



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS MEDICINSKE SESTRE DO
UMIRAJOČEGA PACIENTA
NURSES' ATTITUDES TOWARDS DYING
PATIENTS**

Mentorica: Sanela Pivač, pred.

Kandidat: Aldin Gazibara

Jesenice, december, 2015

ZAHVALA

Najprej bi se rad zahvalil mentorici Saneli Pivač., mag. zdr. neg., pred. za usmeritve, potrpežljivost ter strokovne nasvete pri pisanju diplomskega dela. Hvala za vso prijaznost in spodbudo.

Hvala recenzentoma doc. dr. Simoni Hvalič Touzery in Marjani Bernot, pred. za strokovno pomoč in ves vložen trud.

Hvala Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik in Domu starejših Viharnik Kranjska Gora za dovoljenje pri izvajanju raziskave. Iskreno se zahvaljujem vsem anketirancem, ki so dobrovoljno sodelovali v raziskavi.

Posebno zahvalo si zasluži moja družina, posebej mama, oče, brat ter partnerka, ker so verjeli vame in me spodbujali.

Zahvalo pa si zasluži tudi Tanja Ravnikar za vso pomoč, ki mi jo je nudila pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Paliativna oskrba je vedno bolj razširjena in uveljavljena veja v zdravstveni negi. Delo z umirajočimi pacienti je zahtevne narave, zato morajo imeti zdravstveni delavci dovolj znanja na tem področju.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, s kakšnimi občutki se zdravstveni delavci srečujejo pri stiku z umirajočimi pacienti, katerim vrednotam pripisujejo največji pomen ter kakšni so načini soočanja s preobremenjenostjo pri tovrstnem delu.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna raziskava z metodo anketiranja. Raziskava je bila izvedena med zdravstvenimi delavci v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter v Domu starejših Viharnik Kranjska Gora. V raziskavi je sodelovalo 55 zdravstvenih delavcev. Sodelovalo je 8 moških (14,5 %) ter 45 žensk (85,5 %). Vzorec je bil namenski. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS, verzija 22.0. Uporabili smo deskriptivno statistiko, povprečno vrednost, standardni odklon ter enofaktorsko analizo – ANOVA. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Rezultati: Anketiranci so se najbolj strinjali s trditvami, da ob stiku z umirajočimi pacienti občutijo potrnost (PV = 3,29; SO = 0,912), da se zavedajo lastne umrljivosti (PV = 3,38; SO = 1,240) ter da bolj cenijo življenje (PV = 3,53; SO = 1,120). Najvišje vrednosti so pripisali vrednotam, kot so ohranjanje pacientovega dostojanstva (PV = 4,71; SO = 0,599), spoštovanje pacientovih pravic (PV = 4,69; SO = 0,635), empatija (PV = 4,71; SO = 0,629), skrb za pacientove svojce (PV = 4,53; SO = 0,742) in kakovostna komunikacija (PV = 4,65; SO = 0,645). Ocenili so, da jim pri soočanju s preobremenjenostjo najbolj pomagata stik z družino/prijatelji (PV = 3,78; SO = 1,049) ter odsotnost z delovnega mesta (PV = 3,67; SO = 1,203). Pri trditvi, da imajo anketiranci dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti, je bila ugotovljena statistično pomembna razlika glede na delovno dobo ($F = 5,105$; $p = 0,004$).

Razprava: Ugotovili smo, da zdravstveni delavci pri delu z umirajočim največkrat občutijo potrnost, da bolj cenijo življenje, ter da se zavejo lastne umrljivosti. Zdravstvenim delavcem so pomembne vse vrednote, najmanj pa izkušnost in strokovnost, kar je presenetljiv podatek. Pri premagovanju stresa pa jim najbolj pomaga stik z družino in prijatelji ter odsotnost z delovnega mesta. Anketiranci so ocenili, da

imajo v splošnem dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti (strinjanje s to trditvijo je naraščalo z leti delovne dobe). V prihodnje bi raziskava lahko zajela večje število anketirancev iz različnih ustanov, področij dela in poklicnih skupin.

Ključne besede: paliativna oskrba, umirajoči pacient, odnos, medicinska sestra

SUMMARY

Theoretical background: Palliative care is becoming more widespread and established a branch in nursing. Working with dying patients is complex in nature, health professionals must have enough knowledge and experience in this area.

Objective: Determine what feelings health professionals face in contact with dying patients, whose values attaches the greatest importance, and what are the ways of dealing with congestion in this kind of work.

Method: The study was based on the quantitative paradigm. This has been a questionnaire based on the descriptive method of work. The survey was conducted among health professionals in the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik and the Home of the Elderly Viharnik Kranjska Gora. For the analysis of the results was the 55 questionnaires. Participated 8 men (14.5%) and 45 women (85.5%). Permission for the study was obtained from the management of both institutions. For the analysis of the results was used program SPSS version 22.0 for the results was calculated as the minimum, maximum and mean value, standard deviation and ANOVA.

Results: Respondents were most agreed with the statement that, on contact with dying patients experience depression average value (PV = 3,29; SO = 0,912) to become aware of their own mortality (PV = 3,38; SO = 1,240) and to have more appreciation for life (PV = 3,53; SO = 1,120). The highest values were attributed to values such, preserving the patient's dignity (PV = 4,71; SO = 0,599), respect for patients rights (PV = 4,69; SO = 0,635), empathy (PV = 4,71; SO = 0,629), care for the patient's relatives (PV = 4,53; SO = 0,742) and high-quality communication (PV = 4,65; SO = 0,645). It has been estimated that nurses who work too much need contact with family / friends (PV = 3,78; SO = 1,049) and take few days off work (PV = 3,67; SO = 1,203). Statistically significant difference was found in the argument that the respondents believe they have enough knowledge to work with dying patients (F = 5,105 ; p = 0,004).

Discussion: We found that health professionals working with the dying often feel depressed that appreciate life more, and to realize their own mortality. Health professionals are all important values, but at least the experience and professionalism, which is a remarkable figure. In overcoming stress but helps them the most contact with family and friends, and the absence from the workplace. Respondents estimated that

they have enough knowledge to work with dying patients (agreeing with this statement has increased over the years of service). In the future, the research could cover a larger number of respondents from different institutions, areas of work and professional groups.

Keywords: palliative care, dying patient, relationship, nurse

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	PALIATIVNA OSKRBA	4
2.1.1	Opredelitev paliativne oskrbe	4
2.1.2	Načela paliativne oskrbe	4
2.2	PRAVICE UMIRAJOČIH	5
2.2.1	Človekovo dostojanstvo	6
2.2.2	Etične dileme	7
2.3	VLOGA ZDRAVSTVENEGA DELAVCA V PROCESU UMIRANJA	8
2.3.1	Vrednote, lastnosti in občutja zdravstvenega delavca pri delu z umirajočimi pacienti	9
2.3.2	Komunikacija z umirajočim pacientom	10
2.3.3	Komunikacija s svojci umirajočih pacientov	12
2.3.4	Pomen empatije v procesu umiranja	13
2.4	PREOBREMENJENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI DELU Z UMIRAJOČIMI PACIENTI	13
2.4.1	Izgorelost na delovnem mestu	14
2.4.2	Soočanje s preobremenjenostjo	15
3	EMPIRIČNI DEL	17
3.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA RAZISKOVANJA	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2	Opis merskega instrumenta	18
3.3.3	Opis vzorca	19

3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4	REZULTATI	21
3.5	RAZPRAVA	29
4	ZAKLJUČEK	33
5	LITERATURA	34
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Opis vzorca	19
Tabela 2:	Občutki ob stiku z umirajočim pacientom (po oddelkih)	21
Tabela 3:	Prioritete in vrednote pri delu z umirajočim pacientom (po oddelkih)	23
Tabela 4:	Vpliv dela z umirajočimi pacienti na zdravstvenega delavca (po oddelkih)..	25
Tabela 5:	Razlike med občutki ob stiku z umirajočim pacientom in delovno dobo (analiza varianc ANOVA)	26
Tabela 6:	Razlike v odnosu do dela z umirajočim pacientom in delovno dobo (analiza varianc ANOVA)	27
Tabela 7:	Razlike v občutku preobremenjenosti do dela z umirajočim pacientom in delovno dobo (analiza varianc ANOVA)	28

SEZNAM KRAJŠAV

ICN	International Council of Nurses (Mednarodni svet medicinskih sester)
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija (angleško WHO – World Health Organization)
ZDA	Združene države Amerike

1 UVOD

Umiranje in smrt sta zadnji dejanji v našem življenju. Z gotovostjo vemo, da bomo umrli, vendar ne vemo, kako, zato to v nas vzbuja strah. Zdravstveni delavci imamo poklic, ki nam daje možnosti, da svoje sočutje, človeški odnos in znanje vključimo v zadnje dni življenja umirajočega pacienta (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

Paliativna oskrba je aktivna in celostna pomoč pacientom z napredovano kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim svojcem, tako v času bolezni kot v času žalovanja. Paliativna oskrba se lahko začne že zgodaj po diagnozi napredovane kronične neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja. Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost pacienta in njihovih svojcev s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja, tako da ga zgodaj prepoznamo, ocenimo in obravnavamo. Trpljenje pri tem ni omejeno le na bolečino, temveč zajema tudi druge telesne, socialne, duhovne in psihološke stiske ter težave (Peternejl & Lunder, 2009).

Paliativna oskrba zahteva sodelovanje različnih strokovnjakov, saj je izrazito timsko delo. Člani interdisciplinarnega tima morajo delovati povezano, imeti učinkovito medsebojno komunikacijo, kot tudi komunikacijo s pacientom in njihovimi svojci ter biti v obravnavo vključeni ves čas poteka bolezni (Peternejl, 2011).

Prav komunikacija pa predstavlja precejšen problem pri delu z umirajočimi in njihovimi svojci. Ko pacient vstopa v terminalno fazo bolezni, je medikamentozno zdravljenje zelo pomembno, vendar predstavlja le del oskrbe. V tem obdobju pacient in svojci potrebujejo razlago, pripravo in psihično oporo (Salobir, 2005). Zdravstveni delavci, ki se soočajo s smrtjo in umiranjem, doživljajo stiske pri bivanju in pri vzpostavljanju odkritega pogovora z umirajočim pacientom in njegovimi svojci. Prav zaradi tega bi se morali zdravstveni delavci, ki delajo z umirajočimi, zavedati pomembnosti izobraževanja na področju komuniciranja v paliativni oskrbi (Globočnik Papuga, 2007).

Zdravstveni delavec je v procesu umiranja dolžan spoštovati človekovo dostojanstvo, ki je osebna lastnina, ki ji posvečamo premalo pozornosti, dokler se ne znajdemo v določenem položaju, v katerem smo nemočni. Dostojanstvo je pacientova potreba in hkrati tudi pravica,

zato ga moramo spoštovati. Ohranjanje dostojanstva pacientov varuje in ohranja dostojanstvo zdravstvenih delavcev (Šmitek, 2006).

Skrb za hudo bolne in umirajoče zahteva povečanje intenzivne zdravstvene nege, zato je sindrom izgorelosti pri vedno več zaposlenih v zdravstvu logična posledica. Značilnosti izgorelosti so praznina, poklicna kriza, psihična in emocionalna obremenitev, izčrpanost, distanciranje od bolnikov in premalo skrbi zase. Zelo velik problem za nastajanje stresa pri zdravstvenih delavcih je usklajevanje zahtev njihovega delovnega mesta, ki se močno križa z njihovim zasebnim življenjem. V sistemu dajanja in sprejemanja je treba poskrbeti za ustrezno ravnovesje. Zdravstveni delavec mora prisluhniti svojemu telesu in se zavedati nevarnih signalov ter si priznati svoja čustva. Izgorelost, če je diagnosticirana, lahko zmanjšamo s pazljivim načrtovanjem, z ukrepanjem in ocenjevanjem svojega osebnega in strokovnega življenja (Kaučič, 2002 cited in Fidler, 2010, p. 32).

