



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE
SESTRE PRI UMIRAJOČEM VAROVANCU**

**THE ROLE OF COMMUNITY NURSES IN
PROVIDING CARE FOR DYING PATIENTS**

Mentor: Karmen Romih, pred.

Kandidat: Franjo Klarić

Jesenice, avgust, 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Karmen Romih, pred. za razumevajoč odnos, podporo, za vse nasvete in predloge pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. in doc. dr. Emilu Benediku za recenzijo diplomskega dela.

Iskrena hvala Beti, Moniki, Mateji, Primožu, Denisu za vzajemno podporo in pomoč v času študija.

Hvala tudi sodelavcem za razumevanje ob odsotnosti zaradi študija.

Zahvala gre tudi Barbari Troha, prof. slovenskega jezika za skrbno lektoriranje diplomske naloge.

Posebna zahvala pa gre moji družini, Metki za vso podporo in nesebično pomoč pri študiju in diplomskem delu, ter hčerkama, ki sta bili prikrajšani za marsikatero razumevajočo besedo in pozornost zaradi moje odsotnosti v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Vedno več ljudi želi umreti v domačem okolju. Patronažna medicinska sestra zagotavlja holistično zdravstveno oskrbo pri umirajočem varovancu in je nenadomestljiv član v paliativnem timu.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil raziskati vlogo patronažne medicinske sestre pri umirajočem varovancu. Želeli smo tudi ugotoviti, ali imajo patronažne medicinske sestre zadostno znanje pri obravnavi umirajočih varovancev.

Metoda: Raziskava je temeljila na neeksperimentalno-kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki je bil razdeljen med patronažne medicinske sestre na območju Gorenjske. Sodelovalo je 64 udeležencev (92,75 % realizacija).

Rezultati: Dokazali smo statistično pomembno razliko ($p = 0,041$) glede na starost in pridobljeno ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi. Največ znanja so v času dodiplomskega študija pridobile medicinske sestre v starosti do 40 let ($2,62 \pm 1,117$), nato v starosti 41 – 50 let ($2,46 \pm 1,029$), nad 50 let pa najmanj ($1,8 \pm 0,561$). Obstaja statistično pomembna razlika ($p = 0,036$) glede na starost patronažne medicinske sestre kot veznim členom med umirajočim varovancem in svojci. Dokazali smo tudi statistično pomembno razliko ($p = 0,007$) glede na starost patronažne medicinske sestre in vlogo patronažne medicinske sestre kot vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima. Statistični razliki smo dokazali ($p = 0,045$) glede na starost patronažne medicinske sestre in zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca, kjer pomembno vplivajo tako na pogled na smrt kot na ($p = 0,055$) znanje o paliativni oskrbi v družini umirajočega varovanca.

Razprava: Patronažne medicinske sestre svojo vlogo pri obravnavi umirajočega varovanca dobro poznajo. Zavedajo se, da lahko z uporabo veščin dobre komunikacije vodijo varovance in njihove svojce skozi proces umiranja, pri tem pa potrebujejo veliko strokovnega znanja.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, umirajoči varovanec, znanje, komunikacija, duhovnost, svojci.

ABSTRACT

Background: Lately, more and more people wish to die at their homes. A community nurses provides integrated health care to dying patients and constitutes an irreplaceable part of the palliative team.

Aims: The aim of the diploma thesis was to investigate the role of community nurses in providing care to daying patients. We also wanted to determine whether community nurses have the necessary knowledge when it comes to providing care to dying patients.

Methods: A non-experimental quantitative method was undertaken to gather data, based on empirical research. Data was collected with a structured questionnaire which was distributed to community nurses from the Gorenjska region. A total of 64 participants were included in the survey (92,75 % response rate).

Results: We found a statistical difference ($p = 0,041$) for the correlation between nurses' age and the gained knowledge on palliative nursing care. During their undergraduate studies, the youngest demographic group of nurse respondents (aged below 40) gained the most knowledge on the subject ($2,62 \pm 1,117$), followed by nurses from the age group 41 – 50 years ($2,46 \pm 1,029$), and finally nurses aged above 50 ($1,8 \pm 0,561$). Moreover, we established a significant statistical difference ($p = 0,036$) for the age of a community nurses and their role as an intermediary between the dying patient and the immediate family. We also discovered a significant difference ($p = 0,007$) for the correlation between the age of a community nurses and their role in communication between members of the palliative team and the patient's immediate family. Finally, significant differences were found to exist ($p = 0,045$) for the correlation between the age of a community nurses and their health education activities with the patient's family, which significantly affected the family members' perspective on deth ($p = 0,055$) and their knowledge on palliative care.

