагу студије од 0,95, укупна величина узорка процењена је на минимум 200 испитаника при чему је израчунато да је потребно да студијски узорак сачињавају минимум 47 медицинских сестара/ техничара и минимум 153 пацијента у палијативним центрима. Величина узорка је израчуната према подацима студије сличног дизајна [146], полазећи од вредности EORTC QLQ-C30 скорa за домен емоционалног и когнитивног функционисања, 0.42 и 0.40 респективно за узорак пацијената и од студије [147] у којој је просечна вредност скорa резилијентности за здравствене раднике износила 13.9 ± 3.1 .

3. 7. Статистичка обрада података

Добијени подаци у спроведеном истраживању статистички су обрађивани методама дескриптивне и инференцијалне статистике. Измерене вредности континуланих варијабли су презентоване као средња вредност \pm SD, док су категоријске варијабле представљене процентуалном заступљеношћу.

Испитивање статистички значајне разлике категоријских варијабли је вршено ХИ-квадрат (χ^2) тестом, а за интензитет везе коришћен је коефицијент контигенције (CC).

Статистички значајним су се сматрале вредности резултата нулте хипотезе које су мање од 5% ($p < 0.05$).

Сви статистички прорачуни су вршени помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 24.0. (Statistical Package for Social Sciences software (SPSS Inc, version 24.0, Chicago, IL)). Резултати студије су приказани табеларно и графички у зависности од врсте обележја.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4. 1. Социјално-демографске карактеристике пацијената на палијативном збрињавању

Анализа социјално-демографских карактеристика 154 пацијената и пацијенткиња који су били хоспитализовани на одељењима палијативне неге, колико је учествовало у истраживању (упитник бр. 1 у Прилогу) показује да је нешто више анкетираних особа женског пола (78, одн. 50,6%) него мушког (76, одн. 49,4%). Животно доба анкетираних се кретало од 22 до 87 година, а њихова просечна старост је 68,8 година, с тим што је просечна старост мушкараца 68,9 година, а жена 68,7 година (Табела бр. 3). Највећи број испитаника живи у граду (њих 116, одн. 75,3%), у приградском насељу живи 24, одн. 15,6%, а у селу 14, одн. 9,1% испитаника.

Табела бр.3: Социјално демографске карактеристике испитаника истраживања

Варијабла	Сви испитаници (n=154)	Мушкарци (n=76)	Жене (n= 78)
Године живота	68,8	68,9	68,7
Ниво образовања, n (%)			
<i>Основна школа</i>	20 (13%)	12 (15,8%)	8 (10,3%)
<i>Средња школа</i>	62 (40,3%)	32 (42,1%)	30 (38,5%)
<i>Виша и висока струковна школа</i>	37 (24,0%)	13 (17,1%)	24 (30,5%)
<i>Академске студије (факултет)</i>	30 (19,5%)	18 (23,7%)	12 (15,4%)
<i>Постдипломске студије</i>	3 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (2,6%)
Брачни статус, n (%)			
<i>Брачна/ванбрачна заједница</i>	101 (65,2%)	54 (71,1%)	47 (60,3%)
<i>Сингл/Разведен(а)/Удовац(ца)</i>	53 (34,4%)	22 (28,9%)	31 (39,7%)
Живот у заједници, n (%)			
<i>Живи са супружником</i>	46 (29,9%)	22 (28,9%)	24 (30,8%)
<i>Живи сам-а</i>	16 (10,4%)	11 (14,5%)	5 (6,4%)
<i>Живи са децом</i>	30 (19,5%)	7 (9,2%)	23 (29,5%)
<i>Живи са супружником и децом</i>	47 (30,5%)	28 (36,8%)	19 (24,4%)
<i>Живи са родитељима</i>	3 (1,9%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)
<i>Живи са неговатељем</i>	5 (3,2%)	2 (2,6%)	3 (3,8%)
Запосленост, n (%)			
<i>Пензионер(и)</i>	106 (68,8%)	54 (71,1%)	52 (66,7%)
<i>Стално запослен</i>	32 (20,8%)	16 (21,1%)	16 (20,5%)
<i>Незапослен</i>	11 (7,1%)	3 (3,9%)	8 (10,3%)
<i>Остало</i>	5 (3,2%)	3 (3,9%)	2 (2,6%)
Месечна примања испитаника, n (%)			
<i>Мања од 10.000 динара</i>	14 (9,1%)	7 (9,2%)	7 (9,0%)
<i>Од 10.000 до 20.000 динара</i>	32 (20,8%)	14 (18,4%)	18 (23,1%)
<i>Од 20.000 до 50.000 динара</i>	75 (48,7%)	36 (47,4%)	39 (50,0%)
<i>Више од 50.000 динара</i>	33 (21,4%)	19 (25,0%)	14 (17,9%)

Највише испитаника је у брачној (98, њих 63,6% испитаника), а најмањи део анкетираних живи у ванбрачној заједници (3, одн. 1,9% испитаника). Нежењених, одн. неудатих је 14 (9,1%). Удовци и удовице су били заступљени у броју од 28, одн. 18,2% испитаника. Највећи број испитаника живи са супружником (46, одн. 29,9%), док 16, одн. 10,4% испитаника живи у самачком домаћинству, 30 испитаника (19,5%) живи са децом, док 47, одн. 30,5% живи са супружником и децом, са родитељима живи 3 (1,9%) испитаника и са неговатељем живи 5 (3,2%) испитаника (видети: Табела бр. 3).

Највећи број испитаника је са средњом школом (њих 62, одн. 40,3%), док је скоро четвртина њих са завршеном вишом или струковном школом (37, одн. 24,0% испитаника), факултетско образовање има њих 30, одн. 19,5%, а 20, одн. 13,0%

испитаника је са завршеном основном школом и 3, одн. 1,9% испитаника је завршило постдипломске студије (Табела бр. 3).

Што се тиче запослености испитаника, нешто више од две трећине испитаника су пензионери (106, одн. 68,8%), око једне петине испитаника има сталан посао (32, одн. 20,8%). Незапослени чине 11, одн. 7,1% анкетираних, док најмањи број чине они испитаници који се воде под остало (5, одн. 3,2%) (Табела бр. 3).

Скоро половина анкетираних (75, одн. 48,7%) има месечна примања од 20.000 до 50.000 динара, док нешто више од по петине испитаника (33, одн. 21,4%) има месечна примања преко 50.000 динара, и 32, одн. 20,8% има месечна примања од 10.000 до 20.000 динара и 14, одн. 9,1% испитаника има месечна примања мања од 10.000 динара (Табела бр. 3).

Детаљнијом анализом социјално-демографских и карактеристика испитаника у вези здравља уочава се да свега 21,4% испитаника има приходе изнад 50.000,00 динара, и то су углавном они који живе у брачној или ванбрачној заједници (Табела А1 у Прилогу) и они који су високошколски образовани (Табела А2 у Прилогу), да у селу не живи ни један испитаник који има високошколско образовање (Табела А2 у Прилогу), да су у време Covid-19 пандемије најлакше набављали терапију они испитаници који имају високошколско образовање (Табела А2 у Прилогу), најмању могућност смештаја на одељењу палијативног збрињавања за време пандемије имали су испитаници са завршеном средњом школом (Табела А2 у Прилогу), да примања изнад 50.000 динара месечно имају у значајној већини испитаници мушког пола (Табела А3 у Прилогу). У заједници живи 133 испитаника (86,4%), а од тога са “са супружником” 47 (35,3%), децом” 30 (22,6%), “супружником и децом” 47 (35,3%), “родитељима” 3 (2,3%), “друго” 6 (4,5%). Сам живи укупно 21 испитаник (13,6%) и од тога: “сам” 16 (28,6%) и “са неговатељем” 5 (23,8%) (Табела А4 у Прилогу).

Што се тиче података о болести анкетираних, највећи број испитаника (73 мушкарца, одн. 96,1% и 77 жена, одн. 98,7%) болује од малигнух обољења (Табела бр. 4).

У категорији „остало“ сврстан је по један мушкарац хоспитализован у служби за палијативно збрињавање због следећих болести: карцином јетре, карцином језика, остеосарком, карцином мокраћне бешике, хронично затајење бубрега, карцином доњег дела ждрела, шећерна болест, карцином мозга и карцином семеника. У овој категорији налази се по једна жена хоспитализована у служби за палијативно збрињавање због следећих болести: остеосарком, малигни тумор глатких мишићних ћелија и мултипла склероза.

Табела бр. 4: Дистрибуција одговора испитаника о присуству болести

Мушкарци				Жене			
Ранг	Болест, стање	Број	%	Ранг	Болест, стање	Број	%
I	Карцином дебелог црева	18	23,7	I	Карцином дојке	21	26,9
II	Карцином простате	16	21,1	II	Карцином плућа	10	12,8
III	Карцином желуца	9	11,8	III	Карцином желуца	8	10,3
IV	Карцином плућа	8	10,5	IV	Метастазе у костима	7	9,0
V	Карцином панкреаса	5	6,7	V	Карцином јајника	6	7,7
VI	Малигни меланом	4	5,3	V	Карцином гуштераче	6	7,7
VII	Карцином	3	3,9	V	Карцином	6	7,7

	жучне кесе				мокраћне бешике		
VIII	Карцином једњака	2	2,6	VIII	Карцином грлића материце	4	5,1
VIII	Цироза јетре	2	2,6	IX	Карцином дебелог црева	3	3,8
X	Остало (по један случај)	9	11,8	X	Карцином стиднице	2	2,6
				X	Карцином јетре	2	2,6
				XII	Остало (по један случај)	3	3,8
Свега		76	100	Свега		78	100

Испитаници су имали просечно 64,4 године када је болест утврђена. Интересантно је да трогодишњи интервал између 69 и 71 покрива 29 (18,8%) случајева свих утврђених болести, што значи да би то био најрискантнији период за оболевање наших испитаника. Најраније је утврђена болест код једног испитаника од 22 године (Табела бр. 5).

Табела бр. 5: Дистрибуција одговора испитаника о годинама када је болест утврђена

Мушкарци			Жене		
Просечне године старости (интервали)	Број	%	Просечне године старости (интервали)	Број	%
20 - 24	2	2,6	20 - 24	0	0
25 - 29	0	0	25 - 29	0	0
30 - 34	0	0	30 - 34	1	1,3
35 - 39	2	2,6	35 - 39	3	3,8
40 - 44	0	0	40 - 44	7	9,0
45 - 49	5	6,5	45 - 49	2	2,6
50 - 54	5	6,5	50 - 54	3	3,8
55 - 59	7	9,2	55 - 59	1	15,4
60 - 64	9	11,9	60 - 64	2	6,4
65 - 69	12	15,8	65 - 69	5	10,3
70 - 74	22	28,9	65 - 69	8	23,0
75 - 79	12	15,8	70 - 74	1	8
80 - 84	0	0	75 - 79	9	11,6
85 - 89	0	0	80 - 84	7	9,0
Свега	76	100	85 - 89	3	3,8
			Свега	7	100
				8	

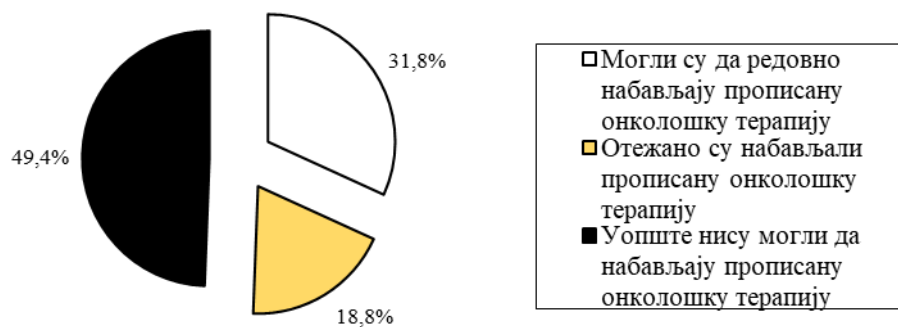
Већина испитаника (103, одн. 66,9%) тврди да нико од њихових сродника није боловао нити болује од болести коју они имају и због које су хоспитализовани на одељењима за палијативно збрињавање, док њих 35, одн. 22,7% нема податке о томе. Од актуелне болести због које су испитаници хоспитализовани на одељењима за палијативно збрињавање су боловали и неки од њихових сродника код 16 (10,4%) испитаника.

Више од половине испитаника (87, одн. 56,5%) болује још од неке друге хроничне болести. Што се тиче присуства других болести код испитаника, код мушкараца је присутно укупно осам различитих болести код 43 (56,6%) пацијената, и

то повишен крвни притисак (укупно 23 случаја, одн. 53,6%), шећерна болест (7, одн. 16,4%), мождани удар (5, одн. 11,6%), хронична исхемија срчаног мишића (3, одн. 6,9%), срчана слабост (2, одн. 4,6%), улцерозни колитис (1, одн. 2,3%), бронхијална астма (1, одн. 2,3%) и запаљење унутрашњег слоја срца (1, одн. 2,3%). Код 44 (56,4%) пацијенткиња је присутно исто осам различитих болести, и то повишен крвни притисак (укупно 19 случајева, одн. 43,1%), шећерна болест (11, одн. 25,0%), мождани удар (4, одн. 9,1%), хронична опструктивна болест плућа (4, одн. 9,1%), хронична исхемија срчаног мишића (3, одн. 6,8%), реума (1 одн. 2,3%), анеуризма крвног суда у мозгу (1, одн. 2,3%) и струма Хашимото (1, одн. 2,3%).

Covid-19 је прележало нешто више од половине испитаника (81, одн. 52,6%), и то једном њих 76, одн. 93,8% од оних испитаника који су оболели од Covid-19, а више пута њих 5, одн. 6,2%. За време трајања пандемије само 16, одн. 10,4% испитаника је могло несметано да посећује изабраног лекара одређене специјалности, а повремено је могло да га посећује 13 (8,4%) испитаника, док највећи број испитаника није уопште могао да посећује изабраног лекара (125, одн. 81,2%) (Графикон бр 3).

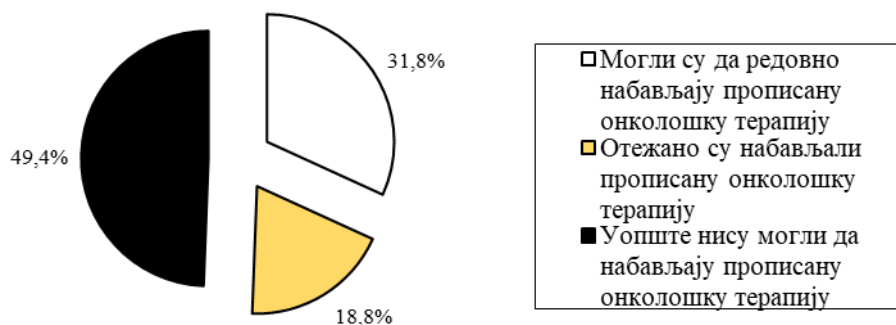
Графикон бр. 3: Дистрибуција одговора испитаника о томе да ли су могли несметано да посећују изабраног лекара за време трајања Covid-19 пандемије (према SF-36 упитнику)



Иако испитаници са завршеним средњошколским образовањем најчешће тврде да нису могли да остваре посету лекару за време пандемије (Табела А5 у прилогу), та разлика није статистички значајна ($\chi^2=2,90$; $df=4$; $p>0,05$), одн. не постоји статистичка значајност између могућности посете лекару за време Covid-19 пандемије и образовног статуса испитаника. Такође, не постоји статистичка значајност између могућности посете лекару за време Covid-19 пандемије и материјалног статуса испитаника ($\chi^2=5,62$; $df=2$; $p>0,05$), иако испитаници лошијег материјалног статуса чешће тврде да нису могли да остваре посету лекару за време пандемије (Табела А6 у прилогу). Не постоји статистичка значајност ни између могућности посете лекару за време Covid-19 пандемије и тога да ли испитаници живе у заједници или сами ($\chi^2=1,62$; $df=2$; $p>0,05$), иако испитаници који живе у заједници чешће тврде да нису могли да остваре посету лекару за време пандемије (Табела А7 у прилогу).

У том периоду, скоро половина испитаника (76, одн. 49,4%) није могла да набавља прописану онколошку терапију. Нешто мање од трећине испитаника могло је редовно да набавља онколошку терапију 49 (31,6%) испитаника, а 29 (19,4%) испитаника је отежано набављало потребну терапију за малигна обољења (Графикон бр. 4).

Графикон бр. 4: Дистрибуција одговора испитаника у вези доступности прописане онколошке терапије за време трајања Covid-19 пандемије (према SF-36 упитнику)



Иако испитаници са завршеним високошколским образовањем најчешће тврде да нису могли да набаве онколошку терапију (Табела А8 у прилогу), та разлика није статистички значајна ($\chi^2=6,18$; $df=4$; $p>0,05$), одн. не постоји статистички значајна разлика између могућности набавке онколошке терапије за време Covid-19 пандемије и образовног статуса испитаника. Такође, не постоји статистичка значајност између могућности набавке онколошке терапије за време Covid-19 пандемије и материјалног статуса испитаника ($\chi^2=1,47$; $df=2$; $p>0,05$), иако испитаници лошијег материјалног статуса чешће тврде да нису могли да је набаве (Табела А9 у прилогу). Не постоји статистичка значајност ни између могућности набавке онколошке терапије за време Covid-19 пандемије и тога да ли испитаници живе у заједници или сами ($\chi^2=1,24$; $df=2$; $p>0,05$), иако испитаници који живе у заједници чешће тврде да нису могли да набаве потребну онколошку терапију за време пандемије (Табела А10 у прилогу).

Нешто више од две трећине испитаника (105 испитаника, одн. 68,2%) је имало потребу за аналгетском терапијом току Covid-19 пандемије. До тих лекова испитаници су најчешће долазили преко домова здравља (67 испитаника, одн. 63,8%) и служби за кућно лечење (22 испитаника, одн. 21,0%), а најређе преко службе за поливалентну патронажу приватног здравственог сектора (1 испитаник, одн. 1,0%) (Табела бр. 6).

Табела бр. 6: Дистрибуција одговора испитаника о томе како су долазили до аналгетске терапије у току Covid-19 пандемије

Начин набављања лекова за супримирање јаких болова у току пандемије	COVID-19	Број	%
Дом здравља		67	63,8
Служба за кућно лечење Дома здравља		22	20,9
Лекари из приватног сектора здравства		10	9,5
Боравак у болници		5	4,8
Служба за поливалентну патронажу приватног здравственог сектора		1	1,0
Укупно		105	100

У време Covid-19 пандемије, 124 испитаника (80,5%) је имало потребу да буде смештено на одељење палијативног збрињавања. Само је 16,1% од тих испитаника (њих 20) имало могућност да буду смештени на одељење палијативног збрињавања. Великој већини испитаника (104 испитаника, одн. 83,9%) то није било омогућено, и то најчешће због мера за сузбијање и спречавање Covid-19 пандемије (70 испитаника, одн. 67,3%) и зато што није било места (25 испитаника, одн. 24,0%) (Табела бр. 7).

Табела бр. 7: Дистрибуција одговора испитаника о томе зашто нису могли да буду смештени на одељење за палијативно збрињавање у току Covid-19 пандемије

Разлози зашто анкетирани нису могли да буду смештени на одељење за палијативно збрињавање у току Covid-19 пандемије	Број	%
Спровођење мера за спречавање и сузбијање Covid-19 пандемије	70	67,3
Није било места на одељењу за палијативно збрињавање	25	24,0
Испитаници нису желели да буде смештени на одељење за палијативно збрињавање	9	8,7
Укупно	104	100

4. 2. Самопроцена здравственог стања пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању

Ради добијања увида у здравствено стање испитаника, анализирани су одговори испитаника на 11 питања из упитника под називом SF-36 Упитник, Medical Outcomes 36-item Short Form Health Survey (Упитник бр. 2 у прилогу).

Нешто испод једне трећине испитаника, одн. 43 (27,9%) процењује своје здравље као лоше, док сваки трећи испитаник, одн. 49 (31,8%) испитаника сматра да је пристојног здравља, док мањи број њих (30, одн. 19,5%) процењује своје здравље као добро. Добро здравље по сопственој процени има 19 (12,3%) испитаника, док 13 (8,4%) испитаника сматра да има одлично здравље (графикон бр. 5).

Графикон бр. 5: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравственог стања (према SF-36 упитнику)



У поређењу са здравственим стањем од пре годину дана, сваки пети испитаник тврди да му је глобално здравље много горе него пре годину дана (31, одн. 20,1%), док сваки трећи испитаник (51, одн. 33,1%) сматра да му је здравље нешто горе него пре годину дана. Најмањи број испитаника процењује своје здравље као нешто боље (18, одн. 11,7%) или много боље него пре годину дана (11, одн. 7,1%). Нешто више од четвртине испитаника процењују (43, одн. 27,9%) да им је здравље сада отприлике исто као пре годину дана (графикон бр. 6).

Графикон бр. 6: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени свог глобалног здравља у поређењу са њиховим здрављем од пре годину дана



Испитаници углавном извештавају о погоршању, одн. сопствене функционалности (Табела бр. 8). Нешто више од три четвртине испитаника (118, одн. 76,6%) готово да није у стању да обави активности које захтевају велику енергију (трчање, дизање тешких предмета, учествовање у спортским активностима), док две трећине испитаника (102, одн. 66,2%) готово да није у стању да хода више од 1,5km. Највећи број испитаника (од око 60% до 75%) је таквог здравственог стања да их оно мало ограничава у следећим рутинским активностима: клечање, савијање или нагињање, затим померање стола, усисавање и купање, подизање или ношење намирница из продавнице, пењање уз степенице или степеник. Око две трећине испитаника може самостално да се купа или облачи и да хода око 100 m.

Табела бр. 8: Дистрибуција одговора испитаника о процени сопствене функционалности према SF-36 упитнику

Активности	Ставови					
	Да, врло ме ограничава		Да, мало ме ограничава		Не, уопште ме не ограничава	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Активности које захтевају велику енергију (трчање, дизање тешких предмета, учешће у спорту)	118	76,6	33	21,4	3	1,9
Умерене активности (померање стола, усисавање, купање)	42	27,3	103	66,9	9	5,8
Подизање или ношење намирница из продавнице	54	35,1	96	62,3	4	2,6
Пењање уз више низова степеница	55	35,7	96	62,3	3	1,9
Пењање уз један низ степеница	26	16,9	83	53,9	45	29,2
Клечање, савијање или нагињање	33	21,4	116	75,3	5	3,2
Ходање више од 1,5 km	102	66,2	48	31,2	4	2,6
Ходање неколико стотина метара	37	24,0	63	40,9	54	35,1
Ходање 100 m	13	8,4	38	24,7	103	66,9
Самостално купање или облачење	9	5,8	45	29,2	100	64,9
Аритметичка средина одговора на свим варијабилама	48,9	31,7	72,1	46,8	33,0	21,4

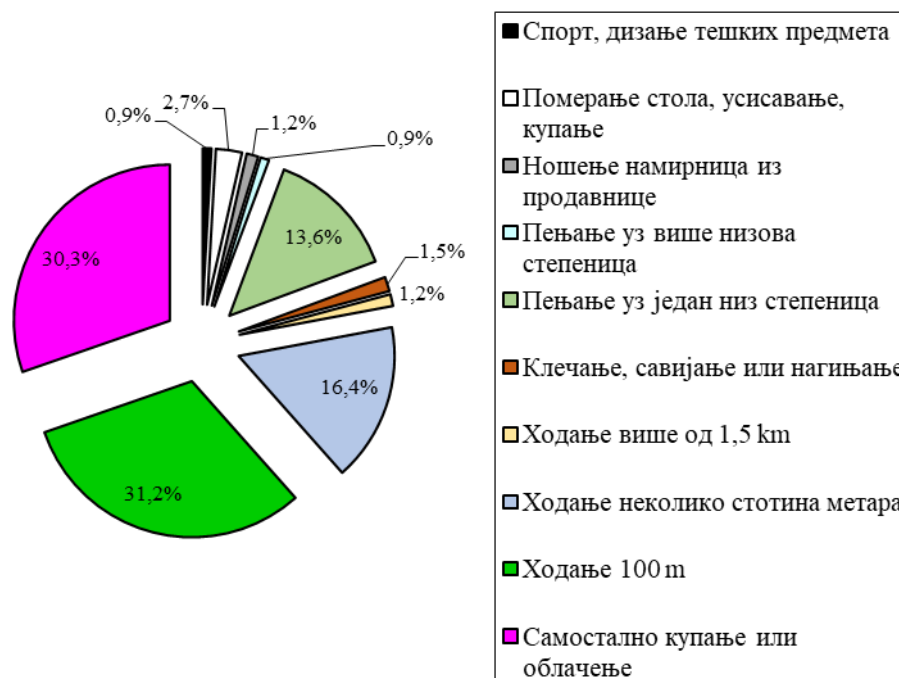
Здравствено стање испитаника код највећег броја испитаника је такво да им највише ограничава оне активности које захтевају највише енергије (спортске активности, дизање тешких предмета), затим ходање више од 1,5km и ходање уз степенице (Графикон бр. 7).

Графикон бр. 7: Дистрибуција фреквенција одговора испитаника у вези активности које су највише ограничене због њиховог здравственог стања (према SF-36 упитнику)



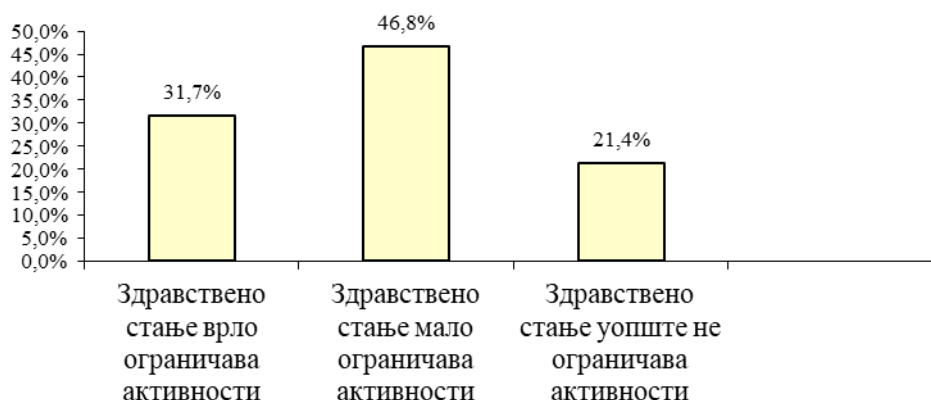
Здравствено стање испитаника је такво да им најмање ограничава ходање до 100m и самостално купање или облачење (Графикон бр. 8).

Графикон бр. 8 :Дистрибуција фреквенција одговора испитаника у вези активности које су најмање ограничене њиховим здравственим стањем (према SF-36 упитнику)



Генерално гледано, процена опште функционалности испитаника указује да 46,8% испитаника је таквог здравственог стања да их оно мало ограничава у животним активностима, док скоро сваког трећег испитаника здравствено стање врло много ограничава у уобичајеним животним активностима (Графикон бр. 9).

Графикон бр. 9: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог здравља на рутинске животне активности према SF-36 упитнику



Две трећине испитаника се изјаснило да постижу мање него што би желели (103, одн. 66,9%) током последње четири недеље, као и да имају ограничења у врсти посла или другим активностима које захтевају посебан напор (86, одн. 55,8%). Мањи удео испитаника се изјаснио да им је, као последица њиховог физичког здравља, током последње четири недеље дошло до смањења количине времена које проводе у послу или другим активностима (25, одн. 16,2%), и да имају тешкоће у обављању посла или других активности (22, одн. 14,2%) (Табела бр. 9 и Графикон бр. 10).

Табела бр. 9: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог физичког здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље

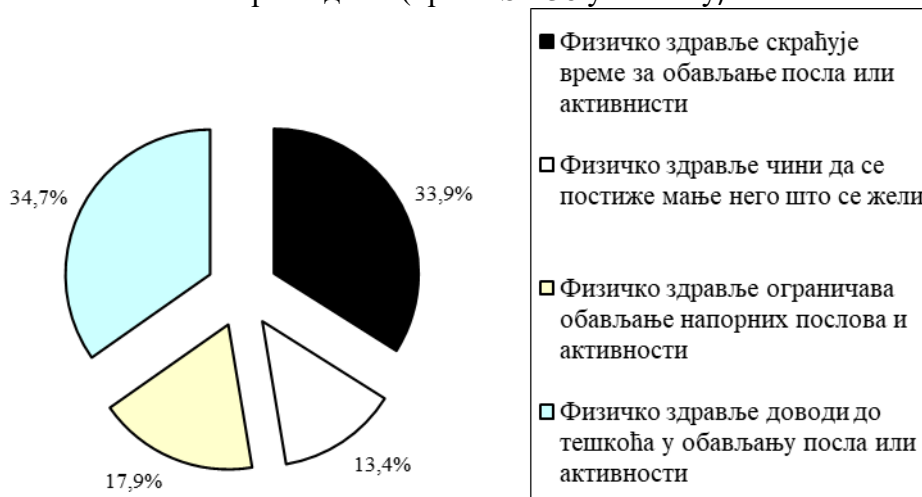
Активности	Ставови			
	Да		Не	
	бр.	%	бр.	%
Смањење количине времена које можете да проведете у послу или другим активностима.	25	16,2	129	83,3
Постижете мање него што бисте желели.	103	66,9	51	33,1
Ограничење у врсти посла или других активности које захтевају напор.	86	55,8	68	44,2
Имате тешкоће у обављању посла или других активности.	22	14,3	132	85,7
Аритметичка средина одговора на свим варијаблима	59,0	38,3	95,0	61,7

Графикон бр. 10: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су највише погођене њиховим физичким здрављем током последње четири недеље (према SF-36 упитнику)



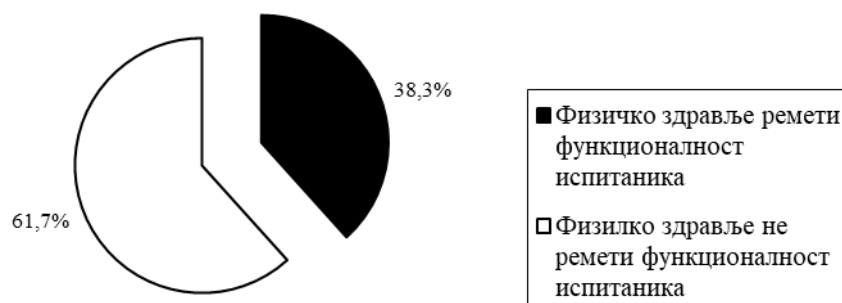
Физичко здравље је код највећег броја испитаника такво да они своје послове и активности могу да обављају без посебних тешкоћа и у времену које им је било потребно пре него што су се разболели (Графикон бр. 11).

Графикон бр. 11: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су најмање погођене њиховим физичким здрављем током последње четири недеље (према SF-36 упитнику)



Генерално гледано, код готово две трећине испитаника физичко здравље не утиче на ниво њихове функционалности (Графикон бр. 12).

Графикон бр. 12: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог физичког здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље (према SF-36 упитнику)



Већина испитаника се изјаснила да су током последње четири недеље постигли мање него што су желели (79, одн. 51,3%) и да су се са мање пажљивости бавили неким послом или другим активностима (88, одн. 57,1%). Мањи број испитаника се изјаснио да им је, као последица њихових емоционалних проблема (осећање потиштености или напетости), током последње четири недеље дошло до смањења дужине времена које проводе у послу или другим активностима (22, одн. 14,3%), (Табела бр. 10 и Графикон бр. 13).

Табела бр. 10: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог емоционалног здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље

Активности	Ставови			
	Да		Не	
	бр.	%	бр.	%
Смањење дужине времена које сте могли да проводите у послу или другим активностима.	22	14,3	132	85,7
Постижете мање него што бисте желели.	79	51,3	75	48,7
Бавили сте се послом или другим активностима мање пажљиво него обично.	88	57,1	66	42,9
Аритметичка средина одговора на све варијабле	63,0	40,9	91,0	59,1

Графикон бр. 13: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су највише погођене њиховим емоционалним здрављем током последње четири недеље (према SF-36 упитнику)



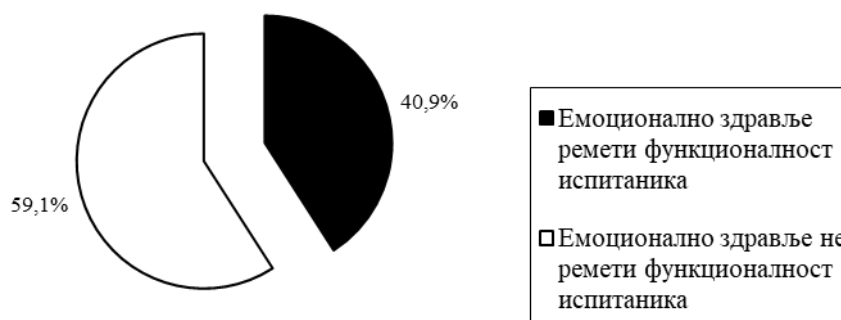
Емоционално здравље је код највећег броја испитаника такво да они своје послове и активности могу да обављају без посебних тешкоћа и у времену које им је било потребно пре него што су се разболели (Графикон бр. 14).

Графикон бр. 14: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су најмање погођене њиховим емоционалним здрављем током последње четири недеље (према SF-36 упитнику)



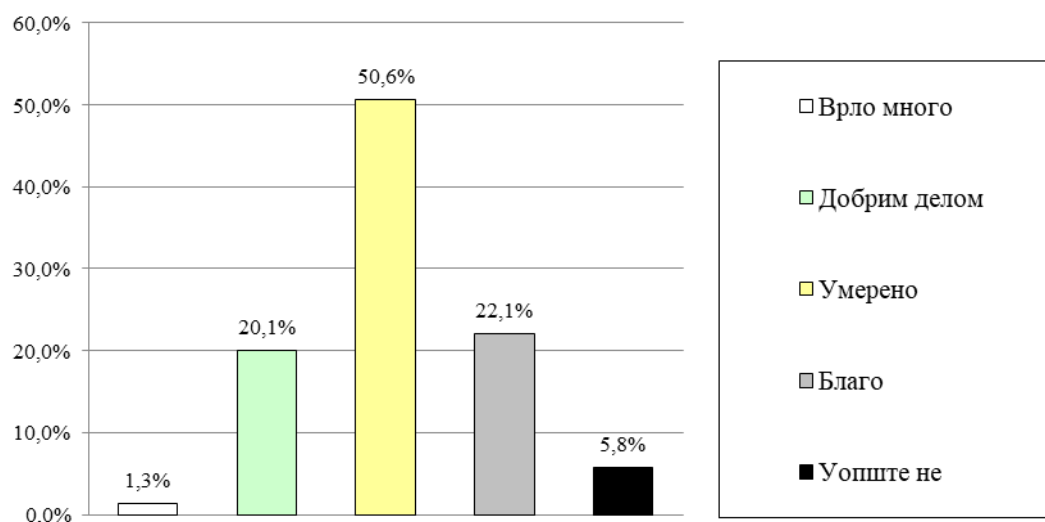
Генерално гледано, код 40,9% испитаника њихово емоционално здравље ремети ниво њихове функционалности (Графикон бр. 15).

Графикон бр. 15: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог емоционалног здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље (према SF-36 упитнику)



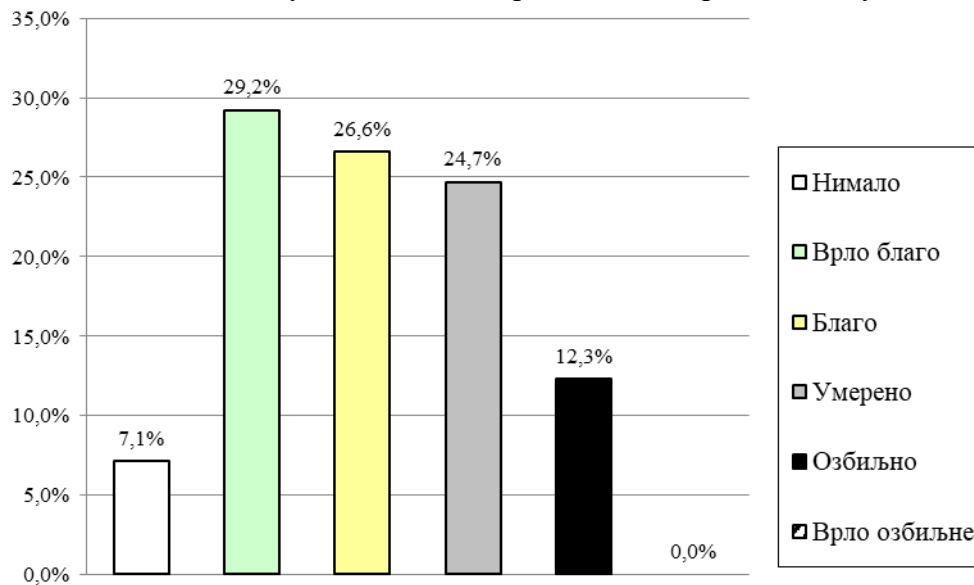
Генерално гледано, током последње четири недеље, физичко здравље и емоционални проблеми су много утицали на нормалне друштвене активности испитаника са породицом, пријатељима и суседима код 2 испитаника (1,3%), добрим делом су утицали на 31 испитаника, одн. 20,1% испитаника, умерено на 78 испитаника, одн. 50,6% испитаника, док је благо утицало 34 (22,1%) испитаника, а уопште није утицало 9 испитаника, одн. 5,8% (Графикон бр. 16).

Графикон бр. 16: Дистрибуција одговора испитаника о томе у којој мери су њихово физичко и емоционално здравље утицали на њихове нормалне друштвене активности током последње четири недеље (према SF-36 упитнику)



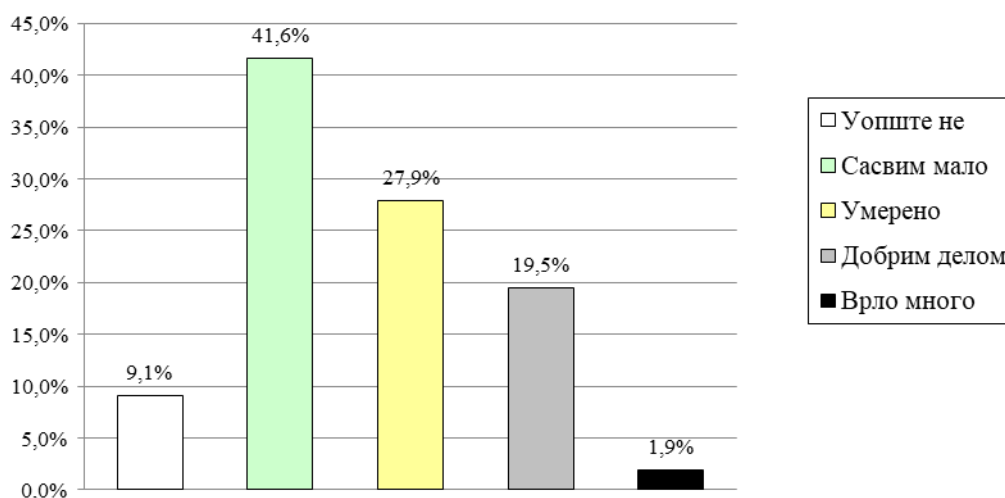
Што се тиче телесних болова, у последње четири недеље, врло озбиљне телесне болове није имао ниједан испитаник, озбиљне телесне болове имало је 19, одн. 12,3% испитаника, умерене болове је имало њих 38, одн. 24,7%, благе болове је имало 41 испитаник, одн. 26,6% испитаника, док је врло благе болове имало 45, одн. 29,9% испитаника и није имало болове само 11, одн. 7,1% испитаника (Графикон бр. 17).