Zdravstveni delavci morajo biti pripravljene umirajočim pacientom in njihovim svojcem nuditi sočutno in profesionalno zdravstveno nego. Mednarodni svet zdravstvenih delavcev meni, da je vloga zdravstvenega delavca temeljnega pomena za paliativno obravnavo, vendar ne smemo pozabiti, da tudi zdravstveni delavci potrebujejo podporo pri svojem delovanju. Dobri odnosi na delovnem mestu omogočajo izmenjavo mnenj in občutkov, kar pa je neprecenljivega pomena za zdravstvene delavce in posledično tudi za paciente (ICN, 2006 cited in Marenk, 2012, p. 68).

Za delo z umirajočimi in njihovimi svojci je potrebna osebna, človeška in odprta naravnost, kar pa se v izobraževanju ne poudarja dovolj. Izobraževalni programi za zdravstvene delavce posvečajo premalo pozornosti problematiki umiranja, zato se šele v praksi kaže realna slika, ki prikazuje, kje so manjkajoča znanja in kam bi morali usmeriti del izobraževalnih programov (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

Ko zdravstveni delavec obravnava umirajočega pacienta, mora znati poslušati, imeti občutek za nebesedno komunikacijo in empatijo, ter spodbujati pacienta, da svoja občutja kaže na najrazličnejše načine (Brumec, 2005). Neposreden in odprt odnos do pacientov in njihovih svojcev velikokrat ovira množica predsodkov, ki so del slovenske kulture in tradicionalizma (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

Odnos zdravstvenega delavca do umirajočega pacienta je kompleksne narave, nanj pa vplivajo številni dejavniki in vrednote obeh vpletenih. Vsak posameznik gradi ta odnos na svojevrsten način, vendar pa lahko h kakovosti in izboljšanju le-tega v veliki meri prispevamo zdravstveni delavci, in sicer s pridobljenimi znanji in veščinami komunikacije.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PALIATIVNA OSKRBA

Definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) navaja: »Paliativna oskrba izboljša kakovost življenja pacienta in njihovih bližnjih, ki se soočajo s problemi ob neozdravljivi bolezni, preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepozna, oceni in obravnava bolečine in druge telesne, psihosocialne ter duhovne potrebe« (Lunder, 2003 cited in Špiler, 2012, p. 2). Cilj paliativne oskrbe je doseči najboljšo možno kakovost življenja pacientov in njihovih družin (Lokar, 2005).

2.1.1 Opredelitev paliativne oskrbe

Izraz paliativa izhaja iz latinske besede »palliatu«, kar dobesedno pomeni s plaščem ogrnjen, v prenesenem pomenu pa blažilo oz. mirilo. V medicini pa s tem izrazom označujemo zdravljenje, ki začasno olajša bolezen, a ne odstrani njenih vzrokov (Pastrana, 2008 cited in Terbuc, 2013, p. 1). V zadnjih dveh desetletjih se je paliativna oskrba razvila v priznano in samostojno vejo, ki temelji na strokovno priporočenih načelih, multiprofesionalni oskrbi, individualnem blaženju simptomov bolezni, obvladovanju veččin komunikacije ter spoštovanju pacientove volje in njegovih odločitev glede postopkov, ki se mu jih predlaga (Skela Savič, 2005a).

2.1.2 Načela paliativne oskrbe

Paliativna oskrba temelji na specifičnih potrebah pacienta in njegovih bližnjih in na ocenah stanja ter izida bolezni posameznega pacienta. To lahko razberemo iz osnovnih načel paliativne oskrbe, ki jih je določila SZO.

Osnovna načela, ki jih določa SZO (Lunder, 2003 cited in Marenk, 2012, p. 9):

- priznavanje, da je umiranje naraven proces;
- smrti se ne pospešuje niti ne zavlačuje;
- lajšanje bolečine in drugih motečih simptomov;
- podpora pacientom, da živijo kar najbolj dejavno življenje do smrti;
- podpora svojcem med pacientovo boleznijo in v času žalovanja;
- vključevanje psiholoških in duhovnih vidikov v pacientovo oskrbo;

- izboljšati pacientu kakovost življenja;
- timski pristop pri oskrbi potreb pacienta in njegovih svojcev;
- zgodnje uvajanje paliativne oskrbe, in sicer v povezavi z različnimi vrstami zdravljenja, katerih namen je podaljšanje življenja.

2.2 PRAVICE UMIRAJOČIH

Kodeks medicinske deontologije Slovenije v 45. členu določa, da imajo umirajoči pravico do nege, oskrbe in človeškega odnosa ter do prisotnosti svojih bližnjih v trenutku končanega obdobja njegove bolezni oziroma bližajoče se smrti. Zdravnik mora pacientovi družini, kot tudi umirajočemu obrazložiti svoja prizadevanja in postopke pri lajšanju trpljenja ter umirajočemu zagotoviti priložnost, da se lahko duševno in duhovno pripravi na pričakovano smrt (Kodeks medicinske deontologije Slovenije, 1992 cited in Špiler, 2012, p. 12).

Pravice umirajočih so (Klevišar, 2006):

- da z njim ravnajo kot s človeškim bitjem, vse do zadnjega diha;
- da upa, ne glede na spremembe in možnosti upanja;
- da z njim upajo tisti, ki ga negujejo;
- da lahko svobodno izpove svoj nemir pred smrtjo, ki je na pragu;
- da soodloča glede zdravljenja;
- da ga zdravi strokovno osebje, čeprav je vsem jasno, da umira;
- da ne umre osamljen;
- da mu lajšajo bolečine;
- da mu na vprašanja iskreno odgovarjajo;
- da ga nihče ne slepi;
- da mu drugi pomagajo, da bi sam in njegovi bližnji sprejeli njegovo smrt;
- da umre mirno in dostojanstveno;
- da ohrani svojo osebnost in ga nihče ne obtožuje, če ne soglaša z njegovim prepričanjem;
- da sme pri umiranju izpovedati svojo versko prepričanje in prejeti, kar mu daje vera;
- da njegovemu telesu po smrti izkazujejo dolžno spoštovanje;
- da ga negujejo strokovno usposobljene in občutljive osebe, ki bodo razumele vse njegove želje, da bo lahko pomirjeno zrl smrti v oči.

2.2.1 Človekovo dostojanstvo

Človekovo dostojanstvo je vrednost, lastnina posameznika, ki pride do izraza v medsebojnih odnosih. Dostojanstvo je del človekove osebnosti. Predstavlja pretežno nezaveden občutek notranje vrednosti, ki dobi svojo zavedno obliko v odnosu z drugimi ljudmi. Dostojanstvo je človekova individualna vrednota, ki se oblikuje z razvojem človeka skozi življenjska obdobja in je povezana s samospoštovanjem in samoocenjevanjem (Šmitek, 2006). Veja, pri kateri je spoštovanje človekovega dostojanstva zelo pomembno, pa je zdravstvena nega. Zdravstvena nega je dejavnost, ki jo zaznamuje medsebojni odnos med zdravstvenim delavcem in bolnikom. Spoštovanje dostojanstva pa je potreba, ki jo človek pričakuje v medsebojnih odnosih. Za zdravstvenega delavca je spoštovanje bolnikovega dostojanstva moralna zapoved, ki je zapisana tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Četrto načelo kodeksa se glasi: »Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost varovanca v vseh stanjih zdravja, bolezni in umiranju.« Poudarjeno je tudi pričakovano ravnanje zdravstvenega delavca v medsebojnem odnosu s pacientom in svojci, ki ima pozitiven vpliv na ohranjanje njihovega dostojanstva. Zdravstveni delavec mora imeti za izpolnjevanje načel kodeksa ustrezno znanje. Najmočnejše orodje, ki ga zdravstveni delavec lahko uporabi za ohranjanje dostojanstva pri pacientih, je lahko sama s svojimi občutki in čustvi, ki jih lahko koristno uporabi pri razumevanju pacientov (Klevišar, 2006).

Pacientovo dostojanstvo lahko vzdržujemo na več načinov (Klevišar, 2006):

- s splošnim kulturnim odnosom;
- s spoštovanjem pacienta kot enakovrednega partnerja v medsebojnem odnosu, ki ima pravice in avtonomijo;
- s spoštovanjem pacienta kot »drugega«, ki je individualno in neponovljivo bitje in upoštevanjem njegove pravice do drugačnosti;
- z obravnavanjem pacienta na način, ki ohranja njegovo integriteto;
- z izkazovanjem določenih formalnosti in razdalje do pacienta, ki zdravstvenemu delavcu omogoča tudi telesne stike, ki sicer niso običajni v medsebojnih odnosih.

Pacientovo dostojanstvo je ogroženo pri (Šmitek, 2003 cited in Šauperl, 2009, p. 22):

- zanemarjanju pacienta;
- grobem odnosu do pacienta;
- norčevanju ali zasmehovanju;

- pomanjkanju sredstev in pripomočkov za zdravstveno nego.

Zelo jasno je, da se pacienti zelo dobro zavedajo svojega lastnega dostojanstva oziroma kdaj jim je bilo odvzeto ali ohranjeno. Za številne zdravstvene delavce je privlačno delovati v čisto tehnološkem smislu, vendar ne smemo pozabiti na vzdrževanje dostojanstva pacientov. Dostojanstvo lahko vzdržujemo lahko tako osnovno, enostavno, nevsiljivo, da bi ga nekateri čisto pozabili v korist bolj dinamičnih visoko tehnoloških metod (Marley, 2005 cited in Šauperl, 2009, p. 18).

2.2.2 Etične dileme

Skrb za umirajoče je prežeta z etičnimi dilemami in problemi. Zdravstvena nega si pri reševanju le-teh lahko pomaga s prepletanjem načel etike in pravičnosti z elementi etike skrbi. Umirajoči so posebno ranljiva kategorija pacientov. Zdravstvena nega umirajočih je zato nenehen vir etičnih razmislekov in reševanja etičnih problemov. Etika pravičnosti izhaja iz predpostavke, da so ljudje samostojni in enakopravni posamezniki, ki sami odločajo o svojem ravnanju in katerih pravice so enake. Združuje splošna načela spoštovanja, avtonomije, dobrotelosti, neškodljivosti, pravičnosti, poleg tega pa še načela resnicoljubnosti, zaupnosti in zvestobe. Vsakega od teh načel bi moral pri svojem delu in odnosu z umirajočim upoštevati sleherni zdravstveni delavec (Červ & Klančnik Gruden, 2006).

- **Spoštovanje avtonomije** je eno osnovnih etičnih načel. Pomeni spoštovanje samostojnega in svobodnega odločanja posameznika. Na nespoštovanje avtonomije umirajočega pogosto naletimo takrat, ko o njem odloča zdravstveno osebje ali svojci.
- **Dobrotelost** pomeni delati dobro ali natančneje delati dobro drugemu. Pogosto se dogaja, da je kljub dobrim namenom umirajočemu povzročena škoda. Včasih je prizadeto njegovo dostojanstvo, spet drugič so mu povzročene bolečine.
- **Neškodljivost** pomeni preprečitev kakršnekoli psihične, fizične ali socialne škode.
- **Pravičnost** pomeni zagotavljanje oskrbe brez diskriminacije in predsodkov.
- **Resnicoljubnost** pomeni, da ne lažemo in ne zavajamo s svojimi izjavami. To načelo je v zdravstveni negi umirajočih pogosto na preizkušnji. Pri tem se kaže več problemov hkrati. Prvi je, da se zdravstveni delavci z bolniki pogosto ne zanjo pogovarjati o »težkih stvareh«. Drugi problem je, da zdravstveni delavci pogosto ne vedo, kaj in koliko lahko s pacienti ali s svojci govorijo o njihovih težavah. Tretji,

pogosti problem pa je, da pogovor o bolezni ni stvar zdravstvenega delavca, ampak zdravnika.