Discussion: Community nurses are well aware of their role in the care of dying patients. They understand that they can guide dying patients and their families through the process of dying with the use of proper communication skills and that this requires extensive professional knowledge.

Keywords: community nurse, dying patient, knowledge, communication, spirituality, immediate family members.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	PATRONAŽNO VARSTVO.....	3
2.1.1	Namen in cilji delovanja patronažnega varstva pri umirajočem varovancu	4
2.1.2	Vloga patronažne medicinske sestre v patronažnem varstvu.....	4
2.2	PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA.....	4
2.2.1	Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi.....	5
2.2.2	Paliativni tim.....	5
2.2.3	Vloga patronažne medicinske sestre v paliativnem timu.....	8
2.2.4	Vloga svojcev v paliativnem timu	9
2.3	KOMUNIKACIJA PRI UMIRAJOČEM VAROVANCU.....	10
2.3.1	Verbalna komunikacija	11
2.3.2	Neverbalna komunikacija	11
2.3.3	Dotik	12
2.4	DUHOVNOST PRI UMIRAJOČEM VAROVANCU.....	13
3	EMPIRIČNI DEL	14
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	14
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	15
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	15

3.3.2	Opis merskega instrumenta	15
3.3.3	Opis vzorca	16
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	17
3.4	REZULTATI.....	18
3.5	RAZPRAVA.....	30
4	ZAKLJUČEK	34
5	LITERATURA	35
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	
6.1.1	Anketni vprašalnik za patronažne medicinske sestre	

KAZALO SLIK

Slika 1: Celostna in nepretrgana paliativna oskrba pacienta in njegovih bližnjih 6

KAZALO TABEL

Tabela 1: MREŽA PO	7
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev	17
Tabela 3: Patronažno varstvo – znanje	19
Tabela 4: Menite, da je bolj pomembna komunikacija z umirajočim varovancem kot s svojci, ali je enakega pomena?	20
Tabela 5: Patronažno varstvo – komunikacija	20
Tabela 6: Patronažno varstvo – svojci	21
Tabela 7: Patronažno varstvo – duhovnost	22
Tabela 8: Primerjava odgovorov vseh sklopov (znanje, komunikacija, svojci, duhovnost) glede na starost patronažnih medicinskih sester	23
Tabela 9: Primerjava odgovorov vseh sklopov (znanje, komunikacija, svojci, duhovnost) glede na delovno dobo	25
Tabela 10: Povezanost trditev Likertove lestvice za sklope znanje, komunikacija, svojci in duhovnost s starostjo in delovno dobo.....	27

1 UVOD

Woody Allen: »Ne bojim se umreti. Samo ne želim biti zraven, ko se to zgodi.«

Umiranje je naraven in neizogiben del življenja. Življenje je v svojem bistvu boj proti smrti. Celice in tkiva ter molekule, ki jih gradijo, so podvrženi obrabi, izrabi, napakam, poškodbam, propadu in razgradnji. Njihova stalna obnova je temelj vzdrževanja življenja. Z napredovanjem bolezni in starostjo pride do stopnje, ko mehanizmi prenove in poprave postanejo nezadostni in neučinkoviti (Krajnc, Čokolič, 2008).

Večina ljudi želi umreti doma, v svojem okolju. Zanimivo je, da odstotek tistih, ki bi želeli umreti doma, kljub napredku medicine še narašča. Pred desetimi leti se jih je po tujih raziskavah tako opredelilo nekaj čez 75 %, najnovejši izsledki pa prikazujejo že 95 % ljudi z neozdravljivo boleznijo, ki bi želeli umreti na svojem domu. Tisti, ki si želijo umreti v bolnišnici, se običajno tako odločijo zaradi strahu, da bodo domačim v breme, oziroma nimajo nikogar, ki bi lahko skrbel zanje (Lunder, 2007).

Lunder (ibid.) meni, da se nihče ne rodi z znanjem, kako nuditi oskrbo hudo bolnim, zato postaja velika naloga družbe, da vzpostavi učinkovite izobraževalne programe za laike, ki bodo široko dostopni.