Графикон бр. 17: Дистрибуција одговора испитаника о томе у којој мери су имали телесне болове у последње четири седмице (према SF-36 упитнику)



Око 1,9% испитаника (њих 3) изјавило је да је у току последње четири седмице бол врло много утицао на њихово нормално функционисање (обављање послова ван куће и у кући), док 30 испитаника, одн. 19,5% испитаника тврди да је бол добрим делом утицала на те активности, а бол је умерено утицала на послове код 43 испитаника, одн. 27,9% испитаника. Сасвим мало је бол утицала на послове код 64, одн. 41,6% испитаника, а уопште није утицала на 14, одн. 8,1% испитаника (Графикон бр. 18).

Графикон бр. 18: Дистрибуција одговора испитаника о томе колико је бол утицао на нормалан посао у последње четири седмице (према SF-36 упитнику)



У вези са тим како су се испитаници осећали у последње четири седмице, уочава се да доминирају следеће: умор је био присутан добрим делом времена (44,2%) и неко време (41,6%) код скоро половине учесника, од око 41% до око 60% испитаника су мало времена били мирни и опуштени, имали много енергије, били депресивни, и

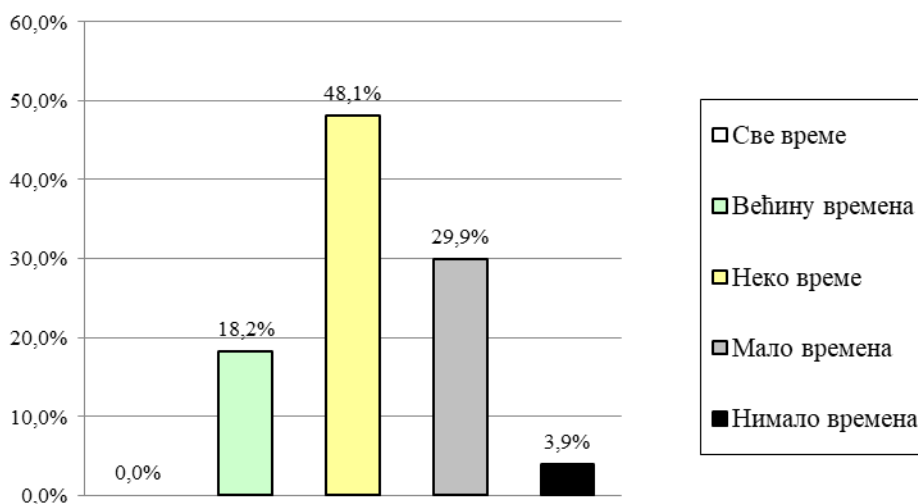
осећали истрошено, око 50% испитаника нимало времена није било крајње нерасположено (Табела бр. 11).

Табела бр. 11: Дистрибуција одговора испитаника о томе како су се осећали у последње четири седмице

Колико сте (се) времена током последње четири недеље...	Ставови											
	Све време		Већину времена		Добар део времена		Неко време		Мало времена		Нимало времена	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
осећали пуни живота?	1	0,6	4	2,6	45	29,2	63	40,9	36	23,4	5	3,2
били врло нервозни?	2	1,3	7	4,5	10	6,5	71	46,1	60	39,0	4	2,6
били толико нерасположени да ништа није могло да Вас орасположи?	3	1,9	7	4,5	6	3,9	54	35,1	8	5,2	76	49,4
осећали мирно и опуштено?	2	1,3	9	5,8	43	27,9	32	20,8	63	40,9	5	3,2
имали много енергије?	1	0,6	5	3,2	42	27,3	38	24,7	63	40,9	5	3,2
осећали депримирано и депресивно?	2	1,35	6	3,9	31	20,1	16	10,4	92	59,7	7	4,5
осећали истрошено?	3	1,9	6	3,9	30	19,5	31	20,1	81	52,6	3	1,9
били срећно?	2	1,3	1	0,6	58	37,7	35	22,7	52	33,8	6	3,9
осећали уморно?	8	5,2	5	3,2	68	44,2	64	41,6	8	5,2	1	0,6

Генерално гледано, у последње четири седмице физичко здравље или емоционални проблеми испитаника су утицали неко време на њихове друштвене активности код 74, одн. 48,1% испитаника, мало времена су утицали на 46, одн. 29,9% испитаника, и нимало времена код 6, одн. 3,9% испитаника. На 28, одн. 18,2% испитаника њихови физички или емоционални проблеми су већину времена утицали на њихове друштвене активности, док није било испитаника који су све време трпели утицај свог здравља на њихове друштвене активности (Графикон бр. 19).

Графикон бр. 19: Дистрибуција одговора испитаника о томе колико времена су физичко здравље или емоционални проблеми у току последње четири седмице утицали на њихове друштвене активности (према SF-36 упитнику)



Лична перцепција сопственог здравља испитаника показује да већина испитаника своје здравље и своје капацитете за здравље не може да процени (од око 35% до око 60% испитаника). Око трећине испитаника сматра да се разбољевају лакше од других људи, око 29% испитаника сматра да нису здрави као било ко други кога они познају, док око 50% испитаника не очекује да се њихово здравље погорша (Табела бр. 12).

Табела бр. 12: Дистрибуција одговора испитаника и испитаница о перцепцији сопственог здравља

Колико је свака од следећих тврдњи за Вас тачна или нетачна?	Тврдња									
	Сасвим тачна		Углавном тачна		Не знам		Углавном нетачна		Потпуно нетачна	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Изгледа да се разбољевам нешто лакше од других људи.	36	23,4	18	11,7	54	35,1	20	13,0	25	13,2
Ја сам здрав као било ко кога познајем.	1	0,6	13	8,4	93	60,4	23	14,9	20	13,3
Очекујем да се моје здравље погорша.	7	4,5	7	4,5	61	39,6	53	34,4	24	15,6

4. 3. Самопроцена стања функционалности пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању

Ради процене степена функционалности испитаника у рутинским животним активностима, анализирани су њихови одговори на 30 питања из упитника EORTC QLQ-C30 (version 3.0.) (Упитник бр. 3 у Прилогу).

Првих пет питања из овог упитника се односило на процену тренутних капацитета испитаника за функционисање (Табела бр. 13). Велика већина испитаника (око 87%) нимало или мало има тегобе код обављања напорних послова (ношење кофера или тешке торбе за куповину), или током дужих шетњи. Још већи број испитаника (око 90-95%) нимало или мало су принуђени да дан проводе у кревету или столицу, или им нимало или мало треба помоћ приликом јела, купања или одласка у тоалет (Табела бр. 13).

Табела бр. 13: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени степена функционалности у актуелном тренутку (из упитника EORTC QLQ-C30)

Активност	Нимало		Мало		Прилично		Много	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Присуство било каквих тегоба код обављања напорних послова (ношење кофера или тешке торбе за куповину)	64	41,6	71	46,1	14	9,1	5	3,2
Присуство било каквих тегоба током дужих шетњи	64	41,6	70	45,5	17	11,0	3	1,9
Присуство било каквих тегоба током кратких шетњи ван куће	68	44,2	74	48,1	10	6,5	2	1,3
Принуђеност да се током дана време проводи у кревету или столицу	78	50,6	61	39,6	12	7,8	3	1,9
Потреба за помоћи приликом јела, купања или одласка у тоалет	93	60,4	54	35,1	4	2,6	3	1,9

Наредна двадесет и три питања из упитника се односило на процену капацитета испитаника за функционисање у току прошле седмице од дана када су попуњавали упитник, као и на присуство неких физичких и менталних тегоба код испитаника, и на њихово друштвено функционисање (Табела бр. 8). Испитаници извештавају да је моментално њихова функционалност у некој од наведених активности много угрожена (16 испитаника, одн. 2,1%), и то се највише огледа у активности код обављања напорних послова (5 испитаника, одн. 3,2%) (Табела бр. 14).

Табела бр. 14: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени степена функционалности у току прошле седмице у односу на актуелни тренутак (из упитника EORTC QLQ-C30)

Тегобе и тешкоће	Нимало		Мало		Прилично		Много	
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Постојање умањених способности за обављање посла или дневних активности	11	7,1	46	29,9	59	38,3	38	24,7
Постојање умањених способности за бављење хобијима и другим активностима у слободно време	10	6,5	38	24,7	56	36,4	50	32,5
Постојање гушења	149	96,8	4	2,6	0	0,0	1	0,6
Постојање болова	23	14,9	73	47,4	46	29,9	12	7,8
Интензивна потреба за одмором	6	3,9	70	45,5	52	33,8	26	16,9
Постојање несанице	54	35,1	67	43,5	23	14,9	9	5,8
Постојање слабости	4	2,6	51	33,1	62	40,3	37	24,0
Губитак апетита	82	53,2	49	31,8	18	11,7	5	3,2
Постојање мучнине	84	54,5	59	38,3	8	5,2	3	1,9
Повраћање	121	78,6	29	18,8	4	2,6	0	0,0
Постојање опстипације	68	44,2	79	51,3	6	3,9	1	0,6
Постојање дијареје	144	93,5	10	6,5	0	0,0	0	0,0
Присуство умора	28	18,2	20	13,0	69	44,8	37	24,0
Ометање дневних послова због присуства бола	13	8,4	26	16,9	72	46,8	43	27,9
Тешкоће у концентрацији приликом читања новина или гледања телевизијског програма	100	64,9	31	20,1	12	7,8	11	7,1
Постојање напетости	11	7,1	26	16,9	37	24,0	80	51,9
Постојање забринутости	6	3,9	8	5,2	47	30,5	93	60,4
Постојање раздражљивости	22	14,3	18	11,7	47	30,5	67	43,5
Постојање потиштености	8	5,2	17	11,0	53	34,4	76	49,4
Постојање тешкоћа да се нешто запамти	72	46,8	17	11,0	20	13,0	45	29,2
Здравствено стање или лечење утиче на породични живот испитаника	26	16,9	21	13,6	56	36,4	51	33,1
Здравствено стање или лечење утиче на друштвене активности испитаника	1	0,6	18	11,7	66	42,9	69	44,8
Здравствено стање или лечење узрокује новчане проблеме испитаника	3	1,9	15	9,7	64	41,6	72	46,8

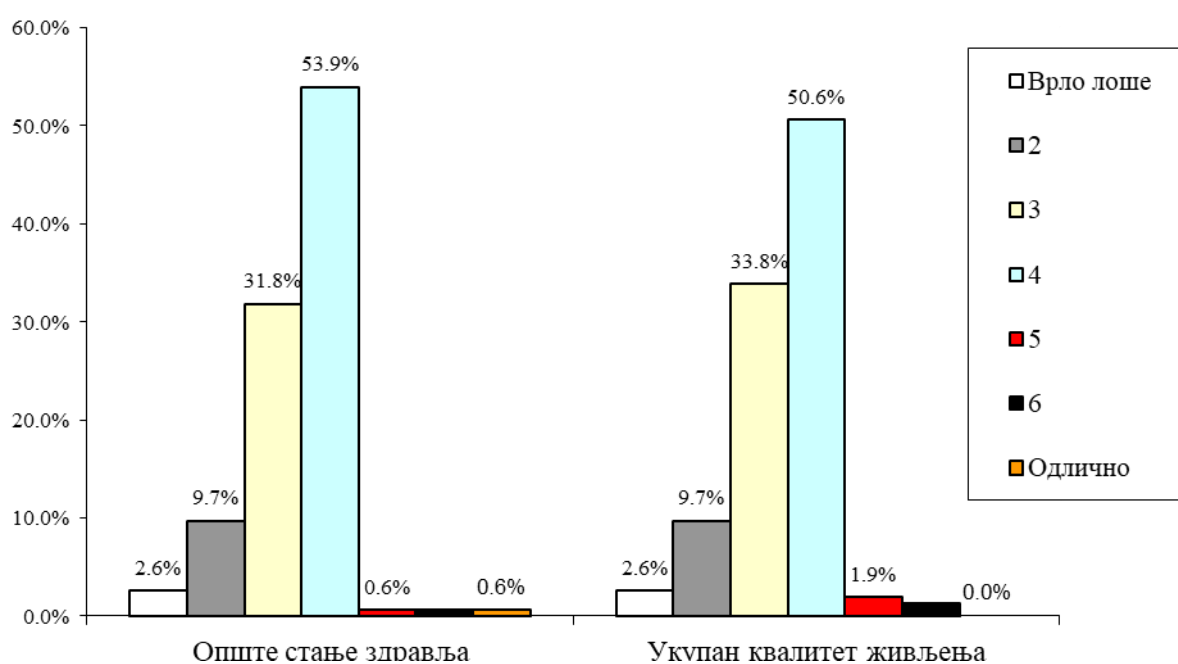
Генерално гледано, испитаници своје здравље у току прошле недеље у односу на дан када су попуњавали упитник процењују на седмостепеној скали у највећем броју случајева оценом четири (83 испитаника, одн. 53,9%), а затим оценом три (49 испитаника, одн. 31,8%), па онда оценом два (15 испитаника, одн. 9,7%). Као врло лоше своје здравље је проценило 4 испитаника (2,6%), а најређе испитаници своје здравље оцењују оценама пет, шест и као одлично (по 1 испитаника одн. 0,6%) (Графикон бр. 20). Средња вредност самопроцене здравља на скали од 1 (врло лоше здравље) до 7 (одлично здравље) је $3,4 \pm 0,86$.

Што се тиче самопроцене укупног квалитета живота током прошле недеље у односу на дан када су попуњавали упитник, испитаници извештавају да им је квалитет живота врло лош (4 испитаника, одн. 2,6%). Нема ни једног испитаника који је дао оцену одлично. Оценом четири свој квалитет живота процењује 78 испитаника (50,6%), оценом три квалитет живота процењује 52 испитаника (33,8%), оценом пет

3 испитаника (1,9%), и оценом шест 2 испитаника (1,3%) (Графикон бр. 21). Средња вредност самопроцене квалитета живота на скали од 1 (врло лош квалитет живота) до 7 (одличан квалитет живота) је $3,44, \pm 0,85$.

Разлика учесталости одговора испитаника по питању самопроцене здравља у односу на одговоре у вези самопроцене квалитета живота (Табела А11 у Прилогу) је високо статистички значајна и величина тог ефекта је јака ($\chi^2=290,03$; $df=4$; $p<0,01$; $SS=0,71$), наиме, они испитаници који своје здравље процењују као лоше (оценама 1 и 2) процењују и квалитет свог живота лошим (оценама 1 и 2), и испитаници који процењују своје здравље као одлично (оценама 6 и 7) процењују и квалитет свог живота као одличан (оценама 6 и 7).

Графикон бр. 20: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравља и квалитета живота на скали од 1 (врло лоше здравље/квалитет живота) до 7 (одлично здравље/квалитет живота) (из упитника EORTC QLQ-C30)



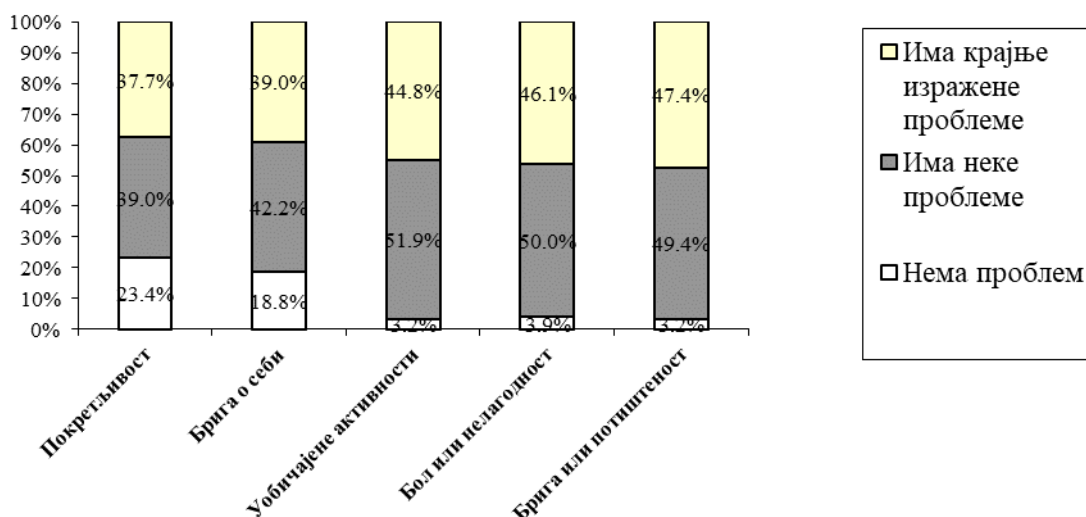
4. 4 Самопроцена здравственог стања пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању са аспекта основних показатеља здравља и бриге о себи

Здравствено стање испитаника је процењивано кроз анализу Упитника о здрављу EQ-5D (Serbian version) са шест питања (Упитник бр. 4 у Прилогу). Што се тиче покретљивости, велика већина испитаника има неких проблема са кретањем (60 испитаника, одн. 39,0%), везано је за постељу 58, одн. 37,7%, док 36, одн. 23,4% испитаника нема проблема са кретањем (Графикон бр. 21). Нема проблема са бригом о себи 29, одн. 18,8% испитаника, неке проблеме при прању и облачењу има 65, одн. 42,2% испитаника, док 60, одн. 39,0% испитаника уопште није у стању да се сами оперу или обуку (Графикон бр. 21).

Уобичајене активности (посао, учење, кућни послови, породичне или слободне активности) без проблема спроводи 5, одн. 3,2% испитаника, неке проблеме у обављању тих активности има 80, одн. 51,9% испитаника, а није у стању да их обавља 69, одн. 44,8% испитаника (Графикон бр. 21). Бол или нелагодност не осећа 6, одн.

3,9% испитаника, умерен бол или нелагодност осећа 77, одн. 50,0% испитаника, док крајњи бол или нелагодност осећа 71, одн. 46,1% испитаника (Графикон бр. 21). Није брижно или потиштено 5, одн. 3,2% испитаника, умерено брижно или потиштено је 77, одн. 50,0% испитаника, а крајње је брижно или потиштено је 71, одн. 46,1% испитаника (Графикон бр. 21).

Графикон бр. 21: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени основних показатеља здравља и бриге о себи



На скали од 0 (најгоре здравствено стање које се може замислити) до 100 (најбоље здравствено стање које се може замислити) одговори 50% испитаника (77 испитаника) се налазе у интервалу од 21 до 40, а најмањи број испитаника (4 испитаника, одн. 2,5%) је своје здравствено стање означило оценом од 61 до 100 (Табела бр. 15).

Табела бр. 15: Дистрибуција одговора испитаника о оцени свог здравственог стања на скали од 0 до 100 на дан анкетирања

Оцене на скали (интервали)	Мушкарци		Жене		Укупно	
	Број	%	Број	%	Број	%
0 - 10	19	25,0%	12	15,4%	31	20,1%
11 - 20	13	17,1%	13	16,7%	26	16,9%
21 - 30	21	27,6%	22	28,2%	43	27,9%
31 - 40	15	19,8%	19	24,3%	34	22,1%
41 - 50	6	7,9%	6	7,7%	12	7,8%
51 - 60	0	0,0%	4	5,1%	4	2,6%
61 - 70	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
71 - 80	2	2,6%	1	1,3%	3	1,9%
81 - 90	0	0,0%	1	1,3%	1	0,6%
91 - 100	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Свега	76	100	78	100	154	100
Аритметичка средина	25,7		30,2		27,9	

Средња вредност оцене здравственог стања на скали од 0 до 100 је 27,9 (Табела бр. 15). Иако се мушкарци изјашњавају да имају лошије здравствено стање него жене, та разлика није статистички значајна ($\chi^2=3,85$; $df=4$; $p=0,43$, одн. $p>0,05$).

Ради свеобухватнијег сагледавања различитих аспеката квалитета живота пацијената, одн. испитаника на одељењима палијативног збрињавања, анализирани су њихови одговори о квалитету живота у односу на различите варијабле.

Пол испитаника и укупан квалитет живота испитаника на одељењима за палијативно збрињавање нису имали статистички значајне разлике учесталости у одговорима ($\chi^2=2,03$; $df=2$; $p>0,05$) (Табела А11.1. у Прилогу), као ни пол у односу на ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља ($\chi^2=14,53$; $df=15$; $p>0,05$). Такође, не постоје статистички значајне разлике учесталости између квалитета живота и година живота ($\chi^2=12,99$; $df=12$; $p>0,05$) (Табела А11.2. у Прилогу) и између ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља и година живота ($\chi^2=68,66$; $df=90$; $p>0,05$).

Ако се посматра квалитет живота испитаника у односу на то да ли живе сами или у заједници уочава се да нема статистичке разлике учесталости ($\chi^2=0,52$; $df=2$; $p>0,05$) (Табела А11.3. у Прилогу). Такође, не постоје статистички значајне разлике учесталости између ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља и тога да ли испитаници живе сами или у заједници ($\chi^2=13,17$; $df=15$; $p>0,05$) (Табела А11.4. у Прилогу). Статистичка значајност разлике учесталости не постоје ни између квалитета живота испитаника и њиховог образовања ($\chi^2=5,42$; $df=4$; $p>0,05$) (Табела А11.5. у Прилогу), као ни између ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља и образовања испитаника ($\chi^2=41,56$; $df=30$; $p>0,05$) (Табела А11.6. у Прилогу).

Укупни квалитет живота испитаника, као и ограничења активности свакодневног живота испитаника као последице нарушеног здравља су сагледани и кроз године живота испитаника када је болест дијагностикована код њих, и те разлике учесталости нису статистички значајне ($\chi^2=15,22$; $df=12$; $p>0,05$ и $\chi^2=71,28$; $df=90$; $p>0,05$) (Табела А11.7. и Табела А11.8. у Прилогу). Међутим, испитаници којима је болест откривена када су имали од 50 до 69 година најчешће имају проблема у свакодневном животу због присутних емоционалних проблема и та разлика учесталости је статистички значајна и величина тог ефекта је умерена ($\chi^2=31,40$; $df=18$; $p<0,05$; $CC=0,41$) (Табела А11.9. у Прилогу), али број година колико дуго болују није повезан са проблемима у свакодневном животу због емоционалних проблема ($\chi^2=4,59$; $df=6$; $p>0,05$).

Испитаници који своје здравље процењују као лоше, чешће дају одговоре да им је степен ограничења у свакодневним активностима већи и та разлика је високо статистички значајна, а величина тог ефекта је јака ($\chi^2=176,03$; $df=60$; $p<0,01$; $CC=0,73$) (Табела А11.10. у Прилогу).

Квалитет живота испитаника је процењен и у односу на утицај здравља на новчане проблеме током прошлих седам дана (Табела А11.11. у Прилогу). Испитаници који чешће изјављују да имају прилично и много финансијских проблема, чешће изјављују да имају лошији квалитет живота. Та разлика учесталости је високо статистички значајна, а величина тог ефекта је слаба ($\chi^2=28,69$; $df=6$; $p<0,01$; $CC=0,40$).

Испитаници који се изјашњавају да уопште немају ограничења у свакодневним животним активностима као последице нарушеног здравља или имају велика ограничења чешће изјављују да немају новчане проблеме који настају као последица болести, док они испитаници који имају умерен број ограничења чешће имају новчане проблеме који настају као последица болести (Табела А11.12. у Прилогу). Та разлика

учесталости је високо статистички значајна, а величина тог ефекта је умерена ($\chi^2=122,44$; $df=45$; $p<0,01$; $CC=0,67$).

Квалитет живота испитаника је сагледан и у односу на категорисану скалу процене здравственог стања испитаника (Табела А11.13. у Прилогу). Испитаници који процењују своје здравље као мање задовољавајуће (најгоре, лоше и осредње здравље) чешће тврде да имају лошији квалитет живота. Та разлика учесталости је високо статистички значајна, а величина тог ефекта је умерена ($\chi^2=37,97$; $df=8$; $p<0,01$; $CC=0,44$). Такође, испитаници који се изјашњавају да имају ограничења у свакодневним животним активностима као последице нарушеног здравља чешће изјављују да имају лошије здравље (Табела А11.14. у Прилогу). Та разлика учесталости је високо статистички значајна, а величина тог ефекта је умерена ($\chi^2=111,60$; $df=60$; $p<0,01$; $CC=0,65$).

Испитаници који се изјашњавају да је њихово садашње здравље нешто или много горе у односу на пре годину дана статистички значајно чешће имају већи број ограничења активности због здравља, а величина тог ефекта је јака ($\chi^2=180,67$; $df=60$; $p<0,01$; $CC=0,73$) (Табела А11.15 у Прилогу).

4. 5 Процена интензитета симптома депресивности код пацијената на палијативном збрињавању у овом истраживању помоћу Бекове скале

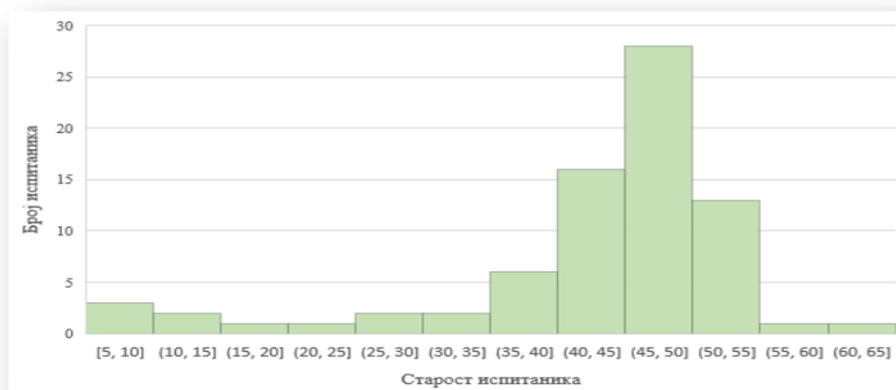
У овом истраживању се за процену интензитета (и) симптома депресивности користила Бекова скала која је једна од најпопуларнијих инструмената за процену нивоа депресије (Табела А5).

Дистрибуција одговора испитаника на Бековој скали (Табела А12 у Прилогу) указује на то да одговори испитаника гравитирају према одговорима који говоре о вишим нивоима депресивности (већина одговора се налази на скали депресивности на нивоима 2 и 3 од понуђених нивоа 0, 1, 2 и 3 на растућој скали).

Када се анализирају појединачни одговори (Табела А12.1. у Прилогу) уочава се да одговори испитаника гравитирају према скоровима који указују на висок степен депресивности (Графикон бр. 22).

На основу увида у поменуту табелу и графикон може се одмах приметити да расподела скорова значајно одступа од нормалне расподеле, одн. не покрива цео домен могућих вредности, зашиљена је и померена удесно ($SD=0,54$; $Kurtosis=4,36$; $Skewness=-2,03$).

Графикон бр. 22: Дистрибуција сирових скорова испитаника на Бековој скали процене интензитета симптома депресивности



Ако се узорак сагледа као целина (Табела бр. 16 и Табела бр. 17), уочава се да је популација испитаника изузетно депресивна, одн. просечан скор на Бековом упитнику спада у категорију екстремне депресије. Коефицијент поузданости (Cronbach's Alpha) је изузетно висок што значи да упитник има унутрашњу конзистентност.

Табела бр. 16: Дистрибуција одговора испитаника на Бековој скали интензитета депресивности

Испитаници	Мере дескрипције и поузданости								
	Средња вредност сума	SD	Медиана	Мод	Kurtosis	Skewness	Cronbach's Alpha	Min	Max
Мушкарци	45,4	9,2	46	10,1	-2,7	0,91	5	63	10,1
Жене	41,5	13,0	46	2,1	-1,6	0,95	1	63	2,1
Укупно	43,4	11,4	46	4,4	-2,0	0,94	1	63	4,4

Дистрибуција фреквенције скорова (Табела бр. 21) јасно указује да преко 80% (126 испитаника, одн. 82,5%) испитаника показује симптоме екстремне депресије. На шестостепеној скали нивоа депресије не постоји стистички значајна разлика између мушкараца и жена ($\chi^2=8,70$; $df=5$; $p=0,12$, одн. $p>0,05$). Међутим, на тростепеној класификацији нивоа депресивности, мушки испитаници чешће показују симптоме екстремне депресије од жена и та разлика учесталости је статистички значајна, али је јачина везе слаба ($\chi^2=8,04$, $df=2$, $p<0,05$, $CC=0,22$).

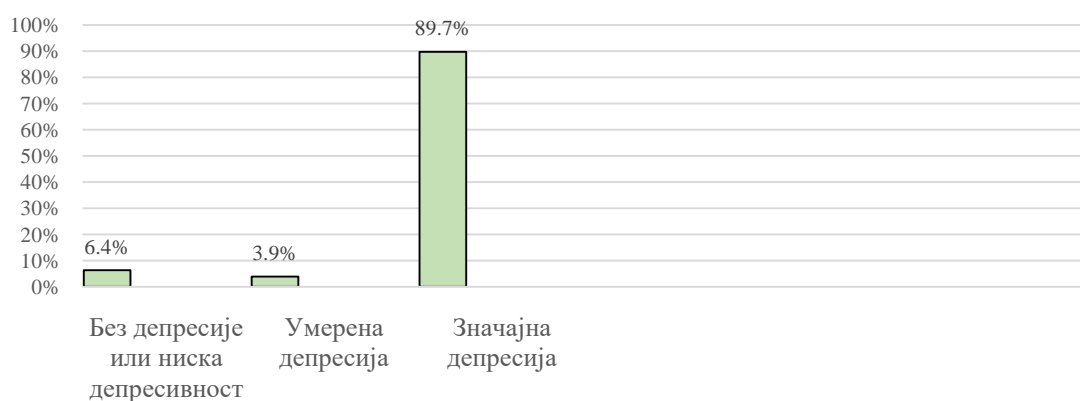
Табела бр. 17: Дистрибуција фреквенције скорова на Бековој скали интензитета депресивности према кључу за тумачење резултата

Класификација	Норме, одн. кључ	Ниво депресије	Укупно		Мушкарци		Жене	
			бр.	%	бр.	%	бр.	%
Нема депресије или је ниска	0 - 10	Нормално расположење	5	3,2	2	2,6	3	3,8
	11 - 16	Благи поремећај расположења	5	3,2	1	1,3	4	5,2
Умерена депресија	17 - 20	Гранична клиничка депресија	2	1,3	/	/	2	2,5
	21 - 30	Умерена клиничка депресија	4	2,6	/	/	4	5,2
Значајно изражена депресија	31 - 40	Тешка клиничка депресија	12	7,1	6	7,9	6	7,7
	41 - 63	Екстремна депресија	126	82,5	67	88,2	59	75,6

$\chi^2=8,04$ $df=2$ $p<0,05$ $CC=0,22$

Дакле, целокупан узорак испитаника показује значајно изражену депресију (Графикон бр. 23).

Графикон бр. 23: Дистрибуција фреквенције скорова на Бековој скали интензитета депресивности према кључу за тумачење резултата



Испитаници који имају већи ниво депресије чешће дају одговоре да им је опште здравље лошије, али и да им је квалитет живота лош (Табела А13 и Табела А14 у Прилогу). Та разлика учесталости је високо статистички значајна и величина тог ефекта је умерена ($\chi^2=47,62$; $df=4$; $p<0,01$; $CC=0,49$). Такође, када се анализирају здравствено стање испитаника у моменту попуњавања упитника (било преко тростепене скале здравља или на скали здравственог стања) и ниво њихове депресивности на Бековој скали, уочава се исто, одн. да испитаници који су лошијег здравственог стања чешће дају одговоре који иду у прилог значајно израженој депресији. И та разлика учесталости је високо статистички значајна и величина тог ефекта је умерена ($\chi^2=36,09$; $df=4$; $p<0,01$; $CC=0,44$ и $\chi^2=93,32$; $df=4$; $p=0,00<0,01$; $CC=0,61$).

4. 6. Процена задовољства медицинских сестара на одељењима за палијативно збрињавање

Као средство пружања података за процену задовољства медицинских сестара на одељењима палијативног збрињавања коришћен је упитник са 24 питања (Упитник бр. 6 у Прилогу).

У истраживању је учествовало 47 медицинских сестара, што представља 100%-ни узорак медицинских сестара на оба одељења за палијативно збрињавање при клиничко-болничким центрима Земун (30 испитаника) и Звездара (17 испитаника).

Велика већина медицинских сестара, одн. техничара су жене (85,1%), више од половине имају од 35 до 54 године старости (53,2%) и око три четвртине њих не ради додатно (74,5%) (Табела бр. 18).

Табела бр. 18: Социјално демографске карактеристике медицинских сестара у овом истраживању

Варијабла	Сви медицински техничари (n=47)	Мушкарци (n=7)	Жене (n= 40)
Узорак	100%	14,9%	85,1%
Општи подаци о медицинским сестрама			
Године живота, n (%)			
до 34 године			16 (34,0%)
од 35 до 54 године			25 (53,2%)
55 и више година			6 (12,8%)
Обављање руководеће функције, n (%)			
Да			9 (19,1%)
Не			38 (80,9%)
Обављање додатног рада поред посла који већ обавља у својој установи, n (%)			

У настави	2 (4,2%)
У приватној пракси	4 (8,5%)
У неком другом сектору	6 (12,8%)
Не ради додатно	35 (74,5%)

Ради бољег сагледавања задовољства медицинских сестара радним окружењем које су процењиване оценама од 1 (најмања оцена) до 5 (највиша оцена), поједине варијабле су груписане у одређене димензије менаџмента (Табела бр. 19).

Табела бр. 19: Мишљење медицинских сестара о различитим аспектима менаџмента на одељењима за палијативно збрињавање у току Covid-19 пандемије

Димензије менаџмента	Мере дескрипције и поузданости					
	Средња вредност	SD	Медиана	Мод	IQR (=p75-p25)	Cronbach's Alpha
Обезбеђење ресурса (опрема за рад, адекватан простор за рад, расположиво време за рад)	3,55	0,85	4,00	4	1,00 (=4.00-3.00)	0,80
Мотивација (аутономија у раду, уважавање рада од стране претпостављених, могућност за професионални развој и едукацију, финансијска надокнада)	3,55	0,85	3,75	4	1,25 (=4.25-3.00)	0,79
Комуникација и сарадња (са колегама и са пацијентима)	4,03	0,72	4,00	4	1,00 (=4.25-3.25)	0,21
Одржавање адекватних хигијенских услова за рада у складу са мерама за спречавање и сузбијање нозокомијалних инфекција и спровођење адекватних мера за спречавање и контролу COVID-19 инфекције	3,80	0,84	4,00	4	1,50 (=4.50-3.00)	0,48
Руковођење и организација рада у установи	3,74	1,03	4,00	4	2 (=5.00-3.00)	/

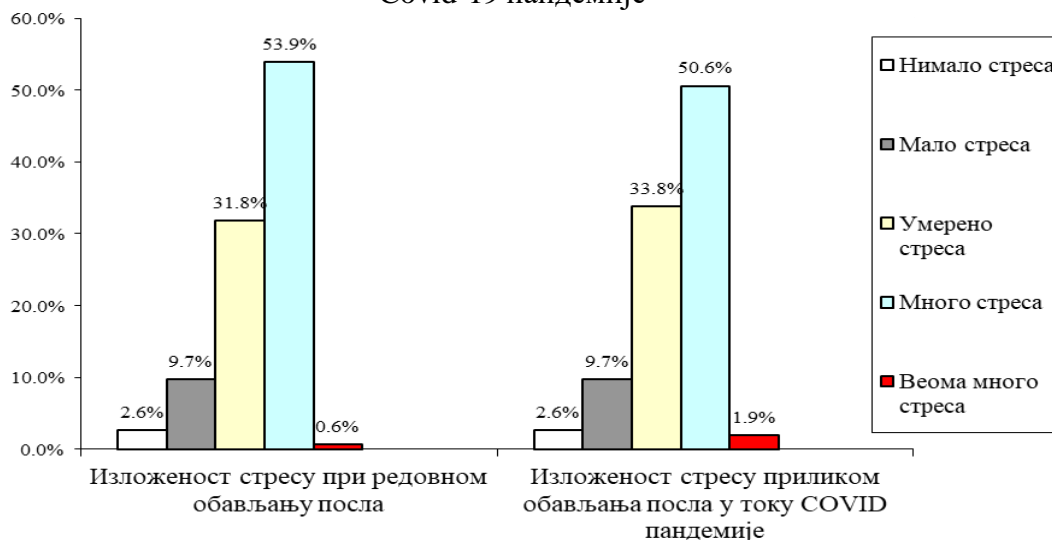
IQR за целокупан менаџмент је 1 (=1,08-3,08).

Најчешћа вредност за коју су се медицинске сестре изјашњавале у вези свих димензија менаџмента у својим установама је била 4 (од максимално могућих 5). Највише су биле задовољне комуникацијом и сарадњом са пацијентима и колегама (просечна оцена 4,03 од максимално могућих 5), а најмање су биле задовољне обезбеђењем ресурса и мотивацијом (просечне оцене 3,55 од максимално могућих 5).

Што се тиче изложености медицинских сестара стресу у току Covid-19 пандемије и у редовним условима рада (Графикон бр. 24), она је процењивана петостепеном скалом градијацијом од „нимало“ (оцена 1) до „веома много“ (оцена 5). Уочава се да медицинске сестре из јединица за палијативно збрињавање које су радиле у Covid-19 зони (средња вредност изложености стресу је 3,57 од могућих 5) нису биле више него иначе под стресом, притиском и напетостима као и у условима редовног обављања посла (средња вредност изложености стресу у редовним условима је 3,60 од могућих 5). Наиме, медицинске сестре које у редовним условима рада имају осећање напетости, стреса или притиска, имају исти начин доживљавања и реаговања и у

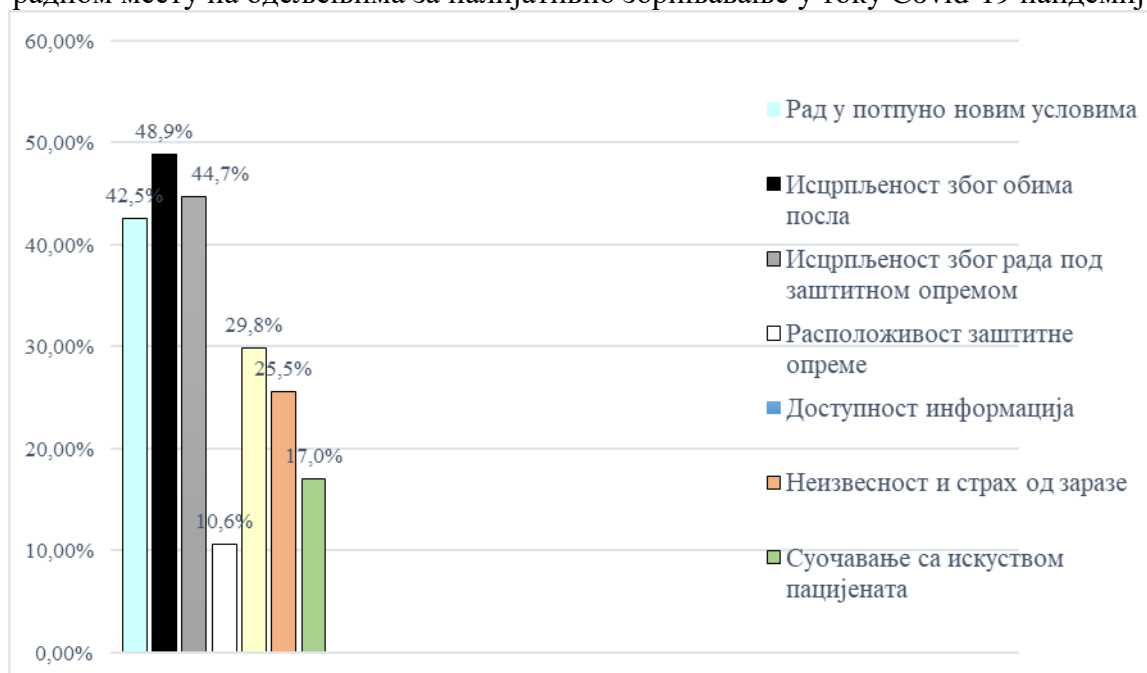
обављању посла у условима епидемије Covid-19, и та веза је статистички значајна ($\chi^2=60,89$; $df=16$; $p<0,05$; $CC=0,75$) (Табела А17 у Прилогу).