- **Zaupnost** pomeni neizdajanje in spoštovanje zaupnih podatkov o pacientu, razen ko je to potrebno za njegovo zdravljenje. To načelo se pogosto krši takrat, ko zdravstveni delavec poskuša svojo tesnobo, ki jo doživlja pri delu z umirajočimi, razrešiti v krogu družine ali prijateljev.
- **Zvestoba** pomeni držati obljubo in še več. Je zaveza dveh človeških bitij, od katerih eno išče pomoč od drugega (Červ & Klančnik Gruden, 2006).

Zdravstveni delavci morajo za profesionalno opravljanje svojega poklica razviti visoko stopnjo etičnega zavedanja. Pri presojanju etičnih odločitev jim je v pomoč profesionalni kodeks etike, ki mora biti vodilo pri presoji njihovega delovanja. Kljub visoko postavljenim etičnim standardom pacienti občutijo razlike v zdravstvu, tako na družbeni kot na osebni ravni v odnosu z medicinskimi sestrami. Etika bi morala zavzemati posebno mesto pri formaciji zdravstvenih delavcev. Zavedati bi se morale jasno opredeljenih načel enakosti v poklicnem kodeksu (Mlinšek, 2012).

2.3 VLOGA ZDRAVSTVENEGA DELAVCA V PROCESU UMIRANJA

Zdravstveni delavec ima v timu specifično nalogo. Ta naloga je vzpostavljanje medsebojne komunikacije med timom, pacientom in družino ter večinsko uresničuje načrte tima z izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege, s pogovorom in učenjem pacienta ter njihovih svojcev (Skela Savič, 2005a). Dela in naloge zdravstvenega delavca zahtevajo ustrezne psihofizične sposobnosti in osebnostne lastnosti, kar omogoča human in odgovoren odnos za posameznika. Za uspešno opravljanje kakovostne paliativne oskrbe potrebuje številna strokovna znanja, natančnost in zanesljivost, sposobnost kritičnega presojanja, odločanja in ustvarjalnega reševanja problemov, komunikativnost, čustvena stabilnost, human odnos do pacienta, prilagajanje in sposobnost hitrega odzivanja, ročne spretnosti in optimizem (Zavod RS za zaposlovanje, n.d.).

Osnovni cilji zdravstvenega delavca pri umirajočem pacientu (Skela Savič, 2005b):

- zagotoviti kontinuiteto zdravstvene nege za pacienta kot za družino;
- zdravstveno nego zagotoviti tako, da se ugotovijo potrebe pacienta in družine;

- zagotavljati, da pacient in njegovi svojci razumejo, da je njihov zdravnik prek zdravstvenega delavca v stalnem kontaktu za reševanje potreb pacienta in simptomov napredujoče bolezni.

Specifične naloge zdravstvenega delavca v procesu umiranja (Slak, 2009):

- načrtovanje in izvajanje postopkov za podporo zdravljenju in zdravstveno nego v fazi paliativne oskrbe;
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege pri simptomih napredujoče bolezni;
- podpora družini in skrbnikom, poznavanje procesov žalovanja ter prepoznavanje in ukrepanje ob patoloških načinih žalovanja;
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti ob bližajoči se smrti, socialnih potrebah, duhovnih potrebah;
- aktivno vključevanje pacientov in njihovih svojcev v načrtovanje paliativne zdravstvene nege in oskrbe;
- učenje in informiranje pacientovih svojcev za sodelovanje v procesu paliativne oskrbe in preprečevanja zapletov zdravljenja in zdravstvene nege v fazi paliativne obravnave;
- zdravstveno vzgojno delo;
- zagovorništvo – poudarjanje stališč pacientov in njihovih svojcev;
- povezovanje z izven bolnišničnim paliativnim timom.

2.3.1 Vrednote, lastnosti in občutja zdravstvenega delavca pri delu z umirajočimi pacienti

Zdravstveni delavec je strokovnjak na področju zdravstvene nege in oskrbe za celostno zdravstveno obravnavo posameznikov in skupin, ki prevzema naloge in odgovornosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Je samostojen strokovnjak v negovalnem timu in član zdravstvenega tima, v katerem z drugimi strokovnjaki sodeluje pri zdravstveni obravnavi pacienta. Za vse te naloge mora imeti sleherni zdravstveni delavec določene vrednote, ki mu pomagajo pri gradnji kakovostnega odnosa s pacientom. Osrednja vrednota zdravstvenega delavca je skrb za sočloveka. Temeljna načela za njegovo delo so humanost, moralnost, etičnost in strokovnost. Ena izmed pglavitnih vrednot zdravstvenega delavca je tudi znanje, ki je temelj za doseganje ciljev in strokovnega napredka. Osebnostno podobo zdravstvenega delavca sestavljajo njegove temeljne lastnosti, kot so človekoljubnost, dostojanstvo, dobrohotnost, pravičnost, zaupnost, vztrajnost, optimizem, spoštljivost, poštenost in strpnost.

Dopolnjujejo ga še sposobnost sožitja z ljudmi, humanost ter profesionalno vživljanje v sočloveka. Vse te lastnosti so ključne pri delu z umirajočim, saj lahko le z njimi zgradimo iskren odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2011).

Zaradi zahtevnosti in narave tovrstnega dela se zdravstveni delavci srečujejo z različnimi občutki pri delu z umirajočimi pacienti. Že v formalni izobrazbi bi morali zdravstvene delavce poučiti in pripraviti na tako obliko dela, kjer svojega dela ne bi jemali osebno, kjer ne bi razkrili nezaželenih čustev ter bi bili sposobni negativna čustva potlačiti in predelati, hkrati pa bi svojo poklicno vlogo jemali čim bolj resno in se z njo poistovetili ter ustvarili zahtevna emocionalna stanja. Zdravstveni delavci lahko najbolj učinkovito delujejo v medsebojnih odnosih tako, da upoštevajo čustvene potrebe drugih. S svojimi čustvi upravljajo z namenom, da bi povečali delovni učinek, kar pomeni, da svoja čustva prilagajajo ali spreminjajo, zato da bi s svojim vedenjem na učinkovit način vplivali na pacienta. Zdravstveni delavec mora z razumevanjem sprejemati vsa čustva, tudi negativna (jezo, strah, odpor, sram, občutki krivde), to pa še ne pomeni pritrjevanja pacientovim stališčem, vedenju in mišljenju. Pri delu z umirajočimi je uporaba čustev še toliko bolj pomembna, saj je umirajoče treba razumeti in se v njih tudi vživeti, hkrati pa jim moramo nuditi tako fizično kot psihično podporo, ki jo v danem trenutku najbolj potrebujejo. Zdravstveni delavec, ki ni zmožen gojiti empatije in je čustveno hladen, zelo težko opravlja svoje delo. Človek, ki je bolan, potrebuje oporo močne, čustvene osebe, ki je sposobna dati toplino, nežnost in zmožnost poslušanja (Kristančič, 2003 cited in Rot, 2012, p. 41).

2.3.2 Komunikacija z umirajočim pacientom

Komuniciranje z umirajočimi je težje kot z drugimi pacienti. Gotovo je to povezano z našim strahom pred bolečinami, pred umiranjem in ob pogledu na smrt. Zato ni čudno, da si želimo izogniti komunikaciji s takim pacientom in čim prej zapustiti prostor, kjer z njim delamo (Prebil, 2009). Umirajoči pacient pogosto govori drug jezik, ker je tudi njegov svet drugačen. Zato je vsaka komunikacija z umirajočim pacientom pot v neznano, na kateri si vedno znova začetnik. Tu prihajajo do izraza vse oblike človeške komunikacije: besedna (neposredna in simbolična), nebesedna (pogled, dotik, nasmeh). Pacient ne bo verjel besedam, če jih ne bo podpirala govorica telesa. Ni vseeno, kako vstopimo v sobo k pacientu, kako spustimo kljuko, kako pogledamo, kako odidemo in v kakšni drži se z njim pogovarjamo. Večini

pacientov je zdravstveni delavec najpomembnejši vir informacij o bolezni in njenem zdravljenju, prav tako pa tudi pomemben vir emocionalne podpore pri spoprijemanju z boleznijo (Škufca Smrdel, 2011). Da bomo komunikacijo uspešno vzpostavili in jo tudi ohranili ter dograjevali, se moramo zavedati motenj, ki prežijo na uspešnost komunikacije s pacientom. Motnjam se moramo prilagajati in se jim uspešno izogibati. Te motnje nastanejo tako pri oddajniku kot sprejemniku. Zdravstveni delavec in pacient si v procesu komunikacije vlogi izmenjujeta (Filipič, 1998 cited in Jankovec, 2006, p. 34).

Pogoji za dobro komunikacijo (Lahe & Kučič, 2005):

- spoštovanje sočloveka,
- zaupanje,
- spoštovanje drugačnosti ljudi,
- prisotnost v odnosu,
- strpnost v odnosu,
- vljudnost, prijaznost, izkazovanje pozornosti,
- humor, pohvala, dobra volja,
- pozitiven odnos do življenja, pozitivno mišljenje,
- optimizem,
- pozorno poslušanje.

Smernice pri komunikaciji z umirajočim pacientom (Barclay, et al. 2007; Mauk, 2003; Ngo-Metzger, et al. 2008 cited in Gauthier, 2008, p. 294):

- bodi pošten in iskren,
- vprašaj pacienta o vrednotah in ciljih,
- pomagaj pacientu poiskati možnosti upoštevanja njegovih vrednot in ciljev,
- spodbujaj vprašanja,
- vprašaj se, kaj bi se zgodilo, če bi bil na pacientovem mestu jaz ali nekdo od mojih svojcev,
- vzemi si čas in poslušaj.

Ovire za dobro komunikacijo (Lahe & Kaučič, 2005):

- strah, jeza, nenadzorovana čustva,
- netolerantnost,

- nerazrešeni lastni konflikti, predsodki,
- vrednotenje,
- siljenje v določeno smer z dobrimi nasveti,
- moraliziranje,
- pesimizem,
- površno poslušanje, takojšnje iskanje rešitve problema,
- pomanjkanje časa,
- prekinjanje sogovornika,
- zmanjševanje, razvrednotenje sogovornikovih stisk in problemov,
- preusmeritev teme pogovora, ki je neprijetna.

Zmote pri komunikaciji z umirajočim pacientom (Knauff et al., 2005; Kristjanson, 2001 cited in Gauthier, 2008, p. 292):

- umirajoči pacient in njegovi svojci želijo govoriti le o pozitivnih stvareh;
- če postavimo pacientu vprašanja o umiranju, mu to vzame sleherno upanje;
- umirajoči pacient in njegovi svojci ne želijo govoriti o smrti in izgubi;
- ko pacient umira, mu zdravstveni delavci lahko ponudijo le malo.

Profesionalna komunikacija in odnosi zdravstvenemu delavcu omogočijo, da pomaga pacientu, da se ponovno dokoplje do volje do življenja. Komunikacija je sestavni del zdravstvene nege, saj zdravstveni delavec ves svoj delovni čas komunicira s pacienti (Škufca Smrdel, 2011).

2.3.3 Komunikacija s svojci umirajočih pacientov

Huda bolezen in umiranje ne prizadeneta samo pacienta, temveč vse, ki so mu blizu, še posebej ožje družinske člane. Bolezen, ki vodi v smrt, ruši družinsko ravnovesje, zato pride do sprememb v odnosih z družinskimi člani, družinske vloge se zamenjajo, spremenijo se vzorci odločanja in obnašanja. Vsi ti dejavniki družino privedejo v negotovost, strah, obremenjenost in hudo stisko, zato je pomembno, da prisluhnemo težavam svojcev, jim nudimo emocionalno oporo in jim pomagamo pri adaptiranju na spremembe. S svojci komuniciramo odkrito in umirjeno, vzeti si moramo tudi dovolj časa za vsakega posameznika (Slak, 2011 cited in Marenk, 2012, p. 26). Komunikacija s svojci umirajočega pacienta je pogosto težja kot s samim pacientom, ki ima po navadi bolj realen odnos do svojega stanja.