Listina pravic umirajočih je bila sprejeta na generalni skupščini Organizacije združenih narodov leta 1975 (povz. po Klevišar, 2006, str. 98) in se glasi:

»Imam pravico:

1. Da z menoj ravnajo kot s človeškim bitjem vse do zadnjega diha;
2. Da upam ne glede na spremembe in možnosti upanja;
3. Da z menoj upajo tisti, ki me negujejo;
4. Da morem svobodno izpovedati svoj nemir pred smrtjo, ki je na pragu;
5. Da soodločam glede zdravljenja;
6. Da me zdravi strokovno osebje, čeprav je vsem jasno, da umiram;
7. Da ne umrem osamljen;
8. Da mi lajšajo bolečine;

9. Da mi na vprašanja iskreno odgovarjajo;
10. Da me nihče ne slepi;
11. Da mi drugi pomagajo, da bi jaz in moji najbližji sprejeli mojo smrt;
12. Da umrem mirno in dostojno človeka;
13. Da ohranim svojo osebnost in me nihče ne obtožuje, če ne soglaša z mojim prepričanjem;
14. Da smem pri umiranju izpovedati svoje versko prepričanje in prejeti, kar mi daje vera;
15. Da mojemu telesu po smrti izkazujejo dolžno spoštovanje;
16. Da me negujejo strokovno usposobljene in občutljive osebe, ki bodo razumele vse moje želje, da bom lahko pomirjeno zrl smrti v oči.«

Benedik (2011) meni, da največji del oskrbe predstavlja zdravstvena nega, zdravljenje z zdravili zajema le manjši del. Zagotoviti želimo občutek varnosti, bližine, topline. Večina pacientov želi končati svojo življenjsko pot doma, med ljubljenimi osebami. Izdatna strokovna podpora zdravnika in patronažne medicinske sestre, ustrezna duhovna podpora pacientu in svojcem ter učinkovita koordinacija so predpogoj za uspešno izpolnitev te želje. Oskrbo na domu izboljšujejo tudi mobilne enote.

Klinična pot umirajočega je seštevek vseh teh načel, zato ima njena uporaba številne prednosti (ibid.).

Izgorevanje osebja pa preprečujeta stalno izobraževanje in supervizija (ibid.).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PATRONAŽNO VARSTVO

Obsežnost patronažnega varstva je bila v 80-ih letih prejšnjega stoletja popolnoma drugačna kot je danes. Narava dela v patronažnem varstvu se je v zadnjih 20-ih letih radikalno spremenila. Politične in strukturne spremembe, pričakovanja pacientov, boljša klinična praksa, vse več tehničnih pripomočkov in informacijska tehnologija so pri teh spremembah igrali glavno vlogo. Sedaj je velik poudarek na negovanju pacientov na domu in s tem zmanjšanju hospitalizacij, posledično pa je tudi vse večja in bolj pomembna vloga patronažnih medicinskih sester (Davy, 2007).

Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je del primarne zdravstvene nege in s tem zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v lokalni skupnosti, na terenu in v zdravstvenem domu. (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005, čl. 9).

Nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra in jo lahko opravlja tudi kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. Tudi kot koncesionarka mora prevzeti vsa področja delovanja, to je zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego ter oskrbo pacienta na domu (Železnik, 2011).

Pomemben dokument za patronažno zdravstveno nego je tudi Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013, Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev. Resolucija umešča ureditev javne mreže, kot osrednjega nosilca in izvajalca zdravstvenih storitev za patronažno varstvo, med prednostna razvojna področja. Nadalje še posebej poudarja razvoj patronažnega varstva. V poglavju, ki govori o dejavnosti javnega zdravja, pa izpostavi, da pomemben del dejavnosti preventive in zdravljenja na domu opravljajo patronažne medicinske sestre, ki so samostojne nosilke dejavnosti. Opredeljuje še vlogo patronažnega varstva pri izvajanju

paliativne oskrbe ter zaradi sprejetja Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo predvideva povečanje mreže patronažne službe v skladu s potrebami ob sočasnem uvajanju razširjenih timov za zdravstveno nego in oskrbo na domu (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 povz. po Horvat, 2010).

2.1.1 Namen in cilji delovanja patronažnega varstva pri umirajočem varovancu

Umiranje, smrt in žalovanje so izkušnje, ki so edinstvene in neponovljive. Ni enega samega načina, so pa napotki, ki izhajajo iz prakse in patronažno medicinsko sestro vodijo pri delu z umirajočim bolnikom in njegovo družino (Kranjc, 2013).