Графикон бр. 24: Дистрибуција одговора медицинских сестара о изложености стресу у редовним условима рада у условима рада у току Covid-19 пандемије



Највећи изазови у раду медицинских сестара у току епидемије Covid-19 су исцрпљеност због обима посла и исцрпљеност због рада по заштитном опремом (Табела А18 у Прилогу, Графикон бр. 25).

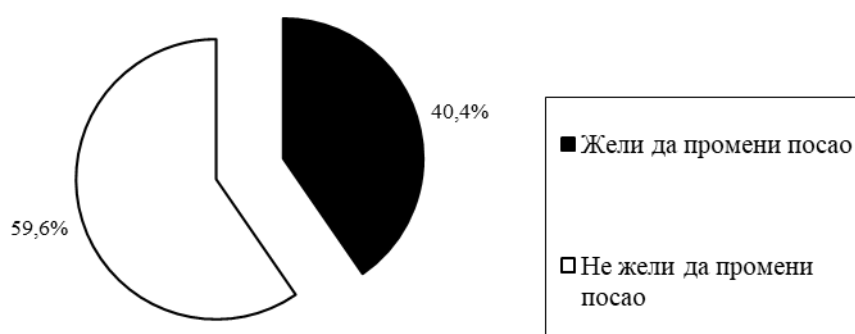
Графикон бр. 25: Дистрибуција одговора медицинских сестара о највећим изазовима на радном месту на одељењима за палијативно збрињавање у току Covid-19 пандемије



Само 1 испитаник (2,1%) није имао ниједан изазов у раду у току Covid-19 пандемије. Нешто мање од половине испитаника, њих 21 (44,7%) тврди да има само један од понуђених изазова у раду. Нешто више од половине испитаника, њих 25 (53,2%) има више изазова у раду, и то: два изазова има 8 испитаника (17%), три изазова има 9 испитаника (19,1%), четири изазова има 5 испитаника (10,6%), пет изазова има 1 испитаник (2,1%) и свих седам изазова има 2 испитаника (4,3%).

Посао не жели да мења 59,6% испитаника (њих 28). О премени посла у наредних пет година размишља 19 (40,4%) испитаника (Графикон бр. 26).

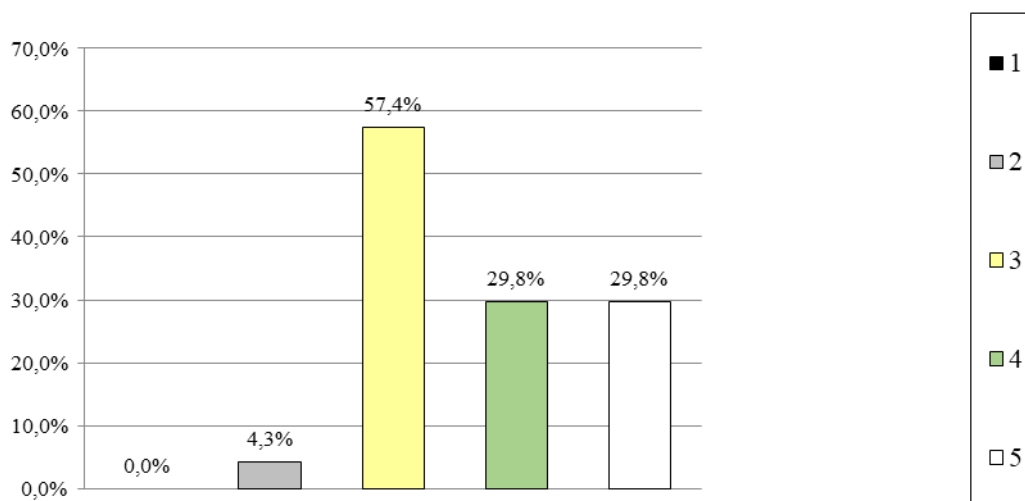
Графикон бр. 26: Дистрибуција одговора медицинских сестара које раде на одељењима за палијативно збрињавање о томе да ли размишљају да промене посао



Од оних 19 медицинских сестара које желе да промене посао, највише њих (8, одн. 42,1%) планира да оде у иностранство, њих 7 (36,8%) планира да у наредних пет година ради послове ван здравственог сектора, док њих 4 (21,1%) размишља о одласку у приватни сектор здравства.

Генерално гледано, просечна вредност самопроцене укупног задовољства послом медицинских сестара из овог истраживања је 3,43 од максимално могућих 5, док је мод 3. Више од половине (њих 24, одн. 57,4%) је дало оцену 3, док нико није дао оцену 1 (Графикон бр. 27).

Графикон бр. 27: Дистрибуција одговора медицинских сестара које раде на одељењима за палијативно збрињавање о укупном задовољству послом



Ако се менаџмент у јединицама палијативног збрињавања сагледа у целини (као сума свих 12 варијабли), уочава се да не постоји статистички значајна веза између менаџмента и укупног задовољства послом ($\chi^2=96,92$; $df=78$; $p=0,072$, одн. $p>0,05$).

Са задовољством послом медицинских сестара највише су повезани мотивација и спровођење адекватних мера за контролу ширења Covid-19 инфекције (разлике учесталости су високо статистички значајне), а затим следи обезбеђење ресурса за рад (разлика учесталости је статистички значајна) (25) (Табела бр. 20).

Табела бр. 20: Значајаност разлике односа између различитих аспеката менаџмента на одељењима палијативног збрињавања у току Covid-19 пандемије и задовољства послом медицинских сестара

	Димензије менаџмента				
	Обезбеђење ресурса	Мотивација	Комуникација	Мере за контролу COVID-19 инфекције	Руковођење и организација
Укупно задовољство медицинских сестара послом	$\chi^2=40,96$ $df=27$ $p=,042^*$ $CC=,68$	$\chi^2=62,83$ $df=36$ $p=,004^{**}$ $CC=,76$	$\chi^2=28,67$ $df=18$ $p=,053$ $CC=,62$	$\chi^2=36,42$ $df=18$ $p=,006^{**}$ $CC=,66$	$\chi^2=16,75$ $df=12$ $p=,159$ $CC=,51$

Напомена: *статистичка значајност, **висока статистичка значајност

Ради свеобухватнијег сагледавања различитих аспеката задовољства медицинских сестара које раде на одељењима палијативног збрињавања, анализирани су одговори медицинских сестара о укупном задовољству послом у односу на друге варијабле које се тичу менаџмента. Сарадња са колегама и однос са пацијентима, као и руковођење и организација на одељењима за палијативно збрињавање нису имали статистички значајне вредности у разлици учесталости (Табела бр. 20). Ако се посматра задовољство медицинских сестара послом у односу на сваку појединачну варијаблу у вези менаџмента, уочава се да постоји следеће (Табеле А19 – А21 у Прилогу):

- Медицинске сестре које се изјашњавају да имају ниску финансијску надокнаду за свој рад чешће се изјашњавају да су послом ни задовољне, ни незадовољне, и медицинске сестре које сматрају да имају адекватну финансијску надокнаду за свој рад чешће се изјашњавају да су задовољне и

веома задовољне својим послом. Та разлика учесталости је високо статистички значајна и јачина те везе је умерена ($\chi^2=38,33$; $df=12$; $p<0,01$; $CC=0,67$) (Табела А19 у Прилогу).

- Одржавање адекватних хигијенских услова у радном окружењу у складу са мерама превенције нозокомијалних инфекција у редовним условима није у вези са задовољством послом медицинских сестара које раде на одељењима за палијативно збрињавање ($\chi^2=14,82$; $df=12$; $p=>0,05$) (Табела А20 у Прилогу), али за време трајања Covid-19 пандемије постоји веза између одржавања адекватних хигијенских услова у радном окружењу и задовољства послом медицинских сестара које раде на одељењима за палијативно збрињавање и та разлика учесталости је високо статистички значајна и јачина тог ефекта је умерена ($\chi^2=23,96$; $df=9$; $p<0,01$; $CC=0,59$) (Табела А21 у Прилогу). Наиме, медицинске сестре које сматрају да се на одељењу за палијативно збрињавање спроводе адекватне мере за спречавање и сузбијање Covid-19 инфекције високо статистички значајно чешће су задовољне и веома задовољне својим послом, одн. медицинске сестре које сматрају да се на њиховом одељењу уопште и не спроводе адекватне мере за спречавање и сузбијање Covid-19 инфекције су високо статистички значајно чешће незадовољне и веома незадовољне својим послом.

Незнатан број испитаника је дао примедбе и предлоге за унапређење квалитета рада и задовољства медицинских сестара које раде на одељењима за палијативно збрињавање, и они се односе на захтев за повећање плате (2 медицинске сестре), предлог за остваривањем боље комуникације између здравствених радника (1 медицинска сестра) и захтев за обезбеђење нових болесничких кревета на одељењима за палијативно збрињавање (1 медицинска сестра).

4. 7. Процена резилијентности медицинских сестара на одељењима за палијативно збрињавање

У истраживању је коришћен упитник *Кратка скала отпорности (BRS)*** која мери способност појединца да се успешно опорави од стресне ситуације. Обзиром да тврдње имају различити смер, ради анализе кратке скале отпорности извршено је окретање смера одређених питања. Тако, варијабле 2, 4 и 6 су рекодиране, јер њихов смисао има супротан вредносни правац (Табела бр. 21).

Табела бр. 21: Дистрибуција одговора медицинских сестара које раде на одељењима палијативног збрињавања у вези резилијентности

Испитаници	Мере дескрипције и поузданости							
	Средња вредност сума	SD	Медиана	Мод	Kurtosis	Skewness	Min	Max
Мушкарци	2,83	0,41	2,83	3	0,04	-0,19	2	3
Жене	3,00	0,65	3,00	3	1,94	-0,58	1	4
Укупно	2,98	0,62	3,00	3	1,98	-0,49	1	4

Резултат на скали отпорности на стрес се добија као аритметичка средина одговора на свих шест тврдњи (25) (Табела бр. 21). Аритметичка средина свих сума је 2,98 од могућих 5, што говори о просечним достигнућима на упитнику резилијентности код медицинских сестара [26] (Табела бр. 21). Код скоро две трећине медицинских сестара које раде на одељењима палијативног збрињавања постоји нормална резилијентност. Код нешто више од трећине медицинских сестара постоји ниска

резилијентност, а само једна медицинска сестра има високу резилијентност (Табела бр. 22 и Графикон бр. 28).

Табела бр. 22: Дистрибуција категорија на скали резилијентности код медицинских сестара које раде на одељењима палијативног збрињавања

Степен резилијентности	Норме, одн. кључ	Укупно	
		бр.	%
Ниска резилијентност	1,00 – 2,99	17	36,2
Нормална резилијентност	3,00 – 4,30	29	61,7
Висока резилијентност	4,31 – 5,00	1	2,1
Укупно	/	47	100

Графикон бр. 28: Дистрибуција фреквенције скорова медицинских сестара које раде на одељењима за палијативног збрињавања на скали резилијентности према кључу за тумачење резултата



Ради утврђивања односа између задовољства послом медицинских сестара и степена њихове резилијентности анализирани су подаци (Табела А22 у Прилогу) који указују на то да медицинске сестре које су ни задовољне, ни незадовољне својим послом најчешће имају нормалну резилијентност. Ипак, нису утврђене статистички значајне разлике у задовољству послом медицинских сестара на палијативном збрињавању и њихове резилијентности ($\chi^2=3,72$; $df=8$; $p>0,05$).

Ради утврђивања односа између изложености медицинских сестара стресу у редовним условима и у условима рада у току Covid-19 пандемије и степена њихове резилијентности анализирани су подаци (Табела А23 и Табела А24 у Прилогу), али нису утврђене статистички значајне разлике између изложености стресу медицинских сестара на палијативном збрињавању и њихове резилијентности ($\chi^2=5,91$; $df=8$; $p>0,05$ и $\chi^2=3,09$; $df=8$; $p>0,05$).

Резилијентност медицинских сестара је сагледана и кроз призму квалитета односа медицинских сестара и пацијената (Табела А25 у Прилогу). Медицинске сестре које сматрају да имају добар и веома добар однос са пацијентима (оцене 4 и 5 од могућих 5) чешће показују нормалну резилијентност, а медицинске сестре које сматрају да имају осредњи и лош однос са пацијентима (оцене 2 и 3 од могућих 5) показују ниску резилијентност. Та разлика учесталости је статистички значајна и величина тог ефекта је јака ($\chi^2=88,25$; $df=60$; $p<0,05$; $CC=0,81$) (Табела А25 у Прилогу).

5. ДИСКУСИЈА

У приказаној студији пресека процењиван је квалитет живота пацијената који су смештени на одељењима палијативне неге, уз анализирање утицаја демографских, социјално-економских и клиничких фактора. Осим тога мерено је и присуство депресивности код ових пацијената. С друге стране намера је била открити и утврдити степен резилијентности код медицинских сестара/техничара на одељењима палијативне неге, степен њиховог задовољства послом уз праћење разлика у односу на пол, године стажа и остале релевантне карактеристике.

Животно доба анкетираних се кретало од 22 до 87 година, а њихова просечна старост је 68,8 година, а трогодишњи интервал између 69 и 71 година покрива 29 (18,8%) случајева свих утврђених болести, што значи да би то био најрискантнији период за оболевање наших испитаника. Према другим студијама које су поредиле испитанике, болесници су били старије животне доби [148, 149-151]. Донекле оправдање присуства млађег животног доба наших испитаника у тренутку испитивања повезано је са присуством ранијег започињања болести у нашој земљи. Постоје и друга истраживања која су потврдила присуство болести међу старијим животним добом [152], а код неких чак у 7. и 8. деценији живота [153]. Овакав податак који указује на то да су у нашој земљи болести почињале раније у односу на високо развијене земље, можемо, према неким ауторима, оправдати утицајем неповољног профила фактора ризика, у првом реду пушења, у социјално-економски неразвијенијим друштвима. Према присталицама оваквог става ранији почетак пушења и дужи пушачки стаж, значајно повећавају ризик од настанка болести у млађем узрасту [154].

Скоро половина анкетираних има месечна примања од 20.000 до 50.000 динара, трећина је са месечним примањима од 10.000 до 20.000 динара. Свега око 20% испитаника има приходе изнад 50.000,00 динара, и то су углавном они који живе у брачној или ванбрачној заједници, и они који су високошколски образовани. Управо су ови испитаници у време COVID-19 пандемије најлакше набављали терапију. Најмању могућност смештаја на одељењу палијативног збрињавања за време пандемије имали су испитаници са завршеном средњом школом. Потребно је имати у виду да се економски индикатори разликују у различитим друштвима те да статус запослености у нашој средини није адекватан економски индикатор, односно да и незапослени испитаници као и пензионери могу имати различите алтернативне изворе прихода [19].

Неповољан социјално-економски статус је данас прихваћен као јасан фактор ризика за настанак многих болести (нпр. ХОБП), иако компоненте сиромаштва које доприносе томе нису у потпуности јасне [155, 156]. Оно око чега још постоје недоумице јесте да ли се на ову везу утицаја одражава изложеност спољашњем или унутрашњем аерозагађењу, лошој исхрани, инфекцијама или другим факторима ризика, који могу бити последица неповољнијег социјално-економског статуса [155]. С друге стране, постоје истраживања која јасно упућују на то да је ризик од настанка карцинома плућа инверзно повезан са лошијим социјално-економским статусом [157], што се доводи у везу са чињеницом да је пушење као главни фактор ризика за настанак карцинома плућа такође повезан са лошијим социјално-економским статусом [158, 159], као и професионална изложеност одређеним канцерогеним супстанцама [160]. Постоје истраживања која потврђују да пацијенти различитих социјално-економских статуса се не лече на исти начин. Тако је рецимо у мета-анализи [161], показано да болесници са неповољнијим социјално-економским статусом имају мању вероватноћу да буду лечени хируршки и хемотерапијом [162]. Ово се може донекле објаснити и постојањем социјално-економских неједнакости у перформанс статусу, док социјално-

економске варијације у хистолошком подтипу могу само донекле да објасне разлике у примени хируршког вида лечења зависно од социјално-економског статуса болесника (сиромашнији болесници имају мању вероватноћу да буду хируршки лечени), што је закључак који перзистира и након укључивања у анализу стадијума, перформанс статуса и придружених болести [163]. Дакле, бројна истраживања показују да неповољансоцијално-економски статус представља фактор ризика за многе болести (попут карцином плућа и ХОБП) [19].

Што се тиче података о болести анкетираних, највећи број испитаника болује од малигнух обољења (нешто мање мушкараца од жена). Више од половине испитаника болује још од неке друге хроничне болести, и то: повишен крвни притисак, шећерна болест, мождани удар, хронична исхемија срчаног мишића, срчана слабост, улцерозни колитис, бронхијална астма и запаљење унутрашњег слоја срца. И међу другим истраживањима потвђује се да су испитаници имали чешће присуство и неке придружене болести [19].

Нешто више од две трећине испитаника имало је потребу за лековима за супримирање јаких болова у току COVID-19 пандемије. До тих лекова испитаници су најчешће долазили преко домова здравља и служби за кућно лечење, а најређе преко службе за поливалентну патронажу приватног здравственог сектора. У литератури коегзистира податак који говори у прилог томе да је примена палијативне терапије успевала да у знатној мери побољша квалитет живота болесника, и да редукује управо симптоме болести који задају највише проблема болесницима [19]. Такви резултати у складу су са запажањима већег броја студија и рандомизираних истраживања, да примена хемотерапије било у виду комбинованих хемотерапијских режима, или у виду монотерапије у одабраним случајевима, значајно побољшава квалитет живота у скоро свим доменима и ублажава поједине симптоме болести у поређењу са најбољом супортивном терапијом [164-168]. Према једном истраживању, многи болесници пре бирају терапију која је у стању да ублажи симптоме болести, чак иако непродужава преживљавање, него терапију која је у стању да преживљавање продужи у мањој мери, а да истовремено не побољшава симптоме болести [169, 170]. Управо, оваква способност терапије да побољша или одржи задовољавајући квалитет живота болесника смањивањем оптерећења по пацијента уз прихватљиву токсичност је од највеће важности за саме болеснике, с обзиром да им омогућава да што је могуће дуже одрже своју функционалност и независност, односно осећај да не оптерећују породицу и оне које воле током завршног периода живота [171, 172].

Палијативно збрињавање је фокусирано на адекватно збрињавање симптома болести и пружање психосоцијалне подршке пацијенту и породици која о њему брине, те као такво носи потенцијал да побољша квалитет збрињавања и да смањи коришћење медицинских служби [173]. У време COVID-19 пандемије више од 80% је имало потребу да буде смештено на одељење за палијативно збрињавање, али је само 16% од тих испитаника имало ту могућност. Најчешћи разлог томе су усвојене мере за сузбијање и спречавање COVID-19 пандемије, али и недостатак капацитета за пријем.

Истраживања су показала да болесници са малигнуим болестима (пре свега мисли се на неситноћелијски рак плућа) заједно са члановима својих породица имају веома изражене потребе за палијативним збрињавањем. Међутим, показано је и да ове потребе у знатној мери остају незадовољене, у односу на неке друге врсте малигнитета [174], чак и у земљама са добро развијеним палијативним збрињавањем. Пракса је управо доказала да касна примена палијативног збрињавања није у стању да обезбеди адекватан квалитет збрињавања болесницима са раком [175]. Такође и болесници са терминалним стадијумом ХОБП имају изразито велике потребе за добро организованим палијативним збрињавањем (и адекватним палијативним приступом)

које би требало да има за циљ не само смањивање великог оптерећења симптомима код ових болесника, већ и адекватну психосоцијалну подршку током дужег временског периода [19, 176].

Пораст броја лекара и медицинских сестара, као и пораст броја пацијената у службама кућног лечења и палијативне неге у домовима здравља у Београду у периоду од 2010-2019. године [54] потврђују да би палијативно збрињавање могло значајно да утиче на квалитет живота пацијента, као и на збрињавање на крају живота, и да би требало да буде примењено рано у току болести [19]. Значај раног палијативног збрињавања је доказана и у другим истраживањима, у којима је, између осталог, установљено да су болесници код којих је примењивано рано палијативно збрињавање имали просечно преживљавање од 11,6 месеци у поређењу са контролном групом где је преживљавање било 8,9 месеци [177]. Слични резултати су добијени и у другим истраживањима, и као такви представљали су добру основу за доношење закључка да рано палијативно збрињавање значајно побољшава квалитет живота пацијената, а да истовремено не доводи до губитка у његовом квантитету [178-180]. Тако се намеће закључак да квалитет живота пацијената (пре свега пацијената са неситноћелијским раком плућа) преваходно зависи од раног укључивања у палијативно збрињавање. Због тога неки теоретичари сматрају да би рано палијативно збрињавање требало да представља стандард у лечењу болесника са узнапредовалим неситноћелијским раком плућа [19].

Везано за ХОБП као једне од најчешћих респираторних болести, која има изузетно лошу прогнозу, у истраживањима је пронађена слаба корелација између FEV1 вредности (односно постбронходилаторног форсираног експиријумског протока у првој секунди), присутних симптома и квалитета живота. То значи да унутар сваког стадијума одређеног на основу FEV1 вредности, болесници могу да имају од веома добро очуваног, па до изразито лошег здравственог статуса тј. квалитет живота [155]. Врло је тешко и несигурно прогнозирати како ће се развијати ХОБП у узнапредовалим стадијумима болести, те се у земљама са добро развијеним палијативним збрињавањем то сматра једним од главних баријера за упућивање ових болесника службама за палијативно збрињавање [181]. Када се говори о квалитету живота у овој болести, он зависи од њених симптома - диспнеје и губитка даха, који имају изразито негативан утицај на квалитет живота појединца, с обзиром да компромитују његову мобилност, што се одражава како на свакодневне активности, тако и на његове социјалне контакте [182]. Диспнеја је повезана са физичким напором и доводи до тога да пацијенти свесно или несвесно редукују ниво своје физичке активности [183]. Поред ових, постоје и други симптоми (попут кашља, бола, поремећаја спавања, губитка у телесној тежини, опстипације и инконтиненције) који доприносе значајном оптерећењу пацијента симптомима и смањењу укупног квалитета живота [182, 184, 185].

Нешто испод једне трећине испитаника процењује своје здравље као лоше, док сваки трећи испитаник, сматра да је пристојног здравља. Здравствено стање код највећег броја испитаника је такво да их највише ограничавају оне активности које захтевају највише енергије (спортске активности, дизање тешких предмета), затим ходање више од 1,5km и ходање уз степенице, а најмање ходање до 100m и самостално купање или облачење. Генерално гледано, процена опште функционалности испитаника указује да је половина таквог здравственог стања које их мало ограничава у животним активностима, док скоро сваког трећег испитаника здравствено стање врло много ограничава у уобичајеним животним активностима. У поређењу са здравственим стањем од пре годину дана, сваки пети испитаник тврди да му је глобално здравље много горе него пре годину дана, док сваки трећи сматра да му је здравље нешто горе.

Генерално гледано, физичко здравље или емоционални проблеми испитаника утицали су неко време на њихове друштвене активности.

Самопроцена укупног квалитета живота указује да је квалитет живота испитаника средње вредности, при чему нема ни једног испитаника који је дао оцену одличан. Квалитет живота болесника представља окосницу палијативнох збрињавања и један је од параметара који служе као индиректни показатељ потреба болесника за палијативним збрињавањем [19]. У нашој земљи развој палијативниг збрињавања је тек у зачетку и институционализовани облици палијативног збрињавања нису још развијени. Занимљиво је да некоришћење служби палијативног збрињавањане мора да значи и незадовољене потребе за палијативним збрињавањем. Често болесници не користе службе које су им на располагању зато што своје потребе адекватно задовољавају на примарном нивоу здравствене заштите, од стране других специјалистичких служби или од стране чланова породице који брину о њима, што су показала и нека истраживања [186]. Међутим, бројна истраживања указују и на то да такве одлуке често могу бити праћене и значајним негативним последицама по здравствено стање и квалитет живота пацијената, јер је доказана чињеница да добар приступ хосписима за последицу има боље дуготрајно преживљавање чланова породице [187].

Разлика учесталости одговора испитаника, у нашем истраживању, по питању самопроцене здравља у односу на одговоре у вези самопроцене квалитета живота је високо статистички значајна, и величина тог ефекта је јака. Наиме, испитаници који процењују своје здравље као мање задовољавајуће (најгоре, лоше и осредње) чешће тврде да имају лошији квалитет живота и та разлика учесталости је високо статистички значајна. И у другим истраживањима се потврђују наши резултати, с обзиром да се пронашло да су најнижи скорови остварени на скали обављања дужности, а највиши регистровани на скалама за ментално и социјално функционисање. Потврђено је да је обављање професионалних, слободних и свакодневних физичких активности представљало највећи проблем болесницима са завршним стадијумима болести [19]. Да проблеми у свакодневном физичком функционисању и обављању дужности у највећој мери нарушавају квалитет живота болесника са завршним стадијумима болести потврђују и студије других истраживача [149, 176, 188]. Како у нашој студији тако и у другим студијама, видљиво је да је физичка онесбособљеност за обављање елементарних дневних активности, али и професионалних и слободних активности, оно што болесници перципирају као свој највећи проблем. Иако су директна поређења квалитета живота посебно у завршним стадијумима болести изузетно ретка, занимљив је податак да је установљена значајна разлика квалитета живота између болесника са завршним стадијумима одређених болести. Тако се показало да болесници са завршним стадијумом ХОБП могу да имају значајно лошији квалитет живота него болесници са завршним стадијумом неситноћелијског рака плућа [19, 176], при чему су највеће разлике регистроване у доменима физичког и социјалног функционисања и општег здравља. Дакле, тежина болести тј. поремећај у функционисању који она проузрокује, доводи не само до неадекватног физичког функционисања [151-152, 189], него се значајно рефлектује и на ментални статус болесника [151, 190-191].

Донекле у супротности са наведеним резултатима су резултати недавно публиковане америчке студије [192] у којој су праћени функционални капацитет, емоционално благостање и квалитет пацијената оболелих од узрапредовалих стадијума рака, конгестивне срчане инсуфицијенције и ХОБП, с циљем да се установи да ли различите болести доприносе разликама у искуству пацијената са њиховом болешћу, односно да ли постоји разлика између болесника оболелих од завршних стадијума малигних и немалигних обољења [193]. Резултати су показали да није било разлике у

физичком, социјалном, емоционалном и духовном домену квалитета живота између болесника оболелих од рака и оболелих од ХОБП и конгестивне срчане инсуфицијенције. Оно што је у складу са постојећим истраживањима је то да су свакодневне физичке и инструменталне активности, попут пењања уз степенице, одржавања личне хигијене, облачења и свеукупне покретљивости биле значајно лошије међу болесницима који болују од ХОБП и конгестивне срчане инсуфицијенције у односу на болеснике са раком [19].

Однос између квалитета живота и тежине болести често није линеаран, а једна од најзначајнијих импликација оваквог нелинеарног односа је да сличне промене у тежини болести могу да имају веома различите ефекте на процењен квалитета живота. То значи да унутар сваког стадијума болести болесници могу да испољавају цео спектар, од веома лошег до веома доброг квалитета живота [194, 195-198]. Врло често се учесталост и тежина симптома болести повећавају како се болесник приближава завршници живота, што доводи до значајних функционалних ограничења код болесника, условљавајући везаност за кућу (у тежим случајевима и за столицу или постељу) код скоро половине болесника, као и зависност од других чланова породице када је у питању обављање свакодневних активности [176, 199, 200]. Такав губитак мобилности и везаност за кућу, најчешће води ка значајној социјалној изолацији и већем психолошком дистресу ових болесника [184, 200]. Зато је процена симптома неке одређене болести веома важна када се вреднује утицај који болест има на сваког појединог болесника. На пример, тежина и степен диспнеје, као најпревалентнији симптом међу болесницима са ХОБП, указује да што је диспнеја била тежа, болесници су саопштавали лошије функционисање у физичком, емоционалном и социјалном домену, као и у домену општег здравља. Такође се потврдило да што су болесници имали веома изражено отежано дисање, имали су значајно више проблема у свакодневном физичком и психосоцијалном функционисању, као и лошији укупни квалитет живота [19].

У литератури постоји повезаност тзв. перформанс статуса са свим доменима квалитета живота болесника која је позната и добро описана у бројним студијама [151-152, 188, 189], те се перформанс статус користи и као сурогат мерило за процену квалитета живота болесника. Перформанс статус представља мерило које је традиционално употребљавано у онкологији са циљем да се процени опште стање болесника, његова функционалност односно способност да самостално обавља свакодневне животне активности, углавном са циљем одређивања способности болесника да буде лечен одређеним видовима специфичног онколошког лечења [19]. Такође је уочена веза између квалитета живота и броја хоспитализације, и квалитета живота и појава акутних егзацербација. У првом случају показало се да болесници са већим бројем хоспитализација имају више проблема у обављању професионалних и слободних активности [19]. У другом случају појава акутних егзацербација болести оставља значајне реперкусије на квалитет живота пацијената, што се потврдило у бројним истраживањима [19]. Наиме, појава акутних егзацербација пресеца постепено али прогресивно повећавање ограничења у протоку ваздуха, односно континуирано смањење дисајне функције током времена. Учесталост егзацербација значајно варира између пацијената [201, 202]. Што је ограничење протока ваздуха болесника веће, повећава се и учесталост егзацербација, а самим тим и ризик од наступања смртног исхода, па је највећа учесталост егзацербација болести присутна управо у завршним стадијумима болести [203, 204]. Овакви изнешени резултати у складу су са раније публикованим запажањима да је здравствени статус, односно квалитет живота, у јакој вези са бројем егзацербација болести [205]. Честе егзацербације болести су повезане са

лошом прогнозом болести и повећаним ризиком од смртног исхода [206], па је зато процена ризика од егзацербација веома важна када се врши процена тежине болести.

Резултати других студија показују детериорацију квалитета живота код болесника са ХОБП и респираторном инсуфицијенцијом, као одлика узнапредовалих стадијума болест. Ти болесници очекивано су имали значајно лошији квалитет живота у поређењу са болесницима без ње, и то како у доменима физичког функционисања и обављања дужности, тако и у испољавању значајно мање виталности и лошије социјално функционисање [207-209].

Како се показало да је дуготрајна оксигенотерапија добро установљен вид лечења за болеснике са ХОБП и тешком хипоксемијом, који је у стању да редукује морталитет ових болесника [210], постоје истраживања која тврде да они болесници који су користили дуготрајну оксигенотерапију потврђују присутност више проблема у свакодневном физичком функционисању, те самим тим и лошији укупан квалитет живота. Често су такви резултати оправдани чињеницом да популација болесника која поседује апарат и користи дуготрајну оксигенотерапију заправо представља болеснике са тежим степеном хипоксемије за коју се зна да неповољно утиче на квалитет живота [211]. У литератури се такође среће и аргументација да би лошији квалитет живота код болесника који користе дуготрајну оксигенотерапију могао да буде и последица ограничене мобилности ових болесника услед везаности за кућу, и непријатних манифестација у смислу болова у носу и ушима због коришћења назалне каниле [212]. Међутим, студије спроведене у каснијем периоду саопштавале су другачије резултате уз закључак да сама примена дуготрајне оксигенотерапије не нарушава квалитет живота ових болесника [213-214], те да не само што постоји повољан ефекат на њихово преживљавање, већ такође болесници након 2-6 месеци коришћења дуготрајне оксигенотерапије показују и значајно побољшање квалитета живота [215-216].

Према студији [217] егзекутивне функције су укупно нарушене у 19% испитаника, а у почетној фази мултипле склерозе се не уочавају у већем проценту, те самим тим не утичу на квалитет живота испитаника у почетку болести [218]. Суштина ових истраживања била је да се покаже како одређене болести, у овом конкретном случају мултипле склерозе, значајно утичу на квалитет живота смањујући способност за рад и друштвене активности [219].

Иако се мушкарци изјашњавају да имају лошије здравствено стање него жене, та разлика није статистички значајна у нашем истраживању. Пол, године живота испитаника, образовање и брачни статус нису се показали значајним ни у односу на ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља. За разлику од нашег истраживања, у неким другим су управо старији болесници, као и они са присутним придруженим болестима, очекивано имали значајно више проблема у физичком функционисању, односно имали су лошији квалитет живота [194]. Постоје епидемиолошке студије које показују утицај социјално-економског индикатора приказан образовним статусом испитаника, у смислу да се код мање образованих особа тј. испитаника са мање од 12 година школовања, болест дијагностиковала знатно касније у животу и да је била тежег степена (на пример, са већим оштећењем дисајне функције) [220]. За разлику од ове студије, постоје истраживања [19] која, попут нашег истраживања, не показују утицај образовног статуса на квалитет живота. Разлог се можда може наћи у самом узорку, с обзиром да је већина испитаника била нижег образовног статуса.

Испитаници у овом истраживању који чешће изјављују да имају прилично и много финансијских проблема, чешће изјављују да имају лошији квалитет живота, и та

разлика учесталости је високо статистички значајна, а величина тог ефекта је слаба. Приликом интерпретације утицаја социјално-економског статуса на квалитет живота болесника, као и приликом поређења са резултатима других истраживача, важно је имати у виду да се као социјално-економски индикатори у различитим студијама користе различити параметри, те да се оптимални индикатори могу значајно разликовати између различитих друштава [19]. Тако, бити незапослен у нашем друштву не мора нужно да значи и неповољну социјално-економску позицију, с обзиром на могућност постојања алтернативних извора прихода, попут рада на црно и сл. У недостатку објективних показатеља, као што је висина годишњег прихода по члану домаћинства, често се у разним студијама [19] користе описни социјално-економски индикатори, попут: статуса запослености, дужине незапослености, способности зарађивања, поседовање аутомобила и куће/стана, као и образовни статус и профил занимања. Тако, дуже трајање незапослености код болесника са ХОБП, као и незарађивање, не морају да имплицирају само лошију социјално-економску позицију појединца, већ могу да упућују и на тежу природу обољења која је резултовала неспособношћу за рад у ранијем животном добу [19]. Такође се у овом истраживању показало да и утицај социјално-економског статуса варира у зависности од различитих болести. На пример, болесници са завршним стадијумом ХОБП који су били запослени, имали су лошији физички квалитет живота у односу на незапослене болеснике. Овакво саопштавање лошијег квалитет живота запослених болесника могуће је објаснити чињеницом да постојање прогресивне болести која их онеспособљава тј. која се одликује великим степеном физичког инвалидитета, и која у себи носи потенцијал прогресивног погоршавања, ови болесници још увек радно активни, доживљавају као већи дистрес у односу на незапослене болеснике који су се већ адаптирали на ограничења која су им наметнута постојећим инвалидитетом. Већи број чланова домаћинства који је показивао негативан утицај на физичке домене квалитет живота често је у вези са постојањем других зависних чланова породице (деца) поред особе којој се пружа збрињавање, што може бити физички захтевно, генерисати осећај неадекватности, немогућности задовољења бројних потреба, и перципирати као лошије физичко функционисање [19].

Познато је да особе нижег социјално-економског статуса имају повећан ризик оболевања од хроничног бронхитиса, појаве респираторних симптома и смањене дисајне функције, потврђене и у другим истраживањима [156, 221, 222]. Често се утицај лошег социјално-економског статуса доводи у везу са лошијим условима становања, већом изложеношћу професионалним ризицима, лошијој исхрани, већој учесталости активног и пасивног пушења, ризичним облицима понашања, као и учесталијим респираторним инфекцијама у детињству [221]. Такође, у спроведеној студији у Шпанији [220] на великом узорку од 4.574 болесника са ХОБП, уочено је да нижи социјално-економски статус (процењиван на основу образовног статуса и профила занимања) независан фактор способан да значајно наруши квалитет живота болесника, упркос чињеници да је и у Шпанији као и у нашој земљи здравствени систем универзално доступан и бесплатан за све кориснике здравствене заштите [220].

Како ће се тежиште бриге све више усмеравати на чланове породице оболелих, то ће уједно бити и изазов са њиховим властитим физичким, емоционалним и финансијским потребама, које су често значајне и непрепознате [223]. Управо је у том контексту велика пажња усмерена на потребу да се пружи подршка породици која брине о оболелом члану. Зато, када се разматрају одлуке у вези са збрињавањем пацијента, као и када се говори о задовољству квалитетом збрињавања, у оквиру доктрине палијативног збрињавања, увек се мора узети у обзир дијада пацијент – члан породице [19].

Што се тиче статуса запослења, истраживања су показала да болесници са мултиплом склерозом са когнитивним оштећењем имају већу вероватноћу да буду незапослени, док су запослени пацијенти когнитивно очуванији; а они с лошијим когнитивним функцијама, показују и лошији квалитет живота [169].

Постоје истраживања која потврђују чињеницу да квалитет живота зависи и од прогресивности болести, која пацијенте, како напредује болест, приближава завршетку живота. Резултати добијени у овом истраживању указују да квалитет живота опада са нарушавањем здравља како самих пацијената, тако и оних који брину о њима [184, 224], што корелира са истраживањем спроведеним у Великој Британији, код којег се показало да због прогресије болести болесници са ХОБП су имали много мању вероватноћу да умру код куће и да буду збрињавани од стране служби за палијативно збрињавање у поређењу са болесницима са карциномом плућа [176].

Колика се важност придаје квалитету живота, па чак и до последњег дана живота пацијента, указују резултати студије спроведене у циљу разумевања прогнозе и пожељних исхода и ризика лечења (The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of treatments – SUPPORT) [225], у којој се јасно установљава да већина болесника жели тип лечења усмерен ка комфору, пре него ка продужавању живота [19]. Шта више, у поменутој студији и пацијенти са карциномом плућа и пацијенти са ХОБП су подједнако испољавали жељу да не буду интубирани и реанимирани, али су болесници са ХОБП имали много већу вероватноћу да добију овакав агресиван тип лечења [226].