Vse, kar velja za umirajočega pacienta, velja tudi za komunikacijo s svojci. Svojcem je zato v njihovem strahu in nemoči treba dati občutek, da lahko vedno pridejo po pomoč. Predvsem pa je pomembno, da svojce opogumljamo, da imajo do umirajočega pacienta odkrit odnos in da se z njim pogovarjajo o vsem, o čemer pacient sam želi (Škufca Smrdel, 2011). Izredno pomembno za svojce pa je tudi, kako se okolica vede do njih in do pokojnika ob smrti sami. Vse, kar se dogaja ob smrti, se jim vtisne v spomin in jih spremlja še dolgo, zato se do njih vedemo taktno in sočutno (Lahe & Kaučič, 2005).

2.3.4 Pomen empatije v procesu umiranja

Zmožnost vživljanja v druge ljudi imenujemo empatija. Je lastnost, ki nam pomaga, da razen sebe razumemo in upoštevamo še druge. Da bi lahko dojeli umirajočega pacienta, nas morajo ljudje zanimati, razen tega pa moramo biti zmožni navezovati stike. Proces vživljanja ali empatije poteka preko komunikacije in vodi do vzpostavitve konstruktivnega-terapevtskega odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom. Če se hoče zdravstveni delavec vživeti v umirajočega pacienta, mora znati poslušati, imeti občutek za nebesedno komunikacijo in spodbujati pacienta, da svoja občutja kaže na najrazličnejše načine. Zdravstveni delavec najbolje razume pacientovo vedenje, če o njem tudi sam spregovori. Za dobro opravljanje zdravstvene nege pri umirajočih pacientih je zelo pomembno poznavanje samega sebe, sposobnost prepoznavanja in reševanja lastnih čustvenih problemov ter poznavanje lastnih sposobnosti in šibkih plati (Lahe & Kaučič, 2005).

»Stik z umirajočim in svojci umirajočih ne zahteva samo poguma, izostrenega čuta in sposobnosti vživljanja, ampak predvsem zdrav človeški razum in spoprijemanje z mislijo na lastno umiranje (Fassler-Weibel, 1996 cited in Lahe & Kaučič, 2005, p. 12).«

2.4 PREOBREMENJENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI DELU Z UMIRAJOČIMI PACIENTI

Služba zdravstvenih delavcev postaja vedno bolj obremenjena in zahtevna, saj število umirajočih in težko bolnih iz leta v leto narašča, kar je posledica napredka medicine in hkrati posledica tega, da ljudje zelo redko umirajo v domačem okolju (Pera, 2008). Zdravstveni delavci so zaradi zahtevnega dela z ljudmi izpostavljeni številnim stresnim situacijam, kot so umiranje in smrt, nujna somatska in psihična stanja, operativni posegi, dežurstva in

podaljšanje delovnega časa. Negativne stresne situacije doživljajo intenzivno in vsakodnevno (Knafelc, 2011). Medicinske sestre in zdravstveni tehniki predstavljajo najštevilčnejšo poklicno skupino med zdravstvenimi delavci. Pri svojem delu se vsakodnevno soočajo s številnimi psihičnimi in fizičnimi obremenitvami. Na nastanek sindroma izgorelosti vplivajo številni problemi in vzroki, ki so odvisni od delovnega mesta zaposlenega. Raziskava Inštituta za znanost in tehnologijo Univerze v Manchesteru je pokazala, da je poklic medicinske sestre eden izmed najbolj stresnih. Glavni vzroki pa so trije: obremenjenost, odnosi nadrejenih in sodelavci (Knafelc, 2011).

2.4.1 Izgorelost na delovnem mestu

Pri velikem številu zdravstvenih delavcev se pojavlja tako t. i. »sindrom izgorelosti«, ki je stanje telesne, duševne ali čustvene izčrpanosti v poklicu, prostem času, med prijatelji v partnerstvu in družini. Lahko se prikrade postopoma ali nenadno izbruhne in je največkrat povezan z odporom, gnusom ter mislimi na beg. Izgorelost je rezultat trajajoče ali ponavljajoče se čustvene obremenitve v povezavi z dolgoročnim intenzivnim nudenjem pomoči drugim ljudem (Pera, 2008). Izjemne stiske in strese doživljajo tisti zdravstveni delavci, ki se pri svojem delu velikokrat srečujejo z umiranjem. Tu ne gre le za navezanost na pacienta, za katerega skrbijo, temveč tudi za bližnje tega pacienta, ki od zdravstvenega delavca, ne samo od zdravnika, pričakujejo nemogoče, in tu se zdravstveni delavci maksimalno angažirajo po svoji človeški plati, ko jih tolažijo, mirijo in spodbujajo. Zelo velik problem za nastajanje izgorelosti pri zdravstvenih delavcih je delovni čas, ki se zelo spreminja v smislu dežurstev, nadomeščanja itd. Prav tako problem predstavlja usklajevanje zahtev njihovega delovnega mesta, ki se močno križa z njihovim zasebnim življenjem. Prav neskladje, ki nastane, zaradi zahtev delovnega mesta in zahtev privatnega življenja, je pri zdravstvenih delavcih vir stresnih situacij, ki so lahko permanentne in tako tudi najbolj rizične za dekompenzacijo kot posledico stresa (Pačnik, 1992 cited in Fidler, 2010, p. 28).

Znaki izgorelosti so (Fengler, 2007):

- jeza in odpor,
- občutki krivde,
- negativizem,
- motnje spanja.

Značilnosti izgorelosti so (Pera, 2008):

- praznina, poklicna kriza,
- emocionalna, psihična preobremenitev in izčrpanost,
- oddaljitev od pacientov,
- premalo skrbi zase.

Posledica izgorelosti je izguba interesa za delo ter nezanimanje za ljudi, s katerimi delamo. Zdravstveni delavec se počuti utesnjeno in razdražljivo, ima težave z ustreznim odzivanjem na pacientove potrebe in zahteve. Ko pojema tudi motivacija, zdravstvena nega postane rutinska. Izgorelost zmanjša tudi sposobnost kritičnega mišljenja, reševanja problemov in odločanja. Prizadeti se poskušajo spoprijeti s težavami z zatekanjem k alkoholu, narkotikom in kajenju, kar stanje še poslabša (Kaučič, 2002 cited in Fidler, 2010, p. 30).

2.4.2 Soočanje s preobremenjenostjo

V sistem dajanja in sprejemanja je treba vselej skrbeti za določeno ravnovesje. Ne moreš dajati, skrbeti dan za dnem za druge, pa čeprav še tako trpeče, nemočne in odvisne, če sam tega ne dobivaš povrnjenega v kakršnikoli obliki. Še najlažje se v tem razdajanju ohranjaš, če imaš nad tem dogajanjem vzpostavljen nadzor, če spremljaš tudi sebe, svoje potrebe, svoje želje, če končno veš, kaj se dogaja s tabo in drugimi. Zdravstveni delavec mora prisluhniti svojemu telesu in se zavedati nevarnih signalov ter si priznati svoja čustva (Rakovec Felser, 2002 cited in Fidler, 2010, p. 30).

Metode za preprečevanje stresa pri zdravstvenih delavcih (Konte & Lajovic, 2006):

- gojenje drugih interesov in načrtovanje občasnega razvedrila, da se prekinejo utečene navade,
- reden spanec in dovolj počitka brez uspaval,
- redna rekreacija,
- izogibanje priučenemu hitenju in zaskrbljenosti,
- ohranjati stik z ljudmi,
- vzeti si čas za sprostitev.

Poleg zgoraj navedenih metod poznamo še nekaj drugih preprečevalcev stresa na delovnem mestu (Planinšek, 2001 cited in Fidler, 2010, p. 33):

- dovolj zaposlenih,
- samostojnost pri delu,
- spoštovanje poklica,
- poklicna rast,
- soodločanje pri delu,
- sodelovanje pri odločanju in načrtovanju urnika,
- kakovostna oskrba pacienta,
- zagotavljanje ustreznega nadzora,
- dobri medsebojni odnosi,
- socialna varnost,
- pomoč drugim,
- uresničevanje pridobljenih sposobnosti,
- pripadnost delovni skupini.

Zdi se, da splošnega odgovora, kako preprečiti oz. zmanjšati izgorevanje, ni. Vsak posameznik si mora poiskati svoj način glede na svojo osebnost, ambicije, potrebe in izkušnje (Jankovec, 2006, p. 59).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti teoretične osnove odnosa zdravstvenega delavca do umirajočega pacienta ter s pomočjo empiričnega dela prikazati dejansko stanje na tem področju.

V ta namen smo izvedli raziskavo in si zastavili naslednje cilje:

- ugotoviti občutke zdravstvenih delavcev ob soočanju z umirajočimi pacienti;
- ugotoviti vrednote, ki jim zdravstveni delavci pri delu z umirajočimi pripisujejo največji pomen;
- ugotoviti razliko v odnosu zdravstvenih delavcev do umirajočih pacientov glede na delovno dobo;
- ugotoviti načine soočanja zdravstvenih delavcev s preobremenjenostjo pri delu z umirajočimi pacienti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. S kakšnimi občutki se zdravstveni delavci soočajo ob stiku z umirajočimi pacienti?
2. Katerim vrednotam zdravstveni delavci pripisujejo največji pomen pri delu z umirajočimi pacienti?
3. Kakšna je razlika v odnosu zdravstvenih delavcev do umirajočih pacientov glede na delovno dobo?
4. Kakšni so načini soočanja zdravstvenih delavcev s preobremenjenostjo pri delu z umirajočimi pacienti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda dela, uporabili smo strukturiran vprašalnik. V teoretičnem delu smo uporabili metodo preučevanja domače in tuje literature, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah na področju Slovenije. Za iskanje literature v slovenskem prostoru smo uporabili virtualno knjižnico COBISS in po potrebi uporabili

medknjižnično izposojajo. Literaturo smo iskali tudi preko internetnega brskalnika Google, kjer smo dosledno upoštevali merilo verodostojnosti vira in avtorja. Uporabili smo članke iz Obzornika zdravstvene nege in bazo podatkov CINAHL, preko katere smo iskali tujo literaturo s področja zdravstvene nege. Pri izboru literature smo upoštevali najvišjo starost 10 let ter izbrali literaturo v slovenskem in angleškem jeziku.

Ključne besede pri iskanju literature v slovenskem jeziku: *paliativna oskrba, umiranje, komunikacija, empatija, dostojanstvo*. Ključne besede pri iskanju literature v angleškem jeziku: *palliative care, dying, communication, empathy, dignity*.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturirani vprašalnik v pisni obliki, ki smo ga razdelili med zdravstvene delavce. Vprašalnik je bil sestavljen iz 35 vprašanj, od katerih je bil eden odprtega tipa, drugi pa zaprtega tipa. Vprašanja v vprašalniku so bila oblikovana glede na namen in cilj diplomske naloge. Temeljila so na pregledu domače in tuje literature (Vejlgaard & Addington-Hall, 2005; Yin, et al., 2007).