2.1.2 Vloga patronažne medicinske sestre v patronažnem varstvu

Patronažne medicinske sestre zagotavljajo holistično zdravstveno oskrbo, ki je osredotočena na klinično oskrbo in načela primarnega zdravstvenega varstva, ki temeljijo na enakosti ne glede na pripadnost marginaliziranih in izoliranih skupnosti (Rose, Glass, 2006).

Za učinkovito delovanje zdravstvene nege se morajo vse medicinske sestre ravnati po principih etičnih in moralnih načel (ibid.).

2.2 PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Paliativna zdravstvena nega pomaga bolniku in svojcem v težkem obdobju življenja, ki je pogosto celo najtežje. Paliativna (blažilna) zdravstvena nega preprečuje, odpravlja in blaži tegobe neozdravljive bolezni. Zagotavlja nenehno aktivno oskrbo do smrti. Multidimenzionalna narava simptomov zahteva ne samo lajšanje fizičnih simptomov bolezni in nego, ampak tudi psihosocialno pomoč in duhovno podporo. Paliativna zdravstvena nega mora biti neprekinjena in usklajena ob sodelovanju strokovnjakov različnih strok (Červek, 2006).

2.2.1 Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi

Patronažne medicinske sestre imajo poglavitno vlogo pri izvajanju paliativne oskrbe in zdravstvene nege umirajočega pacienta; pomagati ljudem, da umrejo z dostojanstvom, je pomemben del te nege (Brown, Johnston, Östlund, 2011).

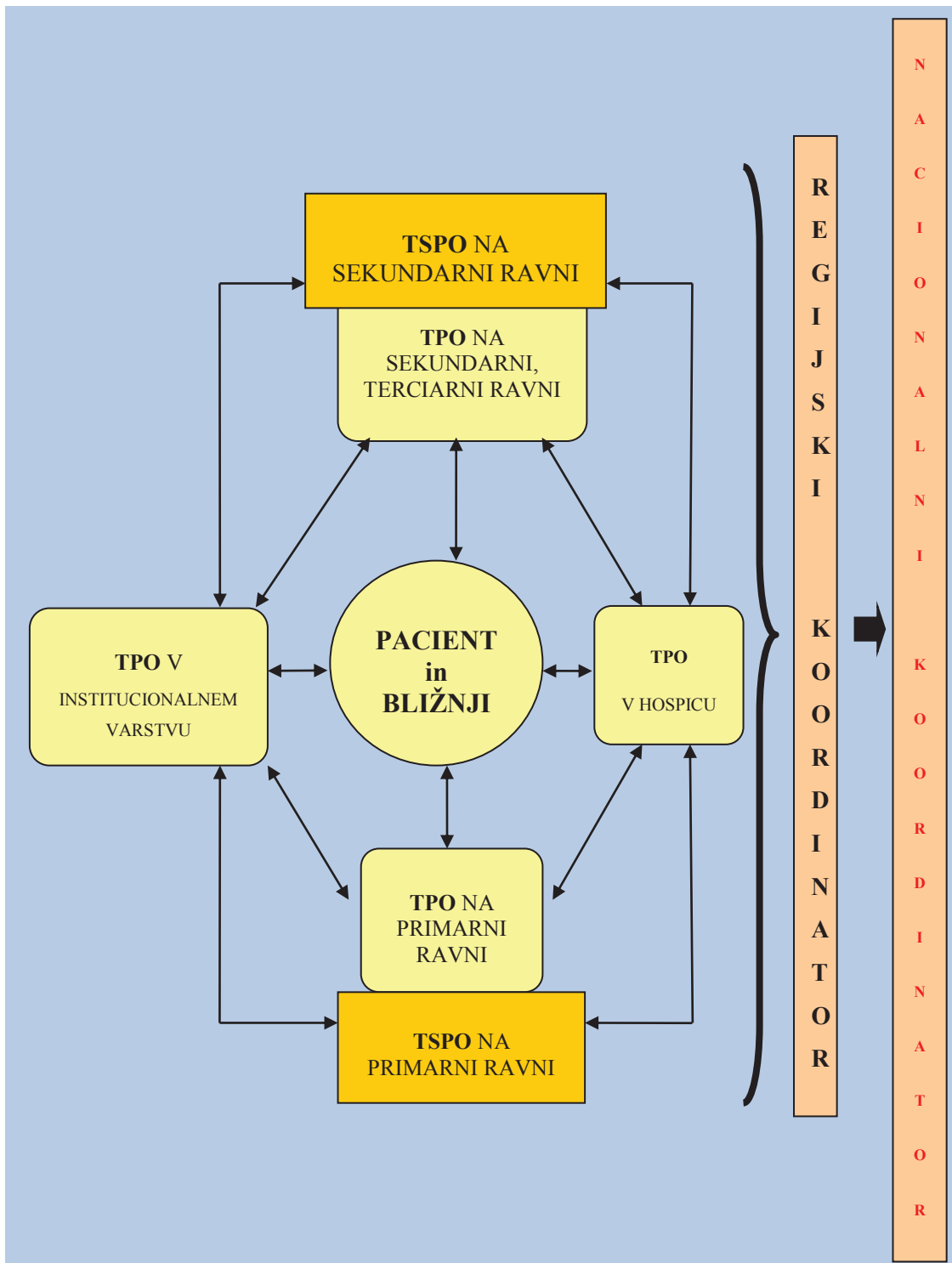
Kalšek (2008) pravi, da je patronažna medicinska sestra koordinator, ki pomaga na smrt bolnim na njihovem domu. Holistična obravnava umirajočega pacienta je možna le z dobrim timskim delom. Umiranje prinaša svojcem in pacientu veliko stisko. Potrebe umirajočega niso nič drugačne kot potrebe ostalih pacientov. Pogosti problemi, s katerimi se patronažna medicinska sestra srečuje pri umirajočem, so dehidracija, bolečina, neješčnost in hiranje, slabost in bruhanje, depresivnost, težko dihanje, omejeno gibanje telesa in ustrezen položaj ter učenje.