Узроци смрти у развијеним и земљама у развоју се значајно разликују, као и у приступу смрти и умирању који је зависан од религијског и културног контекста, те се могу очекивати и различити захтеви везани за квалитет збрињавања на крају живота у зависности од ових фактора [144]. У земљама Северне Америке (Канада, Куба, САД), водећи узроци смрти су исхемијска болест срца, цереброваскуларне болести, карцином плућа, ХОБП и инфекције доњег респираторног тракта [227]. Слична структура узрока смрти постоји и у нашој земљи, где су за значајан број смртних исхода годишње узроци болести плућа, како малигне тако и немалигне, у првом реду ХОБП [228].

Требало би напоменути да је старење битан фактор који утуче на преминацију поменутих узрока смрти. Наиме, са старењем светске популације и продужетком животног века све више се повећава број људи који ће живети и на крају умирати од малигних и других хроничних болести, а самим тим ће расти и потребе за збрињавањем на крају живота [229]. Постоје прогнозе које намећу концепт смањења броја и дужине хоспитализација, како би се тежиште преусмерило све више на амбулантно збрињавање болесника у периоду завршетка живота, а све у циљу боље расподеле трошкова у здравственом сектору. Све ово ће неминовно довести до повећаног притиска на чланове породице да преузму још већи део бриге о болесним члановима [230, 231].

Неуропсихијатријски поремећаји данас се сматрају једним од онеспособљавајућих симптома болести, с погубним учинцима на квалитет живота пацијената [232]. Присуство тешких симптома и брзо физичко пропадање, испољавају значајан негативан утицај на емоционалне, социјалне и духовне домене квалитет живота и утичу на појаву израженог психолошког дистреса [233]. У овом истраживању се пажња усмерила на емоционално здравље и депресивност испитаника. Емоционално здравље код нешто мање од половине испитаника ремети ниво њихове функционалности. Дистрибуција одговора испитаника на Бековој скали депресивности у овом истраживању указује на то да одговори испитаника гравитирају према одговорима који говоре о вишим нивоима депресивности; те да је популација испитаника (преко 80%) изузетно депресивна, и то на нивоу екстремне депресије.

Поједина истраживања су потврдила да је ниво депресивности присутнији код неких болести [149]. Тако су, нпр., болесници са ХОБП имали значајно виши ниво депресивности (процењиван применом Hospital Anxiety and Depression Scale – *HADS*) него болесници са неситноћелијским раком плућа, са просечним скором који је у овој групи досегао ниво клинички значајне болести [19, 234]. Тако су болесници са ХОБП и конгестивном срчаном инсуфицијенцијом испољавали већи ниво анксиозности и депресивности у поређењу са болесницима који болују од малигне болести [193]. Врло је вероватно да различите путање болести, тј. понашање болести током времена, има за последицу и другачије реперкусије болести на психолошко благостање (статус).

Посебно би требало имати у виду, а то су и бројна истраживања показала [191, 235, 236] да се већа испољеност депресије одражава и на лошији квалитет живота, како у менталним тако и у физичким доменима. Често су одређена стања болести додатно доприносила погоршању квалитет живота и значајно више проблема у свакодневном физичком и психосоцијалном функционисању. Пример је диспнеја, симптом међу болесницима са ХОБП, где је тежи степен диспноичности доводио до испољеније депресивности код болесника са завршним стадијумом ХОБП [237, 238].

Значајно је истаћи податак да су код болесника у завршном стадијуму ХОБП, болесници са мањом телесном масом показивали склоност ка израженијој депресивној симптоматологији него болесници са већом телесном масом, при чему је губитак телесне масе нарочито испољавао значајан утицај на квалитет живота током последњих 6 месеци [19]. Да значајан губитак телесне масе остварује неповољан утицај на квалитет живота болесника показано је и у недавно спроведеној студији турских истраживача, у којој је потврђено да болесници са лошијим нутритивним статусом и већим губитком у телесној тежини саопштавају значајно лошији квалитет живота у домену обављања свакодневних физичких активности, али и у доменима психолошког и социјалног функционисања, односно да имају лошији укупни квалитет живота [239].

У литератури се описује повезаност броја егзацербација са свим доменима квалитет живота болесника, јер егзацербације утичу на лошије физичко, социјално и емоционално функционисање као и на укупни квалитет живота. У складу са тим, показало се како је већи број епизода погоршања болести био повезан и са већим нивоом депресивности [19]. Ту су и студије које указују на то да су пацијенти са хроничним плућним срцем показивали знатно лошији квалитет живота у доменима виталности и социјалног функционисања, као и лошије укупно ментално функционисање и већи ниво депресивности у односу на болеснике без хроничног плућног срца, што је у складу са изразито лошом прогнозом коју носи ова компликација [240]. Наиме, појава хроничног плућног срца значајно погоршава прогнозу болесника и одликује се високим морталитетом, који се према подацима из литературе креће од 32-100% [241, 242]. Из овога следи да су управо за потребе санирања последица таквих стања и те како неопходни стучни тимови, посебно психијатри.

Процењено је, у другим истраживањима, да 43% болесника са карциномом плућа саопштава присуство психолошког дистреса, док укупна стопа преваленције за 14 других локализација малигну болести износи 35% [243]. Други истраживачи саопштавају да се стопа укупног психолошког дистреса креће око 60%, док критеријуме за клиничку депресију испуњава око 43% болесника, а за анксиозност 17% [244]. Депресија и анксиозност се интензивирају у завршним фазама болести када је оптерећење симптомима велико, а физичко функционисање пацијента постаје све лошије [245]. Такође, установљено је да се са повећањем анксиозности пацијента повећава и анксиозност унутар његове социјалне мреже, тј. породице [246].

Овако изражени симптоми и психолошки поремећаји уколико се адекватно не регулишу обично врло негативно утичу на функционални статус и квалитет живота болесника, као и на његову способност да учествује у свакодневним животним активностима [220].

Сличне манифестације приметне су и код ХОБП код које управо смањена физичка способност доводи до значајне редукције покретљивости болесника, која је често праћена немогућношћу напуштања куће (у најтежим ситуацијама постоји везаност за постељу) и за последицу има значајну социјалну изолацију [247]. Врло често такве манифестације болести доводе до израженог осећаја губитка, и повезане су са развојем депресије [184]. Истраживања су управо показала да уколико се не лече депресија и анксиозност, као два међусобно повезана и високо превалентна стања, значајно доприносе повећавању симптомског оптерећења, лошијем квалитету живота и осећању безнадежности [248-249]. То је потврђено и у студији која је обухватила 1.334 болесника са хроничним респираторним поремећајима, у којој је подгрупа болесника са ХОБП имала стопу дијагностиковане анксиозности и депресије од чак 65%, а од њих свега 31% пацијената је било лечено због ових поремећаја [250]. Ту је потврда у истраживању које тврди да су болесници са завршним стадијумом ХОБП имали значајно већи ниво депресивности (више скорове на Бековој скали депресивности) у односу на болеснике са узнапредовалим неситноћелијским раком плућа [19]. Колико је битна превенција анксиозних и депресивних поремећаја упућује и проценат њене присутности не само код пацијената, већ и код њихових супружника, с обзиром да се психолошки поремећаји супружника одражавају као негативан утицај на квалитет живота пацијента [251].

Постоје студије које дају важност дужини трајања болести, као фактор који је независно предвиђао лошије ментално функционисање болесника [176, 226]. Наиме, болесници у завршном стадијуму ХОБП који дуже болују, често саопштавају и лошије психолошко функционисање и веће емоционалне поремећаје [185, 193]. Значај дужине болести на квалитет живота потврђен је и од стране других истраживача [252-254]. Овакви резултати где већа дужина болести предвиђа знатно већи степен психолошког дистреса, односно лошије ментално функционисање може се повезати са перзистирањем изузетно тешких симптома болести, попут нпр. диспнеје при најмањем напору, физичког и функционалног ограничења које се одражава на смањену мобилност болесника, што проузрокује и знатан степен социјалне изолације, а све то скупа утиче на то да је одржавање позитивне перспективе у односу на остатак живота изузетно тешко. У истраживањима се може наћи и статистички високо значајна негативна повезаност перформанс статуса и скоро депресивности, где се показало да су болесници са лошијим перформанс статусом имали испољенију депресивну симптоматологију [19].

У овом истраживању се на шестостепеној скали нивоа депресије показало да не постоји статистички значајна разлика између мушкараца и жена; док су међутим, на тростепеној класификацији, мушки испитаници чешће показивали симптоме екстремне депресије од жена, и та разлика учесталости је статистички значајна, али је јачина везе слаба. У истраживању које је тестирало међусобну повезаност карактеристика чланова породице и пацијената у односу на физичке и менталне домене квалитета живота потврђено је да је лошије ментално функционисање евидентирано код особа женског пола и старијег узраста у тренутку испитивања и постављања дијагнозе, али и код оних који су дуже времена били у незапосленом статусу, као и код оних који су имали виши ниво депресивне симптоматологије [19]. Овакви резултати су конзистентни са запажањима других студија [255-257], код којих је преваленција анксиозности и

депресије генерално већа међу особама женског пола [258]. У покушају да се нађе оправдање за тако добијене налазе, углавном се проналазе она која се везују за то да је могуће да жене доживљавају да немају избора у преузимању улоге оних који брину о болесним члановима породице, или да себи постављају високе стандарде када је у питању реализација те улоге [259]. Док су код једних истраживања лошији физички аспекти квалитет живота евидентиран код супружника у односу на друге типове односа са болесним чланом породице, док веза између менталног здравља и типа односа са оболелим није установљена [19], дотле су нека друга истраживања показала нешто другарије резултате, по којима се управо ментални аспект квалитет живота доводи у везу са типом односа, и то тако да супружници испољавају лошије ментално функционисање у односу на друге типове односа са оболелим [257, 260]. Ту су и она истраживања која указују да одрасла деца пацијената имају лошије ментално функционисање од супружника [261]. У литератури постоје схватања која показују снажну повезаност млађег животног доба и лошијег менталног функционисања [259, 262].

Како се млађе животно доба најчешће односи на радно активни период од 45. до 55. године живота, то се управо овај период одликује највећим животним и професионалним активностима, али и преузимање на себе улоге особе која брине о неизлечиво болесном члану породице. Такав чин са собом, између осталог, често проузрокује прекид дотадашњег животног стила, условљавајући значајан психолошки дистрес [19]. Деменција је веома честа појава у старијем добу. Преваленција деменције креће се у распону од 1,6% у старосној групи од 65–69 година, до преко 15,7% у старосној групи од 80–84 године, и 46,3% у старосној групи од преко 90 и више година [263].

Утицај и трајање незапослености на ментално здравље испитаника у литератури се различито тумачи. Наиме, док се једна група аналитичара слаже са чињеницом да је дуже трајање незапослености значило и лошији квалитет живота у менталном домену и да запослене особе своју улогу доживљавају као проблематичнију, испољавајући већи ниво психолошког дистреса [257, 261], дотле друге студије показују да је недавна промена статуса запослености била независно повезана са лошијим менталним благостањем (с обзиром да је то подразумевало већи број сати проведених у збрињавању, а могуће и проблем адаптације на новонасталу ситуацију) [264]. Треће студије тврде да је статус незапослености био повезан са лошијим квалитетом живота особа које су бринуле о болесним члановима своје породице [256, 265]. Често се емоционални дистрес види као последица утицаја измењене ситуације на дотадашњи животни стил, те представља ограничења у могућности да се учествује у до тада спровођеним активностима. Управо је дуготрајно збрињавање у току дана, оно што онемогућава ове особе да раде или да се посвете другим активностима које сматрају значајним. Ово има своју тежину ако се дода и то да је незапосленост често недоброволна, и да је реч о принудном избору ових особа како би могли да спроводе улогу оних који пружају збрињавање. Управо то може са собом да носи и значајне негативне финансијске и социјалне импликације, које у нашој средини представљају негативан економски индикатор, односно често имплицира и значајну економску детериорацију код ових особа [19]. Тако, дуже трајање незапослености могло би да током времена генерише осећај менталне исцрпљености, уз најчешћу присутност недостатка адекватне социјалне подршке, како од стране других чланова породице, тако и од здравственог система у целини, што се онда презентује као лошији квалитет живота у менталном домену [19].

Постоје и она истраживања која су тврдила да су се запослене особе које су бринуле о болесним члановима породице, често суочавале са лошијим физичким функционисањем, али не и менталним [19]. Такође, запослене особе испољавају више проблема у психолошком прилагођавању на мултипле улоге које им се у таквој ситуацији намећу, што се онда презентује као лошије ментално функционисање и већи психолошки дистрес запослених особа [257, 261].

Колико је битна улога чланова породице, говори и њихов значај с једне стране у заступништву пацијената у терминалној фази, али и с друге стране као подршка у збрињавању, која врло често може бити веома комплексна и стресна, с обзиром на очекивања и потребе које произилазе из обе улоге. Савремени концепт палијативног збрињавања подразумева пружање адекватне подршке не само болесницима са тешким болестима, већ и особама које о њима непосредно брину. То потврђују истраживања која наглашавају да веома мало подршке чланови породице или друге особе које непосредно брину о болеснику, добијају од здравствених радника за сложену улогу коју обављају [266, 267]. У бројним истраживањима значајно се истицала присутност неадекватне комуникације са лекарима и другим здравственим радницима. Наиме, студије су показале да је само мали број болесника са тешком ХОБП разговарао са својим лекарима у вези са видом лечења који ће се примењивати у периоду завршетка живота, а већина њих верује да лекари не познају њихове жеље у вези са збрињавањем на крају живота [148, 268]. Ово посебно добија на значају ако се узме у обзир да висок ниво зависности пацијената представља проблем како пацијентима, тако и члановима породице, код којих долази до значајне рестрикције у социјалним активностима и могућности уживања у нормалном животу, а може бити и извор проблема у њиховом међусобном односу [224]. У том контексту постоје истраживања која су показала да нешто мање од 25% лекара је уопште започињало разговор са својим пацијентима о важним аспектима збрињавања на крају живота [269]; неки то започињу касно и то углавном у јединицама интензивног лечења; док свега 23% случајева овакве је разговоре успутно водила у канцеларији или на клиничком одељењу [270]. Већина лекара (84%) овакве разговоре остављала је за крај, доста касно, када су већ животне функције значајно смањене и успорене [19]. Разлози су описани у резултатима једне британске студије, у којој је две трећине лекара саопштило да ретко разговара са својим пацијентима о збрињавању на крају живота, и да је разлог за то осећај неадекватне припремљености за такву врсту разговора [271]. Често као додатни разлог спомињу се и несигурност саме прогнозе болести, због које врло често нису сигурни када би такав разговор требало започети [272]. Управо оваква неадекватна комуникација са лекарима, која или у потпуности изостаје или се јавља веома касно у току болести, један је од важних разлога лошег квалитета палијативног збрињавања болесника, а самим тим и њиховог квалитета живота.

Ради бољег сагледавања задовољства медицинских сестара/техничара радним окружењем, поједине варијабле су груписане у одређене димензије менаџмента. Испитаници су највише били задовољни комуникацијом и сарадњом са пацијентима и колегама, а најмање обезбеђењем ресурса и мотивацијом. Медицинске сестре/техничари који у редовним условима рада имају осећање напетости, стреса или притиска, имају исти начин доживљавања и реаговања и у обављању посла у условима епидемије COVID-19, и та веза је статистички значајна. Код скоро две трећине медицинских сестара/техничара које раде на одељењима палијативног збрињавања постоји нормална, код нешто више од трећине постоји ниска резилијентност, а само једна медицинска сестра има високу резилијентност.

Упркос чињеници да је познато да се оптерећење особа које брину о болесницима (engl. – caregivers burden) значајно повећава у завршним фазама болести

(услед повећања симптомског дистреса болесника као и проблема у менталном домену) ипак је изразито мали број студија проучавао квалитет живота чланова породице тј. оних који брину о неизлечиво болесним пацијентима управо у завршној фази болести. Још су оскуднија истраживања о утицају врста болести на квалитет живота особа које брину о овим болесницима. Тако је мерење квалитета живота у једном истраживању показало да се оно значајно разликовало само када је у питању опште здравље и физичко функционисање, односно чланови породице оболелих од ХОБП перципирани су своје здравље као значајно лошије у односу на чланове породице који су бринули о болесницима са неситноћелијским раком плућа. Оваква значајна разлика у овом се истраживању донекле оправдала просечном броју придружених болести између ове две групе, у смислу већег броја болести у групи оних који су бринули о болесницима са ХОБП, као и чињеницом да је просечно трајање збрињавања ових болесника било чак 8,27 година (док је за неситноћелијски рак плућа износило нешто мање од 6 месеци), те је све то утицало на глобално лошију перцепцију властитог здравља и физичког функционисања међу особама које су бринуле о болесницима са ХОБП [19].

Значајна је студија [273] у којој се процењивало оптерећење оних који су бринули о болесницима старијим од 60 година, са дијагнозама узнапредовалог канцера, хроничне срчане инсуфицијенције и ХОБП. У овој студији најзначајнији предиктор оптерећења чланова породице била је њихова субјективна потреба за већом помоћи при обављању дневних задатака независно од функционалног статуса и дијагнозе пацијента [273]. Поред ове, још једна студија је потврдила да је жеља за већом помоћи од стране пријатеља и породице најробуснији индикатор оптерећења чланова породице, односно оних који брину о неизлечиво болесним пацијентима [274, 275]. На основу оваквих резултата се закључило да оптерећење особа које брину о болесницима није специфично за болест, већ представља пре универзално искуство на које је могуће деловати социјалном подршком и развојем адекватних стилова за суочавање са проблемом [19]. Чак је и међу појединим истраживачима сугерисано да би управо дужина збрињавања могла потенцијално да обезбеди довољно времена за мобилисање мреже подршке или активацију других механизма који обезбеђују бољу адаптацију особа које се налазе у овој улози [275]. Управо то што и поред потврде да често испитаници показују постојање значајних разлика када је у питању опште здравље и физичко функционисање, непостојање разлика у другим доменима квалитета живота (у менталном и духовном), у складу је са претходно изнешеним резултатима према којима се оптерећење особа које брину о терминално болесним пацијентима доживљава као универзално искуство.

Опадање физичког здравља оних који брину о тешко болесним особама нарочито се интензивира са трајањем и прогресијом болести [276]. Врло често управо они саопштавају повећање нивоа оптерећења како се приближавају периоду завршетка живота болесника о којем брину, и он перзистира током трајања целог тог периода [277]. Уз све то треба додати и утицај здравствено-ризичног понашања попут пушења, коришћења алкохола, нередовног узимања лекова, неадекватног одмора и физичке активности, односно занемаривања властитог здравља уопште [278, 279].

Највулнерабилнији домен квалитета живота особа које су бринуле о болесницима управо је емоционално функционисање, које уз ментално здравље уопште, представља извор најзначајнијег оптерећења чланова породице који брину о својим тешко болесним члановима [259, 280]. Сви налази управо упућују на то да је установљено да је квалитет живота у јачој вези са менталним него са физичким здрављем испитаника [281-282].

Постоје потврде које упозоравају да је због специфичности улоге која подразумева не само практичну подршку уобављању свакодневних активности и

спровођењу специфичних видова лечења (укључујућине ретко и учестале хоспитализације у завршној фази зависно од болести), већ и емоционалну подршку болесним члановима породице, особе које о њима брину су у ризику од настанка различитих психолошких манифестација, попут анксиозности, депресије и осећаја безнадежности [262, 283]. Резултати из литературе указују да особе које брину о болесницима са карциномом следе јасан узорак социјалног, психолошког и духовног благостања и дистреса које уствари показује паралелизам са искуством болесника о којима брину [284]. Тако, анксиозност је представљала најзаступљенији психолошки поремећај међу особама које брину о болесницима у завршним фазама својих болести [19, 280, 285].

Постоје студије које указују да чак до 30% особа које брину о члановима породице, најчешће оболеле од рака, суочене су са значајним психолошким дистресом [286], те постоји значајна варијабилност у саопштавању нивоа психолошког дистреса. Често се теоретски говорећи, присутан висок ниво анксиозности доводи у везу са бригом о будућности, страхом од неминовног губитка и самоће, одговорности за децу и стиловима суочавања са проблемима [287]. Насупрот томе, с друге стране, иако је процес бриге о неизлечиво болесним члановима породице изузетно захтеван првенствено у емоционалном смислу [288, 289], ово искуство за многе особе које брину о болесницима није у потпуности негативно, већ се чак од многих процењује као удео које их чини да се осећају добро, да их чини јачим и бољим људима те да им помаже да разумеју значај љубави [290, 291]; те су многи од њих у стању да пронађу позитиван смисао у тој улози [19].

Често се лошије физичко и ментално здравље везује за присуство других хроничних болести у личној анамнези, као и већи скор депресивности, а оба чине факторе који се сматрају значајним модератором везе која постоји између процеса збрињавања и здравствених проблема које саопштавају особе које то збрињавање пружају [292-295]. Док поједина истраживања потврђују да се депресивност болесника одражава и на виши ниво депресивности оних који о њима брину [255, 259, 296-298], друге студије то не потврђују [19, 299].

Поред већ уоченог негативног утицаја старије животне доби и дужине незапослености на квалитет живота, и то како у физичком тако и у менталном домену, и испољена депресивна симптоматологија често може да условљава физички морбидитет, па чак и превремени морталитет ових особа [300]. С обзиром да присутност депресије значајно утиче и на смањење квалитета и квантитета збрињавања које се пружа [301], врло је битно радити на раном откривању, лечењу и превенирању тежих облика депресије, поготово код особа које брину о болесницима са завршним стадијумима болести. Јер управо то представља важан задатак у оквиру палијативног збрињавања и психосоцијалне подршке члановима породице. Добро је познато да психосоцијални дистрес снажно корелира са субјективном перцепцијом здравља, при чему већи ниво депресивности – значи и лошија субјективна процена властитог здравља, потврђена у другим истраживањима [292].

Иако квалитет живота представља мултидимензионални конструкт, најистраживанији аспекти квалитета живота су управо ментални домени, односно психолошки дистрес [19]. Често се међу најстреснијим периодима издвајају они који прате суочавање са болешћу, тј. постављање дијагнозе болести, затим појаву рецидива/ прогресије болести, као и улазак у завршну (палијативну) фазу болести, када се одустаје од куративног лечења и прелази на палијативно збрињавање. Бројне студије показују перзистентан психолошки дистрес и проблеме у прилагођавању код особа које брину о болесницима, отприлике унутар једне године од завршетка куративног лечења.

И управо се то објашњава неизвесношћу и сталним страхом од погоршања болести као највећом бригом чланова породице, чак и када болесници показују физичко побољшање и одсуство симптома; након чега се психолошки дистрес смањује, и поново интензивира уласком у завршну фазу живота и збрињавања [302, 303].

Посебан проблем у том прилагођавању представља често апострофиран недостатак информација о прогнози болести [184, 275]. Значајан је и утицај дуготрајног периода збрињавања, које може да има своје последице [275]. Једна од њих је смањење психолошког дистреса појавом феномена реклибрације, односно промене одговора (engl. – response shift), која настаје када се разумевање или перцепција појединца мења током времена под утицајем различитих механизма и унутрашњих процеса; али и смањивања оптерећења и психолошког дистреса кроз све боље овладавање вештинама збрињавања од стране особа које га пружају, а путем стицања нових знања и повећања самоуверености у његовој примени [275]. Из свега изнетог, јасно је да збрињавање особа на завршетку живота повећава ризик за настанак како физичких, тако и менталних здравствених проблема код оних особа које саопштавају већи ниво стреса (и често присуство анксиозне преокупације у начину суочавања са ситуацијом) у процесу збрињавања болесних чланова породице [292], оптерећење ових особа у процесу пружања збрињавања и њихово психосоцијално функционисање ипак нису специфични за дијагнозу већ су пре универзално искуство ових особа [274].

Однос између задовољства послом медицинских сестара/техничара и степена њихове резилијентности указује на то да медицинске сестре/техничари који су ни задовољне, ни незадовољне својим послом најчешће имају нормалну резилијентност, и нису утврђене статистички значајне разлике у задовољству послом медицинских сестара/техничара који раде у службама палијативног збрињавања и њихове резилијентности. Резилијентност медицинских сестара/техничара сагледана и кроз призму квалитета односа медицинских сестара и пацијената показује да медицинске сестре које сматрају да имају добар и веома добар однос са пацијентима чешће показују нормалну резилијентност, и обрнуто.

Постоје истраживања која потврђују да уколико се медицинским сестрама/техничарима у јединицама палијативног збрињавања обезбеде адекватни ресурси који укључују неопходну опрему и довољно простора, као и расположиво време за рад, њихово задовољство послом је повећано [304]. Такође се у неким истраживањима задовољство послом делимично повезује са психолошким карактеристикама личности и ангажованости на послу [305]. Тако, медицинске сестре/техничари које су специјализоване за неку врсту здравствене заштите, као што је палијативно збрињавање, показују већи ниво задовољства послом и ангажованости у раду од медицинских сестара опште медицине због свог великог радног искуства, каријерног идентитета, снажнијег осећања одговорности, јасног описа посла и осећаја мисије у свом раду [305]. Међу психолошким карактеристикама личности код медицинских сестара су се развиле следеће димензије психолошког капитала: самоефикасност, нада, отпорност и оптимизам [305, 306], које су неопходне за одговарајућу адаптацију на нове услове живота и рада, посебно за контролу емоција у случају рада под притиском и побољшање способности за постизање радних циљева. Осим тога, истраживања показују и то да висок ниво задовољства послом и повећану ангажованост на послу показују и медицинске сестре које раде у здравственим установама са следећим карактеристикама: јасна правила и проактивна стратегија, доследност у доношењу одлука, стварање позитивне психосоцијалне атмосфере у заједничком раду, са познатим етичким принципима рада, јасним поштовањем јавног интереса у раду здравствене установе [305, 307, 308], аутономијом у раду, јасним повратним информацијама о послу, побољшаним односима између медицинских сестара и

руководиоца и смањеним нивоом конфликта између захтева посла и нивоа одговорности медицинских сестара [309].

Занимљив је и податак појединих истраживача да се и организација радних активности узима у обзир, с обзиром да уколико рецимо медицинском кадру није обезбеђен рад у две смене, то може битно да представља додатни фактор ризика по здравље и перцепцију радног места, с обзиром да утичена свакодневни живот и спречава потпуни одмор. Медицинске сестре/техничари који свој посао описују као смислен рад су оне које су веома задовољне својим послом [310]. Истраживања такође указују на неке заштитне ефекте емоционалне интелигенције против штетних ефеката психосоцијалних ризика као што је синдром сагоревања [311].

Постоји истраживање које наглашава да је стручнији и разноврснији посао стимулативнији за запослене, али не треба занемарити да стручнији посао истовремено подразумева већу одговорност и захтева веће припреме и велико предзнање запослених [312]. Многобројни фактори утичу на задовољство послом код здравствених радника као што су: пол, старост, ниво образовања, стручно искуство, начин организације посла, услови рада, материјална надокнада за извршени посао, радно време, очекивања радника у вези са напредовањем на послу и слично [313-317].

Посао не жели да мења половина испитаника у овом истраживању, док о премени посла у наредних пет година размишља нешто мање од половине (40,4%). Они који желе да га мењају највише њих планира да оде у иностранство, потом да у наредних пет година ради послове ван здравственог сектора, а најмање размишља о одласку у приватни сектор здравства.

У осталим истраживањима најниже оцене испитаника су у доменима плата и услова рада. Око 60% испитаника жели да промени посао, док око 55% испитаника истиче да у свакодневном раду има више изазова. Овај податак је и те како забрињавајући, с обзиром на то да многе студије указују на директну позитивну везу између задовољства радом медицинских сестара и здравствених исхода пацијената [318-321]. Тако да се, за разлику од нашег истраживања, често налазе значајне негативне корелације између задовољства послом и плате, као и намере да се напусти радно место [319]. Жеља за променом посла, упркос томе што је око 40% испитаника било потпуно или углавном задовољно својим послом, показује чак две трећине испитаника у истраживању спроведено у Јордану [306]. Тако иако је и у истраживању у Хрватској, око 65% медицинских сестара/техничара било потпуно или углавном задовољно својим послом, њих 68% ипак размишља о промени посла [322]. Друге студије потврђују овај диспарат, па иако је око 73% медицинских сестара/техничара задовољно тренутним послом и радним местом, а око 82–88% професијом, њих 48% је намеравало да оде на друго радно место у струци, док око 41% испитаника размишља о напуштању професије у потпуности [323].

Истраживања су показала и то да поједини значајни унутрашњи фактори утичу на то да медицински кадар остане на послу и буде задовољан послом као што су: значај проналажења смисла у раду, значај рада и посвећености послу, као и могућности образовања и напредовања [114]. С друге стране, степен посвећености медицинских сестара/техничара послу корелира са доступношћу људских ресурса и побољшава рад тима [120], док недостатак средстава у условима повећаних захтева на послу доводи до повећане исцрпљености здравствених радника [324].

Међу најзначајнијим стресорима за медицинске сестре/техничаре у болницама често се спомињу: недостатак аутономије, високи психолошки и емоционални захтеви посла [325]; док су у примарној здравственој заштити то одсуство предвидивих ситуација и недостатак подршке менаџера [326]. Сами здравствени радници верују да су међу групама које су највише погођене психосоцијалним аспектима радна места

[327]; те је идентификација ризика на радном месту кључна за мотивацију запослених и побољшање услова рада, уз социјалну подршку чине најважније заштитне факторе за превенцију настанка поремећаја менталног здравља у вези са радом [328].

Овим истраживањем се показало да одржавање адекватних хигијенских услова у радном окружењу у складу са мерама превенције нозокомијалних инфекција у редовним условима није у вези са задовољством послом медицинских сестара које раде на одељењима за палијативним збрињавањем, осим за време трајања COVID-19 пандемије. За време њеног трајања показала се веза између одржавања адекватних хигијенских услова у радном окружењу и задовољства послом медицинских сестара/техничара које раде на одељењима за палијативно збрињавање. Наиме, медицинске сестре/техничари који сматрају да се на одељењу за палијативно збрињавање спроводе адекватне мере за спречавање и сузбијање COVID-19 инфекције високо статистички значајно чешће су задовољне и веома задовољне својим послом, и обрнуто.

Димензије менаџмента које су значајно повезане са задовољством медицинског кадра у овом истраживању су мотивисаност и адекватност хигијенских услова и мера за контролу инфекције COVID-19. Ту су и истраживања која потврђују да уколико се одржавају адекватни хигијенски услови за рад спровођењем мера за спречавање болничких инфекција и контролу инфекције COVID-19 [329], као и уколико се оптимизује организација рада у јединицама за палијативно збрињавање [330], медицинске сестре/техничари у јединицама палијативног збрињавања ће доживети повећано задовољство послом.

Једно од истраживања спроведено у Египту показало је да су најзначајнији стресогени фактори за медицинске сестре/техничаре током пандемије COVID-19 били прековремени рад, честе ноћне смене, неприкладан рад и режим одмора. Штавише, медицинске сестре/техничари нису имале довољно времена да проведу са својим породицама и вољенима [306].

Студија спроведена у Израелу [135] открива да је најважнија компонента задовољства на послу повезана са личним постигнућем, те да су чак и у околностима пандемије најзначајније професионалне вредности медицинских сестара/техничара вредна достигнућа, важност професионалног изазова, различитост и интересовање за посао, лични раст и развој и независност у њиховој пракси (интринзични фактори).

Најстреснији послови су они који укључују висока очекивања, принуду и ниску подршку [331, 332]. Таква је ситуација настала и на почетку пандемије COVID-19; с обзиром да су постојала велика очекивања и притисци на здравствене раднике који нису били сразмерни њиховим постојећим знањима и способностима, а уједно су се борили и са недовољним могућностима за контролу и подршку запослених, што је стварало стрес [333].

У овом истраживању, као и другим истраживањима потврђена је чињеница да већином жене раде као медицинске сестре/техничари на одељењима за палијативно збрињавање. Жене чешће, у скоро $\frac{3}{4}$ случајева, на себе преузимају комплексну улогу оних који брину о неизлечиво болесним члановима породице [264, 334]. Постоји значајна преодоминантност жена међу неговатељима [64]. Више од 80% жена међу неговатељима је забележено у Луксембургу, Шпанији и Данској; док је у Словачкој, Португалу, Италији и Финској између 75 и 80%; а нешто је мањи у Уједињеном Краљевству и САД - између 58 и 61,1% [64]. Детинџер и Кларкберг (Dettinger/Clarkberg) истичу да мушкарци и жене у касном средњем добу реагују на одговорности на различите начине: жене чешће остају код куће како би водиле рачуна о рођаку, док мушкарци одлажу одлазак у пензију како би зарадили више новца у циљу олакшања финансијског терета везаног за дуготрајну негу [335]. То што су жене

саопштавале лошије физичко функционисање, донекле је у складу са традиционалном улогом жена које преузимају на себе улогу збрињавања болесних чланова породице у кући, поред већ постојећих традиционалних улога у смислу одржавања и вођења домаћинства који су временски и физички захтевни, као и старања о другим зависним члановима породице (деци). Управо се све то неминовно рефлектује као осећање значајно већег физичког оптерећења. И поред тога што је повезаност женског пола и лошијег квалитета живота оних који брину о болесницима са тешким болестима често демонстрирано у бројним истраживањима, у литератури се срећу и мишљења која упућују на опрез. Наиме, приликом интерпретације оваквих резултата где су жене заиста осетљивије у процесу пружања збрињавања од мушкараца, често се занемарују и та виђења да жене у многим ситуацијама показују склоност да саопштавају више проблема са здрављем од мушкараца [336]. Разлог томе може да буде и то зато што су можда више свесне постојања проблема од мушкараца [337], или показују већу тенденцију да саопштавају проблеме када они постоје [338]. Ту су и још нека од истраживања која потврђују да међу запосленима у сектору здравства доминирају жене, као и да се унутар културе друштва Србије дискурс бриге о немоћним члановима породице традиционално повезује са женама [72].

Студије које су циљано испитивале квалитет живота и оптерећење особа које су бринуле о болесницима, или нису показале значајан ефекат узраста [293], или су старије особе (преко 55 године) испољавале мање оптерећење у односу на млађе [339]. Управо због чињенице да је у литератури мало података који би се односили на процену оптерећења, стреса и квалитета живота код оних који пружају збрињавање тешко болесним члановима породице, поготово у оквиру оних здравствених система који немају развијене службе палијативног збрињавања, а самим тиме ни посебне службе за подршку онима који брину о тешко болесним члановима своје породице, какво је и наше друштво, акценат се ставља на подршку од стране тих особа. Поготово што у нашем друштву управо старије особе које пружају ову врсту збрињавања представљају посебно осетљив део ове популације [340], а самим тим и приоритет приликом планирања институционализоване психосоцијалне подршке.

По питању релација између оболеле особе и блиске особе која се стара о њој, у највећем броју студија саопштава се да су приближно подједнако у тој улози заступљени супружници и деца (и то чешће ћерке него синови), док су други чланови породице или пријатељи само спорадично регистровани [341-343]. Установљено је да су супружници у односу на ћерке/синове нешто чешће били они који брину о оболелима [19]. У нашем истраживању, око три четвртине њих није радило додатно; док су у осталим истраживањима по занимању доминирали радници и службеници, те је и било нешто више од половине испитаника незапослено [19]. Такође, нижи социјално-економски статус је у вези са лошијим здрављем оних који брину о болесницима унутар породице [344]. С друге стране имамо и она истраживања која показују да су запослене особе саопштавале више проблема у домену физичког здравља, али не и у домену металног [19, 344].

Из перспективе медицинских сестара/техничара у овом истраживању, откривено је да су највећи изазови у управљању здравственом заштитом у јединицама палијативног збрињавања: велики обим посла, недостатак људских ресурса и ниске финансијске надокнаде, чиме се потврђују и наши резултати. Друга истраживања су показала да су медицинске сестре/техничари незадовољни својим зарадама које су важне и за њихову егзистенцију и као начин препознавања улагања у рад [345], посебно у условима повећаног стреса. Ово је мишљење медицинских сестара из већине европских земаља, осим Финске и Холандије. Посебно су незадовољне медицинске

сестре из Пољске и Словачке јер њихове плате не могу да покрију основне трошкове живота [137]. Управо је и то потврда наших резултата да плате у великој мери утичу на задовољство послом, а незадовољство може довести до повећања флукуације, па чак и до напуштања професије. Истраживање спроведено у Јордану показало је да су медицинске сестре најнезадовољније својом платом (67,4%) и негативном перцепцијом медицинских сестара у друштву (62,2%). Они су умерено задовољни послом (просечна оцена око 3 од могућих 5), док око 23,3% испитаника жели да напусти радно место у наредних годину дана, а 18,1% је неутрално по том питању [319].

Истраживања потврђују да уколико се мотивација појача кроз промовисање аутономије у раду, признавање вредности рада надређених, пружање могућности за професионални развој и образовање и обезбеђивање одговарајуће финансијске надокнаде [346], а уједно и побољша комуникација [347, 348] и сарадња [349] међу колегама и са пацијентима, медицинским сестрама у јединицама за палијативно збрињавање увећаће се задовољство послом, а смањиће се сагоревање.

Дубља анализа која је тестирала међусобну повезаност карактеристика чланова породице и пацијената у односу на физичке и менталне домене квалитета живота потврдила је да је лошије физичко функционисање чланова породице који су бринули о болесницима било присутно код: особа женског пола, старије животне доби у тренутку постављања дијагнозе, особа које су биле у супружничком односу са болесником, затим код оних који су били у радном односу али и код оних који нису били у могућности да зарађују, као и код оних који су имали неку придружену болест у личној анамнези, и код болесника са испољенијом депресивном симптоматологијом [19]. Ово само потврђује чињеницу да је лошији социјално-економски статус предвиђао и више проблема у менталном функционисању, односно већи психолошки дистрес код особа које су бринуле о тешко болесним члановима својих породица, те да лошији социјално-економски статус генерално представља фактор ризика за лошије здравље, као и да особе лошијег социјално-економског статуса чешће на себе преузимају улогу оних који ће пружати збрињавање тешко болесним члановима своје породице [350, 351].

6. ЗАКЉУЧЦИ

Након свестране анализе резултата добијених истраживањем, и на основу увида и упоређивања са адекватним литературним подацима дошло се до следећих закључака:

1. Нешто преко четири петине пацијената који су смештени на одељењима палијативне неге квалитет свог живота процењују као осредњи, одн. оценом 3 и 4 на скали од 1 до 7 (на скали од 1 - врло лош квалитет живљења до 7 - одличан квалитет живљења). Средња вредност самопроцене квалитета живљења је 3,44. Нема ни једног испитаника који има одличан квалитет живота. Оценом шест је квалитет живота проценило 1,3%, а оценом пет 1,9% испитаника. Врло лош квалитет живота има 2,6% испитаника. Дакле, прихвата се хипотеза да је квалитет живота пацијената који су смештени на одељењима палијативног збрињавања задовољавајући.