Prvi del vprašanj je vključeval demografske podatke zdravstvenih delavcev (spol, starost, delovna doba, izobrazba in pogostost srečevanja z umirajočimi pacienti). Drugi del vprašalnika je bil sestavljen iz trditev, ki so jih zdravstveni delavci ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici, pri kateri je pomenilo: 1, da se s trditvijo popolnoma niso strinjali; 2, da se niso strinjali; 3, da se niso niti strinjali niti niso trditvi nasprotovali oziroma so bili neopredeljeni; 4, da so se strinjali in 5, da so se popolnoma strinjali s trditvijo. V tem delu vprašalnika do bile trditve združene v tri sklope; občutki ob stiku z umirajočim pacientom, prioritete in vrednote pri delu z umirajočim pacientom ter vpliv dela z umirajočimi pacienti na zdravstvenega delavca. Zanesljivost rezultatov smo preverili z izračunom Cronbach alfa koeficienta. Za prvi sklop vprašanj drugega dela smo izračunali Cronbach alfa koeficient 0,57, kar kaže, da ima instrument v tem sklopu slabo zanesljivost na uporabljenem vzorcu. Za drugi sklop vprašanj je Cronbach alfa koeficient znašal 0,92, za tretji sklop pa 0,77, kar pomeni dovolj visoko zanesljivost dobljenih podatkov v tem delu.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili diplomirane in srednje medicinske sestre oddelka za diagnostiko in kemoterapijo ter negovalnega oddelka Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (20 vzorcev na vsakem oddelku). V Domu starejših Viharnik Kranjska Gora smo vprašalnik razdelili med diplomirane medicinske sestre, srednje medicinske sestre in bolničarje negovalce (skupno 30 vzorcev). Razdelili smo 70 vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 78,5-odstotna, saj je bilo vrnjenih le 55 vprašalnikov, in sicer vseh 20 vprašalnikov iz oddelka 200 za diagnostiko in kemoterapijo, 13 od 19 z negovalnega oddelka Univerzitetne klinike Golnik in 22 od 30 iz Doma starejših Viharnik Kranjska gora. V nadaljevanju diplomskega dela za anketirance uporabljamo moško slovnično obliko kot nevtralnno za moški in ženski spol.

Tabela 1 prikazuje opis vzorca. Med anketiranci je sodelovalo 8 moških (14,5 %) ter 45 žensk (85,5 %). Povprečna starost anketirancev je bila 35,22 let. Najmlajši anketiranec je imel 20, najstarejši pa 57 let. Manj kot eno leto delovne dobe so imeli 4 anketiranci (7,3 %), 11 anketirancev (20,0 %) je imelo od 1 do 5 let delovne dobe, od 5 do 10 let delovne dobe je imelo 12 anketiranih (21,8 %) ter več kot 10 let delovne dobe je imelo 28 anketirancev (50,9 %). Od tega je bilo 12 anketirancev (21,8 %) bolničarjev-negovalcev, 31 (56,4 %) srednjih medicinskih sester oz. tehnikov zdravstvene nege ter 12 (21,8 %) diplomiranih medicinskih sester oz. diplomiranih zdravstvenikov. Pri svojem delu se vsakodnevno z umirajočimi pacienti srečujejo 3 anketiranci (5,5 %), nekajkrat tedensko 8 anketirancev (14,5 %), nekajkrat mesečno 28 (50,9 %) ter nekajkrat letno 16 anketirancev (29,1 %).

Tabela 1: Opis vzorca

	n = 55	Odstotki (%)
Spol		
Moški	8	14,5
Ženski	45	85,5
Delovna doba		
Manj kot eno leto	4	7,3
Od 1 do 5 let	11	20,0
Od 5 do 10 let	12	21,8
Več kot 10 let	28	50,9

	n = 55	Odstotki (%)
Izobrazba		
Bolničar-negovalec	12	21,8
Tehnik zdravstvene nege	31	56,4
Diplomirana medicinska sestra	12	21,8
Pogostost srečevanja z umirajočimi pacienti		
Vsakodnevno	3	5,5
Nekajkrat tedensko	8	14,5
Nekajkrat mesečno	28	50,9
Nekajkrat letno	16	29,1
	PV	Razpon
Starost v letih	35,22	20–57

n = število anketirancev PV = povprečna vrednost

Tabela 1 prikazuje opis vzorca. Med anketiranci je sodelovalo 8 moških (14,5 %) ter 45 žensk (85,5 %). Povprečna starost anketirancev je bila 35,22 let. Najmlajši anketiranec je imel 20, najstarejši pa 57 let. Manj kot eno leto delovne dobe so imeli 4 anketiranci (7,3 %), 11 anketirancev (20,0 %) je imelo od 1 do 5 let delovne dobe, od 5 do 10 let delovne dobe je imelo 12 anketiranih (21,8 %) ter več kot 10 let delovne dobe je imelo 28 anketirancev (50,9 %). Od tega je bilo 12 anketirancev (21,8 %) bolničarjev-negovalcev, 31 (56,4 %) srednjih medicinskih sester oz. tehnikov zdravstvene nege ter 12 (21,8 %) diplomiranih medicinskih sester oz. diplomiranih zdravstvenikov. Pri svojem delu se vsakodnevno z umirajočimi pacienti srečujejo 3 anketiranci (5,5 %), nekajkrat tedensko 8 anketirancev (14,5 %), nekajkrat mesečno 28 (50,9 %) ter nekajkrat letno 16 anketirancev (29,1 %).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter v Domu starejših Viharnik Kranjska Gora, v mesecu septembru 2014.

Pred izvajanjem raziskave smo najprej pridobili soglasje zavoda Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter soglasje Doma starejših Viharnik Kranjska Gora. Neposredno pred izvajanjem raziskave smo pridobili ustno soglasje zdravstvenih delavcev za

izvedbo raziskave in uporabo pridobljenih rezultatov v študijske namene. Anketirancem smo zagotovili popolno anonimnost. Obdelavo podatkov smo pričeli z nadzorom pravilnega izpolnjevanja vprašalnikov, nato pa smo dobljene rezultate obdelali s pomočjo programa Microsoft Office in programa SPSS verzija 22.0.

Uporabili smo metode opisne statistike (najnižjo, najvišjo in povprečno vrednost ter standardni odklon), statistično pomembne razlike pa smo ugotavljali z analizo variance ANOVA. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

3.4 REZULTATI

V tabeli 2 so prikazani rezultati, ki kažejo, s kakšnimi občutki se soočajo anketiranci pri delu z umirajočimi pacienti na posameznih oddelkih. Najvišje povprečne vrednosti so anketiranci dosegli pri trditvah, da ob stiku z umirajočim pacientom občutijo potrnost (PV = 3,27; SO = 0,870), da se ob stiku z umirajočim pacientom zavedajo lastne umrljivosti (PV = 3,38; SO = 1,240) ter da ob stiku z umirajočim pacientom bolj cenijo življenje (PV = 3,53; SO = 1,120). To kaže, da so se anketiranci s temi trditvami najbolj strinjali, vse ostale trditve pa so imele povprečno vrednost pod 3,50, kar ne predstavlja večje stopnje strinjanja. Najnižje povprečne vrednosti so dosegli pri trditvah, da ob stiku z umirajočim pacientom občutijo strah (PV = 2,47; SO = 1,086), da se pri delu z umirajočimi pacienti počutijo izpopolnjeno (PV = 2,78; SO = 1,066), da so ob stiku z umirajočimi pacienti ravnodušni (PV = 1,98; SO = 0,952) ter da si ob stiku z umirajočimi pacienti želijo, da bi skrb zanj prepustili drugemu (PV = 2,31; SO = 1,200). To kaže, da so se anketiranci s temi trditvami najmanj strinjali, vse ostale trditve pa so imele povprečno vrednost nad 2,50.

Tabela 2: Občutki ob stiku z umirajočim pacientom (po oddelkih)

Trditev	Oddelek	n	PV	SO	MIN	MAX
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim potrnost.	Negovalni oddelek	13	2,62	0,870	1	4
	Oddelek 200	20	3,35	0,813	2	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,59	0,854	2	5
	SKUPAJ	55	3,27	0,912	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim nemoč.	Negovalni oddelek	13	2,23	0,927	1	4
	Oddelek 200	20	3,15	0,813	2	4
	Dom starejših Viharnik	22	3,45	0,912	2	5

Trditev	Oddelek	n	PV	SO	MIN	MAX
	SKUPAJ	55	3,05	0,989	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim izčrpanost.	Negovalni oddelek	13	2,62	0,961	1	4
	Oddelek 200	20	2,80	1,240	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,09	1,019	1	5
	SKUPAJ	55	2,87	1,090	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim strah.	Negovalni oddelek	13	1,92	0,641	1	3
	Oddelek 200	20	2,35	1,040	1	4
	Dom starejših Viharnik	22	2,91	1,192	1	5
	SKUPAJ	55	2,47	1,086	1	5
Pri delu z umirajočim pacientom se počutim izpopolnjeno.	Negovalni oddelek	13	3,23	1,166	2	5
	Oddelek 200	20	3,00	0,918	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	2,32	0,995	1	5
	SKUPAJ	55	2,78	1,066	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom sem ravnodušen/-a.	Negovalni oddelek	13	2,08	0,641	1	3
	Oddelek 200	20	1,80	0,951	1	4
	Dom starejših Viharnik	22	2,09	1,109	1	5
	SKUPAJ	55	1,98	,952	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom se zavem lastne umrljivosti.	Negovalni oddelek	13	3,46	1,266	1	5
	Oddelek 200	20	3,75	0,967	2	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,00	1,380	1	5
	SKUPAJ	55	3,38	1,240	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom bolj cenim življenje.	Negovalni oddelek	13	3,54	1,127	1	5
	Oddelek 200	20	3,80	,616	3	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,27	1,420	1	5
	SKUPAJ	55	3,53	1,120	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom se sprašujem o smrti in smislu življenja.	Negovalni oddelek	13	3,31	1,182	1	5
	Oddelek 200	20	2,85	1,137	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	2,95	1,214	1	5
	SKUPAJ	55	3,00	1,171	1	5
Ob stiku z umirajočim pacientom si želim, da bi lahko skrb zanj prepustil/-a drugemu.	Negovalni oddelek	13	2,15	1,068	1	4
	Oddelek 200	20	2,35	1,226	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	2,36	1,293	1	5
	SKUPAJ	55	2,31	1,200	1	5

n = število anketirancev PV = povprečna vrednost SO = standardni odklon MIN = najmanjša vrednost MAX = največja vrednost
 1 – popolnoma se ne strinjam 2 – se ne strinjam 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam (**neopredeljen**) 4 – se strinjam 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 3 so prikazani rezultati, ki kažejo, katerim vrednotam anketiranci pripisujejo največji pomen pri delu z umirajočimi pacienti. Najvišje povprečne vrednosti so anketiranci dosegli pri trditvah, da je pri delu z umirajočimi pacienti pomembno etično ravnanje (PV = 4,60; SO = 0,683), da je pri delu z umirajočimi pacienti pomembno ohranjanje pacientovega dostojanstva (PV = 4,71; SO = 0,599), da je pri delu z umirajočimi pacienti pomembno spoštovanje pacientovih pravic (PV = 4,69; SO = 0,635), da je pri delu z umirajočimi

pomembna empatija (PV = 4,71; SO = 0,629), da je pri delu z umirajočimi pomembna prijaznost (PV = 4,64; SO = 0,620), da je pri delu z umirajočim pacientom pomemben iskren odnos (PV = 4,47; SO = 0,766), da je pri delu z umirajočimi pacienti pomembna kakovostna komunikacija (PV = 4,65; SO = 0,645) ter da je pri delu z umirajočimi pacienti pomembna skrb za pacientove svojce (PV = 4,53; SO = 0,752). To kaže, da so se anketiranci s temi trditvami najbolj strinjali, vse ostale trditve so imele povprečno vrednost pod 4,50. Najnižje povprečne vrednosti so dosegli pri trditvah, da je pri delu z umirajočimi pomembna strokovnost (PV = 4,16; SO = 1,214) ter da je pri delu z umirajočimi pacienti pomembna izkušnost (PV = 4,09, SO = 1,127). To kaže, da so se anketiranci s temi trditvami najmanj strinjali, vse ostale trditve so imele povprečno vrednost nad 4,4.