2. На квалитет живота пацијената на одељењима палијативне неге утичу следећи демографски, социјално-економски и клинички фактори:

- На квалитет живота не утичу пол, године живота и образовање, као ни године живота пацијената када им је болест дијагностикована, нити садашње стање здравља у односу на пре годину дана.
- Квалитет живота је лошији код оних испитаника који имају прилично и много финансијских проблема који су настали због њихове болести.
- Испитаници који или немају или имају велика физичка, емоционална и ограничења у вези квалитета социјалног живота немају финансијске проблеме. Финансијски проблеми су евидентирани код оних пацијената који имају умерена ограничења у функционисању.
- Квалитет живота погоршавају потешкоће у свакодневном функционисању које настају због нарушеног емоционалног здравља пацијената, и то најчешће код пацијената који су средње животне доби (50-59 година).
- Квалитет живота постепено опада са нарушавањем физичког, емоционалног и социјалног здравља пацијената.
- Квалитет живота је лошији код пацијената који имају већи ниво депресије.
- Здравље пацијената има значајан утицај на њихов квалитет живота и величина тог ефекта је јака. Они испитаници који своје здравље (физичко, емоционално и социјално) процењују као лоше процењују и квалитет свог живота лошим, и испитаници који процењују своје здравље као одлично процењују и квалитет свог живота као одличан.

Дакле, одбацује се део хипотезе да на квалитет живота болесника на одељењима палијативне неге значајан утицај имају демографски фактори. Прихвата се део хипотезе да социјално-економски и клинички фактори имају утицај на квалитет живота болесника на одељењима палијативне неге.

3. Више од четири петине (82,5%) пацијената на одељењима палијативне неге показује симптоме екстремне депресије. Мушки испитаници чешће показују симптоме екстремне депресије од жена, и та разлика учесталости је статистички значајна, али је јачина везе слаба. Пацијенти који су лошијег здравственог стања чешће дају одговоре који иду у прилог значајно израженој депресији. Дакле, прихвата се хипотеза да код пацијената на одељењима палијативне неге постоји значајан ниво депресивности.

4. Код скоро две трећине медицинских сестара (61,7%) које раде на одељењима палијативног збрињавања постоји нормална резилијентност. Код нешто више од трећине медицинских сестара постоји ниска резилијентност, а само једна медицинска сестра има високу резилијентност. Дакле, прихвата се хипотеза да међу медицинским сестрама које раде на одељењима за палијативну негу постоје различити степени резилијентности, али највећи број медицинских сестара има нормалну резилијентност.

5. Просечна вредност самопроцене укупног задовољства послом медицинских сестара које раде на одељењима палијативне неге је 3,43 од максимално могућих 5, док је више од половине (57,4%) дало оцену 3, а нико није дао оцену 1. Финансијска надокнада утиче на задовољство послом медицинских сестара, јер оне које сматрају да имају адекватну финансијску надокнаду за свој рад чешће се изјашњавају да су задовољне и веома задовољне својим послом. На задовољство медицинских сестара утиче и спровођење адекватних мера за спречавање и сузбијање Covid-19 инфекције, јер су медицинске сестре које сматрају да се на одељењу за палијативно збрињавање спроводе адекватне мере за спречавање и сузбијање Covid-19 инфекције високо статистички значајно чешће су задовољне и веома задовољне својим послом, одн. медицинске сестре које сматрају да се на њиховом одељењу уопште и не спроводе адекватне мере за спречавање и сузбијање Covid-19 инфекције су високо статистички значајно чешће незадовољне и веома незадовољне својим послом. Са задовољством послом медицинских сестара највише су повезани мотивација и спровођење адекватних мера за контролу ширења Covid-19 инфекције (разлике учесталости су високо статистички значајне), а затим следи обезбеђење ресурса за рад (разлика учесталости је статистички значајна). Дакле, прихвата се део хипотезе који се односи на то да међу медицинским сестрама које раде на одељењима за палијативну негу постоји различит степен задовољства послом. Одбацује се део хипотезе у односу на то да су пол и већина осталих релевантних карактеристика повезани са задовољством послом. Прихвата се део хипотезе да се две релевантне карактеристике повезане са задовољством послом, а то су адекватна финансијска надокнада за рад и спровођење адекватних мера за спречавање и сузбијање Covid-19 инфекције на одељењима за палијативно збрињавање, адекватна комуникација и мотивација у радном окружењу.

6. Медицинске сестре које су ни задовољне, ни незадовољне својим послом најчешће имају нормалну резилијентност. Ипак, нису утврђене статистички значајне разлике у задовољству послом медицинских сестара на палијативном збрињавању и њихове резилијентности. Дакле, одбацује се хипотеза да постоји статистички значајна повезаност између степена резилијентности медицинских сестара које раде на одељењима палијативне неге и нивоа њиховог задовољства послом.

7. ПРЕДЛОГ МЕРА

У циљу унапређење квалитета рада и задовољства медицинских сестара које раде на одељењима за палијативно збрињавање, незнатан број испитаника дао је неке своје примедбе и предлоге, које се, између осталог, односе на захтев за повећање плата, предлог за остваривањем боље комуникације између здравствених радника и захтев за обезбеђење нових болесничких кревета на одељењима за палијативно збрињавање. У складу са резултатима анализе, у наставку се даје предлог мера и активности у очувању и унапређењу квалитета живота и здравља, које могу бити предузете у међусобној сарадњи свих учесника у систему јавног здравља:

- ☞ Обезбедити услове у погледу могућности запошљавања лекара и медицинског особља у службама кућног лечења и неге на примарном и јединицама за пружање палијативног лечења на секундарном нивоу здравствене заштите.
- ☞ Обезбедити довољно финансијских средстава за набавку одговарајуће опреме и лекова који недостају пружаоцима услуга палијативног лечења.
- ☞ Спроводити континуиране обуке о палијативном лечењу како би што већи број здравствених радника и других стручњака био њом обухваћен.
- ☞ Омогућити специјализације из палијативног лечења. Направити план специјализација по установама и службама за петогодишњи период и обезбедити одрживе механизме за континуирано, правовремено занављање лекарског кадра.
- ☞ Остварити услове да и специјалне болнице могу да обављају делатност палијативног лечења.
- ☞ Пружити могућност да се палијативно лечење и нега обављају и у установама социјалне заштите.
- ☞ Пружити прилику да се сарадња здравствених установа и установа социјалне заштите у пружању услуга палијативног лечења и неге формализује потписивањем протокола о сарадњи.
- ☞ Упознавање јавности путем медија (штампаних и електронских) о значају и специфичностима палијативног збрињавања, организовањем мултидисциплинарних тимова, и подстицањем интерсекторске и међусекторске сарадње.
- ☞ Потребно је, кроз тренинг програме лекара, а у циљу савладавања потребних вештина, обезбедити адекватну комуникацију са пацијентима; с обзиром да су, због карактеристика путање болести, унапред дата упутства посебно корисна међу болесницима.
- ☞ Радити на успостављању делотворније сарадње између лекара који лече на одељењима и у ЈИН, и тимова за палијативно збрињавање, али и између болница и служби палијативног збрињавања које делују у заједници (нпр. службе кућног лечења и неге).
- ☞ У циљу боље расподеле трошкова у здравством сектору смањити број и дужину хоспитализација, како би се тежиште преусмерило све више на амбулантно збрињавање болесника у периоду завршетка живота.
- ☞ Потребно је радити на иницијативи која је у вези са циљевима за психосоцијално интервенисање, које би особама које брину о болесницима у завршним фазама болести велики број часова дневно, обезбедиле извесну поштеду, и евентуално им омогућиле укључивање у за њих значајне активности или посао уколико је то оно што желе. На сложеном путу планирања палијативног збрињавања мора се ставити посебан акценат на

адекватну процену потреба оних чланова породице који у кући брину о својим тешко болесним члановима. У том контексту се мора кроз индивидуално осмишљен приступ предложити такве интервентне стратегије које би требало да воде рачуна како о факторима који модерирају суочавање са проблемима (обезбеђивање одмора и релаксације, помоћ у кући, медицинска подршка, едукација у вези болести, контакт са породицом и пријатељима, приступ технологији социјалних мрежа, психотерапијски приступ, итд.); као и упознавање са баријерама које постоје, а све у циљу неговања и одржавања њиховог властитог физичког и емоционалног здравља.

- ☞ У циљу гарантовања избора за пацијенте и њихове породице, важно је да буду доступне различите опције неге: било да је то формална, неформална или нега у оквиру смештаја у установи.
- ☞ Посебно треба радити на приступу информацијама о опцијама за негу, чему се посебна важност мора дати иницијативама *Националног министарства здравља*, који су у обавези да размотре најбољи начин за дисеминацију таквих информација. То може чинити било интернетом или постојањем саветника који су специјализовани за информисање појединаца, породица или група о опцијама и финансирању дугорочне неге. Такође је неопходно обезбедити физички приступ услугама и објектима у којима се пружа нега, посебно у руралним и удаљеним областима.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Davis MP, Hui D. "Quality of Life in Palliative Care". *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2017;2(6):293-302.
2. WHO Definition of Palliative Care. (2012, January 28). Last Accessed October 10, 2022. Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Kyranou M, Nicolaou M. "Associations between the spiritual well-being (EORTC QLQ-SWB32) and quality of life (EORTC QLQ-C30) of patients receiving palliative care for cancer in Cyprus". *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):133..
4. Meneguín S, Matos TDS, "Ferreira MLDSM. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life". *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(4):1998-2004.
5. Rantanen P, Chochinov HM, Emanuel LL, Handzo G, Wilkie DJ, Yao Y, Fitchett G. "Existential Quality of Life and Associated Factors in Cancer Patients Receiving Palliative Care". *J Pain Symptom Manage*. 2022; 63(1):61-70.
6. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. "Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study". *BMC Palliat Care*. 2016;15:4.
7. Vanbutsele G, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, Naert E, De Man M, Geboes K, Deliens L, Pardon K. "The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial". *Eur J Cancer*. 2020;124:186-193.
8. Yates P. "Symptom Management and Palliative Care for Patients with Cancer". *Nurs Clin North Am*. 2017;52(1):179-191.
9. Kassianos AP, Ioannou M, Koutsantoni M, Charalambous H. "The impact of specialized palliative care on cancer patients' health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis". *Support Care Cancer*. 2018;26(1):61-79.
10. Akgün KM. "Palliative and End-of-Life Care for Patients with Malignancy". *Clin Chest Med*. 2017;38(2):363-376.
11. Greene J. "Palliative care improves quality of life and symptoms". *Manag Care*. 2018;27(11):18.
12. Ben-Arye E, Yakubov Y, Samuels N, Gressel O, Yosipovich A, Schiff E, Ophir M, Saliba W, Dagash J." Impact of a combined integrative oncology and palliative care program on quality of life of patients with advanced cancer". *Med Oncol*. 2021;38(8):93.
13. Romić P., Sinanović Š. (2022). *Palijativno zbrinjavanje*. Visoka medicinska škola strukovnih studija „Milutin Milanković“.
14. Prodović, T., Prodović Milojković, B., Krstović, M., Sinanović, Š., Bubanj, S. (2023.). "Palliative care - illness, dying, and death as biological-medical and socio-cultural phenomena". *Srp Arh Celok Lek*. 151(1-2), 106-111.
15. Kilibarda, T., Sinanović, Š., Bubanj, S., Trgovčević, S., Ivanović, S., Milutinović S. (2022). "Protective personality factors for stress in the elderly during COVID 19 Pandemic: a cross-sectional study". *Acta Fac Med Naissensis*. 39(1): 95-105.
16. Sinanović, Š., Milovanović, O., Prodović, T., Jakovljević, B., Stojić, V., Đorđević, K. "Palliative care during Covid 19 Pandemic: Practical recommendations from literature evidence". *Ser J Exp Clin Res*. (in press).
17. Sinanović, Š., Milovanović, O., Kilibarda, T., Prodović, T., Đukanović, N., Potić, S., Martinović, B., Sekulić, J., Bubanj, S. (2023.). "The importance of health workers and their role in the relationship with the public in the function of raising awareness about oncological diseases". *Acta Medica Medianae*. 62(2), 71-76.
18. Perpiñá-Galvañ J, Orts-Beneito N, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, García-Caro MP, Cabañero-Martínez MJ. "Level of Burden and Health-Related Quality of Life in Caregivers of Palliative Care Patients". *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23):4806.
19. Марић, Д. (2015): *Процена квалитета живота болесника са завршним стадијумима хроничне опструктивне болести плућа и немикроцелуларног карцинома плућа*, Медицински факултет, Универзитет у Београду. Докторска дисертација.

20. World Health Organization. *Palliative Care*. 2013. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. Accessed July 8, 2013.
21. *Organizacija palijativnog lečenja i nege i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u oblasti palijativnog lečenja na području AP Vojvodine*, 2015., Novi Sad.
22. Sepulveda C, Marlin , Yoshida T, Ullrich A. "Palliative care: the world health organisation's global perspective". *J Pain Symptom Manag* 2002;24:91-96.
23. Higginson I. "End-of-life care: lessons from other nations". *J Palliat Med* 2005;8:161-173.
24. Sl. glasnik RS br. 107/05, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon i 93/2014.
25. Klikovac T. "Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tugovanje". *Psihološka istraživanja* 2010;13(2):261-271.
26. Šupić V, Despotović M, Hadživuković N, Kulić V, Bogdanović G, Živanović S. "Kvalitet života osoba na hemioterapiji". *Sestrinska reč*. 2017;18-21.
27. Downing J, Milićević N, Haraldsdottir E, Ely J. *Palijativna Medicina*. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Beograd, 2012.
28. Connor RS. *Hospice: Practice, Pitfalls, and Promise*. Routledge Taylor & Francis Group 1998.
29. Arandelović B, Simić S, Milutinović D. "Život i delo Dame Cicley Saunders – pola veka od osnivanja modernog hospisa". *Med Čas (Krag)*.2016; 50(4): 150-53.
30. Arandelović B, Milutinović D, Simić S. "Hospis vs. Palijativno zbrinjavanje – evolucija i razlike". *Sestrinska reč*. 2017; 75:8-11.
31. Cassel CK, Demel B: "Remembering death: Public policy in the U.S.A". *J R Soc Med* 2001;94:433-436.
32. Cartwright A, Hockey J, Anderson JL. *Life Before Death*. London: Routledge & Kegan Paul, 1973.
33. *Hospice Information: Hospice and Palliative Care Services: Worldwide Statistics*. 2004. London, Hospice Information.
34. Mount BM, Scott J, Cohen SR. "Canada: Status of cancer pain and palliative care". *J Pain Symptom Manage* 1993;8:395-398.
35. Clark D. "From margins to centre: a review of the history in palliative care in cancer". *Lancet Oncol* 2007;8:430-438.
36. Lanken NP, Terry BP, DeLisser MH, et al. "An official American Thoracic Society clinical policy Statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses". *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:912-927.
37. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. "Early palliative care for patient with metastatic non-small-cell lung cancer". *N Engl J Med* 2010; 363(8):733-742.
38. Bakitas M, Lyods KD, Hegel MT, et al. "Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer". *JAMA* 2009; 302(7):741.
39. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al. "Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer". *J Clin Oncol* 2012;30(4):394-400.
40. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, et al. "Health care cost in the last week of life: association with end-of-life conversation". *Arch Intern med* 2009; 169(5):480-488.
41. Murtagh FEM, Preston M, Higginson I. "Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease". *Clinical Medicine* 2004;4(1):39-44.
42. *Department of health. End of life care strategy: promoting high quality of care for all adults at the end of life*. 2008; London, England.
43. Hennessy EJ, Lown AB, Landzaat L, Porter-Williamson K. "Practical issues in palliative and quality of life care". *Journal of Oncology Practice* 2013;9(2):78-80.
44. Strand JJ, Kamdar MM, Carey EC. "Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care". *Mayo Clin Proc* 2013;88(8):859- 865.
45. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. "Illness trajectories and palliative care". *BMJ* 2005;330:1007-1011.
46. Broom A, Kirby E, Good P. "Referral to specialist palliative care". *Internal Medicine Journal* 2012;42:1040-1042.

47. *Commission on Health Research for Development: Health research: essential link to equity in development*. Oxford: Oxford University Press, 1990.
48. Prodović, Milojković, B. (2020): *Promene vrednosnih orijentacija u Srbiji - provera alternativnih hipoteza na podacima svetske i evropske studije vrednosti za Srbiju u periodu 1995-2010*, Departman za sociologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Nišu, Srbija. - <https://nardus.mpn.gov.rs/handle/123456789/18156>.
49. Singer PA, Bowman KW. "Quality end-of-life care: A global perspective". *BMC Palliative Care* 2002;1:4.
50. *National Institute of Clinical Excellence (NICE): Improving Supportive and Palliative Care for adults with cancer-The Manual*. London, National Institute of Clinical Excellence, 2004.
51. Downing J, Milićević N, Haraldsdottir E, Elly J. *Palijativna medicina*. Beograd 2012, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
52. *Republički zavod za statistiku*, RS, dostupno na: <https://popis2022.stat.gov.rs/sr-Latn> (poslednja poseta: 7. 7. 2023).
53. *Statistički kalendar Republike Srbije*, Republički zavod za statistiku, Beograd 2023, Onlajn izdanje: ISSN 2683-5622.
54. Nešković, A., Belamarić, G., Vojvodić, K., Tripković, K., Jakovljević, M., Počuča, V., Babić, M., Pavlekić, K., Marković, M., *Zdravstvena zaštita u Beogradu*, Beograd: Gradski zavod za javno zdravlje, 2020 (Zemun : Dunav). - 125 str.
55. Macleod, RD, Parkin, C, Pullon, S, Robertson, G. "Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life". *Med Educ* 2003;37:51–58.
56. Pereira J, Pautex S, Cantin B, et al. "Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: A case of too little, too early". *Palliat Med* 2008; 22(6):730-735.
57. Schiessl C, Walshe M, Wildfeuer S, et al. "Undergraduate curricula in palliative medicine: a systematic analysis based on the palliative education assessment tool". *J Palliat Med* 2013;16(1):20-30.
58. *Republic of Serbia. National Palliative Care Strategy*. 2009. Belgrade.
59. Addington-Hall JM. *Reaching out: specialist palliative care for adults with non- malignant*. Occasional Paper 14. London: National Council for Hospices and Specialist Palliative Care Services, 1998.
60. Nelson JE, Azoulay E, Curtis RJ, et al. "Palliative care in the ICU". *J Palliat Med* 2012;15(2):168-174.
61. *Dugotrajna nega u zajednici - Izvod iz Politike starenja UNECE* br. 7 Jul 2010., Ekonomska Komisija Ujedinjenih Nacija za Evropu - www.unece.org/pau, kao i radna grupa za starenje - ageing@unece.org.
62. Prodovic, T., Ignjatovic-Ristic, D., Prodovic-Milojkovic, B. (2014): „Bio-psycho-social concept of ageing“, *Zbornik radova Filozofskog fakulteta u Prištini, sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici*, 309-326, XLIV (3)/2014, Pregledni rad.
63. Odeljenje Ujedinjenih Nacija za ekonomska i socijalna pitanja, *Podela populacije* (2009). Izgledi svetske populacije: Revizija 2008. CD-ROM izdanje.
64. Huber, M.; Rodrigues, R.; Hoffmann, F. et al. (2009). *Činjenice i brojke o dugotrajnoj nezi*, Evropa i Severna Amerika. Beč. Evropski Centar za Socijalnu Zaštitu i Istraživanje.
65. Dom zdravlja Obrenovac [homepage on the Internet]. Obrenovac: Janković S. *Palijativno zbrinjavanje u svetu i kod nas* [cited 2020 March 23]. Available from: <http://www.domzdravljaobrenovac.com/pdf/Palijativno%20le%20e%20C4%8Denje%20S%20Jankovic.pdf>.
66. Đukanović, K. Bogdanović Vasić, S. " Palijativna nega kao integralni deo zdravstvene nege", *Sestrinska reč*, 11-14.
67. *Srstrategija za razvoj palijativnog zbrinjavanja Republike Srbije*, Ministarstvo zdravlja, 2008 god.
68. *Palijativno zbrinjavanje onkoloških bolesnika*, Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ministarstvo zdravlja, 2004. god.
69. <http://www.eapcnet.eu/Home.aspx> - Evropske asocijacije za palijativno zbrinjavanje.
70. De Vilieger M, Gorchs N, Larkin PJ and Porchet F. (2004) *European Association for Palliative Care. A Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe*. Italija. (<http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Nursingtaskforce/Recommendations.aspx>).

71. Council of Europe. (2003) Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Švedska.
72. Jarić, I., Milenković, M. "Percepcije ispitanika o standardima poštovanja ljudskih prava u pogledu dostupnosti i kvaliteta usluga palijativnog zbrinjavanja (Institucionalna i vaninstitucionalna perspektiva)", *Unapredjenje ljudskih prava kroz razvoj usluga palijativnog zbrinjavanja: istraživačka studija / [priredila Hajrija Mujović]*. - Beograd: Udruženje pravnik za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije - Supram, 2019, 46-78.
73. Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj (2005). Izvod iz politike starenja: Obezbeđenje kvalitetne dugotrajne nege za starija lica. Pariz: OECD. Dostupno na: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/4/34585571.pdf>.
74. *Unapredjenje ljudskih prava kroz razvoj usluga palijativnog zbrinjavanja: istraživačka studija / [priredila Hajrija Mujović]*. - Beograd: Udruženje pravnik za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije - Supram, 2019.
75. Službeni glasnik RS, 42/06, 119/07 i 84/08.
76. Mc Hale J./ M.Fox, *Health Care Law – Text and Materials*, London, 2007, 349-350.
77. Beauchamp T. L. / J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, 2001, str. 12.
78. Kaličanin, P. *Medicinska etika i medicinsko pravo*, Beograd, 1999, str. 37.
79. Prodović, T., Prodović Milojković, B. (2015): „Koncept starenja i kvalitet života“, Zbornik: *Starenje i kvalitet života: tranzicija i evrointegracije*, Tematski međunarodni zbornik radova. Kosovska Mitrovica: Filozofski fakultet. 29-43.
80. Schalock RL. (2004): The Concept of Quality of Life: What We Know and Do Not Know. *J Intellect Disabil Res*; 48(3).
81. Radosavljević D, Jelić S, Bošnjak S. "Procena kvaliteta života u onkologiji". *Srpski arhiv* 1997;9-10:303-310.
82. WHO QOL Group. *Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument*. *Qual Life Res* 1993;2:143-159.
83. Priestman TJ, Baum M. "Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer". *Lancet* 1976;1:899-900.
84. Coates A, Dillenbeck C, McNeil D. "Linear analogue self-assessment (LASA) in evaluating of aspects of the quality of life of cancer patients receiving therapy". *Eur J Cancer Clin Oncol* 1983;19:1633-1637.
85. Wade D, Qollin C, "The Barthel ADL index: a standard measure of physical disability". *Int Disabil Stud* 1988;10:64-67.
86. Hearn J, Higginson IJ. "Outcome measures in palliative care for advanced cancer patients: a review". *J Public Health Med* 1997;19:193-199.
87. Byock IR, Merriman MP. "Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula – VITAS quality of life index". *Palliat Med* 1998;12:231-244.
88. Waldron D, O'Boyle CA, Kearney M, et al. "Quality-of-life measurement in advanced cancer: assessing the individual". *J Clin Oncol* 1999;17:3603-3611.
89. Kassa S, Loge H. "Quality of life in palliative care: principles and practice". *Palliat Med* 2003;17:11-20.
90. Higginson I, Priest P, McCarthy M. "Are bereaved family members a valid proxy for a patient's assessment of dying?" *Soc Sci Med* 1994; 38:553-557.
91. Sprangers MA, Aaronson NK. "The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review". *J Clin Epidemiol* 1992;45:743-760.
92. Lampic C, Sjoden PO. "Patient and staff perceptions of cancer patients' psychological concerns and needs". *Acta Oncol* 2000;39:9-22.
93. Sprangers MA, Sneeuw KC. "Are healthcare providers adequate raters of patients' quality of life – perhaps more than we think?" *Acta Oncol* 2000;39:5-8.
94. Teno JM, Byock I, Field MJ. "Research agenda for developing measures to examine quality of care and quality of life of patients diagnosed with life limiting illness". *J Pain Symp Manage* 1999;17:75-82.
95. Rinck GC, van den Bos GA, Kleijnen J, et al. "Methodological issues in effectiveness research on palliative cancer care: a systematic review". *J Clin Oncol* 1997;15:1697-1707.

96. Hearn J, Higginson IJ. "Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review". *Palliat Med* 1998;12:317-332.
97. Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, et al. "The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review". *Palliat Med* 1999;13:3-17.
98. Schwartz CE, Bode R, Repucci N, et al. "The clinical significance of adaptation to changing health: A meta-analysis of response shift". *Quality of Life Research* 2006;15:1533–1550.
99. Prođović, T., Prođović Milojković, B. (2015): „Koncept starenja i kvalitet života“, Zbornik: *Starenje i kvalitet života: tranzicija i evrointegracije*, Tematski međunarodni zbornik radova. Kosovska Mitrovica: Filozofski fakultet. 29-43.
100. Calman KC. "Quality of life in cancer patients-an hypothesis". *J Med Ethics* 1984;10:124-127.
101. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. "Is quality of life determined by expectations or experience?" *BMJ* 2001;322:1240-1243.
102. Addington-Hall J, Kalra L. "Who should measure quality of life?" *BMJ* 2001;322:1417-1420.
103. Özer G. and M. Günlük, "The effects of discrimination perception and job satisfaction on Turkish public accountants' turnover intention". *Afr. J. Bus. Manag.* 4, 1500–1509 (2010).
104. Tanasijević, Z. "Zadovoljstvo poslom-ključni pokazatelj motivacije zaposlenih (Job satisfaction - A key indicator of employee motivation)". *Sociološka luča* 5, 116–123 (2011). (In Serbian).
105. Faragher, E.B., M. Cass, and C.L. Cooper, "The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis". *Occup. Environ. Med.* 62, 105–112. <http://doi.org/10.1136/oem.2002.006734> (2005).
106. Van den Berg TIJ, Alavinia SM, Brecht FJ, Lindeboom D, Elders LAM, Burdorf A. "The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers". *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 81:1029–36.
107. Van Dijk FJH, Swaen GMH. "Fatigue at work". *Occup Environ Med* 2003; 60(Suppl.1):1-2.
108. Makowiec-Dabrowska T, Koszuda-Włodarczyk W, Bortkiewicz A, Gadzicka E, Siedlecka J, Jóźwiak Z, et al. [*Occupational and non-occupational determinants of work ability*] [Article in Polish] *Med Pr* 2008; 59(1):9-24.
109. McManus IC, Keeling A, Paice E. "Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates". *BMC Med* 2004; 2:29-32.
110. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. "Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists". *CMAJ* 2003; 168:271-5.
111. Pousette A, Hanse JJ. "Job characteristics as predictors of illhealth and sickness absenteeism in different occupational types – a multigroup structural equation modeling approach". *Work & Stress* 2002; 16:229-50.
112. Miljković S. [Motivation of employees and behaviour modification in health care organisations] [Article in Serbian]. *Acta Medica Medianae* 2007; 46(2):53-62.
113. Gray-Toft PA, Anderson JG. "Organizational stress in the hospital: development of a model for diagnosis and prediction". *Health Serv Res* 1985; 19:753–74.
114. Pousa P.C.P. and R.S. de Lucca, "Psychosocial factors in nursing work and occupational risks: A systematic review". *Rev. Bras. Enferm.* 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0198>. (2021).
115. Navajas-Romero, V., Ariza-Montes A., and F. Hernández-Perlines, "Analyzing the job demands-control-support model in work-life balance: A study among nurses in the European context". *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17, 2847. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082847> (2020).
116. International Labor Organization. Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18–24 September 1984. Geneva. 1986. Available online: <https://digitallibrary.un.org/record/194660>(accessed on 5 February 2023).

117. Brown, S.P. "A meta-analysis and review of organizational research on job involvement". *Psychol. Bull.* 120, 235–255. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.2.235> (1996).
118. Park, M. Cho S.H., and H.J. Hong, "Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment". *J. Nurs. Scholarsh.* 47, 87–95. <https://doi.org/10.1111/jnu.12112> (2015).
119. Januario, L.B. Karstad, K. Rugulies R., Bergström G., Holtermann A., and D.M. Hallman, "Association between psychosocial working conditions and perceived physical exertion among eldercare workers: A cross-sectional multilevel analysis of nursing homes, wards and workers". *Int. J. Environ. Res. Public Health* 16, 3610. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193610> (2019).
120. Moura, A.A. Bernardes A., Balsanelli A.P., Zanetti A.C.B., and C.S. Gabriel, "Leadership and nursing work satisfaction: An integrative review". *Acta Paul. Enferm.* 30, 442–450. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700055> (2017).
121. Birdi, K. Leach D., and W. Magadley, "The relationship of individual capabilities and environmental support with different facets of designers' innovative behavior". *J. Prod. Innov. Manag.* 33, 19–35 (2016).
122. Afsar B., Cheema S., and B. Bin Saeed, "Do nurses display innovative work behavior when their values match with hospitals' values?" *Eur. J. Innov. Manag.* 21, 157–171 (2018).
123. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. "Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study". *Health Psychol* 1993;12:93-102.
124. Øvretveit J. *Quality Health Services, Research Report, BLOSS*. Uxbridge, UK: Brunel University, 1990.
125. Linn LS, Brook RH, Clark VA, Davies AR, Fink A, Kosecoff J. "Physician and patient satisfaction as factors related to the organisation of internal medicine group practices". *Med Care* 1985; 23:1171–8.
126. Love JE Jr. "A study of the relationships between perceived organizational stratification, and individual job satisfaction and adaptiveness in hospital laboratories". *Am J Med Technol* 1977; 43:1135–43.
127. Prođović Milojković, B. (2021): "Promena kulturoloških i vrednosnih matrica u doba pandemije", Zbornik: *Psihologija katastrofa, vanredno stanje i njihov efekat na zdravlje*, Filozofski fakultet Univerziteta u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici, 23–50.
128. Paterson, E., Paterson, N. A. B. and L. J. Ferris, "Mental health and well-being of anaesthetists during the COVID-19 pandemic: a scoping review". *Anaesthesia* 78, 197-206. <https://doi.org/10.1111/anae.15879> (2023).
129. Clayton M. and M. Marczak, "Palliative care nurses' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis". *Palliat. Support Care* 1-17. <https://doi.org/10.1017/S147895152200058X> (2022).
130. Bernabei R., F. Landi, G. Gambassi, A. Sgadari, G. Zuccala, V. Mor, L. Z. Rubenstein, and P. Carbonin, "Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community". *BMJ* 316, 1348–1351. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7141.1348>. (1998).
131. Huber, D. L. "The diversity of case management models". *Lippincotts Case Manag.* 7, 212–220. <https://doi.org/10.1097/00129234-200211000-00002> (2002).
132. Wulff, C.N. Thygesen, M., Sondergaard, J. and P. Vedsted, "Case management used to optimize cancer care pathways: A systematic review". *BMC Health Serv. Res.* 8, 227–234. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-227> (2008).
133. Whellan, D.J. Hasselblad, V. Peterson, E. O'Connor, C.M. and K.A. Schulman, "Metaanalysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials". *Am. Heart J.* 149, 722–729. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2004.09.023>(2005).
134. Pimouguet, C. Lavaud, T. Dartigues J.F., and C. Helmer, "Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: A systematic review of randomized controlled trials". *J. Nutr. Health Aging* 8, 669–676. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0314-4>. (2010).

135. Savitsky B., Radomislensky I., and T. Hendel, "Nurses' occupational satisfaction during COVID-19 pandemic". *Appl. Nurs. Res.* 59, 151416. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151416> (2021).
136. Gardulf, A. Orton M.L., Eriksson L.E., Uden M., Arnetz B., Nilsson K.K., and G. Nordstrom, "Factors of importance for work satisfaction among nurses in a university hospital in Sweden". *Scand. J. Caring Sci.* 22, 151–160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00504.x> (2008).
137. Stourdeur S., D'hoopre W., Van der Heijden B., Dibisceglie M., Laine M., E. Van der Schoot, and the NEXT Study Group. Leadership, job satisfaction and nurses commitment. In H-M. Hasselhorn, P. Tackenberg, & B.H. Müller (Eds.), *Working Conditions and Intent to Leave the Profession among Nursing Staff in Europe*; (pp. 28-45). National Institute for Working Life: Stockholm, Sweden, 2003. Available online: <https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/127383019/Hasselhorn2003working.pdf> (accessed on 5 February 2023).
138. Torunn B.I., Beate S.G., Saetre H.B., Torstad S., and G.A. Hamilton, "Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey". *Int. J. Nurs. Stud.* 44, 747–757. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.002> (2007).
139. Labrague L.J. and J.A.A. de Los Santos, "Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses". *J. Nurs. Manag.* 29, 395–403. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168> (2021).
140. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Shochalski J.A., Busse R., Clarke H., Giovannetti, P. Hunt J., Rafferty A.-M., and J. Shamian, "Nurses' reports on hospital care in five countries". *Health Aff.* 20, 43–53. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43> (2001).
141. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. "The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back". *Int J Behav Med.* 2008;15(3):194-200.
142. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology". *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:365–376.
143. Ware J. "SF-36 Health Survey Update". *Spine.* 2000. 25; 24: 3130-3139.
144. Rabin R, de Charro F. "EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group". *Ann Med* 2001; 33: 337-343.
145. Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
146. Kyranou M, Nicolaou M. Associations between the spiritual well-being (EORTC QLQ-SWB32) and quality of life (EORTC QLQ-C30) of patients receiving palliative care for cancer in Cyprus. *BMC Palliat Care.* 2021 Aug 30;20(1):133. doi: 10.1186/s12904-021-00830-2.
147. Perpiñá-Galvañ J, Orts-Beneito N, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, García-Caro MP, Cabañero-Martínez MJ. Level of Burden and Health-Related Quality of Life in Caregivers of Palliative Care Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Nov 29;16(23):4806.
148. Heffner JE, Fahy B, Hilling L, Barbieri C. "Outcomes of advance directive education of pulmonary rehabilitation patients". *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1055–1059.
149. Habraken J, ter Riet G, Gore J, et al. "Health-related quality of life in end-stage COPD and lung cancer patients". *J Pain Sympt Manage* 2009;37:973-981.
150. Montazeri A, Hole D, Milroy R, et al. "Quality of life in lung cancer patients: does socioeconomic status matter?" *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1:19.
151. Manser R, Wright G, Byrnes G, et al. "Validity of assessment of quality of life (AQoL) utility instrument in patients with operable and inoperable lung cancer". *Lung Cancer* 2006;53:217-229.
152. Mohan A, Mohan C, Bhutani M, et al. "Quality of life in newly diagnosed patients with lung cancer in developing country: is it important?" *Eur J Cancer Care* 2006;15:293-298.
153. Atkinson RW, Carey IM, Kent AJ, et al. "Long-term exposure to outdoor air pollution and the incidence of chronic obstructive pulmonary disease in a national English cohort". *Occup Environ Med* 2014 Aug 20. pii: oemed-2014-102266. doi: 10.1136/oemed-2014-102266. [Epub ahead of print].

154. Alberg A, Ford J, Samet J. "Epidemiology of lung cancer:ACCP Evidence- based clinical practice guidelines" (2nd edition). *Chest* 2007;132:29-55.
155. *Global Initiative for Chronic Obstructive Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: (2010 update) 2010.* Available at: <http://www.goldcopd.org/>(accessed 31 August 2013).
156. Prescott E, Lange P, Vestbo J. "Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study". *Eur Respir J* 1999;13:1109-1114.
157. Van Loon AJM, Brug J, Goldbohm RA, Van den Brandt PA. Differences in cancer incidence and mortality among socioeconomic groups". *Scand J Soc Med* 1995;23:110-20.
158. Rosen M, Hanning M, Wall S. "Changing smoking habits in Sweden: towards better health, but not for all". *Int J Epidemiol* 1990;19:316-22.
159. Sterling TD, WeinkamJJ. "Smoking patterns by occupation, industry, sex, and race". *Arch Environ Health* 1978;37:313-17.
160. Pastorino U, Berrino F, Gervasio A, et al. "Proportion of lung cancers due to occupational exposure". *Int J Cancer* 1984;33:231-237.
161. Forrest E, Mellor J, Stanton L, Bowers M, Ryder P, Austin A, Day C, Gleeson D, O'Grady J, Masson S, Mccune A, Patch D, Richardson P, Roderick P, Ryder S, Wright M, Thursz M. Steroids or pentoxifylline for alcoholic hepatitis (STOPAH): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2013;14:262.
162. Forrest LF, Adams J, Wareham H, et al. "Socioeconomic inequalities in lung cancer treatment: systematic review and meta-analysis". *PLoS Med* 2013;10(2), p. e1001376.
163. Forrest LF, White M, Rubin G, Adams J. "The role of patient, tumour and system factors in socioeconomic inequalities in lung cancer treatment: population-based study". *Br J Cancer* 2014;111(3):608-618.
164. Ranson M, Davidson N, Nicolson M, et al. "Randomised trial of paclitaxel plus supportive care vs supportive care for patients with advanced non-small cell lung cancer". *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1074-1080.
165. The Elderly Lung Cancer Vinorelbin Italian Study Group. "Effects of vinorelbin on quality of life and survival of elderly patients with advanced non- small cell lung cancer". *J Natl Cancer Inst* 1999;91:66-72.
166. Dancey J, Shepherd FA, Gralla RJ, Kim YS. "Quality of life assessment of second-line docetaxel versus best supportive care in patients with non-small cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy: results of a prospective, randomised phase III trial". *Lung Cancer* 2004;43:183-94.
167. Fallowfield L, Harper P. "Health-related quality of life in patients undergoing drug therapy for advanced non-small-cell lung cancer". *Lung Cancer* 2004;48:365-377.
168. *National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Non-Small Cell Lung Cancer Version I. 2015.* Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf (accessed 29 October 2014).
169. Cella D, Peterman A, Hudgens S, et al. "Measuring the side effects of taxane therapy in oncology: the functional assessment of cancer therapy-taxane (FACT-taxane)". *Cancer* 2003; 98:822-831.
170. Hirsh V. "Is the evaluation of quality of life in NSCLC trials important? Are the results to be trusted?" *Frontiers in Oncology* 2014;4:1-3.
171. McPherson CJ, Wilson KG, Lobchuk MM, Brajtman S. "Self-perceived burden to others: patient and family caregiver correlates". *J Palliat Care* 2007;23:135-142.
172. Johnson JO, Sulmasy DP, Nolan MT. "Patients' experiences of being a burden on family in terminal illness". *J Hosp Palliat Nurs* 2007; 9:264-910.
173. Levy MH, Back A, Benedetti C, et al. "NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care". *J Natl Compr Canc Netw* 2009;7:436-473.
174. Li J, Grigs A. "Supportive care needs: are patients with lung cancer neglected population?" *Psychooncology* 2006;15(6):509-516.
175. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, et al. "Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review". *JAMA* 2008;299:1698-1709.

176. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. "How do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer". *Thorax* 2000;55:1000–1006.
177. Temel JS, Greer JA, Admane S, et al. "Longitudinal perception of prognosis and goals of therapy in patient with metastatic non-small-cell lung cancer: result of randomised study of early palliative care". *J Clin Oncol* 2011;29:2319-2326.
178. Brumly D, Fisher L, Robinson H, et al. "Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care". *J Am Geriatr Soc* 2007;55:993-1000.
179. Gade G, Venohr T, Conner D, et al. "Impact of an inpatient palliative care team: a randomised controlled trial". *J Palliat Med* 2008;11(2):180-190.
180. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. "Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the project ENABLE in randomized controlled trial". *JAMA* 2009;302(7):741-749.
181. Curtis JR. "Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD". *Eur Respir J* 2008; 32(3):796-803.
182. Jones I, Kirby A, Orniston P, et al. "The needs of patients dying of chronic obstructive pulmonary disease in the community". *Fam Pract* 2004;21(3):310- 313.
183. Robinson T. "Living with severe hypoxic COPD: the patients' experience". *Nurs Times* 2005;101(7):38-39.
184. Elington H, White P, Addington-Hall J, et al. "The health care needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life". *Palliat Med* 2005;19(6):485-491.
185. Skilbeck J, Mott L, Page H, et al. "Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment". *Palliat Med* 1998;12:245-254.
186. Currow DC, Agar M, Sanderson C, Abernethy AP. "Populations who die without specialist palliative care: does low uptake equate with unmet need?" *Palliat Med* 2008;22:43-50.
187. Christakis NA, Iwashyna TJ. "The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses". *Soc Sci Med* 2003;57(3):465-475.
188. Marić D, Jovanović D, Golubičić I, Dimić S, Pekmezović T. "Health related quality of life in lung cancer patients in Serbia: correlation with socio- economic and clinical parameters". *Eur J Cancer Care* 2010;19(5):594.
189. Brown S, Thorpe H, Napp V, Brown J. "Closeness to death and quality of life in advanced lung cancer patients". *Clin Oncol* 2007;19:341-348.
190. Hopwood R, Stephensen RJ. "Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality of life data". *J Clin Oncol* 2000;18:893-903.
191. Arrieta O, Angulo LP, Nunez-Valencia C, et al. "Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer". *Ann Surg Oncol* 2013;20 (6):1941-1948.
192. Steinhauser KE, Clipp EC, Bosworth HB, McNeilly M, Christakis NA, Voils CI, Tulsky JA. (2004). *Palliat Support Care*. 2: 3–14.
193. Steinhauser KE, Arnold RM, Olsen MK, et al. "Comparing three life limiting diseases: does diagnosis matter or is sick, sick?" *J Pain Symptom Manage* 2011;42(3)331-341.
194. Stahl E, Lindberg A, Jansson SA, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, Löfdahl CG, Lundbäck B. "Health-related quality of life is related to COPD disease severity". *Health and Quality of Life Outcomes* 2005;3:56.
195. Jones PW. "Health status and the spiral of decline". *COPD* 2009;6:59-63.
196. Stahl E, Wadbo M, Bengtsson T, et al. "Health-related quality of life, symptoms, exercise capacity and lung function during treatment for moderate to severe COPD". *Journals of Outcomes Research* 2001;5:11-24.
197. Ferrer M, Alonso J, Anto JM. "Relationship between chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life". *Cardiology Review* 1998;15:42-45.
198. Antonelli-Incalzi R, Imperiale C, Bellia V, et al. "Do GOLD stages of COPD severity really correspond to differences in health status?" *Eur Respir Journal* 2003;22:444-449.

199. Elington H, White P, Addington-Hall J, et al. "The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services". *Respir Med* 2004;98:439-445.
200. Ek K, Ternstedt BM. "Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study". *J Adv Nurs* 2008;62:470-478.
201. Agusti A, Calverley PM, Celli B, et al. "Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort". *Respir Res* 2010;11:122.
202. Aron SD, Donaldson GC, Whitmore GA, et al. "Time course and pattern of COPD exacerbation onset". *Thorax* 2012;67(3):238-243.
203. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. "Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease". *N Engl J Med* 2010;363:1128-1138.
204. Jenkins CR, Jones PW, Calverley PM, et al. "Efficacy of salmeterol/fluticasone propionate by GOLD stage of chronic obstructive pulmonary disease: analysis from the randomised, placebo-controlled TORCH study". *Respir Res* 2009;10:59.
205. Seemungal ART, Donaldson CG, Paul AE, et al. "Effects of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1418-1422.
206. Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, P.R.S, Salcedo E, et al. "Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Thorax* 2005;60:925-931.
207. Martinez FJ, Foster G, Curtis JL, et al. "Predictors of mortality in patients with emphysema and severe airflow obstruction". *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1326-1334.
208. Monso´ E, Fiz JM, Izquierdo J, et al. "Quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease: correlation with lung and muscle function". *Respir Med* 1998;92:221-227.
209. Prigatano GP, Wright EC, Levin D. "Quality of life and its predictors in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Arch Intern Med* 1984;144:1613-1619.
210. MRC Working Party. "Long-term domiciliary oxygen in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema". *Lancet* 1981;317:681-686.
211. Okubadejo AA, Jones PW, Wedzicha JA. "Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and severe hypoxaemia". *Thorax* 1996;51:44-47.
212. Restrck LJ, Paul EA, Braid GA, et al. "Assessment and follow-up of patients prescribed long term oxygen treatment". *Thorax* 1993;48:708-713.
213. Okubadejo AA, Paul EA, Jones PW, Wedzicha JA. "Does long-term oxygen therapy affect quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and severe hypoxaemia?" *European Respiratory Journal* 1996;9(11):2335-2339.
214. Hoang Thi TH, Guillemin F, Cornette A, Poli JM, Briancon S. "Health related quality of life in long-term oxygen-treated chronic obstructive pulmonary disease patients". *Lung* 1997; 175(1):63-71.
215. Eaton T, Lewis C, Young P, et al. "Long-term oxygen therapy improves health-related quality of life". *Respir med* 2004;98(4):285-293.
216. Andersson I, Johansson K, Larsson S, Pehrsson K. "Long-term oxygen therapy and quality of life in elderly patients hospitalised due to severe exacerbation of COPD. A 1 year follow-up study". *Respir Med* 2002;96(11):944-949.
217. Rao, N. S., Meyer, C., Vasanthi, S. S., Massey, N., Samidurai, M., Gage, M., et al. (2022). DFP-induced status epilepticus severity in mixed-sex cohorts of adult rats housed in the same room: Behavioral and EEG Comparisons. *Front. Cell Dev. Biol.* 10:895092. doi: 10.3389/fcell.2022.895092.
218. Rao SM, Leo GJ, Ellington L, Nauertz T, Bernardin L, Unveragt F. "Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. Impact on employment and social functioning". *Neurol* 1991;41:692-696.
219. Šehanović, A., Smajlović, Dž., Tupković, E., Č. Ibrahimagić, O., Kunić, S., Dostović, Z., Zoletić, E., Pašić, Z. "Neuropsihološki prediktori kvaliteta života u oboljelih od multiple skleroze", *Zdravstveni glasnik*. 2020;6(2): 42-52.
220. Miravittles M, Naberan K, Cantoni J, Azpeitia A. "Socioeconomic status and health-related quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Respiration* 2011;82:402-408.

221. Prescott E, Vestbo J: "Socioeconomic status and chronic obstructive pulmonary disease". *Thorax* 1999;54:737-741.
222. Ellison-Loschmann L, Sunyer J, Plana E, Pearce N, Zock JP, Jarvis D, Janson C, Antó JM, Kogevinas M: "Socioeconomic status, asthma and chronic bronchitis in a large community-based study". *Eur Respir J* 2007;29:897-905.
223. Payne S, Smit P, Dean S. "Identifying the concerns of informal carers in palliative care". *Palliat Med* 1999;13:37-44.
224. Barnett M. "Chronic obstructive pulmonary diseases: a phenomenological study of patients experiences". *J Clin Nurs* 2005;14(7):805-812.
225. Knaus, W., Lynn, J. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT) and Hospitalized Elderly Longitudinal Project (HELP), 1989-1997. Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2020-02-20.
226. Claessens MT, Lynn J, Zhong Z, et al. "Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT". *J Am Geriatr Soc* 2000;48:Suppl. 5:S146-S153.
227. *World Health Organisation: World Health Report* annex table 3 2000, 164- 167. [<http://www.who.int/whr/en/statistics.htm>].
228. *Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije* 2006. Finalni izveštaj. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd, 2007.
229. *The quality of death: Ranking end-of-life care across the world*. A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation: Available: http://viewswire.eiu.com/report_dl.asp?mode=fi&fi=1267294911.PDF&rf=0. Accessed on January 3, 2014.
230. Fleming DA, Sheppard VB, Mangan PA, et al. "Caregiving at the end of life: perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers". *J Pain Sympt Manage* 2006;31(5):407-420.
231. Taylor S, Eldridge S, Chang YM, et al. "Evaluating hospital at home and early discharge schemes for patients with an acute exacerbation of COPD". *Chronic Respiratory Disease* 2007;4:33-43.
232. Ralph H.B. Benedict, John DeLuca, Christian Enzinger, Jeroen J.G. Geurts. "Neuropsychology of Multiple Sclerosis: Looking Back and Moving Forward". Special Issue: *Commemoration of the 50th Anniversary of the International Neuropsychological Society*. 2017; Volume 23, Special Issue 9-10:832-842.
233. Portenoy R, Thaler H, Kornblith A, et al. "Symptom prevalence, characteristics and distress in cancer population". *Qual Life Res* 1994;3:183-189.
234. Hill KM, Muers MF. "Palliative care for patients with non-malignant end-stage respiratory disease". *Thorax* 2000;55:979-981.
235. Sarna L. "Effectiveness of structured nursing assessment of symptom distress in advanced lung cancer". *Oncol Nurs Forum* 1998;25:1041-8.
236. Whitney KA, Steiner AR, Lysaker PH, et al. "Dimensional versus categorical use of the PHQ-9 Depression Scale among persons with non-small-cell lung cancer: a pilot study including quality-of-life comparisons". *J Support Oncol* 2010;8:219-26.
237. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, et al. "Usefulness of Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Thorax* 1999;54:581-586.
238. Nishimura K, Izumi T, Tuskino M, Oga T. "Dyspnea is a better predictor of a 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD". *Chest* 2002;121:1434-1440.
239. Günay E, Kaymaz D, Selcuk NT, et al. "Effect of nutritional status in individuals with chronic obstructive pulmonary disease undergoing pulmonary rehabilitation". *Respirology* 2013;18:1217-1222.
240. Kent DB, Mitchel DP, McNicholas TW. "Hypoxemia in patients with COPD: cause, effects, and disease progression". *International Journal of COPD* 2011;6:199-208.
241. Weitzenblum E, Chaouat A. "Cor pulmonale". *Chron Respir Dis* 2009; 6:177-185.

242. Boushy SF, Thompson HK Jr, North LB, Beale AR, Snow TR. "Prognosis in chronic obstructive pulmonary disease". *Am Rev Respir Dis* 1973;108:1373–1383.
243. Zabora J, Brintzenhofeszc K, Curbov B, et al. "The prevalence psychological distress by cancer site". *Psycho Oncology* 2001;10:19-28.
244. Ellis J. "The impact of lung cancer on patients and carers". *Chronic Respiratory Disease* 2012;9:39-47.
245. Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, et al. "Psychosocial aspects of lung cancer". *Lung Cancer* 2005;47(3):293-300.
246. Buchanan D, Milroy R, Baker L, et al. "Perceptions of anxiety in lung cancer patients and their support network". *Support Care Cancer* 2010;18(1):29- 36.
247. Gysels M, Higginson IJ. "Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness". *J Pain Sympt Manage* 2008;36(5):451-460.
248. Bailey PH. "The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle – COPD patients' stories of breathlessness: „ It's scary when you can't breathe“. *Qualitative Health Research* 2004;14(6):760-778.
249. Yohannes AM. "Management of anxiety and depression in patients with COPD". *Expert Reviews in Respiratory Medicine* 2008;2(3):337-347.
250. Kunik ME, Roundy K, Vaezey C, et al. "Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders". *Chest* 2005;127 (4):1205-1211.
251. Kühl K, Schürmann W, Rief W. "Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses". *International Journal of COPD* 2008;3(4):727-736.
252. Ambrosino N, Simonds A. "The clinical management in extremely severe COPD". *Respiratory Medicine* 2007;101(8):1613-1624.
253. Bausewein C, Boot S, Gysels M, et al. "Individual breathlessness trajectories do not match summary trajectories in advanced cancer and chronic obstructive lung disease: results from a longitudinal study". *Palliative Medicine* 2010;24(8):777-786.
254. Goodridge D. "People with chronic obstructive lung disease at the end of life: a review of the literature". *International Journal of Palliative Nursing* 2006; 12(8):390-396.
255. Rhee YS, Yun YH, Park S, et al. "Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression". *J Clin Oncol* 2008;26(36):5890-5895.
256. Alptekin S, Gonullu G, Yucel I, Yaris F. "Characteristic and quality of life analysis of caregivers of cancer patients". *Med Oncol* 2010;27(3):607-617.
257. Kim Y, Baker F, Spillers RL. "Cancer caregivers' quality of life: effects of gender, relationship, and appraisal". *J Pain Symptom Manage* 2007;34(3):294-304.
258. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. "Norwegian psychiatric epidemiological study". *Am J Psychiat* 2001;158:1091-1098.
259. Wadhwa D, Burman D, Swami N, et al. "Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer". *Psycho-Oncology* 2013;22:403-410.
260. Huges SL, Gioobe-Hurder A, Weaver FM, et al. "Relationship between caregiver burden and health-related quality of life". *Gerontologist* 1999;39:534-545.
261. Given B, Wayatt G, Given C, et al. "Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life". *Oncol Nurs Forum* 2004;31:1105-1117.
262. Dumont S, Turgeon J, Allard P, et al. "Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress in family caregivers". *Journal of Palliative Medicine* 2006; 9:912-921.
263. Alzheimer Europe (2009). Prevalencija demencije u Evropi. <http://www.alzheimer-europe.org/Our-Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>.
264. Hantrais L. "Exploring relationships between social policy and changing family forms in the European Union". *European Journal of Population* 1997;13:339-379.
265. Grov EK, Dahl AA, Fossa SD, et al. "Global quality of life in primary caregivers of patients with cancer in palliative phase staying at home". *Support Care Cancer* 2006;14(9):943-951.

266. Plant H, Moore S, Richardson A, et al. "Nurses' experience of delivering a supportive intervention for family members of patients with lung cancer". *Eur J Cancer Care* 2011;29(4):436-444.
267. Nava S, Sturani C, Hartl S, et al. "End-of-life decisionmaking in respiratory intermediate care units: a European survey". *Eur Respir J* 2007;30:156-164.
268. Heffner JE, Fahy B, Hilling L, Barbieri C. "Attitudes regarding advance directives among patients in pulmonary rehabilitation". *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1735-1740.
269. Curtis JR, Engelberg RA, Nielsen EL, Au DH, Patrick DL. "Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD". *Eur Respir J* 2004; 24:200-205.
270. McNeely PD, Herbert PC, Dales RE, et al. "Deciding about mechanical ventilation in end-stage chronic obstructive pulmonary disease: how respirologists perceive their role". *CMAJ* 1997;156:177-183.
271. Elkington H, White P, Higgs R, Pettinari CJ. "GPs' views of discussions of prognosis in severe COPD". *Fam Pract* 2001;18:440-444.
272. Christakis NA, Iwashyna TJ. "Attitude and self-reported practice regarding prognostication in a national sample of internists". *Arch Intern Med* 1998;158:2389-2395.
273. Gralo K, O'Lary RJ, Van Ness HP, Fried RT. "Caregiver burden in caregivers of older adults with advanced illness". *J Am Geriatr Soc* 2010;58(12):2315-2322.
274. Burton MA, Sautter MJ, Tulskey AJ, et al. "Burden and well-being among diverse sample of cancer, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease caregivers". *J Pain Sympt Manage* 2012;44(3):410-420.
275. Currow CD, Farquhar M, Ward MA, et al. "Caregivers' perceived adequacy of support end-stage lung disease: results of a population survey". *BMC Pulmonary Medicine* 2011;11:55.
276. Kurtz ME, Given B, Kurtz JC, Given CW. "The interaction of age, symptoms, and survival status on physical and mental health of patients with cancer and their families". *Cancer* 1994; 74(7 suppl):2071-2078.
277. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, et al. "Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers". *Can Med Assoc J* 2004; 170:1795-1801.
278. Beach SR, Schultz R, Yee JL, Jackson S. "Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the Caregiver Health Effects Study". *Psychol Aging* 2000;15:259-271.
279. Travis LA, Lyness JM, Shields CG, et al. "Social support, depression, and functional disability in older adult primary-care patients". *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:265-271.
280. Grov EK, Dahl AA, Mourn T and Fossa SD. "Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase". *Ann Oncol* 2005;16:1185-1191.
281. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H Jr, et al. "The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer". *Qual Life Res* 1999;8(1-2):55-63.
282. Weitzner MA, McMillan SC. "The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale: revalidation in a home hospice setting". *J Palliat Care* 1999;15(2):13-20.
283. Kissane D, Bloch S, Burns WI, et al. "Psychological morbidity in the families of patients with cancer". *Psychooncology* 1994;3:47-56.
284. Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al. "Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family caregivers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews". *BMJ* 2010;340:c2581.
285. Kim Y, Given BA. "Quality of life of family caregivers of cancer survivors". *Cancer* 2008; Suppl 122(11):2556-2568.
286. Ybema JF, Kuijter RG, Buunk BP, et al. "Depression and perception of inequity among couples facing cancer". *Pers Soc Psychol Rev* 2001;27:3-13.
287. Andershed B, Ternstedt BM. "Involvement of relatives in the care of the dying in different care cultures: involvement in the dark or in the light?" *Cancer Nurs* 1998;21:106-116.
288. Cain JC, Wicks MN. "Caregivers attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease". *Journal of Family Nursing* 2000;6:46-68.

289. Kara M, Mirici A. "Loneliness, depression and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses". *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36:331-336.
290. Applebaum AJ, Farran CJ, Marziliano AM, et al. "Preliminary study of themes of meaning and psychosocial service use among informal cancer caregivers". *Palliat Support Care* 2013; 7:1-10.
291. Fleming DA, Sheppard VB, Mangan PA, et al. "Caregiving at the end of life: perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers". *J Pain Sympt Manage* 2006; 31(5):407-420.
292. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. "Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis". *Psychol Bull* 2003;129:946-972.
293. Pinto RA, Holanda MA, Medeiros MMC, et al. "Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Respiratory Medicine* 2007;101:2402-2408.
294. Kanervisto M, Kaistila T, Paavilainen E. "Severe chronic obstructive pulmonary disease in family's everyday life in Finland: Perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses". *Nurs Health Sci* 2007;9:40-47.
295. Kim FHS, Kunik ME, Molinary V, et al. "Functional impairment in COPD patients. The impact of anxiety and depression". *Psychosomatics* 2000;41:465-471.
296. Kim Y, Spillers RL. "Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis". *Psycho-Oncology* 2010;19(4):431-440.
297. Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. "A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers". *Cancer Nurs* 2006;29(2):120-131.
298. Northouse LL, Mood DW, Montie JE, et al. "Living with prostate cancer: patients' and spouses' psychosocial status and quality of life". *J Clin Oncol* 2007;25(27):4171-4177.
299. Mayers JL, Gray LN. "The relationships between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life, and burden". *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(1):72-82.
300. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. "Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update". *JAMA* 1997;278:1186-1190.
301. Williamson GM, Shaffer DR. "Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now". *Psychol Aging* 2001;16:217-226.
302. Northouse LL, Mood D, Templin T, et al. "Couples' patterns of adjustment to colon cancer". *Soc Sci Med* 2000;50:271-284.
303. Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. "A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers". *Cancer Nurs* 2006;29:120-131.
304. Labrague L. J., and J. A. A. de Los Santos, "Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic". *Appl Nurs Res.* 61, 151476. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151476> (2021).
305. Zhang M., Chen H., Wang N., Li Y., Li X., and Y. Liu, "The mediating role of job satisfaction between psychological capital and work engagement among Chinese nurses during COVID-19 outbreak: A comparative study between nurse specialists and general nurses". *Front. Psychiatry* 13, 990216. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.990216> (2023).
306. Said R. M. and D.A. "El-Shafei, Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: Nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ. Sci. Pollut. Res. Int.* 28, 8791–8801. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-11235-8> (2021).
307. Ataíde I., Araújo P., Araújo A.M., Fernandes R., Martins E., and F. Mendes, "Grateful workers, satisfied workers? A Portuguese study about organizational happiness during COVID-19 Quarantine". *Behav. Sci.* 13, 81. <https://doi.org/10.3390/bs13020081> (2023).
308. Diaz L., "Leading through crisis: Identifying ethical competencies for nurse leaders to effectively retain and support nurses in the era of COVID-19 within the United States". *J. Multidiscip. Res.* 15, 137–141 (2023).
309. Lea J., Doherty I., Reede L., and C.B. Mahoney, "Predictors of burnout, job satisfaction, and turnover among CRNAs during COVID-19 surging". *AANA J.* 90, 141–147 (2022).

310. Pace F., Sciotto G., and L. Russo, "Meaningful work, pleasure in working, and the moderating effects of deep acting and COVID-19 on nurses' work". *Nurs. Forum.* 57, 1258–1266. <https://doi.org/10.1111/nuf.12787> (2022).
311. Guerrero-Barona E., Guerrero-Molina M., García-Gómez A., Moreno-Manso J. M., and M. E. García-Baamonde, "Quality of working life, psychosocial factors, burnout syndrome and emotional intelligence". *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17, 9550. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249550> (2020).
312. Nikić D. i sar. "Zadovoljstvo poslom kod zdravstvenih radnika", *Acta Medica Medianae* 2008, Vol.47.
313. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. "Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?" *J Gen Intern Med* 2000; 15:122-58.
314. Bovier PA, Perneger TV. "Predictors of work satisfaction among physicians". *Eur J Public Health* 2003; 13:299-305.
315. Judge TA, Thoresen CJ, Bono JE, Patton GK. "The job satisfaction job performance relationship: a qualitative and quantitative review". *Psychol Bull* 2001; 127: 376-407.
316. Kivimaki M, Kalimo R, Lindstrom K. "Contributors to satisfaction with management in hospital wards". *J Nurs Manag* 1994; 2:229–34.
317. Verschuren PJM, Masselink H. "Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals". *Soc Sci Med* 1997; 45:1135–8.
318. Hsu, M.-Y. "A quality of working life survey instrument for hospital nurses". *J. Nurs. Res.*, 24, 87–99. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000098>. (2016).
319. Salahat M.F. and Z.M. Al-Hamdan, "Quality of nursing work life, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses: A descriptive study". *Heliyon* 8, e09838. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09838> (2022).
320. Price, M. "Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital". *Br. J. Nurs.* 11, 275–280. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.4.10080> (2002).
321. Nyirenda M. and P. Mukwato, "Job satisfaction and attitudes toward nursing care among nurses working at Mzuzu central hospital Malawi". *Malawi Med. J.* 28, 159–166. <https://doi.org/10.4314/mmj.v28i4.3> (2016).
322. Furjan, B. *Aspekti Zadovoljstva Poslom Medicinskih Sestara (Apects of Nurse Job Satisfaction)*. Varaždin University Center, Department of Nursing. 2019. Available online: https://core.ac.uk/display/211227561?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1 (accessed on 5 February 2023). (In Croatian).
323. Skinner V., Madison J., and J. Harris Humphries, "Job satisfaction of Australian nurses and midwives: A descriptive research study". *Aust. J. Adv. Nurs.* 29, 19–27 (2012).
324. Pereira, S.S. Teixeira C.A.B., Reisdorfer E., Vieira M.V., Gherardi-Donato E.C.S, and L. Cardoso, "The relationship between occupational stressors and coping strategies in nursing technicians". *Texto Contexto Enferm.* 25, e2920014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002920014> (2016).
325. Karasek R.A. and T.Theörell, *Healthy Work-Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*; John Wiley & Sons, Inc.: New York, NY, USA, 1990.
326. World Health Organization. PRIMA EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives. 2008. Available online: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43966/9789241597104_eng_Part1.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed on 5 February 2023).
327. Palenzuela P., Delgado, N. and J.A. Rodríguez, "Exploring the relationship between contextual performance and burnout in healthcare professionals". *Rev. Psicol. Organ. Trab.* 35, 115–121. <https://doi.org/10.5093/jwop2019a13> (2019).
328. García-Rodríguez A., Gutiérrez-Bedmar M., Bellón-Saameño J.Á., Muñoz-Bravo C., and J.F.C. Navajas, "Psychosocial stress environment and health workers in public health: Differences between primary and hospital care". *Aten. Prim.* 47, 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003> (2015).
329. Hellín Gil, M. F. Ruiz Hernández J. A., Ibáñez-López F. J., Seva Llor A. M., Roldán Valcárcel, M. D. Mikla M., and M. J. López "Montesinos, Relationship between job

- satisfaction and workload of nurses in adult inpatient units". *Int. J. Environ. Res. Public Health* 19, 11701. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811701> (2022).
330. Siqueira A. S. D. A., Teixeira E. R., Cunha D. A. D. O. D., Santiago F. B., Kirby E. E. F., and L. M. L. Neves, "COVID-19 in oncology palliative care: psychological stress from the perspective of psychodynamics at work". *Ann. Palliat. Med.* 10, 5260-5269. <http://dx.doi.org/10.21037/apm-21-56> (2021).
 331. Brešić J, Knežević B, Milošević M, Tomljanović T, Golubović R, Mustajbegović J. "Stress and work ability in oil industry workers". *Arh Hig Rada Toksikol* 2007; 58:399-405.
 332. Kragelj LZ, Pahor M, Billban M. "Identification of population groups at very high risk for frequent perception of stress in Slovenia". *Croat Med J* 2005; 46:137-46.
 333. Moreno Cunha A., Marques C.S., and G. Santos, "Organizational and personal factors that boost innovation: The case of nurses during COVID-19 pandemic based on job demands-resources model". *Sustainability* 14, 458. <https://doi.org/10.3390/su14010458> (2022).
 334. Central Statistic Office. Census 2006: Volume 11 – Disability, Carers and Voluntary Activities. Stationery Office 2007, Dublin.
 335. Dettinger, E. and Clarkberg, M. (2002). „Neformalna nega i vreme penzionisanja kod muškaraca i žena: Pol i veze negovatelja i negovanog u kasnom srednjem dobu”, *Žurnal porodičnih pitanja*, 23(7), 857–879.
 336. Ross CE, Bird CE. "Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health". *Journal of Health and Social Behavior* 1994;35:161-178.
 337. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. "Somatic symptoms reports in women and men". *Journal of General Internal Medicine* 2001;16:266-275.
 338. King AC, Taylor CB, Albright CA, Haskell WL. "The relationship between repressive and defensive coping styles and blood pressure responses in healthy, middle-aged men and women". *Journal of Psychosomatic Research* 1990;34:461-471.
 339. Cain CJ, Wicks MN. "Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease". *J Fam Nurs* 2000;6:46-68.
 340. Prođović, T., Prođović Milojković, B. (2015): „Koncept starenja i kvalitet života“, Zbornik: Starenje i kvalitet života: tranzicija i evrointegracije, Tematski međunarodni zbornik radova. Kosovska Mitrovica: Filozofski fakultet. 29-43.
 341. Cherlin E, Fried T, Prigerson GH, et al. "Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: when do discussions occur and what is said?" *Journal of Palliative Medicine* 2005;8:1176-1185.
 342. Teno MJ, Cllaridge RB, Casey V, et al. "Family perspectives on end-of-life care at the last place of care". *JAMA* 2004;291(1):88-93.
 343. Heyland KD, Dodek P, Rocker G, et al. "What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members". *CMAJ* 2006;174 (5).
 344. Morrissey E, Becker J, Rupert MP. "Coping resources and depression in the caregiving spouses of Alzheimer patients". *British Journal of Medical Psychology* 1990;63:161-171.
 345. Cowin L., "The effects of nurses job satisfaction on retention: An Australian perspective". *J. Nurs. Admin.* 32, 283–291. <https://doi.org/10.1097/00005110-200205000-00008> (2002).
 346. Chisbert-Alapont, E. García-Salvador I., La Ossa-Sendra D., Jesús, M. García-Navarro, E. B. and D. La Rica-Escuín, (2021). "Influence of palliative care training on nurses' attitudes towards end-of-life care during the COVID-19 pandemic in Spain". *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, 11249. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111249> (2021).
 347. Kerr, D. Martin, P. Furber, L. Winterburn, S. Milnes, S. Nielsen A., and P. "Strachan, Communication skills training for nurses: Is it time for a standardised nursing model?". *Patient Educ Couns.* 105, 1970-1975. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.008> (2022).
 348. Lalani, N. Cai Y., and Y. Wang, "Hard to say goodbye over iPad": Experiences of palliative care providers and lessons learned during the COVID-19 pandemic in rural communities of Indiana, United States". *J. Hosp. Palliat. Nurs.* 24, E94. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000856> (2022).
 349. Cosentino C., Foà C., Bertuol M., Cappi V., Riboni S., Rossi S., Artioli G., and L. Sarli, "The impact of the alterations in caring for COVID-19 patients on Compassion Satisfaction

- and Compassion Fatigue in Italian nurses: a multi method study". *Acta Biomed.* 93. <https://doi.org/10.23750/abm.v93iS2.13053> (2022).
350. Simpson C, Young J, Donahue M, Rocker G. "A day at a time: caregiving on the edge in advanced COPD". *International Journal of COPD* 2010;5:141-151.
351. Schultz R, Sherwood P. "Physical and mental health effects of family caregiving". *Am J Nurs* 2008;108 (9 suppl):23-27.

9. ПРИЛОГ ТЕЗИ

9. 1. Упитници

Упитник бр. 1.



Упитник о здрављу

(Serbian version)

Molimo Vas da obeležavanjem jedne kockice u svakoj od donjih grupa izaberete izjavu koja najbolje opisuje Vaše zdravstveno stanje danas.

Pokretljivost

- Nemam problema sa kretanjem
- Imam nekih problema pri kretanju
- Vežan sam za postelju

Briga o sebi

- Nemam problema sa brigom o sebi
- Imam nekih problema pri pranju i oblačenju
- Nisam u stanju da se sam operem ili obučem

Uobičajene aktivnosti (*npr. posao, učenje, kućni poslovi, porodične ili slobodne aktivnosti*)

- Nemam problema sa obavljanjem svojih uobičajenih aktivnosti
- Imam nekih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti
- Nisam u stanju da obavljam svoje uobičajene aktivnosti

Bol/Nelagodnost

- Ne osećam bol ili nelagodnost

Osećam umeren bol ili nelagodnost

Osećam krajnji bol ili nelagodnost

Briga/Potištenost

Nisam brižan(a) ili potišten(a)

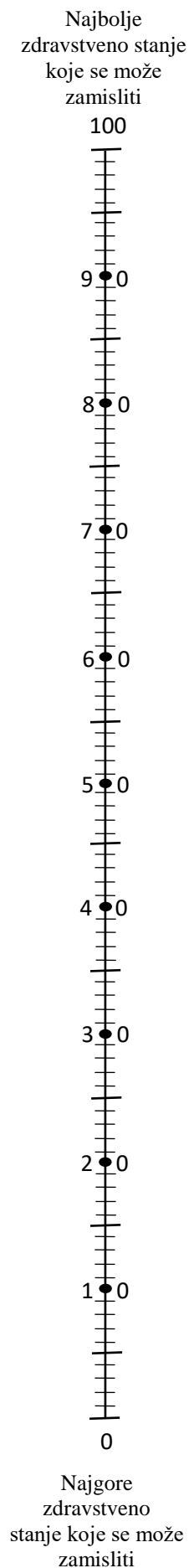
Umereno sam brižan(a) ili potišten(a)

Krajnje sam brižan(a) ili potišten(a)

Da bismo pomogli ljudima da iskažu koliko je dobro ili loše njihovo zdravstveno stanje, nacrtali smo skalu (koja liči na termometar) na kojoj je najbolje stanje koje se može zamisliti označeno sa 100 a najgore stanje koje se može zamisliti označeno sa 0.

Želeli bismo da nam na skali pokažete koliko je Vaše zdravstveno stanje danas dobro ili loše, po Vašem mišljenju. Molimo Vas da to učinite povlačenjem crte od donje crne kockice u kojoj piše “Vaše zdravstveno stanje danas” do bilo koje tačke na skali koja najbolje opisuje koliko je Vaše zdravstveno stanje danas dobro ili loše.

**Vaše
zdravstveno
stanje
danas**



У овом упитнику дате су групе различитих стања. Пажљиво прочитајте сваку. Затим изаберите једно стање из сваке групе које најбоље опишује како сте се осећали прошле недеље, укључујући и данас. Заокружите број поред стања које сте изабрали . Уколико Вам у некој групи подједнако одговара неколико стања, заокружите свако од њих, али претходно обавезно прочитајте свако стање из сваке групе пре него што се одлучите.

1. 0 Нисам тужан
 1 Тужан сам
 2 Тужан сам све време и не могу да се отресем тога
 3 Толико сам тужан или несрећан да то не могу да поднесем

2. 0 Нисам посебно обесхрабрен у односу на будућност
 1 Обесхрабрен сам у односу на будућност
 2 Осећам да немам чему да се надам
 3 Осећам да ми је будућност безнадежна и да ствари не могу да се поправе

3. 0 Не осећам се промашено
 1 Осећам да сам промашио више него просечан човек
 2 Кад размишљам о свом животу, све што видим мноштво је промашаја
 3 Осећам да сам потпуно промашен човек

4. 0 Осећам задовољство у свему као и раније
 1 Не уживам више у стварима као раније
 2 Више немам правога задовољства ни у чему
 3 Осећам незадовољство и досаду у свему

5. 0 Не осећам неку посебну кривицу
 1 Осећам кривицу доста често
 2 Углавном се осећам кривим
 3 Осећам кривицу стално

6. 0 Не осећам да сам кажњен
 1 Осећам да ћу можда бити кажњен
 2 Очекујем да будем кажњен
 3 Осећам да сам кажњен

7. 0 Не осећам да сам разочаран самим собом
 1 Разочаран сам самим собом
 2 Згађен сам над собом
 3 Мрзим самог себе

8. 0 Не осећам се горим од других
 1 Критичан сам у односу на своје слабости и грешке
 2 Стално кривим себе због својих грешака
 3 Кривим себе због свега лошег што се догоди

9. 0 Не размишљам да се убијем
 1 Размишљам о самоубиству, али то не бих учинио
 2 Волео бих да се убијем
 3 Убио бих се да имам прилике да то учиним

10. 0 Не плачем чешће него обично
 1 Плачем више него раније
 2 Стално плачем
 3 Раније сам могао да плачем, али сада више не могу иако осећам потребу
11. 0 Не осећам да сам раздражљивији него обично
 1 Раздражљив сам и узнемири се лакше него пре
 2 Непрекидно сам раздражен
 3 Више ме уопште не иритирају ствари које би ме раније иритирале
12. 0 Нисам изгубио интересовање за друге људе
 1 Мање се интересујем за друге људе него раније
 2 Углавном сам изгубио интересовање за друге људе
 3 Потпуно сам изгубио интересовање за друге људе
13. 0 У стању сам да доносим одлуке као и раније
 1 Одлажем доношење одлука чешће него раније
 2 Имам већих потешкоћа у доношењу одлука него раније
 3 Уопште нисам у стању да доносим одлуке
14. 0 Не осећам да изгледам лошије него раније
 1 Забринут(а) сам да изгледам старо и непривлачно
 2 Осећам сталне промене у свом сољашњем изгледу које ме чине непривлачни(о)м
 3 Верујем да сам ружан(а)
15. 0 Могу да радим добро као и раније
 1 Морам да уложим посебан напор да бих нешто започео
 2 Марам да улажем веома много напора да бих било шта урадио
 3 Уопште нисам у стању да радим
16. 0 Спавам добро као и обично
 1 Не спавам више тако добро
 2 Будим се сат-два раније него обично и тешко ми је да поново заспим
 3 Будим се неколико сати раније него обично и више нисам у стању да заспим
17. 0 Не замарам се више него обично
 1 Лакше се замарам него раније
 2 Замара ме готово све што радим
 3 Сувише сам уморан да бих било шта радио
18. 0 Апетит ми није слабији него обично
 1 Апетит ми више није тако добар као пре
 2 Имам врло слаб апетит
 3 Уопште више немам апетит
19. 0 У последње време нисам изгубио много на тежини
 1 Изгубио сам више од 2,5 кг
 2 Изгубио сам више од 5 кг
 3 Изгубио сам више од 7,5 кг
20. 0 Не бринем о свом здрављу више него обично

- 1 Забрињавају ме телесни симптоми као што су разни болови, лоше варење,
затвор
- 2 Веома ме брине моје физичко стање, тако да ми је тешко да мислим о другим
стварима
- 3 Толико ме брине моје физичко стање да ни о чему другом не размишљам
21. 0 Нисам приметио да се у последње време мање интересујем за секс
- 1 Мање сам заинтересован за секс него пре
- 2 Много мање се интересујем за секс
- 3 Потпуно сам изгубио интересовање за секс

Упитник бр. 3

КРАТКА СКАЛА ОТПОРНОСТИ (BRS)

Упутство: Користите следећу скалу и **заокружите** један број за сваку изјаву који означава у којој мери се слажете или не слажете са сваком од изјава.

**1 = Уопште се не слажем ; 2 = Не слажем се ; 3 = Немам мишљење ;
4 = Слажем се ; 5 = Потпуно се слажем**

1	После тешких времена брзо се вратим на старо	1	2	3	4	5
2	Тешко пролазим кроз стресне догађаје	1	2	3	4	5
3	Не треба ми много времена да се опоравим од стресног догађаја	1	2	3	4	5
4	Тешко ми је да се повратим када се деси нешто лоше	1	2	3	4	5
5	Обично кроз тешке периоде пролазим са мало потешкоћа	1	2	3	4	5
6	Треба ми доста времена да пређем преко животних препрека	1	2	3	4	5


EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Zainteresovani smo za neke podatke o Vama i Vašem zdravlju. Molimo Vas da sami odgovorite na sva pitanja, zaokruživanjem broja koji se odnosi na vaš odgovor. Ne postoje "tačni" i "netačni" odgovori. Podaci koje nam dajete ostaće strogo poverljivi.