Tabela 3: Prioritete in vrednote pri delu z umirajočim pacientom (po oddelkih)

Trditev	Oddelek	n	PV	SO	MIN	MAX
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna strokovnost.	Negovalni oddelek	13	3,69	1,548	1	5
	Oddelek 200	20	4,25	1,020	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,36	1,136	1	5
	SKUPAJ	55	4,16	1,214	1	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna izkušnost.	Negovalni oddelek	13	3,77	1,536	1	5
	Oddelek 200	20	4,30	,657	3	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,09	1,192	1	5
	SKUPAJ	55	4,09	1,127	1	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno etično ravnanje.	Negovalni oddelek	13	4,38	,650	3	5
	Oddelek 200	20	4,70	,470	4	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,64	,848	2	5
	SKUPAJ	55	4,60	,683	2	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno ohranjanje pacientovega dostojanstva.	Negovalni oddelek	13	4,62	,506	4	5
	Oddelek 200	20	4,75	,444	4	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,73	,767	2	5
	SKUPAJ	55	4,71	,599	2	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno spoštovanje pacientovih pravic.	Negovalni oddelek	13	4,62	,506	4	5
	Oddelek 200	20	4,70	,571	3	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,73	,767	2	5
	SKUPAJ	55	4,69	,635	2	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna empatija.	Negovalni oddelek	13	4,77	,439	4	5
	Oddelek 200	20	4,70	,571	3	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,68	,780	2	5
	SKUPAJ	55	4,71	,629	2	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna prijaznost.	Negovalni oddelek	13	4,54	,519	4	5
	Oddelek 200	20	4,70	,470	4	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,64	,790	2	5
	SKUPAJ	55	4,64	,620	2	5

Trditev	Oddelek	n	PV	SO	MIN	MAX
Pri delu z umirajočim pacientom je pomemben iskren odnos.	Negovalni oddelek	13	4,31	,751	3	5
	Oddelek 200	20	4,35	,745	3	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,68	,780	2	5
	SKUPAJ	55	4,47	,766	2	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno medsebojno zaupanje.	Negovalni oddelek	13	4,38	,650	3	5
	Oddelek 200	20	4,40	,681	3	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,55	,800	2	5
	SKUPAJ	55	4,45	,715	2	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna kakovostna komunikacija.	Negovalni oddelek	13	4,85	,376	4	5
	Oddelek 200	20	4,50	,607	3	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,68	,780	2	5
	SKUPAJ	55	4,65	,645	2	5
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna skrb za pacientove svojce.	Negovalni oddelek	13	4,77	,439	4	5
	Oddelek 200	20	4,35	,813	2	5
	Dom starejših Viharnik	22	4,55	,800	2	5
	SKUPAJ	55	4,53	,742	2	5

n = število anketirancev PV = povprečna vrednost SO = standardni odklon MIN = najmanjša vrednost MAX = največja vrednost
 1 – popolnoma se ne strinjam 2 – se ne strinjam 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam (**neopredeljen**) 4 – se strinjam 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 4 so prikazani rezultati, ki kažejo, kako delo z umirajočimi pacienti vpliva na anketirance in kako se soočajo s preobremenjenostjo na delovnem mestu. Najvišje povprečne vrednosti so anketiranci dosegli pri trditvah, da jim pri odpravljanju preobremenjenosti pomaga stik z družino in prijatelji (PV = 3,78; SO = 1,049), da jim pri odpravljanju preobremenjenosti pomaga odsotnost z delovnega mesta (PV = 3,67; SO = 1,203). To kaže, da so se anketiranci s temi trditvami najbolj strinjali, vse ostale trditve so imele povprečno vrednost pod 3,50. Najnižje povprečne vrednosti so anketiranci dosegli pri trditvah, da ima delo z umirajočimi vpliv na zasebno življenje (PV = 2,67; SO = 1,156) ter da so zaradi dela z umirajočimi preobremenjeni (PV = 2,58; SO = 1,083). To kaže, da so se anketiranci s temi trditvami najmanj strinjali, vse ostale trditve so imele povprečno vrednost nad 3,00. Pri trditvi, menim, da imam dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti, pa je bila PV kar 3,98 (SO = 0,828), kar pomeni, da so se anketiranci v veliki večini strinjali s tem, da imajo dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti.

Tabela 4: Vpliv dela z umirajočimi pacienti na zdravstvenega delavca (po oddelkih)

Trditev	Oddelek	n	PV	SO	MIN	MAX
Delo z umirajočimi pacienti ima vpliv na moje zasebno življenje.	Negovalni oddelek	13	2,54	1,391	1	5
	Oddelek 200	20	3,00	1,170	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	2,45	,963	1	4
	SKUPAJ	55	2,67	1,156	1	5
Zaradi dela z umirajočimi pacienti sem preobremenjen/-a.	Negovalni oddelek	13	3,23	1,092	1	5
	Oddelek 200	20	2,55	1,099	1	4
	Dom starejših Viharnik	22	2,23	,922	1	4
	SKUPAJ	55	2,58	1,083	1	5
Pri odpravljanju preobremenjenosti si pomagam z rekreacijo.	Negovalni oddelek	13	3,08	1,498	1	5
	Oddelek 200	20	3,45	1,099	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,23	,922	1	5
	SKUPAJ	55	3,27	1,130	1	5
Pri odpravljanju preobremenjenosti si pomagam s hobiji.	Negovalni oddelek	13	3,23	1,423	1	5
	Oddelek 200	20	3,25	1,070	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,27	,767	2	5
	SKUPAJ	55	3,25	1,040	1	5
Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga stik z družino/prijatelji.	Negovalni oddelek	13	3,69	1,109	1	5
	Oddelek 200	20	4,05	1,146	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,59	,908	2	5
	SKUPAJ	55	3,78	1,049	1	5
Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga odsotnost z delovnega mesta.	Negovalni oddelek	13	3,62	1,502	1	5
	Oddelek 200	20	4,10	1,071	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,32	1,041	1	5
	SKUPAJ	55	3,67	1,203	1	5
	Oddelek 200	20	3,50	1,147	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,27	,985	1	5
	SKUPAJ	55	3,47	1,069	1	5
	SKUPAJ	55	3,47	1,069	1	5
Na delovnem mestu se pogovarjamo o občutkih, s katerimi se srečujemo ob smrti pacienta.	Negovalni oddelek	13	3,54	1,506	1	5
	Oddelek 200	20	3,50	1,192	1	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,41	,959	1	5
	SKUPAJ	55	3,47	1,168	1	5
Menim, da imam dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti.	Negovalni oddelek	13	4,38	,506	4	5
	Oddelek 200	20	3,90	,968	2	5
	Dom starejših Viharnik	22	3,82	,795	2	5
	SKUPAJ	55	3,98	,828	2	5

n = število anketirancev PV = povprečna vrednost SO = standardni odklon MIN = najmanjša vrednost MAX = največja vrednost
 1 – popolnoma se ne strinjam 2 – se ne strinjam 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam (**neopredeljen**) 4 – se strinjam 5 – popolnoma se strinjam

V nadaljevanju so v tabelah 5, 6 in 7 prikazani rezultati statistične pomembnosti razlik med skupinami anketirancev glede na delovno dobo. Zaradi bolj enakomerne razporeditve vzorca in s tem večje homogenosti skupin smo skupino anketirancev z delovno dobo manj kot eno leto (n = 4) združili s skupino anketirancev, ki imajo delovno dobo od 1 do 5 let (n = 11), v

skupino z delovno dobo od 0 do 5 let ($n = 15$). S pomočjo analize varianc ANOVA smo primerjali povprečne vrednosti vseh trditvev, ki pa je zaradi nehomogenosti varianc pri določenih trditvah nismo mogli uporabiti (rezultati, zapisani z modro barvo in označeni z zvezdico). Pri trditvah, kjer znaša vrednost p manj kot 0,05, smo dokazali statistično pomembne razlike med variancami (trditve, obarvane z modro barvo in rezultati, zapisani z odebeljenim tiskom), kar pomeni, da obstaja le 5-odstotno tveganje, da ugotovljene razlike ne držijo za celotno populacijo.

V tabeli 5 so prikazani rezultati analize varianc ANOVA za sklop trditvev povezanih z občutki ob stiku z umirajočim pacientom. Izračuni so pokazali, da so statistično pomembne razlike ($p = 0,05$ in manj) med skupinami anketirancev glede na delovno dobo pri trditvah, da ob stiku z umirajočim pacientom občutijo strah ($F = 5,383$; $p = 0,008$), da se zavejo lastne umrljivosti ($F = 3,523$; $p = 0,037$), da bolj cenijo življenje ($F = 6,661$; $p = 0,003$) ter da se sprašujejo o smrti in smislu življenja ($F = 5,559$; $p = 0,006$).

Tabela 5: Razlike med občutki ob stiku z umirajočim pacientom in delovno dobo (analiza varianc ANOVA)

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)			ANOVA (p)	F
		Od 0 do 5	Od 5 do 10	Več kot 10		
		n = 15	n = 12	n = 28		
	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO		
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim potrnost.	3,27 ± 0,912	3,53 ± 0,743	3,58 ± 0,996	3,00 ± 0,903	0,075	2,724
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim nemoč.	3,05 ± 0,989	3,53 ± 0,834	3,08 ± 0,669	2,79 ± 1,101	0,058*	3,004
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim izčrpanost.	2,87 ± 1,090	2,73 ± 0,961	3,25 ± 0,866	2,79 ± 1,228	0,401	0,929
Ob stiku z umirajočim pacientom občutim strah.	2,47 ± 1,086	3,20 ± 1,146	2,17 ± 0,577	2,21 ± 1,067	0,008	5,383
Pri delu z umirajočim pacientom se počutim izpopolnjeno.	2,78 ± 1,066	2,53 ± 1,060	2,58 ± 0,996	3,00 ± 1,089	0,306	1,211
Ob stiku z umirajočim pacientom sem ravnodušen/-a.	1,98 ± 0,952	2,27 ± 1,100	1,50 ± 0,674	2,04 ± 0,922	0,104	2,365
Ob stiku z umirajočim pacientom se zavem lastne umrljivosti.	3,38 ± 1,240	3,53 ± 1,187	2,58 ± 1,311	3,64 ± 1,129	0,037	3,523
Ob stiku z umirajočim pacientom bolj cenim življenje.	3,53 ± 1,120	3,87 ± 1,060	2,58 ± 1,084	3,75 ± 0,967	0,003	6,661

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)				
		Od 0 do 5	Od 5 do 10	Več kot 10	ANOVA (p)	F
		n = 15	n = 12	n = 28		
PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO			
Ob stiku z umirajočim pacientom se sprašujem o smrti in smislu življenja.	3,00 ± 1,171	3,33 ± 0,976	2,08 ± 0,900	3,21 ± 1,197	0,006	5,559
Ob stiku z umirajočim pacientom si želim, da bi lahko skrb zanj prepustil/-a drugemu.	2,31 ± 1,200	2,80 ± 1,373	2,42 ± 0,996	2,00 ± 1,122	0,106	2,344

n = število anketirancev PV = povprečna vrednost SO = standardni odklon p = analiza variance ANOVA F = F-razmerje
* = nehomogenost varianc

V tabeli 6 so prikazani rezultati analize varianc ANOVA za sklop trditev, povezanih z odnosom do dela z umirajočim pacientom. Statistično pomembnih razlik pri teh trditvah nismo dokazali, smo pa ugotovili, da gre pri večjem deležu trditev (v primerjavi z ostalimi sklopi) za nehomogenost varianc (rezultati, zapisani z modro barvo in označeni z zvezdico).

Tabela 6: Razlike v odnosu do dela z umirajočim pacientom in delovno dobo (analiza varianc ANOVA)

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)				
		Od 0 do 5	Od 5 do 10	Več kot 10	ANOVA (p)	F
		n = 15	n = 12	n = 28		
PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO			
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna strokovnost.	4,16 ± 1,214	4,07 ± 1,100	4,17 ± 1,586	4,21 ± 1,134	0,933	0,070
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna izkušnost.	4,09 ± 1,127	3,67 ± 1,047	4,25 ± 1,288	4,25 ± 1,076	0,235	1,489
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno etično ravnanje.	4,60 ± 0,683	4,27 ± 1,033	4,75 ± 0,452	4,71 ± 0,460	0,083*	2,614
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno ohranjanje pacientovega dostojanstva.	4,71 ± 0,599	4,47 ± 0,915	4,83 ± 0,389	4,79 ± 0,418	0,181*	1,767
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno spoštovanje pacientovih pravic.	4,69 ± 0,635	4,47 ± 0,915	5,00 ± 0,000	4,68 ± 0,548	0,092*	2,496
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna empatija.	4,71 ± 0,629	4,40 ± 0,910	5,00 ± 0,000	4,75 ± 0,518	0,039*	3,442
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna prijaznost.	4,64 ± 0,620	4,40 ± 0,910	4,92 ± 0,289	4,64 ± 0,488	0,097*	2,446

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)				
		Od 0 do 5	Od 5 do 10	Več kot 10	ANOVA (p)	F
		n = 15	n = 12	n = 28		
PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO			
Pri delu z umirajočim pacientom je pomemben iskren odnos.	4,47 ± 0,766	4,33 ± 0,900	4,42 ± 0,900	4,57 ± 0,634	0,608	0,503
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno medsebojno zaupanje.	4,45 ± 0,715	4,20 ± 0,862	4,50 ± 0,798	4,57 ± 0,573	0,264	1,366
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna kakovostna komunikacija.	4,65 ± 0,645	4,40 ± 0,910	4,75 ± 0,622	4,75 ± 0,441	0,203*	1,647
Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna skrb za pacientove svojce.	4,53 ± 0,742	4,27 ± 0,884	4,67 ± 0,888	4,61 ± 0,567	0,277	1,315

n = število anketirancev PV = povprečna vrednost SO = standardni odklon p = analiza variance ANOVA F = F-razmerje
* = nehomogenost varianc

V tabeli 7 so prikazani rezultati analize varianc ANOVA za sklop trditev, povezanih z občutkom preobremenjenosti do dela z umirajočim pacientom. Statistično pomembne razlike smo dokazali tudi pri trditvah, da jim pri odpravljanju preobremenjenosti pomaga pogovor o njihovih občutkih (F = 6,413; p = 0,003), da se na delovnem mestu pogovarjajo o občutkih, s katerimi se srečujejo ob smrti pacienta (F = 3,964; p = 0,025) ter da menijo, da imajo dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti (F = 6,801; p = 0,002). Ostalih statistično pomembnih razlik nismo ugotovili.

Tabela 7: Razlike v občutku preobremenjenosti do dela z umirajočim pacientom in delovno dobo (analiza varianc ANOVA)

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)				
		Od 0 do 5 let	Od 5 do 10	Več kot 10	ANOVA (p)	F
		n = 15	n = 12	n = 28		
PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO			
Delo z umirajočimi pacienti ima vpliv na moje zasebno življenje.	2,67 ± 1,156	2,87 ± 0,915	2,42 ± 1,084	2,68 ± 1,307	0,611	0,497
Zaradi dela z umirajočimi pacienti sem preobremenjen/-a.	2,58 ± 1,083	2,47 ± 1,060	2,42 ± 0,793	2,71 ± 1,213	0,657	0,424
Pri odpravljanju preobremenjenosti si pomagam z rekreacijo.	3,27 ± 1,130	3,40 ± 0,986	2,92 ± 0,996	3,36 ± 1,254	0,472	0,763
Pri odpravljanju preobremenjenosti si pomagam s hobiji.	3,25 ± 1,040	3,47 ± 0,743	3,00 ± 1,044	3,25 ± 1,175	0,520	0,663
Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga stik z družino/	3,78 ± 1,049	3,73 ± 0,961	3,67 ± 1,155	3,86 ± 1,079	0,856	0,156

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)				
		Od 0 do 5 let	Od 5 do 10	Več kot 10	ANOVA (p)	F
		n = 15	n = 12	n = 28		
		PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	
prijatelji.						
Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga odsotnost z delovnega mesta.	3,67 ± 1,203	3,67 ± 1,113	3,83 ± 1,403	3,61 ± 1,197	0,866	0,144
Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga pogovor o njihovih občutkih.	3,47 ± 1,069	3,67 ± 0,816	2,58 ± 0,900	3,75 ± 1,076	0,003	6,413
Na delovnem mestu se pogovarjamo o občutkih, s katerimi se srečujemo ob smrti pacienta.	3,47 ± 1,168	3,40 ± 0,828	2,75 ± 1,357	3,82 ± 1,124	0,025	3,964
Menim, da imam dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti.	3,98 ± 0,828	3,40 ± 0,828	4,00 ± 0,603	4,29 ± 0,763	0,002	6,801

n = število anketirancev PV = povprečna vrednost SO = standardni odklon p = analiza variance ANOVA F = F-razmerje

3.5 RAZPRAVA

Raziskava, ki smo jo izvedli v Univerzitetni kliniki Golnik in Domu starejših Viharnik Kranjska Gora v septembru 2014, je pokazala, da zdravstveni delavci pri delu z umirajočimi najpogosteje občutijo potrtost ter da se ob stiku z umirajočim pacientom zavejo lastne umrljivosti in bolj cenijo življenje. Z ostalimi občutki se srečujejo manj pogosto. Občutki, ki jih zdravstveni delavci najmanjkrat občutijo, pa so strah in ravnodušnost, kar pomeni, da se zdravstveni delavci v veliki večini ne bojijo dela z umirajočimi pacienti in da jim je mar za umirajočega pacienta.

Vejlgaard in Addington-Hall sta z raziskavo na Danskem (2005) ugotovila, da zdravstvene delavce izvajanje paliativne oskrbe notranje izpopolnjuje, saj se je s to trditvijo popolnoma strinjala več kot polovica anketiranih, tretjina pa se je strinjala. S trditvijo, da bi oskrbo umirajočih raje prepustili drugim, se popolnoma ni strinjala več kot polovica anketiranih, ne strinjala pa se je manj kot tretjina anketiranih. Zdravstveni delavci so se v več kot polovici popolnoma strinjali in v tretjini strinjali s trditvijo, da se zaradi dela z umirajočimi zavejo svojih občutkov o umiranju, prav tako pa posledično razmišljajo o smislu življenja in smrti, s čimer se je popolnoma strinjala več kot tretjina vprašanih, polovica pa se je strinjala.

Yin s sodelavci so leta 2007 so v Singapurju raziskovali, s kakšnimi občutki se soočajo zdravstveni delavci ob stiku z umirajočimi pacienti. Predpostavili so, da se neprijetna izkušnja zdravstvenega delavca ob umiranju in smrti lahko odraža z odklanjanjem pogovorov o smrti, razmišljanju o umiranju ali celo z zavračanjem prisotnosti ob umirajočih pacientih. Posledično lahko odnosi zdravstvenega delavca vplivajo na kakovost izvedene oskrbe. Z raziskavo so ugotovili, da se polovica anketiranih ob smrti počuti otožna ali celo depresivna, več kot polovica se ni strinjala s trditvijo, da jih smrt prestraši, več kot tretjina se je počutila izčrpane, tretjina nemočne, na trditev, da jih oskrba umirajočega pacienta izpopolnjuje, pa je bila polovica neodločenih, petina pa se je s tem strinjala. V polovici so se anketiranci strinjali, da se bolje zavedajo lastne umrljivosti, v polovici, da bolj cenijo življenje in v več kot polovici, da se jim ob tem porajajo vprašanja o življenju in smrti.

V Združenih državah Amerike (ZDA) so izrazili zaskrbljenost zaradi pomanjkanja zdravstvenih delavcev, kar bi lahko vodilo k stresu in izgorelosti zdravstvenih delavcev, ki delujejo ob umirajočih pacientih (Peterson, et al., 2010a). Da bi prepoznali stiske zdravstvenih delavcev, so poskušali ugotoviti, s kakšnimi občutki in izkušnjami se srečujejo. Izrazili so občutek nemoči zaradi časovnih omejitev, zaradi česar se ne morejo zadostno posvetiti umirajočim pacientom, hkrati pa poskušajo obdržati določeno mero profesionalnosti, poskrbeti za pacientovo udobje, upoštevati njegove želje in biti njegov zagovornik. Izpostavili so, da je komunikacija s pacientom in njegovimi svojci velik stresor, saj niso vedno prepričani, ali so ti s strani zdravnika primerno in zadostno seznanjeni o pacientovem stanju. Sklenili so, da so potrebna izobraževanja na tem področju, zaradi česar bi zdravstveni delavci imeli dovolj znanja, bili bi bolj suvereni, posledično pa bi se lažje soočali s stresom.

Z raziskavo smo tudi ugotavljali, katerim vrednotam zdravstveni delavci pripisujejo največji pomen pri delu z umirajočimi pacienti. Vrednote, ki se zdravstvenim delavcem zdijo najbolj pomembne, so etično ravnanje, spoštovanje pacientovih pravic, ohranjanje pacientovega dostojanstva, zmožnost empatije, prijaznost, uporaba kakovostne komunikacije ter skrb za pacientove svojce. Vrednoti, ki se zdravstvenim delavcem prav tako zdita pomembni, vendar sta imeli nižjo PV pri delu z umirajočimi pacienti, pa sta strokovnost in izkušnost, kar pomeni, da je zdravstvenim delavcem manj pomembno, koliko izkušenj ima zdravstveni delavec ali kako strokovno opravi svoje delo, pomembnejše je, koliko sočutja in volje premore za delo z umirajočimi pacienti.

Ugotovili smo statistično pomembne razlike glede na delovno dobo anketirancev pri trditvah, da ob stiku z umirajočim pacientom občutijo strah, da se zavejo lastne umrljivosti, da bolj cenijo življenje, da se sprašujejo o smrti in smislu življenja, da jim pri odpravljanju preobremenjenosti pomaga pogovor o njihovih občutkih, da se na delovnem mestu pogovarjajo o občutkih, s katerimi se srečujejo ob smrti pacienta ter da menijo, da imajo dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti. Pri slednji trditvi je strinjanje z le-to naraščalo z leti delovne dobe, kar pomeni, da se zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo počutijo bolj suverene pri opravljanju tovrstnega dela.

Zanimalo nas je tudi, kako se zdravstveni delavci soočajo z umirajočimi pacienti in preobremenjenostjo na delovnem mestu. Zdravstvenim delavcem pri odpravljanju preobremenjenosti najbolj pomaga stik z družino in prijatelji ter odsotnost z delovnega mesta. Zdravstveni delavci pa si pri premagovanju preobremenjenosti najmanj pomagajo s hobiji in rekreacijo, kar pomeni, da zdravstveni delavci zaradi delovnega časa in podrejanju službi preprosto nimajo dovolj časa za aktivnosti ob delu. Na trditev, ali ima delo z umirajočimi pacienti vpliv na zasebno življenje in ali so zaradi dela z umirajočimi pacienti preobremenjeni, so zdravstveni delavci v veliki večini odgovorili, da delo z umirajočimi ne vpliva na njihovo zasebno življenje ter da zaradi dela z umirajočimi niso preobremenjeni. Pri trditvi menim, da imam dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti, je velika večina zdravstvenih delavcev odgovorila, da imajo dovolj znanja za tovrstno delo.

Peterson, et al. (2010b) so v ZDA izvedli novo raziskavo, s katero so želeli proučiti, kako se zdravstveni delavci soočajo s stresom pri delu z umirajočimi pacienti. Spoznali so, da jim v veliki meri pomaga pogovor s sodelavci, predvsem izkušenejši sodelavci dajejo nasvete in nudijo podporo manj izkušenejšim. Presenetljivo so ugotovili, da zdravstveni delavci v določenih primerih najdejo uteho prav pri umirajočih pacientih in njihovih svojcih. Z njimi se povežejo na posebni ravni in zdravstvene delavce lažje razumejo kot njihovi sodelavci, predvsem v primerih čustvenih izlivov zdravstvenih delavcev, saj na neki način cenijo njihovo čustveno vpletenost. Ugotovili so, da zdravstveni delavci potrebujejo izobraževanja, ki bi jih naučila učinkovite strategije in veščin za preprečevanje ter eventualno soočanje s stresom, hkrati pa bi jih naučila, kako ravnati ob umirajočem pacientu. Na ta način bi se lažje in boljše soočale s stresom ter preobremenjenostjo pri delu s tovrstnimi pacienti.