Molimo da upišete svoje inicijale _____

Datum rođenja (dan, mesec, godina) _____

Današnji datum (dan, mesec, godina) _____

	Nimalo	Malo	Prilično	Mnogo
1. Imate li bilo kakvih tegoba kod obavljanja napornih poslova, kao što je nošenje kofera ili teške torbe za kupovinu.?	1	2	3	4
2. Imate li bilo kakvih tegoba tokom <u>dužih</u> šetnji ?	1	2	3	4
3. Imate li bilo kakvih tegoba tokom <u>kratkih</u> šetnji van kuće ?	1	2	3	4
4. Da li ste prinudjeni da preko dana provodite vreme u krevetu ili stolici?	1	2	3	4
5. Treba li Vam pomoć prilikom jela, oblačenja, kupanja ili odlaska u toalet ?	1	2	3	4

Tokom prošle nedelje :

	Nimalo	Malo	Prilično	Mnogo
6. Da li su Vam na bilo koji način umanjene sposobnosti za obavljanje posla ili dnevnih aktivnosti ?	1	2	3	4
7. Da li su Vam umanjene sposobnosti za bavljenje hobijima i drugim aktivnostima u slobodno vreme ?	1	2	3	4
8. Da li ste imali gušenje?	1	2	3	4
9. Da li ste imali bolove ?	1	2	3	4
10. Da li ste morali da se odmarate?	1	2	3	4
11. Da li ste imali nesanicu?	1	2	3	4
12. Da li ste osećali slabost?	1	2	3	4
13. Da li ste gubili apetit ?	1	2	3	4
14. Da li ste imali mušninu ?	1	2	3	4

15. Da li ste povraćali ? 1 2 3 4

Tokom prošle nedelje :

Nimalo Malo Prilično Mnogo

16. Da li ste imali zatvor ? 1 2 3 4

17. Da li ste imali proliv ? 1 2 3 4

18. Da li ste se osećali umorni? 1 2 3 4

19. Da li je bol ometao Vaše dnevne poslove ? 1 2 3 4

20. Da li ste imali poteškoća da se koncentrišete prilikom čitanja novina ili gledanja televizije ? 1 2 3 4

21. Da li ste bili napeti ? 1 2 3 4

22. Da li ste bili zabrinuti ? 1 2 3 4

23. Da li ste bili razdražljivi ? 1 2 3 4

24. Da li ste bili potišteni ? 1 2 3 4

25. Da li ste imali teškoća nešto da zapamtite ? 1 2 3 4

26. Da li je Vaše zdravstveno stanje ili Vaše lečenje uticalo na Vaš porodični život ? 1 2 3 4

27. Da li je Vaše zdravstveno stanje ili Vaše lečenje uticalo na Vaše društvene aktivnosti ? 1 2 3 4

28. Da li je Vaše zdravstveno stanje ili Vaše lečenje uzrokovalo neke nove probleme? 1 2 3 4

Za sledeća pitanja molimo vas da zaokružite brojku od 1 do 7 koja vam najviše odgovara

29. Kako biste ocenili Vaše opšte stanje zdravlja tokom prošle nedelje?

1 2 3 4 5 6 7
Vrlo loše Odlično

30. Kako biste ocenili Vaš ukupni kvalitet življenja tokom prošle nedelje ?

1 2 3 4 5 6 7
Vrlo loše Odlično

ОПШТИ УПИТНИК

Назив истраживања:

Анализирање фактора који утичу на палијативно збрињавање за време пандемије узроковане COVID-19 вирусом

Молим Вас да попуните упитник дописивањем или заокруживањем одговора.

ОПШТИ ПОДАЦИ

1. **Име и презиме:** _____ (увид има истраживач)
2. **Број историје болести :** _____
3. **Пол:**
 - a) Мушки
 - b) Женски
4. **Колико имате година?** _____
5. **Место становања:**
 - a) Село
 - b) Град
 - c) Приградско насеље
6. **Брачно стање:**
 - a) Ожењен/удата
 - b) Неожењен/неудата
 - c) Разведен/разведена
 - d) Удовац/удовица
 - e) Ванбрачна заједница
7. **Тренутно живите са:**
 - a) Супружником
 - b) Децом
 - c) Сам/а
 - d) Негователјом
 - e) Супружником и децом
 - f) Родитељима
 - g) Друго
8. **Степен образовања:**
 - a) Без школе
 - b) Основна школа
 - c) Средња школа
 - d) Виша/струковна школа
 - e) Факултет
 - f) Постдипломске студије
9. **Посао**
 - a) Запослен/а
 - b) Незапослен/а

- c) Пензионер/ка
- d) Студент/киња
- e) Остало

10. Економски статус

- a) Месечно примање до 10.000 динара
- б) Месечно примање од 10.000 до 20.000 динара
- с) Месечно примање од 20.000 до 50.000 динара
- d) Месечно примање преко 50.000 динара

ПОДАЦИ О БОЛЕСТИ

11. Због које болести сте сада на одељењу палијативног збрињавања?

12. Колико година сте имали када је болест утврђена?

13. Да ли неко у Вашој породици болује од ове болести?

- a) Не
- б) Да (означите ко): мајка отац брат сестра син ћерка супружник
- с) Не знам

14. Да ли болујете од других хроничних болести?

- d) Не
- e) Да, наведите болест: _____

15. Да ли сте прележали COVID -19? Ако је одговор потврдан напишите када сте били заражени овим вирусом и да ли је то било једном или више пута.

16. Да ли сте за време трајања пандемије могли несметано да посећујете изабраног лекара одређене специјалности (онколог, неуролог, ннтерниста...)?

ДА ; НЕ ; ПОВРЕМЕНО

17. Да ли сте за време пандемије могли редовно да набављате прописану онколошку терапију?

ДА ; НЕ ; ДА, АЛИ ВЕОМА ТЕШКО

18. Уколико сте користили нешто од лекова за супримирање јаких болова како сте их набављали за време пандемије?

19. Да ли сте за време пандемије могли да budete смештени на одељењу палијативне неге?

- a) Да
- б) Не, наведите разлог _____

- i) Hodanje sto metara
- j) Samostalno kupanje ili oblačenje oblačenje

4. Tokom poslednje četiri nedelje, da li ste imali neki od sledećih problema sa Vašim poslom ili svakodnevnim dnevnim aktivnostima **kao posledicu Vašeg fizičkog zdravlja?**

- | | DA | NE |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a) Smanjenje količine vremena koje možete da provedete u poslu ili drugim aktivnostima | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Postižete manje nego što biste želeli | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Ograničenje u vrsti posla ili drugih aktivnosti (npr. koje zahtevaju poseban napor) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Imate teškoće u obavljanju posla ili drugih aktivnosti | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Tokom poslednje četiri nedelje, da li ste imali neki od sledećih problema sa Vašim poslom ili svakodnevnim aktivnostima **kao posledicu Vaših emocionalnih problema (kao što je osećanje potištenosti ili napetosti) ?**

- | | DA | NE |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a) Smanjenje dužine vremena koje ste mogli da provodite u poslu ili drugim aktivnostima | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Postizali manje nego što biste želeli | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Bavili ste se poslom ili drugim aktivnostima manje pažljivo nego obično | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Tokom **poslednje četiri nedelje**, u kojoj su meri Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi, uticali na Vaše normalne društvene aktivnosti sa porodicom, prijateljima, susedima?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Uopšte ne | Blago | Umereno | Dobrim delom | Vrlo mnogo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. Koliko ste tokom poslednje četiri nedelje imali telesne bolove?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nimalo | Vrlo blage | Blage | Umerene | Ozbiljne | Vrlo ozbiljne |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Tokom **poslednje četiri nedelje**, koliko je bol uticao na Vaš normalan posao (uključujući i posao van kuće i kućne poslove)?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Uopšte ne | Sasvim malo | Umereno | Dobrim delom | Vrlo mnogo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Ova pitanja se odnose na to kako se se osećali tokom **poslednje četiri nedelje**. Za svako pitanje izaberite odgovor koji je najbliži tome kako ste se osećali. Koliko ste (se) vremena tokom **poslednje četiri nedelje**

	Sve vreme	Većinu vremena	Dobar deo vremena	Neko vreme	Malo vremena	Nimalo vremena
a) osećali puni života?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) bili vrlo nerovozni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bili toliko nerasploženi da ništa nije moglo da Vas orasploží?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Osećali mirno i opuštено?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Imali mnogo energije?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Osećali deprimirano i depresivno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Osećali istrošeno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Bili srećni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Osećali umorno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Tokom poslednje četiri nedelje, koliko su vremena Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi uticali na Vaše društvene aktivnosti (kao posete prijatelja, rođaka, itd.)?

Sve vreme	Većinu vremena	Neko vreme	Malo vremena	Nimalo vremena
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Koliko je svaka od sledećih tvrdnji za Vas TAČNA ili NETAČNA?

	Sasvim tačna	Ugalvnom tačna	Ne znam	Ugalvnom netačna	Potpuno netačna
a) Izgleda da se razboljevam nešto lakše od drugih ljudi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Ja sam zdrav kao bilo ko koga poznajem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c) Očekujem da se moje
zdravlje pogorša

9. 2. Приказ изведених варијабли

Неке варијабле у упитницима, тамо где је то било изводљиво и погодно редукован је на мањи број могућих категорија. Циљ је био да се дође до јасније, читљивије структуре информација. Код података који задовољавају само номинални ниво мерења спајање је вршено на основу припајања заједничкој, надређеној категорији по смислу. Код података ординалног нивоа, где је због величине и специфичности узорка број одговора који припадају појединим категоријама био минималан или их уопште није било, вршено је спајање суседних категорија. Једини подаци који задовољавају интервални ниво мерења су године старости (и година када је болест дијагностикована). Због великог распона ($\min=28$, $\max=87$, самим тим је и $\text{Std Dev}=12,5$). Ту је направљена нова варијабла са декадном (десетогодишњом) јединицом. Коришћење редукованог броја категорија на неким варијаблама, не спречава да се исте статистичке методе примењују и на примарним варијаблама.

Такође је вршено и сумирања резултата на појединим сличним варијаблама у оквиру истог теста да би се тако добила већа поузданост

Категоризација по упитницима и варијаблама изгледа овако:

Изведене варијабле на **1. ОПШТЕМ УПИТНИКУ**:

K4. Године старости - направљено је седам десетогодишњих интервала и тако покривена старост од 20 до 90 год.

K6. Брачно стање – у првој категорији „У заједници“ налазе се „Ожењен/удата“ и „Ванбрачна заједница“; у другој категорији „Ван заједнице“ су: „Неожењен/неудата“, „Разведен/разведена“ и „Удовац/удовица“.

K7. Тренутно живите са – чине категорија „Живи са неким“ која се састоји од „Супружника“, „Деце“, „ Супружника и деце“, „Родитеља“ и „Друго“ и категорија „Живи сам“ у који спада „Сам/а“ и „Са неговатељем.“

K8. Степен образовања је подељен на: „Без и основна школа“, Средња школа“ и „Високо образовање“ које садржи: „Виша/струковна школа“, „Факултет“ и „Постдипломске студије“

K10. Економски статус је организован на „Примања испод 50.000 дин.“, кооји чине прве три категорије и „Примања изнад 50.000 дин.“.

K12. Година када је болест утврђена је третиран на исти начин као и **4. Године старости**.

R12. Колико година болује је изведена варијабла настала одузимањем **12. Година када је болест утврђена** од **4. Година старости**.

Изведене варијабле на **2. SF-36 УПИТНИКУ**:

S3. Сума ограничења на разним активностима због стања здравља је настала сабирањем одговора на свих десет ајтема колико има ово питање и то тако да се одговор „Да, врло ме ограничава“ бодује са 2, „Да, мало ме ограничава“ са 1, а „Не уопште ме не ограничава“ са 0.

S4. Сума проблема у активностима током последње четири недеље као последица физичког здравља је настала тако што се свако „Да“ бодује са 1, а „Не“ са нулом.

S5. Сума проблема у активностима током последње четири недеље као последица емоционалних проблема здравља је настала на исти начин као и претходна варијабла.

Изведене варијабле на **3. EORTC QLQ-C30**:

S1-5. Сабирање резултата на првих пет варијабли

S6-28. Сабирање резултата на наредне 23 варијабле које се односе наперцепцију здравственог стања током прошле недеље.

K29. Настаје редуковањем на три категорије, тако што 1 настаје од одговора 1 и 2, 2 од 3, 4, 5 и 3 од 5 и 6

K30. Настаје на исти начин као и претходна варијабла

Изведене варијабле на **4. EQ-5D:**

S1-5. Настаје сабирањем резултата на првих пет варијабли, тако што прва опција носи вредност 0, друга 1, а трећа 2.

K1-5 настаје тако што су сумиране вредности стављене у три категорије: од 0 до 3 је 1, од 4 до 7 је 2, од 8 до 10 је 3

K6. Ваше здравствено стање данас се добија тако што се скала од 0 до 100 подели на пет једнаких интервала.

Изведене варијабле на **5. БЕКОВОЈ СКАЛИ:**

S21. Настаје сумирањем резултата на свим ајтемима Бекове скале

K6. је примена стандардизованих нивоа депресивности у односу на скорове из предходно наведене варијабле. Дато је шест нивоа и то за следеће скорове (суме):

1. 0-10 – нормално расположење
2. 11-16 – благи поремећај расположења
3. 17-20 – гранична клиничка депресија
4. 21-30 – умерена клиничка депресија
5. 31-40 – тешка клиничка депресија
6. 41-63 – екстремна депресија

K3. Настаје спајањем (укрупњавањем) по две категорије из предходне варијабле. Значи:

1. 1-16 – ниска депресија
2. 17-30 – умерена депресија
3. 31-63 – значајна депресија

Изведене варијабле на **6. УПИТНИКУ О ЗАДОВОЉСТВУ ЗАПОСЛЕНИХ:**

S1 јесума одговора на дванаест варијабли менаџмента

M1 је аритметичка средина свих тих варијабли

K1 је настаје распоређивањем сума менаџмента у три категорије и то:

1. до 20
2. од 21 до 40
3. од 41 до 60

M_Res је аритметичка средина варијабли ресурса која се састоји од:

1. Адекватност опреме за рад
2. Адекватност простора за рад
3. Расположиво време за рад

M_Mot је аритметичка средина варијабли мотивације која се састоји од:

4. Аутономија у обављању посла
5. Уважавање и вредновање вашег рада од стране претпостављених
8. Могућност за професионални развој/континуирану едукацију
9. Финансијска надокнада за рад

M_Kom је аритметичка средина варијабли комуникације која се састоји од:

6. Непосредна сарадња са колегама
7. Однос пацијената према вама

M_Ruk је аритметичка средина варијабли руковођења која се састоји од:

10. Руковођење и организација рада у установи

M_Kov је аритметичка средина варијабли које се тичу хигијене која се састоји од:

11. Одржавање адекватних хигијенских мера за рад у складу са мерама превенције болничких инфекција
12. Спровођење адекватних мера за спречавање и контролу ширења COVID-19 инфекције

Изведене варијабле на 7. **КРАТКА СКАЛИ ОТПОРНОСТИ**

Варијабле 2, 4 и 6 су рекодирани, јер њихов смисао има супротан вредносни правац

S2 језбир одговора на свих шест варијабли

M2 је аритметичка средина одговора на свих шестр варијабли

K2 је настао стављањем аритметичких средина у три категорије на основу постојећих норми

9. 3. Табеле

Табела А1. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на брачни статус

Варијабла		Брачна и ванбрачна заједница	Без брачне или ванбрачне заједнице
Брачни статус		101 (65,6%)	53 (34,4%)
Пол	Мушкарци	54 (53,5%)	22 (41,5%)
	Жене	47 (46,5%)	31 (58,5%)
Старост	Просек	68,6 год.	69,1 год.
Откривање болести	Просек	63,8 год	65,4 год
Место становања	Село	9 (8,9%)	5 (9,4%)
	Град	80 (79,2%)	36 (67,9%)
	Приградско насеље	12 (11,9%)	12 (22,6%)
Образовање	Без завршене и завршена основна школа	12 (11,9%)	10 (18,9%)
	Средња школа	38 (37,6%)	24 (45,3%)
	Академске студије	51 (50,5%)	19 (35,8%)
Посао	Запослен/а	24 (23,8%)	8 (15,1%)
	Незапослен/а	4 (4,0%)	7 (13,2%)
	Пензионер/ка	70 (69,3%)	36 (67,9%)
	Остало	3 (3,0%)	2 (3,8%)
Економски статус	Испод 50.000 динара	76 (75,2%)	45 (84,9%)
	Преко 50.000 динара	25 (24,8%)	8 (15,1%)
Болест у породици	Не	68 (67,3%)	35 (66,0%)
	Да	12 (11,9%)	4 (7,5%)
	Не знам	21 (20,8%)	14 (26,4%)
Друге хроничне болести	Не	42 (41,6%)	22 (41,5%)
	Да	59 (58,4%)	31 (58,5%)
Прележали COVID-19	Да	56 (55,4%)	25 (47,2%)
	Не	45 (44,6%)	28 (52,8%)
Посете лекару за време пандемије	Да	13 (12,9%)	3 (5,7%)
	Не	83 (82,2%)	42 (79,2%)
	Повремено	5 (5,0%)	8 (15,1%)
Набавка терапије за време пандемије	Да	33 (32,7%)	16 (30,2%)
	Не	50 (49,5%)	24 (45,3%)
	Да, али веома веома тешко	17 (16,8%)	13 (24,5%)
Могућност смешатаја на палијативном одељењу за време пандемије	Да	26 (25,7%)	14 (26,4%)
	Не	75 (74,3%)	39 (3,6%)

Табела А2. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на статус образовања

Варијабла		Без завршене и завршена основна школа	Средња школа	Високошколско образовање
Образовање		22 (14,3)	62 (40,3%)	70 (45,4%)
Пол	Мушкарци	12 (54,5%)	32 (51,6%)	32 (45,7%)
	Жене	10 (45,5%)	30 (48,4%)	38 (54,3%)
Старост	Просек	70,5 год.	69,6 год.	67,5 год.
Откривање болести	Просек	66,2 год.	65,1 год.	63,1 год.
Место становања	Село	13 (59,1%)	1 (1,6%)	
	Град	6 (27,3%)	52 (83,9%)	58 (82,9%)
	Приградско насеље	3 (13,6%)	9 (14,5%)	12 (17,1%)
Брачно стање	Живи у заједници	12 (54,5%)	38 (61,3%)	51 (72,8%)
	Живи ван заједнице	10 (45,5%)	24 (38,7%)	19 (27,2%)
Посао	Запослен/а	1 (4,5%)	13 (21,0%)	18 (25,7%)
	Незапослен/а	5 (22,7%)		6 (8,6%)
	Пензионер/ка	12 (54,5%)	49 (79,0%)	45 (64,3%)
	Остало	4 (18,2%)		1 (1,4%)
Економски статус	Испод 50.000 дин.	21 (95,5%)	60 (96,8%)	40 (57,1%)
	Преко 50.000 дин.	1 (4,5%)	2 (3,2%)	30 (42,9%)

Болест у породици	Не	12 (54,5%)	40 (64,5%)	51 (72,9%)
	Да	1 (4,5%)	7 (11,3%)	8 (11,4%)
	Не знам	9 (40,9%)	15 (24,2%)	11 (15,7%)
Друге хроничне болести	Не	9 (40,9%)	23 (37,1%)	32 (45,7%)
	Да	13 (59,1%)	39 (62,9%)	38 (54,3%)
Прележали COVID-19	Да	11 (50,0%)	33 (53,2%)	37 (52,9%)
	Не	11 (50,0%)	29 (46,8%)	33 (47,1%)
Посете лекару за време пандемије	Да	4 (18,2%)	4 (6,4%)	8 (11,4%)
	Не	17 (77,3%)	52 (83,9%)	56 (80,0%)
	Повремено	1 (4,5%)	6 (9,7%)	6 (8,6%)
Набавка терапије за време пандемије	Да	6 (27,3%)	16 (25,8%)	27 (39,1%)
	Не	10 (45,4%)	31 (48,4%)	34 (49,3%)
	Да, али веома веома тешко	6 (27,3%)	16 (25,8%)	8 (11,6%)
Могућност смештаја на палијативном одељењу за време пандемије	Да	7 (31,8%)	10 (16,1%)	23 (32,9%)
	Не	15 (68,2%)	52 (83,9%)	47 (67,1%)

Табела А3. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на материјални статус

Варијабла		Примања до 50.000 дин.	Примања преко 50.000 дин.
Материјални статус		121 (78,6%)	33 (21,4%)
Пол	Мушкарци	57 (47,1%)	19 (57,6%)
	Жене	64 (52,9%)	14 (42,4%)
Старост	Просек	70,4 год.	63,0 год.
Откривање болести	Просек	66,2 год.	57,9 год.
Место становања	Село	13 (10,7%)	1 (3,0%)
	Град	90 (74,4%)	26 (78,8%)
	Приградско насеље	18 (14,9%)	6 (18,2%)
Брачно стање	Живи у заједници	76 (62,8%)	25 (75,8%)
	Живи ван заједнице	45 (37,2%)	8 (24,2%)
Образовање	Без завршене и завршена основна школа	21 (17,4%)	1 (3,0%)
	Средња школа	60 (49,6%)	2 (6,1%)
	Академске студије	40 (33,1%)	30 (90,9%)
Посао	Запослен/а	15 (12,4%)	17 (51,5%)
	Незапослен/а	11 (9,1%)	/
	Пензионер/ка	90 (74,4%)	16 (48,5%)
	Остало	5 (4,1%)	/
Болест у породици	Не	82 (67,8%)	21 (63,6%)
	Да	10 (8,3%)	6 (18,2%)
	Не знам	29 (24,0%)	6 (18,2%)
Друге хроничне болести	Не	43 (35,5%)	21 (63,6%)
	Да	78 (64,5%)	12 (36,4%)
Прележали COVID-19	Да	63 (52,1%)	18 (54,5%)
	Не	58 (47,9%)	15 (45,5%)
Посете лекару за време пандемије	Да	14 (11,6%)	2 (6,1%)
	Не	100 (82,6%)	25 (75,8%)
	Повремено	7 (5,8%)	6 (6,1%)
Набавка терапије за време пандемије	Да	36 (29,8%)	13 (39,4%)
	Не	62 (52,2%)	13 (39,4%)
	Да, али веома веома тешко	23 (19,0%)	7 (21,2%)
Могућност смештаја на палијативном одељењу за време пандемије	Да	30 (24,8%)	10 (30,3%)
	Не	91 (75,2%)	23 (69,7%)

Табела А4. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на то да ли живе у заједници или сами

Варијабла		Живи у заједници	Живи сам
Статус живота у заједници		133 (86,4%)	21 (13,6%)
Пол	Мушкарци	63 (47,4%)	13 (61,9%)
	Жене	70 (52,6%)	8 (38,1%)
Старост	Просек	68,8 год.	68,8 год.
Откривање болести	Просек	64,5 год.	63,6 год.
Место становања	Село	12 (9,0%)	2 (9,5%)
	Град	101 (75,9%)	15 (71,5%)
	Приградско насеље	20 (15,1%)	4 (19,0%)
Образовање	Без завршене и завршена основна школа	19 (14,3%)	3 (14,3%)
	Средња школа	53 (39,8%)	9 (42,9%)
	Академске студије	61 (45,9%)	9 (42,9%)
Посао	Запослен/а	28 (21,8%)	4 (19,0%)
	Незапослен/а	10 (7,5%)	1 (4,8%)
	Пензионер/ка	91 (68,4%)	15 (71,4%)
	Остало	4 (3,0%)	1 (4,8%)
Економски статус	Мање од 50.000 дин.	106 (79,7%)	15 (71,4%)
	Више од 50.000 дин.	27 (20,3%)	6 (28,6%)
Болест у породици	Не	91 (68,4%)	12 (57,2%)
	Да	14 (10,5%)	2 (9,5%)
	Не знам	28 (21,1%)	7 (33,3%)
Друге хроничне болести	Не	56 (42,1%)	8 (38,1%)
	Да	77 (57,9%)	13 (61,9%)
Прележали COVID-19	Да	72 (54,1%)	9 (42,9%)
	Не	61 (45,9%)	12 (57,1%)
Посете лекару за време пандемије	Да	13 (9,8%)	3 (14,3%)
	Не	110 (82,7%)	15 (71,4%)
	Повремено	10 (7,5%)	3 (14,3%)
Набавка терапије за време пандемије	Да	43(32,3%)	6 (28,6%)
	Не	66 (49,6%)	9 (42,8%)
	Да, али веома веома тешко	24(18,0%)	6 (28,6%)
Могућност смешатаја на палијативном одељењу за време пандемије	Да	33 (24,8%)	7 (33,3%)
	Не	100 (75,2%)	14 (66,7%)

Табела А5. Дистрибуција одговора испитаника о могућности посете лекару у време Covid-19 пандемије према образовању испитаника

Могућност посете лекару у време Covid-19 пандемије	Образовање испитаника						Укупно	
	Без завршене и завршена основна школа		Средња школа		Високошколско образовање			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Да	4	18,2	4	6,4	8	11,4	16	10,4
Не	17	77,3	52	83,9	56	80,0	125	81,2
Повремено	1	4,5	6	9,7	6	8,6	13	8,4
Свега	22	100	62	100	70	100	154	100

$$\chi^2=2,90 \quad df=4 \quad p=0,57 \quad \text{одн. } p>0,05$$

Табела А6. Дистрибуција одговора испитаника о могућности посете лекару у време Covid-19 пандемије према материјалном статусу испитаника

Могућност посете лекару у време Covid-19 пандемије	Материјални статус испитаника				Укупно	
	Месечна примања испод 50.000 дин.		Месечна примања једнака и изнад 50.000 дин.			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Да	14	11,6	2	6,1	16	10,4
Не	100	82,6	25	75,8	125	81,2
Повремено	7	5,8	6	6,1	13	8,4
Свега	121	100	33	100	154	100

$\chi^2=5,62$ df=2 p=0,06 одн. p>0,05

Табела А7. Дистрибуција одговора испитаника о могућности посете лекару у време Covid-19 пандемије према томе да ли живе у заједници или сами

Могућност посете лекару у време Covid-19 пандемије	Статус испитаника према томе да ли живе у заједници или сами				Укупно	
	Живи у заједници		Живи сам/сама			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Да	13	9,8	3	14,3	16	10,4
Не	110	82,7	15	71,4	125	81,2
Повремено	10	7,5	3	14,3	13	8,4
Свега	133	100	21	100	154	100

$\chi^2=1,62$ df=2 p=0,44 одн. p>0,05

Табела А8. Дистрибуција одговора испитаника о могућности набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије према образовању испитаника

Могућност набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије	Образовање испитаника						Укупно	
	Без завршене и завршена основна школа		Средња школа		Високошколско образовање			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Да	6	27,3	16	25,4	27	39,1	49	31,8
Не	10	45,4	31	49,2	34	49,3	75	48,7
Да, али веома веома тешко	6	27,3	16	25,4	8	11,6	30	19,5
Свега	22	100	63	100	69	100	154	100

$\chi^2=6,18$ df=4 p=0,19 одн. p>0,05

Табела А9. Дистрибуција одговора испитаника о могућности набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије према материјалном статусу испитаника

Могућност набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије	Материјални статус испитаника				Укупно	
	Месечна примања испод 50.000 дин.		Месечна примања једнака и изнад 50.000 дин.			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Да	36	29,8	13	39,4	49	31,8
Не	62	51,2	13	39,4	75	48,7
Да, али веома веома тешко	23	19,0	7	21,2	30	19,5
Свега	121	100	33	100	154	100

$\chi^2=1,47$ df=2 p=0,48 одн. p>0,05

Табела А10. Дистрибуција одговора испитаника о могућности набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије према томе да ли живе у заједници или сами

Могућност набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије	Статус испитаника према томе да ли живе у заједници или сами				Укупно	
	Живи у заједници		Живи сам/сама			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Да	43	32,3	6	28,6	49	31,8
Не	66	49,6	9	42,8	75	48,7
Да, али веома веома тешко	24	18,1	6	28,6	30	19,5
Свега	133	100	21	100	154	100

$\chi^2=1,24$ $df=2$ $p=0,54$ одн. $p>0,05$

Табела А11. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравља према самопроцени КЖ на скали од 1 (врло лоше здравље/КЖ) до 7 (одлично здравље/КЖ)

Самопроцена здравља	Самопроцена квалитета живота						Укупно	
	1 и 2		3, 4 и 5		6 и 7			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
1 и 2	18	94,7	1	0,8	0	/	19	12,3
3, 4 и 5	1	5,3	132	99,2	0	/	133	86,4
6 и 7	0	/	0	/	2	100	2	1,3
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=290,03$ $df=4$ $p=0,00$ одн. $p<0,01$ $CC=0,81$

Табела А11.1. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на пол

Пол испитаника	Укупан квалитета живота испитаника						Укупно	
	Лош (1-2)		Просечан (3-5)		Одличан (6-7)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Мушки	9	47,4	67	50,4	0	0	76	49,4
Женски	10	52,6	66	49,6	2	100	78	50,6
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=2,03$ $df=2$ $p=0,362$ одн. $p>0,05$

Табела А11.2. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на године живота

Године живота испитаника	Укупан квалитета живота испитаника						Укупно	
	Лош (1-2)		Просечан (3-5)		Одличан (6-7)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
20 – 29	0	/	2	1,5	0	/	2	1,3
30 – 39	0	/	1	0,8	0	/	1	0,7
40 – 49	3	15,8	10	7,5	1	50,0	14	9,1
50 – 59	3	15,8	12	9,0	1	50,0	16	10,4
60 – 69	4	21,0	24	18,0	0	/	28	18,2
70 – 79	8	42,1	57	42,9	0	/	65	42,2
80 – 89	1	5,3	27	20,3	0	/	28	18,1
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=12,99$ $df=12$ $p=0,370$ одн. $p>0,05$

Табела А11.3. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на то да ли живе сами или у заједници

Живот у заједници	Укупан квалитета живота испитаника						Укупно	
	Лош (1-2)		Просечан (3-5)		Одличан (6-7)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Живи у заједници	17	89,5	114	85,7	2	100	133	86,4
Живи сам/сама	2	10,5	19	14,3	0	0	21	13,6
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=0,52$ $df=2$ $p=0,771$ одн. $p>0,05$

Табела А11.4. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на то да ли живе сами или у заједници

Живот у заједници	Сума ограничења активности због нарушеног здравља																Укупно
	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	
Живи у заједници	2	5	2	7	23	12	21	8	2	25	2	11	3	1	2	7	133
Живи сам/сама	0	0	0	0	5	3	2	4	0	2	1	2	0	1	0	1	21
Свега	2	5	2	7	28	15	23	12	2	27	3	13	3	2	2	8	154

$\chi^2=13,17$ $df=15$ $p=0,589$ одн. $p>0,05$

Табела А11.5. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на њихово образовање

Образовање	Укупан квалитета живота испитаника						Укупно	
	Лош (1-2)		Просечан (3-5)		Одличан (6-7)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Без завршене и завршена основна школа	2	10,5	20	15,0	0	/	22	14,3
Средња школа	5	26,3	57	42,9	0	/	62	40,2
Високо образовање	12	63,2	56	42,1	2	100	70	45,5
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=5,42$ $df=4$ $p=0,247$ одн. $p>0,05$

Табела А11.6. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на њихово образовање

Живот у заједници	Сума ограничења активности због нарушеног здравља																Укупно
	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	
Без завршене и завршена основна школа	0	0	0	1	6	2	1	0	0	6	0	1	2	2	0	1	22
Средња школа	0	1	2	2	13	7	8	5	1	8	1	7	1	0	1	5	62
Високо образовање	2	4	0	4	9	6	14	7	1	13	2	5	0	0	1	2	70
Свега	2	5	2	7	28	15	23	12	2	27	3	13	3	2	2	8	154

$\chi^2=41,56$ $df=30$ $p=0,078$ одн. $p>0,05$

Табела А11.7. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на године живота када је болест дијагностикована

Године живота испитаника када је болест дијагностикована	Укупан квалитета живота испитаника						Укупно	
	Лош (1-2)		Просечан (3-5)		Одличан (6-7)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
20 – 29	0	/	2	1,5	0	/	2	1,3
30 – 39	0	/	6	4,5	0	/	6	3,9
40 – 49	4	21,1	9	6,8	1	50,0	14	9,1
50 – 59	5	26,3	21	15,8	1	50,0	27	17,5
60 – 69	2	10,5	32	24,1	0	/	34	22,1
70 – 79	8	42,1	53	39,8	0	/	61	39,6
80 – 89	0	/	10	7,5	0	/	10	6,5
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=15,22$; $df=12$; $p=0,229$ одн. $p>0,05$

Табела А11.8. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на године живота када је болест дијагностикована

Живот у заједници	Сума ограничења активности због нарушеног здравља																Укупно
	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	
20 – 29	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
30 – 39	0	0	0	0	3	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	6
40 – 49	0	0	0	2	3	1	3	1	0	2	0	2	0	0	0	0	14
50 – 59	1	2	0	0	5	2	3	2	1	1	1	4	1	0	1	3	27
60 – 69	0	1	1	2	4	6	5	2	1	7	0	2	0	2	0	1	34
70 – 79	0	2	1	2	10	5	9	6	0	13	2	5	2	0	1	3	61
80 – 89	1	0	0	0	3	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	10
Свега	2	5	2	7	28	15	23	12	2	27	3	13	3	2	2	8	154

$\chi^2=71,28$ $df=90$ $p=0,927$ одн. $p>0,05$

Табела А11.9. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице емоционалних проблема у последње четири седмице у односу на године живота испитаника када је болест дијагностикована

Године живота када је болест дијагностикована	Сума ограничења активности свакодневног живота као последице емоционалних проблема у последње четири седмице								Укупно	
	0		1		2		3			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
20-29	2	6,1	0	/	0	/	0	/	2	1,3
30-39	2	6,1	0	/	3	10,7	1	5,0	6	3,9
40-49	1	3,0	9	12,3	4	14,3	0	/	14	9,1
50-59	4	12,1	13	17,8	4	14,3	6	30,0	27	17,5
60-69	9	27,3	14	19,2	4	14,3	7	35,0	34	22,1
70-79	11	33,3	35	48,0	11	39,3	4	20,0	61	39,6
80-89	4	12,1	2	2,7	2	7,1	2	10,0	10	6,5
Свега	33	100	73	100	28	100	20	100	154	100

$\chi^2=31,40$ $df=18$ $p=0,026$ одн. $p<0,05$ $CC=0,41$

Табела А11.10. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на опште стање здравља испитаника

Опште стање здравља	Сума ограничења активности због нарушеног здравља																Укупно
	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	
Одлично	0	0	0	0	10	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Врло добро	1	0	1	0	9	3	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	19
Добро	1	0	0	7	7	4	8	2	1	0	0	0	0	0	0	0	30
Пристојно	0	4	1	0	2	7	6	3	0	17	1	1	2	1	2	2	49
Лоше	0	1	0	0	0	0	3	7	1	9	2	12	1	1	0	6	43
Свега	2	5	2	7	28	15	23	12	2	27	3	13	3	2	2	8	154

$\chi^2=176,03$ $df=60$ $p=0,000$ одн. $p<0,01$ $CC=0,73$

Табела А11.11. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на утицај њиховог здравља на новчане проблеме током протеклих седам дана

Утицај здравља на новчане проблеме током протеклих седам дана	Укупан квалитета живота испитаника						Укупно	
	Лош (1-2)		Просечан (3-5)		Одличан (6-7)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Нимало	0	/	2	1,5	1	50,0	3	1,9
Мало	4	21,0	11	8,3	0	/	15	9,7
Прилично	6	31,6	57	42,9	1	50,0	64	41,6
Много	9	47,4	63	47,3	0	/	72	46,8
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=28,69$ df=6 p=0,000 одн. p<0,01 CC=0,40

Табела А11.12. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на утицај њиховог здравља на новчане проблеме током протеклих седам дана

Новчани проблеми током протеклих седам дана	Сума ограничења активности због нарушеног здравља																Укупно
	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	
Нимало	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Мало	0	4	0	0	1	0	2	2	0	0	1	1	0	1	2	1	15
Прилично	1	1	1	1	12	9	9	8	2	8	1	8	0	1	0	2	64
Много	1	0	1	4	15	6	12	2	0	19	1	4	2	0	0	5	72
Свега	2	5	2	7	28	15	23	12	2	27	3	13	3	2	2	8	154

$\chi^2=122,44$ df=45 p=0,000 одн. p<0,01 CC=0,67

Табела А11.13. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на процену здравственог стања помоћу категорисане скале здравственог стања

Категорисана скала здравственог стања	Укупан квалитета живота испитаника						Укупно	
	Лош (1-2)		Просечан (3-5)		Одличан (6-7)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Најгоре здравље	7	36,8	50	37,5	0	/	57	37,1
Лоше здравље	9	47,3	67	50,4	0	/	76	49,4
Осредње здравље	1	5,3	15	11,3	1	50,0	17	11,0
Добро здравље	1	5,3	1	0,8	1	50,0	3	1,9
Најбоље здравље	1	5,3	0	/	0	/	1	0,6
Свега	19	100	133	100	2	100	154	100

$\chi^2=37,97$ df=8 p=0,000 одн. p<0,01 CC=0,44

Табела А11.14. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на процену здравственог стања помоћу категорисане скале здравственог стања

Категорисана скала здравственог стања	Сума ограничења активности због нарушеног здравља																Укупно
	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	
Најгоре здравље	1	2	0	1	16	6	10	1	1	9	1	7	2	0	0	0	57
Лоше здравље	0	2	1	4	12	9	12	8	1	15	1	5	0	1	0	5	76
Осредње здравље	0	0	1	1	0	0	1	3	0	3	1	1	1	1	2	2	17
Добро здравље	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Најбоље здравље	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Свега	2	5	2	7	28	15	23	12	2	27	3	13	3	2	2	8	154

$\chi^2=111,60$ df=60 p=0,000 одн. p<0,01 CC=0,65

Табела А11.15. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на здравље од пре годину дана

Садашње здравље у односу на пре годину дана	Сума ограничења активности због нарушеног здравља																	Укупно
	0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20		
Много боље	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	
Нешто боље	0	0	0	1	9	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0	18	
Отприлике исто	1	2	1	6	9	10	9	4	0	1	0	0	0	0	0	0	43	
Нешто горе	1	3	1	0	0	2	9	1	1	20	2	4	2	1	1	3	51	
Много горе	0	0	0	0	0	0	2	7	1	5	1	9	0	1	0	5	31	
Свега	2	5	2	7	28	15	23	12	2	27	3	13	3	2	2	8	154	

$\chi^2=180,67$ $df=60$ $p=0,000$ одн. $p<0,01$ $CC=0,73$

Табела А12. Дистрибуција одговора испитаника на Бековој скали процене интензитета симптома депресивности

Област	Варијабле	Мушкарци		Жене		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%
1.	0 Нисам тужан	4	5,3	7	9,0	11	7,1
	1 Тужан сам	5	6,6	11	14,1	16	10,4
	2 Тужан сам све време и не могу да се тога отресем	51	67,1	39	50,0	90	58,4
	3 Толико сам тужан или несрећан да то не могу да поднесем	16	21,1	21	26,9	37	24,4
2.	0 Нисам посебно обесхрабрен у односу на будућност	3	3,9	8	10,3	11	7,1
	1 Обесхрабрен сам у односу на будућност	4	5,3	7	9,0	11	7,1
	2 Осећам да немам чему да се надам	38	50,0	36	46,2	74	48,1
	3 Осећам да ми је будућност безнадежна и да ствари не могу да се поправе	31	40,8	27	34,6	58	37,7
3.	0 Не осећам се промашено	4	5,3	10	12,8	14	9,1
	1 Осећам да сам промашно више него просечан човек	1	1,3	4	5,1	5	3,2
	2 Кад размишљам о свом животу, све што видим је мноштво промашаја	41	53,9	35	44,9	76	49,4
	3 Осећам да сам потпуно промашен човек	30	39,5	29	37,2	59	38,3
4.	0 Осећам задовољство у свему као и раније	3	3,9	6	7,7	9	5,8
	1 Не уживам више у стварима као раније	3	3,9	5	6,4	8	5,2
	2 Више немам правога задовољства ни у чему	23	30,3	37	47,4	60	39,0
	3 Осећам незадовољство и досаду у свему	47	61,8	30	38,5	77	50,0
5.	0 Не осећам неку посебну кривицу	5	6,6	12	15,4	17	11,0
	1 Осећам кривицу доста често	2	2,6	4	5,1	6	3,9
	2 Углавном се осећам кривим	35	46,1	33	42,3	68	44,2
	3 Осећам кривицу стално	34	44,7	29	37,2	63	40,9
6.	0 Не осећам да сам кажњен	4	5,3	15	19,2	19	12,3
	1 Осећам да ћу можда бити кажњен	4	5,3	1	1,3	5	3,2
	2 Очекујем да будем кажњен	23	30,3	32	41,0	55	35,7
	3 Осећам да сам кажњен	45	59,2	30	38,5	75	48,7