Raziskava, ki smo jo izvedli, ima omejitve zaradi slabšega odziva pri izpolnjevanju vprašalnikov, saj smo pričakovali večjo realizacijo vzorca. Zaradi majhnega vzorca medicinskih sester smo v raziskavo vključili tudi bolničarje-negovalce, zato rezultatov ne posplošujemo samo na medicinske sestre.

4 ZAKLJUČEK

Umiranje in smrt sta še vedno temi, o katerih neradi govorimo in se ju izogibamo. Z razvojem paliativne oskrbe pa je umirajočim in njihovim svojcem lažje premagovati težave, ki jih doživljajo na tej neprijetni poti. Pri premagovanju teh težav lahko in mora v veliki meri pomagati zdravstveni delavec.

Za boljše in kakovostnejše delo z umirajočimi pacienti je treba imeti vrednote, ki so pomembne za tovrstno delo, ter zdravstvenim delavcem dati možnost izražanja čustev, ki jih doživljajo pri delu z umirajočimi, saj tako lažje preprečujemo stres in izgorelost.

Z raziskavo smo ugotovili, da zdravstveni delavci pri delu z umirajočimi pacienti najpogosteje občutijo potrtost, da začnejo bolj ceniti življenje, ter da se zavejo lastne umrljivosti. Ugotovili smo tudi, da je pri delu z umirajočimi najbolj pomembno ohranjanje pacientovega dostojanstva, zmožnost empatije, kakovostna komunikacija ter skrb za pacientove svojce. Statistično pomembne razlike v odnosu do umirajočega pacienta glede na delovno dobo nismo ugotovili. Pri soočanju s preobremenjenostjo pa zdravstvenim delavcem najbolj pomagata stik z družino in prijatelji ter odsotnost z delovnega mesta. V prihodnje bi bilo smiselno primerjati zaposlene v zdravstvu iz različnih poklicnih skupin in področij dela. Morebiti bi raziskovanje lahko poglobili še z izvedo intervjujev. Tako bi dobili celovitejšo sliko, kaj sleherni zdravstveni delavec potrebuje za kakovostno opravljanje tovrstnega dela.

S tem bomo pripomogli, da bodo zdravstveni delavci znali izražati čustva, upoštevali vrednote, ki so jim najbolj pomembne, ter si bodo znali pomagati pri znakih izgorelosti. Tako bomo umirajočim pacientom dali najboljšo možno in celostno oskrbo na njihovi zadnji poti.

5 LITERATURA

Červ, B. & Klančnik Gruden, M., 2006. Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), pp. 99-106.

Fengler, J., 2007. *Nudenje pomoči utruja*. Ljubljana: Temza.

Fidler, L., 2010. *Doživljanje stresa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zdravstvenem domu in bolnišnici: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Gauthier, D.M., 2008. Challenges and opportunities: Communication near the end of life. *MEDSURG Nursing*, 17(5), pp. 291-296.

Globočnik Papuga, P., 2007. Pomen izobraževanja o komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), pp. 33-36.

Jankovec, C., 2006. *Učinkovita komunikacija kot dejavnik za zmanjševanje stresa pri medicinskih sestrah: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Klevišar, M., 2006. *Spremljanje umirajočih*. Ljubljana: Založba družina.

Knafelc, M., 2011. *Obremenitve in proces izgorevanja medicinske sestre v enoti intenzivne terapije: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Konte, B. & Lajovic, J., eds. 2006. *Družinski zdravstveni vodnik*. 4th ed. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.

Lahe, M. & Kaučič, B.M., eds. 2004. *Medosebna komunikacija in kontaktna kultura*. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor.

Lokar, K., 2005. Zagovorništvo v zdravstveni negi s poudarkom na paliativni oskrbi pacientov z rakom. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(1), pp. 255-261.

Lunder, U., 2011. Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. In: U. Lunder, ed. *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja. Ljubljana, 3. februar 2011.* Golnik: Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 6-10.

Marenk, E., 2012. *Paliativna oskrba v okviru zdravstvene nege: diplomsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Mlinšek, A., 2012. Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(1), pp. 20-29.

Pera, H., 2008. *Razumeti umirajoče.* Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana-Dravljje.

Peternej, A. & Lunder, U., 2009. *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Peternej, A., 2011. Pomen kontinuirane in koordinirane obravnave v paliativni oskrbi. In: U. Lunder, ed. *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja. Ljubljana, 3. februar 2011.* Golnik: Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 118-121.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.C. & Kershek, S., 2010a. What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), pp. 181-187.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.C. & Kershek, S., 2010b. Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(9), pp. 432-438.

Prebil, A., 2009. Komunikacija z dolgotrajno bolnimi, hudo bolnimi in umirajočimi. In: Arko A., ed. *Komunikacija v zdravstvu.* Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 121-125.

Rot, N., 2012. *Emocionalno delo s težko bolnimi, poškodovanimi in umirajočimi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani fakulteta za družbene vede.

Salobir, U., 2005. Komunikacija v času umiranja. In: S. Novaković, eds. *Paliativna oskrba bolnikov z rakom - 18. onkološki vikend. Laško, 10.-11. junij 2005*. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih društev za boj proti raku, pp. 91–94.

Skela Savič, B., 2005a. Od besed k dejanju: Zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. *Obzornik zdravstvene nege*, 398(1), pp. 245–253.

Skela Savič, B., 2005. Pomen zdravstvene nege pri paliativni oskrbi. In: S. Novaković, eds. *Paliativna oskrba bolnikov z rakom - 18. onkološki vikend. Laško, 10.-11. junij 2005*. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih društev za boj proti raku, p. 9.

Slak, J., 2009. Zdravstvena nega pacienta ob napredovanih kroničnih boleznih v paliativni oskrbi. In: J. Slak, ed. *Zbornik predavanj: Kronične neozdravljive bolezni na stičišču s paliativno oskrbo. Kranj, 9. oktober 2009*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp. 41-43.

Šauperl, M., 2009. *Profesionalno delovanje medicinske sestre in ohranjanje dostojanstva pacientov v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Šmitek, J., 2006. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), pp. 23-35.

Šolar, B. & Mihelič Zajec, A., 2007. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), pp. 137-146.

Škufca Smrdel, A., 2011. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. In: M. Matković & B. Petrijevcčanin, eds. *38. strokovni seminar - Komunikacija in njene vrzeli pri*

delu z onkološkim pacientom. Maribor, 1. april 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 7-16.

Špiler, R., 2012. *Terapevtska komunikacija medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi: diplomsko delo.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Terbuc, K., 2013. *Paliativna zdravstvena nega: diplomsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Vejlgaard, T. & Addington-Hall, J.M., 2005. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliative Medicine*, 19(1), pp. 119-127.

Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, n.d. *Opis poklica: Zdravstveni tehnik – zelo zahtevna dela.* [online] Available at http://www.ess.gov.si/ncips/cips/opisi_poklicev/opis_poklica?Kljuc=471 [Accessed 27 April 2014].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine.* Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Yin, O.S., Xia, Z., Yi, X. & Chia, D.T.C., 2010. Nurses' perceptions towards caring for dying patients in oncology ward and general surgical ward. *Singapore Nursing Journal*, 34(3), pp. 16-21.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK O ODNOSU MEDICINSKIH SESTER DO UMIRAJOČEGA PACIENTA

Spoštovani,

sem Aldin Gazibara, absolvent Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom *Odnos medicinske sestre do umirajočega pacienta*. V okviru diplomskega dela bom izvedel raziskavo med medicinskimi sestrami Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter Doma starejših Viharnik Kranjska Gora. Vljudno vas prosim za vaše sodelovanje in vam hkrati zagotavljam, da je raziskava popolnoma anonimna ter da bodo pridobljeni rezultati uporabljeni izključno v raziskovalne namene.

Prosim vas za iskrenost pri odgovarjanju na vprašanja.

Najlepša hvala za vaše sodelovanje,

Aldin Gazibara

1. Spol:

- a) Moški
- b) Ženski

2. Starost: ____ let

3. Delovna doba:

- a) Manj kot eno leto
- b) Od 1 do 5 let
- c) Od 5 do 10 let
- d) Več kot 10 let

4. Izobrazba:

- a) Bolničar negovalec
- b) Tehnik zdravstvene nege
- c) Diplomirana medicinska sestra

5. Kako pogosto se pri svojem delu srečujete z umirajočimi pacienti?

- a) Vsakodnevno
- b) Nekajkrat tedensko
- c) Nekajkrat mesečno
- d) Nekajkrat letno
- e) Skoraj nikoli

Na naslednja vprašanja odgovorite tako, da pri vsaki trditvi obkrožite številko, ki za vas najbolj velja:

- 1 – popolnoma se **ne** strinjam
- 2 – se **ne** strinjam
- 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam (**neopredeljen**)
- 4 – se strinjam
- 5 – popolnoma se strinjam

Občutki ob stiku z umirajočim pacientom

6. Ob stiku z umirajočim pacientom občutim potrnost.	1	2	3	4	5
7. Ob stiku z umirajočim pacientom občutim nemoč.	1	2	3	4	5
8. Ob stiku z umirajočim pacientom občutim izčrpanost.	1	2	3	4	5
9. Ob stiku z umirajočim pacientom občutim strah.	1	2	3	4	5
10. Pri delu z umirajočim pacientom se počutim izpopolnjeno.	1	2	3	4	5
11. Ob stiku z umirajočim pacientom sem ravnodušen/-a.	1	2	3	4	5
12. Ob stiku z umirajočim pacientom se zavem lastne umrljivosti.	1	2	3	4	5
13. Ob stiku z umirajočim pacientom bolj cenim življenje.	1	2	3	4	5
14. Ob stiku z umirajočim pacientom se sprašujem o smrti in smislu življenja.	1	2	3	4	5
15. Ob stiku z umirajočim pacientom si želim, da bi lahko skrb zanj prepustil/-a drugemu.	1	2	3	4	5

Prioritete in vrednote pri delu z umirajočim pacientom

16. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna strokovnost.	1	2	3	4	5
17. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna izkušnost.	1	2	3	4	5
18. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno etično ravnanje.	1	2	3	4	5
19. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno ohranjanje pacientovega dostojanstva.	1	2	3	4	5
20. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno spoštovanje pacientovih pravic.	1	2	3	4	5
21. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna empatija.	1	2	3	4	5
22. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna prijaznost.	1	2	3	4	5
23. Pri delu z umirajočim pacientom je pomemben iskren odnos.	1	2	3	4	5
24. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembno medsebojno zaupanje.	1	2	3	4	5
25. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna kakovostna komunikacija.	1	2	3	4	5
26. Pri delu z umirajočim pacientom je pomembna skrb za pacientove svojce.	1	2	3	4	5

Vpliv dela z umirajočimi pacienti na medicinsko sestro

27. Delo z umirajočimi pacienti ima vpliv na moje zasebno življenje.	1	2	3	4	5
28. Zaradi dela z umirajočimi pacienti sem preobremenjen/-a.	1	2	3	4	5
29. Pri odpravljanju preobremenjenosti si pomagam z rekreacijo.	1	2	3	4	5
30. Pri odpravljanju preobremenjenosti si pomagam s hobiji.	1	2	3	4	5
31. Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga stik z družino/prijatelji.	1	2	3	4	5
32. Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga odsotnost z delovnega mesta.	1	2	3	4	5
33. Pri odpravljanju preobremenjenosti mi pomaga pogovor o mojih občutkih.	1	2	3	4	5
34. Na delovnem mestu se pogovarjamo o občutkih, s katerimi se srečujemo ob smrti pacienta.	1	2	3	4	5
35. Menim, da imam dovolj znanja za delo z umirajočimi pacienti.	1	2	3	4	5