7.	0 Не осећам да сам разочаран собом	6	7,9	13	16,7	19	12,3
	1 Разочаран сам самим собом	3	3,9	2	2,6	5	3,2
	2 Згађен сам над собом	36	47,4	35	44,9	71	46,1
	3 Мрзим самог себе	31	40,8	28	35,9	59	38,3
8.	0 Не осећам се горим од других	4	5,3	11	14,1	15	9,7
	1 Критичан сам у односу на своје слабости и грешке	4	5,3	4	5,1	8	5,2
	2 Стално кривим себе због својих грешака	36	47,4	37	47,4	73	47,4
	3 Кривим себе због свега што се догоди	32	42,1	26	33,3	58	37,7
9.	0 Не размишљам да се убијем	5	6,6	14	17,9	19	12,3
	1 Размишљам о самоубиству, али то не бих учинио	53	69,7	50	64,1	103	66,9
	2 Волео бих да се убијем	5	6,6	3	3,8	8	5,2
	3 Убио бих се да имам прилике да то учиним	13	17,1	11	14,1	24	15,6
10.	0 Не плачем чешће него обично	5	6,6	8	10,3	13	8,4
	1 Плачем више него раније	5	6,6	11	14,1	16	10,4
	2 Стално плачем	17	22,4	19	24,4	36	23,4
	3 Раније сам могао да плачем, али сада више не могу иако осећам потребу	49	64,5	40	51,3	89	57,8
11.	0 Не осећам да сам раздражљивији него обично	2	2,6	10	12,8	12	7,8
	1 Раздражљив сам и узнемирам се лакше него обично	4	5,3	4	5,1	8	5,2
	2 Непрекидно сам раздражен	22	28,9	28	35,9	50	32,5
	3 Више ме уопште не иритирају ствари које би ме раније иритирале	48	63,2	36	46,2	84	54,5
12.	0 Нисам изгубио интересовање за друге људе	2	2,6	10	12,8	12	7,8
	1 Мање се интересујем за друге људе него раније	2	2,6	4	5,1	6	3,9
	2 Углавном сам изгубио интересовање за друге људе	35	46,1	35	44,9	70	45,5
	3 Потпуно сам изгубио интересовање за друге људе	37	48,7	29	37,2	66	42,9
13.	0 У стању сам да доносим одлуке као и раније	3	3,9	9	11,5	12	7,8
	1 Одлажем доношење одлука чешће него раније	1	1,3	7	9,0	8	5,2
	2 Имам већих потешкоћа у доношењу одлука него раније	54	71,1	50	64,1	104	67,5
	3 Уопште нисам у стању да доносим одлуке	18	23,7	12	15,4	30	19,5
14.	0 Не осећам да изгледам лошије него раније	3	3,9	9	11,5	12	7,8
	1 Забринут сам да изгледам старо и непривлачно	4	5,3	2	2,6	6	3,9%
	2 Осећам сталне промене у свом спољашњем изгледу које ме чине непривлачним	51	67,1	51	65,4	102	66,2
	3 Веријем да сам ружан	18	23,7	16	20,5	34	22,1
	0 Могу да радим добро као и раније	1	1,3	5	6,4	6	3,9
	1 Морам да уложим посебан	7	9,2	7	9,0	14	9,1

15.	напор да бих нешто започео						
	2 Морам да улажем веома много напора да бих било шта урадио	54	71,1	49	62,8	103	66,9
	3 Уопште нисам у стању да радим	14	18,4	17	21,8	31	20,1
16.	0 Спавам добро као и обично	1	1,3	8	10,3	9	5,8
	1 Не спавам више тако добро	5	6,6	5	6,4	10	6,5
	2 Будим се сат-два раније него обично и тешко ми је да поново заспим	47	61,8	42	53,8	89	57,8
	3 Будим се неколико сати раније него обично и нисам више у стању да заспим	23	30,3	23	29,5	46	29,9
17.	0 Не замарам се више него обично	2	3,9	2	2,6	4	2,6
	1 Лакше се замарам него раније	10	13,2	6	7,7	18	11,7
	2 Замара ме готово све што радим	58	76,3	61	78,2	115	74,7
	3 Сувише сам уморан да бих било шта радио	5	6,6	9	11,5	17	11,0
18.	0 Апетит ми није слабији него обично	3	3,9	5	6,4	8	5,2
	1 Апетит ми више није тако добар као пре	10	13,2	6	7,7	16	10,4
	2 Имам врло слаб апетит	58	76,3	61	78,2	119	77,3
	3 Уопште више немам апетит	5	6,6	6	7,7	11	7,1
19.	0 У последње време нисам изгубио много на тежини	1	1,3	3	3,8	4	2,6
	1 Изгубио сам више од 2,5 kg	22	28,9	17	21,8	39	25,3
	2 Изгубио сам више од 5 kg	44	57,9	44	56,4	88	57,1
	3 Изгубио сам више од 7,5 kg	9	11,8	14	17,9	23	14,9
20.	0 Не бринем о свом здрављу више него обично	3	3,9	4	5,1	7	4,5
	1 Забрињавају ме телесни симптоми као што су разни болови, лоше варење, затвор	8	10,5	11	14,1	19	12,3
	2 Веома ме брине моје физичко стање, тако да ми је тешко да мислим о другим стварима	55	72,4	53	67,9	105	70,1
	3 Толико ме брине моје физичко стање да ни о чему другом не размишљам	10	13,2	10	12,8	20	13,0
21.	0 Нисам приметио да се у последње време мањем интересујем за секс	1	1,3	2	2,6	3	1,9
	1 Мање сам заинтересован за секс него пре	5	6,6	6	7,7	11	7,1
	2 Много мање се интересујем за секс	38	50,0	36	46,2	74	48,1
	3 Потпуно сам изгубио интересовање за секс	32	42,1	34	43,6	66	42,9

Табела А12.1. Дистрибуција сирових скорова испитаника на Бековој скали процене интензитета симптома депресивности

Сума одговора	Аритметичка средина	Број испитаника	Процент испитаника
1	0,0	1	0,6%
2	0,1	1	0,6%

Сума одговора	Аритметичка средина	Број испитаника	Процент испитаника
5	0,2	2	1,3%
8	0,4	1	0,6%
11	0,5	1	0,6%
12	0,6	1	0,6%
13	0,6	1	0,6%
15	0,7	2	1,3%
17	0,8	1	0,6%
19	0,9	1	0,6%
23	1,1	1	0,6%
24	1,1	1	0,6%
27	1,3	1	0,6%
30	1,4	1	0,6%
32	1,5	1	0,6%
33	1,6	1	0,6%
36	1,7	1	0,6%
37	1,8	1	0,6%
39	1,9	2	1,3%
40	1,9	6	3,9%
41	2,0	6	3,9%
42	2,0	6	3,9%
43	2,0	8	5,2%
44	2,1	6	3,9%
45	2,1	15	9,7%
46	2,2	12	7,8%
47	2,2	13	8,4%
48	2,3	15	9,7%
49	2,3	13	8,4%
50	2,4	6	3,9%
51	2,4	9	5,8%
52	2,5	5	3,2%
53	2,5	4	2,6%
54	2,6	2	1,3%
55	2,6	1	,6%
59	2,8	2	1,3%
63	3,0	3	1,9%
Сума	43,4	154	100,0%

Табела А13. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени општег здравља на тростепеној скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности

Опште стање здравља испитаника	Класификација скорова на Бековој скали						Укупно	
	Без депресије или ниска депресивност		Умерена депресија		Значајна депресија			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Лоше (оцене 1-2)	2	20,0	4	66,7	13	9,4	19	12,3
Просечно (оцене 3-5)	6	60,0	2	33,3	125	90,6	133	86,4
Одлично (оцене 6-7)	2	20,0	0	/	0	/	2	1,3
Свега	10	100	6	100	138	100	154	100

$$\chi^2=47,62 \text{ df}=4 \text{ p}=0,00 \text{ одн. p}<0,01 \text{ CC}=0,49$$

Табела А14. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности

Укупан квалитета живота испитаника	Класификација скорова на Бековој скали						Укупно	
	Без депресије или ниска депресивност		Умерена депресија		Значајна депресија			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Лоше (оцене 1-2)	2	20,0	4	66,7	13	9,4	19	12,3
Просечно (оцене 3-5)	6	60,0	2	33,3	125	90,6	133	86,4
Одлично (оцене 6-7)	2	20,0	0	/	0	/	2	1,3
Свега	10	100	6	100	138	100	154	100

$$\chi^2=47,62 \text{ df}=4 \text{ p}=0,00 \text{ одн. p}<0,01 \text{ CC}=0,49$$

Табела А15. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравственог стања у моменту попуњавања упитника на тростепеној скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности

Категорије здравственог стања данас	Класификација скорова на Бековој скали						Укупно	
	Без депесије или ниска депресивност		Умерена депесија		Значајна депесија			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Прихватљиво	8	80	2	33,3	14	10,1	24	15,6
Лоше	1	10	2	33,3	65	47,1	68	44,1
Веома лоше	1	10	2	33,4	59	42,8	62	40,3
Свега	10	100	6	100	138	100	154	100

$\chi^2=36,09$ df=4 p=0,00 одн. p<0,01 CC=0,44

Табела А16. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравственог стања у моменту попуњавања упитника на скалиј скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности

Категорије здравственог стања данас	Класификација скорова на Бековој скали						Укупно	
	Без депесије или ниска депресивност		Умерена депесија		Значајна депесија			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Прихватљиво	8	80	2	33,3	14	10,1	24	15,6
Лоше	1	10	2	33,3	65	47,1	68	44,1
Веома лоше	1	10	2	33,4	59	42,8	62	40,3
Свега	10	100	6	100	138	100	154	100

$\chi^2=93,32$ df=4 p=0,00 одн. p<0,01 CC=0,61

Табела А17. Дистрибуција одговора медицинских сестара о изложености стресу на радном месту у условима Covid-19 пандемије у односу на њихову изложеност стресу на радном месту у редовним условима од оцене 1 (никаква изложеност стресу) до 5 (веома велика изложеност стресу)

Услови рада медицинских сестара	Самопроцена изложености стресу										Укупно	
	Нимало (1)		Мало (2)		Умерено (3)		Много (4)		Веома много (5)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Редовни посао	1	2,1%	3	6,4%	20	42,6	13	27,7%	10	21,3%	47	100%
Посао у условима Covid-19 пандемије	4	8,5%	6	12,8%	13	27,7%	7	14,9%	17	36,2%	47	100%
Свега	5	5,3%	9	9,6%	33	35,1%	20	21,3%	27	28,7	94	100%

$\chi^2=60,89$ df=16 p=0,00 одн. p<0,05 CC=0,75

Табела А18. Дистрибуција одговора медицинских сестара о највећим изазовима на радном месту на одељењима за ПЗ у току Covid-19 пандемије

Изазови у раду	Дистрибуција фреквенција		
	Број	%	Ранг
Рад у потпуно новим условима	20	42,5	III
Исцрпљеност због обима посла	23	48,9	I
Исцрпљеност због рада под заштитном опремом	21	44,7	II
Расположивост заштитне опреме	5	10,6	VII
Доступност информација	14	29,8	IV
Неизвесност и страх од заразе	12	25,5	V
Суочавање са искуством пацијената	8	17,0	VI

Табела А19. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ у односу на њихову надокнаду за рад

Укупно задовољство послом	Финансијска надокнада за рад										Укупно	
	1		2		3		4		5			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
1 (веома незадовољан)	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/
2	1	12,5	1	10,0	0	/	0	/	0	/	2	4,3
3	5	62,5	9	90,0	6	40,0	6	54,5	0	/	26	56,5
4	2	25,0	0	/	9	60,0	3	27,3	0	/	14	30,5
5 (Веома задовољан)	0	/	0	/	0	/	2	18,2	2	100	4	8,7
Свега	8	100	10	100	15	100	11	100	2	100	46	100

$\chi^2=38,33$ df=12 p=0,000 одн. p<0,01 CC=0,67

Табела А20. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ у односу на одржавање адекватних услова хигијене на радном месту у складу са мерама превенције нозокомијалних инфекција у редовним условима

Укупно задовољство послом	Одржавање адекватних услова хигијене на радном месту у редовним условима										Укупно	
	1		2		3		4		5			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
1 (веома незадовољан)	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/
2	1	33,3	0	/	0	/	1	5,3	0	/	2	4,3
3	1	33,3	5	100,0	7	70	10	52,6	4	40,0	27	57,4
4	1	33,4	0	/	2	20	7	36,8	4	40,0	14	29,8
5 (веома задовољан)	0	/	0	/	1	10	1	5,3	2	20,0	4	8,5
Свега	3	100	5	100	10	100	19	100	10	100	47	100

$\chi^2=14,82$ df=12 p=0,25 одн. p>0,05

Табела А21. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ у односу на одржавање адекватних услова хигијене на радном месту у складу са мерама контроле Covid-19 инфекције у току Covid-19 пандемије

Укупно задовољство послом	Одржавање адекватних услова хигијене на радном месту у условима Covid-19 пандемије										Укупно	
	1		2		3		4		5			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
1 (веома незадовољан)	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/
2	1	50,0	0	/	0	/	1	4,3	0	/	2	4,3
3	1	50,0	0	/	6	85,7	16	69,6	4	28,6	27	58,7
4	0	/	0	/	0	/	6	26,1	7	50,0	13	28,3
5 (Веома задовољан)	0	/	0	/	1	14,3	0	/	3	21,4	4	8,7
Свега	2	100	0	100	7	100	23	100	14	100	46	100

$\chi^2=23,96$ df=9 p=0,004 одн. p<0,01 CC=0,59

Табела А22. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом у односу на резилјентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ

Степен резилјентности	Укупно задовољство послом										Укупно	
	1 (веома незадовољан)		2		3		4		5 (Веома задовољан)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Ниска	0	/	0	/	8	29,6	7	50	2	50	17	36,2
Нормална	0	/	2	100	18	66,7	7	50	2	50	29	61,7
Висока	0	/	0	0	1	3,7	0	/	0	/	1	2,1
Свега	0	/	2	100	27	100	14	100	4	100	47	100

$$\chi^2=3,72 \text{ df}=8 \text{ p}=0,71 \text{ одн. p}>0,05$$

Табела А23. Дистрибуција фреквенција одговора о изложености стресу у редовним условима рада у односу на резилјентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ

Степен резилјентности	Изложеност напетости, стресу или притиску у редовним условима рада										Укупно	
	1 (нимало)		2 (мало)		3 (умерено)		4 (много)		5 (веома много)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Ниска	1	100	1	33,3	7	35	3	23,1	5	50	17	36,2
Нормална	0	/	2	66,7	13	65	9	69,2	5	50	29	61,7
Висока	0	/	0	7	0	/	1	7,7	0	/	1	2,1
Свега	1	100	3	100	20	100	13	100	10	100	47	100

$$\chi^2=5,91 \text{ df}=8 \text{ p}=0,66 \text{ одн. p}>0,05$$

Табела А24. Дистрибуција фреквенција одговора о изложености стресу у условима рада у току Covid-19 пандемије у односу на резилјентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ

Степен резилјентности	Изложеност напетости, стресу или притиску у условима рада у току Covid-19 пандемије										Укупно	
	1 (нимало)		2 (мало)		3 (умерено)		4 (много)		5 (веома много)			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
Ниска	2	50	3	50	4	30,8	3	42,9	5	29,4	17	36,2
Нормална	2	50	3	50	9	69,2	4	57,1	11	64,7	29	61,7
Висока	0	/	0	/	0	/	0	/	1	5,9	1	2,1
Свега	4	100	6	100	13	100	7	100	17	100	47	100

$$\chi^2=3,09 \text{ df}=8 \text{ p}=0,93 \text{ одн. p}>0,05$$

Табела А25. Дистрибуција фреквенција одговора о квалитету односа медицинска сестра - пацијент у односу на резилјентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ

Аритметичке средине резилјентности медицинских сестара	Однос пацијената према медицинским сестрама										Укупно	
	1		2		3		4		5			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%
1	0	/	0	/	0	/	0	/	1	6,7	1	2,1
2	0	/	0	/	0	/	0	/	1	6,7	1	2,1
2	0	/	0	/	0	/	1	5,9	1	6,7	2	4,3
2	0	/	0	/	0	/	0	/	1	6,7	1	2,1
2	0	/	0	/	1	12,5	0	/	0	/	1	2,1
3	0	/	1	16,7	1	12,5	0	/	0	/	2	4,3
3	0	/	0	/	0	/	4	23,5	1	6,7	5	10,7
3	0	/	1	16,7	1	12,5	2	11,7	0	/	4	8,6

3	0	/	2	33,3	1	12,5	3	17,7	6	40,0	12	25,5
3	0	/	0	/	1	12,5	3	17,7	1	6,6	5	10,6
3	0	/	2	33,3	1	12,5	2	11,7	2	13,3	7	14,9
4	0	/	0	/	1	12,5	0	/	0	/	1	2,1
4	0	/	0	/	0	/	1	5,9	0	/	1	2,1
4	1	100	0	/	0	/	0	/	0	/	1	2,1
4	0	/	0	/	0	/	1	5,9	1	6,6	2	4,3
4	0	/	0	/	1	12,5	0	/	0	/	1	2,1
Сума	1	100	6	100	8	100	17	100	15	100	47	100

$\chi^2=88,25$ df=60 p=0,01 одн. p<0,05 CC=0,81

10. СПИСАК ГРАФИКОНА

1. Графикон бр. 1: Шематски дијаграм употребе термина “палијативно збрињавање” и “збрињавање на крају живота”.....16
2. Графикон бр. 2: Савремени модел палијативног збрињавања - нови концепт.....17
3. Графикон бр. 3: Дистрибуција одговора испитаника о томе да ли су могли несметано да посећују изабраног лекара за време трајања Covid-19 пандемије.....48
4. Графикон бр. 4: Дистрибуција одговора испитаника у вези доступности прописане онколошке терапије за време трајања Covid-19 пандемије.....49
5. Графикон бр. 5: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравственог стања.....50
6. Графикон бр. 6: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени свог глобалног здравља у поређењу са њиховим здрављем од пре годину дана.....51
7. Графикон бр. 7: Дистрибуција фреквенција одговора испитаника у вези активности које су највише ограничене због њиховог здравственог стања.....52
8. Графикон бр. 8: Дистрибуција фреквенција одговора испитаника у вези активности које су најмање ограничене њиховим здравственим стањем.....52
9. Графикон бр. 9: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог здравља на рутинске животне активности.....53
10. Графикон бр. 10: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су највише погођене њиховим физичким здрављем током последње четири недеље.....54
11. Графикон бр. 11: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су најмање погођене њиховим физичким здрављем током последње четири недеље.....54
12. Графикон бр. 12: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог физичког здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље.....55
13. Графикон бр. 13: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су највише погођене њиховим емоционалним здрављем током последње четири недеље.....56
14. Графикон бр. 14: Дистрибуција одговора испитаника о активностима које су најмање погођене њиховим емоционалним здрављем током последње четири недеље.....56
15. Графикон бр. 15: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог емоционалног здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље.....57
16. Графикон бр. 16: Дистрибуција одговора испитаника о томе у којој мери су њихово физичко и емоционално здравље утицали на њихове нормалне друштвене активности током последње четири недеље.....57

17. Графикон бр. 17: Дистрибуција одговора испитаника о томе у којој мери су имали телесне болове у последње четири седмице.....	58
18. Графикон бр. 18: Дистрибуција одговора испитаника о томе колико је бол утицао на нормалан посао у последње четири седмице.....	58
19. Графикон бр. 19: Дистрибуција одговора испитаника о томе колико времена су физичко здравље или емоционални проблеми у току последње четири седмице утицали на њихове друштвене активности.....	59
20. Графикон бр. 20: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравља и КЖ на скали од 1 (врло лоше здравље/КЖ) до 7 (одлично здравље/КЖ).....	62
21. Графикон бр. 21: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени основних показатеља здравља и бриге о себи.....	63
22. Графикон бр. 22: Дистрибуција силових скорова испитаника на Бековој скали процене интензитета симптома депресивности.....	65
23. Графикон бр. 23: Дистрибуција фреквенције скорова на Бековој скали интензитета депресивности према кључу за тумачење резултата.....	67
24. Графикон бр. 24: Дистрибуција одговора медицинских сестара о изложености стресу у редовним условима рада у условима рада у току Covid-19 пандемије.....	69
25. Графикон бр. 25: Дистрибуција одговора медицинских сестара о највећим изазовима на радном месту на одељењима за ПЗ у току Covid-19 пандемије.....	69
26. Графикон бр. 26: Дистрибуција одговора медицинских сестара које раде на одељењима за ПЗ о томе да ли размишљају да промене посао.....	70
27. Графикон бр. 27: Дистрибуција одговора медицинских сестара које раде на одељењима за ПЗ о укупном задовољству послом.....	71
28. Графикон бр. 28: Дистрибуција фреквенције скорова медицинских сестара које раде на одељењима за ПЗ на скали резилијентности према кључу за тумачење резултата.....	72

11. СПИСАК ТАБЕЛА

1. Табела бр. 1: Примери добре праксе.....	25
2. Табела бр. 2: Искуства у вези с пружањем палијативне неге и лечења домова здравља у појединим градовима у Србији.....	27
3. Табела бр. 3: Социјално демографске карактеристике испитаника истраживања.....	45
4. Табела бр. 4: Дистрибуција одговора испитаника о присуству болести.....	46
5. Табела бр. 5: Дистрибуција одговора испитаника о годинама када је болест утврђена.....	47
6. Табела бр. 6: Дистрибуција одговора испитаника о томе како су долазили до лекова за супримирање јаких болова у току Covid-19 пандемије.....	49
7. Табела бр. 7: Дистрибуција одговора испитаника о томе зашто нису могли да буду смештени на одељење за палијативно збрињавање у току Covid-19 пандемије.....	50
8. Табела бр. 8: Дистрибуција одговора испитаника о процени сопствене функционалности.....	51
9. Табела бр. 9: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог физичког здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље.....	53
10. Табела бр. 10: Дистрибуција одговора испитаника о последицама њиховог емоционалног здравља на ниво њихове функционалности током последње четири недеље.....	55
11. Табела бр. 11: Дистрибуција одговора испитаника о томе како су се осећали у последње четири седмице.....	59
12. Табела бр. 12: Дистрибуција одговора испитаника и испитаница о перцепцији сопственог здравља.....	60
13. Табела бр. 13: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени степена функционалности у актуелном тренутку.....	60
14. Табела бр. 14: Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени степена функционалности у току прошле седмице у односу на актуелни тренутак.....	61
15. Табела бр. 15: Дистрибуција одговора испитаника о оцени свог здравственог стања на скали од 0 до 100 на дан анкетирања.....	63
16. Табела бр. 16: Дистрибуција одговора испитаника на Бековој скали интензитета депресивности.....	66
17. Табела бр. 17: Дистрибуција фреквенције скорова на Бековој скали интензитета депресивности према кључу за тумачење резултата.....	66
18. Табела бр. 18: Социјално демографске карактеристике медицинских сестара у овом истраживању.....	67
19. Табела бр. 19: Мишљење медицинских сестара о различитим аспектима менаџмента на одељењима за палијативно збрињавање у току Covid-19 пандемије.....	68
20. Табела бр. 20: Значајаност разлике односа између различитих аспеката менаџмента на одељењима палијативног збрињавања у току Covid-19 пандемије и задовољства послом медицинских сестара.....	71
21. Табела бр. 21: Дистрибуција одговора медицинских сестара које раде на одељењима палијативног збрињавања у вези резилијентности.....	72
22. Табела бр. 22: Дистрибуција категорија на скали резилијентности код медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ.....	72

23. Табела А1. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на брачни статус.....	132
24. Табела А2. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на статус образовања.....	132
25. Табела А3. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на материјални статус.....	133
26. Табела А4. Социјално-демографске и карактеристике у вези здравља испитаника у односу на то да ли живе у заједници или сами.....	134
27. Табела А5. Дистрибуција одговора испитаника о могућности посете лекару у време Covid-19 пандемије према образовању испитаника.....	134
28. Табела А6. Дистрибуција одговора испитаника о могућности посете лекару у време Covid-19 пандемије према материјалном статусу испитаника.....	135
29. Табела А7. Дистрибуција одговора испитаника о могућности посете лекару у време Covid-19 пандемије према томе да ли живе у заједници или сами.....	135
30. Табела А8. Дистрибуција одговора испитаника о могућности набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије према образовању испитаника.....	135
31. Табела А9. Дистрибуција одговора испитаника о могућности набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије према материјалном статусу испитаника.....	135
32. Табела А10. Дистрибуција одговора испитаника о могућности набавке онколошке терапије у време Covid-19 пандемије према томе да ли живе у заједници или сами.....	136
33. Табела А11. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравља према самопроцени КЖ на скали од 1 (врло лоше здравље/КЖ) до 7 (одлично здравље/КЖ).....	136
34. Табела А11.1. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на пол.....	136
35. Табела А11.2. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на године живота.....	136
36. Табела А11.3. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на то да ли живе сами или у заједници.....	137
37. Табела А11.4. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на то да ли живе сами или у заједници.....	137
38. Табела А11.5. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на њихово образовање.....	137
39. Табела А11.6. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на њихово образовање.....	137
40. Табела А11.7. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на године живота када је болест дијагностикована.....	138
41. Табела А11.8. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на године живота када је болест дијагностикована.....	138
42. Табела А11.9. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице емоционалних проблема у последње четири седмице у односу на године живота испитаника када је болест дијагностикована.....	138

43. Табела A11.10. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на опште стање здравља испитаника.....138
44. Табела A11.11. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на утицај њиховог здравља на новчане проблеме током протеклих седам дана.....139
45. Табела A11.12. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на утицај њиховог здравља на новчане проблеме током протеклих седам дана.....139
46. Табела A11.13. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на процену здравственог стања помоћу категорисане скале здравственог стања.....139
47. Табела A11.14. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на процену здравственог стања помоћу категорисане скале здравственог стања.....139
48. Табела A11.15. Дистрибуција одговора испитаника о суми ограничења активности свакодневног живота као последице нарушеног здравља у односу на здравље од пре годину дана.....140
49. Табела A12. Дистрибуција одговора испитаника на Бековој скали процене интензитета симптома депресивности.....140
50. Табела A12.1. Дистрибуција сирових скорова испитаника на Бековој скали процене интензитета симптома депресивности.....142
51. Табела A13. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени општег здравља на тростепеној скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности.....143
52. Табела A14. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени КЖ на тростепеној скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности.....143
53. Табела A15. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравственог стања у моменту попуњавања упитника на тростепеној скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности.....143
54. Табела A16. Дистрибуција одговора испитаника о самопроцени здравственог стања у моменту попуњавања упитника на скалиј скали у односу на скорове на Бековој скали о процени нивоа депресивности.....144
55. Табела A17. Дистрибуција одговора медицинских сестара о изложености стресу на радном месту у условима Covid-19 пандемије у односу на њихову изложеност стресу на радном месту у редовним условима од оцене 1 (никаква изложеност стресу) до 5 (веома велика изложеност стресу).....144
56. Табела A18. Дистрибуција одговора медицинских сестара о највећим изазовима на радном месту на одељењима за ПЗ у току Covid-19 пандемије.....144
57. Табела A19. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ у односу на њихову надокнаду за рад.....144
58. Табела A20. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ у односу на одржавање адекватних услова хигијене на радном месту у складу са мерама превенције нозокомијалних инфекција у редовним условима.....145
59. Табела A21. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ у односу на одржавање

адекватних услова хигијене на радном месту у складу са мерама контроле Covid-19 инфекције у току Covid-19 пандемије.....	145
60. Табела А22. Дистрибуција фреквенција одговора о задовољству послом у односу на резилијентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ.....	145
61. Табела А23. Дистрибуција фреквенција одговора о изложености стресу у редовним условима рада у односу на резилијентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ.....	146
62. Табела А24. Дистрибуција фреквенција одговора о изложености стресу у условима рада у току Covid-19 пандемије у односу на резилијентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ.....	146
63. Табела А25. Дистрибуција фреквенција одговора о квалитету односа медицинска сестра - пацијент у односу на резилијентност медицинских сестара које раде на одељењима ПЗ.....	146

12. СКРАЋЕНИЦЕ

APCA - African Palliative Care Association - Афричко удружење за палијативно збрињавање

BDI - Бекова скала депресивности

BP - Бол

BRS - Brief Resilience Scale - Кратка скала резилијентности

V - Виталност

DOT - Дуготрајна оксигенотерапија

EAPC - Европска асоцијација за палијативно збрињавање

EORTC QLQ-C30 - Quality of Life Questionnaire of the European Organisation for Treatment of Cancer - Упитник о квалитету живота Европске организације за лечење рака

EF - Емоционално функционисање и обављање дужности

EQ-5D - Инструмент процене квалитета живота

GH - Опште здравље

ЗУКЖ - Здравствено условљен квалитет живота

IAHPC - Међународна асоцијација за хоспис и палијативно збрињавање

IJZS - Института за јавно здравље „Милан Јовановић Батут“

КЖ - Квалитет живота

КЗКЖ - Quality end of life care - квалитета збрињавања на крају живота

KSI - Конгестивна срчана инсуфицијенција

MH - Ментално функционисање

MS - Мултипла склероза

MCS - композитни скор менталног функционисања

NSCLC - Non-small-cell lung carcinoma - Немикроцелуларни карцином плућа

OECD - Организације за економску сарадњу и развој

ПЗ - Палијативно збрињавање

PF - Физичко функционисање

PCS - Скор физичког функционисања

RF - Обављање дужности

RSCL – Rotterdam Symptom Checklist - Контролна листа симптома Ротердама

РПЗ - Рано палијативно збрињавање

SZO - Светска здравствена организација

SPSS - Statistical Package for Social Sciences software - Статистички пакет за софтвер друштвених наука

SF - Социјално функционисање

SF-36 - Medical Outcomes 36-item Short Form Health Survey - Кратка здравствена анкета о медицинским исходима са 36 ставки

SEIQoL - Schedule for the evaluation of individualised quality of life - Распоред за процену индивидуализованог квалитета живота

SUPPORT - The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of treatments – Студија за разумевање прогноза и преференција за исходе и ризике лечења – ПОДРШКА

TOTAL - Укупни скор квалитета живота

UNECE - United Nations Economic Commission for Europe - Економска комисија за Европу

HRW - Human Rights Watch - Чувар људских права

НОВР - Хронична опструктивна болест плућа

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale – Болничка скала анксиозности и депресије

FACT – Functional Assessment of Cancer Therapy - Функционална процена терапије рака

FEV1 - Постбронходилататорни форсирани експиријумски проток у првој секунди

FLIC – Functional Living Index-Cancer - Индекс функционалног живљења-рак

WMA - Светска медицинска асоцијација

WPCA - Светска алијанса за палијативно збрињавање

БИОГРАФИЈА

Шћепан Синановић је рођен 24. 11. 1982. године у Београду. Запослен је у Високој медицинској школи струковних студија „Милутин Миланковић“ у Београду на радном месту помоћника директора за наставу и наставника вештина за ужу научну област Сестринство.

Дипломирао је у Високој медицинској школи струковних студија „Милутин Миланковић“ у Београду на студијском програму Струковна медицинска сестра - техничар 2017. године. По дипломирању, уписао је четврту годину основних академских студија Факултета здравствених наука Универзитета „Апеирон“ у Бања Луци коју је завршио 2018. године, чиме је стекао академско звање Дипломирани менаџер здравствене заштите. Исте године уписао је мастер академске студије Медицинског факултета Универзитета у Београду, студијски програм Менаџмент у систему здравствене заштите, које је успешно завршио 2020. године одбраном мастер рада под називом „Дигиталне комуникације у функцији подизања свести о онколошким болестима“, чиме је стекао академски назив Мастер менаџер у систему здравствене заштите.

Докторске академске студије Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу уписао је школске 2020/2021. године, студијски програм Менаџмент здравственог система.

Кандидат је као први аутор или коаутор објавио више од петнаест радова у часописима категорије М20, М30, М50. Коаутор је уџбеника „Палијативно збрињавање“ који се користи као основна литература за предмет Палијативно збрињавање у трећој години основних струковних студија Високе медицинске школе струковних студија „Милутин Миланковић“ на студијском програму Струковна медицинска сестра - техничар. Рецензент је у часописима *European Journal of Clinical and Biomedical Sciences*, *American Journal of Biomedical Science and Research* и *Hospice and Palliative Medicine International Journal*.

БИБЛИОГРАФИЈА

Рад у истакнутом међународном часопису (М22)

Bubanj, S., Radenković M., Stanković, D., Petković, E., Lilić, A., Bojić, I., Aksović, N., Dobrescu, T., Bjelica, B., Ćuk, I., Mazić, S., Petrini, Maria Francesco., **Sinanović, Š.**, Tomović, M., & Leuciuc, Valentin F. (2023). Biomechanics of Ascending and Descending Stairs in a Patient with Transfemoral Amputation and Neural Sensory Feedback: A Case Report. *Symmetry*. 15(7), 1443. DOI: <https://doi.org/10.3390/sym15071443>

Marković M., Bubanj, S., Šekeljić, G., Pavlović, S., Radenković, M., Stanković, D., Petković, E., Aksović, N., Radenković, O., Preljević, A., Bjelica, B., Petrović, V., **Sinanović, Š.**, &

Tomović, M. (2023). Efficiency of an Alternative Physical Education Program for the Lower Grades of Elementary School Children. *Children* 10(10), 1657.

DOI: <https://doi.org/10.3390/children10101657>

Рад у међународном часопису (M23)

Sinanović, Š., Kilibarda, T., Bujanj, S., Prođović, T., Potić, S., Sekulić, J., Spasić, M., Subotić, S., Kostić, M., Petrović, M., Popović Ilić, T., Tomović, M., Aksović, N., & Milovanović, O. Job satisfaction of healthcare professionals in palliative care departments and factors affecting job satisfaction during COVID-19 pandemic. *Vojnosanitetski preglad.*

DOI: <https://doi.org/10.2298/VSP230831060S>

Prođović, T., Prođović Milojković, B., Krstović, M., **Sinanović, Š.**, & Bujanj, S. (2023). Palliative care – illness, dying, and death as biological-medical and socio-cultural phenomena. *Srp Arh Celok Lek.* 151(1-2), 106-111. DOI: <https://doi.org/10.2298/SARH220228111P>

Саопштење са међународног скупа штампано у целини (M33)

Krivokapić-Subotić, J., **Sinanović, Š.** & Martinović, B. (2022) „Psychotherapy techniques that can be integrated in health prevention programs“ У С. Т. Кохан. (Ур.), *Материјали XIII Међународној научно-практичкој интернет-конференцији „Состояние здоровья: медицинские, социјалне и психологичке аспекты“* (стр. 232-241). Чита: Забайкалског државног универзитета

Сретенович, И., Потич, С., Недович, Г., **Синанович, С.**, & Видоевич, М. (2022). Реабилитација двигателних нарушених после черепно-мозгове трауме. У С. Т. Кохан (Ур.), *Материјали XIII Међународној научно-практичкој интернет-конференцији „Состояние здоровья: медицинские, социјалне и психологичке аспекты“* (стр. 100-105). Чита: Забайкалског државног универзитета.

Саопштење са међународног скупа штампано у изводу (M34)

Kilibarda, T., **Sinanović, Š.**, & Prođović Milojković, B. (2022). Knowledge management in nursing education: Lessons learned from online-learning and online-teaching. *International scientific Conference Management in Education – Contemporary Approaches and Perspectives.* Pedagogical Faculty in Vranje, University of Niš, Serbia

Уџбеник

Ромић П., & **Синановић Ш.** (2022). *Палијативно збрињавање*. Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“. ISBN 978-86-87639-20-1

Рад у врхунском часопису националног значаја (M51)

Kilibarda, T., **Sinanović, Š.**, Bujanj, S., Trgovčević, S., Ivanović, S., & Milutinović S. (2022). Protective personality factors for stress in the elderly during COVID 19 Pandemic: a cross-sectional study. *Acta Fac Med Naissensis*, 39(1), 95-105.

DOI: [10.5937/afmnai39-35292](https://doi.org/10.5937/afmnai39-35292)

Sinanović, Š., Milovanović, O., Prođović, T., Jakovljević, B., Stojić, V., Đorđević, K. Palliative care during Covid 19 Pandemic: Practical recommendations from literature evidence. *Ser J Exp Clin Res*. DOI: 10.2478/sjecr-2022-0012 (in press)

Sinanović, Š., Prođović, T., Milovanović, O., Bujanj, S., Krstović, M., Potić, S., Sekulić, J., & Jeremić, D. (2023). Challenges in procedural sedation and analgesia - anesthesia outside the operating room. *Acta Fac Med Naissensis*. 40(2), 149-159. DOI:10.5937/afmnai40-3867

Рад у истакнутом националном часопису (M52)

Kilibarda, T., **Sinanović, Š.**, Bujanj, S., Trgovčević, S., Ivanović, S., & Milutinović, S. (2021). Health promotion and the components of social marketing in the function of early diagnosis of breast cancer. *Timok Medical Gazette*. 46(4), 185-188. DOI: 10.5937/tmg2104185K

Sinanović, Š., Prođović, T., Martinović, B., Ratković, M., Stepić, D., Materić, T., & Sekulić, J. (2022). Uloga medicinske sestre u proceni i tretmanu bola kod onkoloških bolesnika. *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma „Zlatibor“*, 27(86), 65-76. DOI: 10.5937/mgiszm2286065S

Sinanović, Š., Milovanović, O., Kilibarda, T., Prođović, T., Đukanović, N., Potić, S., Martinović, B., Sekulić, J., & Bujanj, S. (2023). The importance of health workers and their role in the relationship with the public in the function of raising awareness about oncological diseases. *Acta Medica Medianae*. 62(2), 71-76. DOI:10.5633/amm.2023.0209

Prođović Milojković, B., **Sinanović, Š.**, Prođović, T., Milovanović, O., Kilibarda, T., Sretenović, I., Potić, S., Sekulić, J., Bujanj, S., & Subotić Krivokapić J. Digital technologies as support to healthcare systems in health promotion and prevention of oncological diseases - Raising awareness as an aim of communications. *Acta Medica Medianae*. DOI: 10.5633/amm.2024.0207 (in press).

Образац 1

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

Анализирање фактора који утичу на квалитет живота пацијената и задовољство запослених здравствених радника на одељењима палијативног збрињавања током COVID-19 пандемије“ представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

У Крагујевцу, 15.11.2023. године



потпис аутора

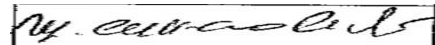
Образац 2

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:

Анализирање фактора који утичу на квалитет живота пацијената и задовољство запослених здравствених радника на одељењима палијативног збрињавања током COVID-19 пандемије“ истоветне.

У Крагујевцу, 15.11.2023. године,



потпис аутора

Образац 3

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Шћепан Синановић,

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

Анализирање фактора који утичу на квалитет живота пацијената и задовољство запослених здравствених радника на одељењима палијативног збрињавања током COVID-19 пандемије“

и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

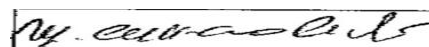
не дозвољавам¹
припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе

под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

У Крагујевцу, 15.11.2023. године,



потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>