Vloga patronažne medicinske sestre je, da pomaga pacientu živeti z boleznijo na takšen način, da lahko živi čim bolj polno življenje ter čim bolj samostojno, oziroma živi čim bolj kvalitetno življenje do svoje smrti (ibid.).

Za veliko ljudi je umiranje neprijetno, verjetno zato, ker ima večina življenje rada. Večina ljudi se izogiba pogovoru o smrti do trenutka, ko ji že zrejo v oči, kar pa običajno povzroči anksioznost, negotovost in celo strah. Natančno tu pa je lahko patronažna medicinska sestra lahko v veliko pomoč (Davey, 2014).

2.2.2 Paliativni tim

Za kakovostno obravnavo paliativne oskrbe je potreben paliativni tim strokovnjakov, v katerem so: zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, socialni delavec, klinični psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci. Obseg njihove pomoči je odvisen od potreb pacienta in njegovih bližnjih ter se stopnjuje od začetka bolezni do smrti. Pri tem je zelo pomemben enakopraven in aktiven odnos s pacientom in njegovimi bližnjimi, ki zagotavlja, da pacientove vrednote vodijo vse klinične odločitve (Ministrstvo za zdravje, 2010).



Slika 1: Celostna in nepretrgana paliativna oskrba pacienta in njegovih bližnjih (Vir: Ministrstvo za zdravje, 2010, str. 14)

Tabela 1: MREŽA PO (izvajalci paliativne oskrbe PO)

Ravni zdravstvenega varstva	Ravni PO					
	osnovna PO		specialistična PO		koordinacija PO	
terciarna raven	lečeči zdravnik, negovalno osebje	tim OPO	tim SPO	oddelek PO	regijski koordinator	državni koordinator
sekundarna raven	negovalne bolnišnice	tim OPO	tim SPO	oddelek PO		
	regionalne bolnišnice lečeči zdravnik, negovalno osebje					
primarna raven	Hospic - dnevni	tim OPO	tim SPO ali mobilni tim SPO			
	medicinska sestra v ustanovi za dolgotrajno oskrbo					
	izbrani zdravnik, patronažna medicinska sestra					
pacient in njegovi bližnji						

PO – paliativna oskrba, OPO – osnovna paliativna oskrba, SPO – specialistična paliativna oskrba

Vir: Ministrstvo za zdravje (2010, str. 14)

Paliativna oskrba v zdravstveni sistem vnaša izrazito timsko delo ter poudarek na celostni oskrbi pacienta in njegovih bližnjih. Psihološki, eksistencialni ali duhovni

aspekti trpljenja ob koncu življenja še vedno niso dovolj dobro razumljeni, raziskani, pa čeprav že obstojijo mnogi viri znanj in veščin, in uporabni pri obravnavi psiholoških potreb pacienta in njegovih bližnjih v času napredovalne neozdravljive bolezni oziroma v obdobju umiranja. Za medicinske sestre, ki med člani paliativnega tima preživijo največ časa s pacientom, je tako še posebej pomembno, da so odprte za pridobivanje komunikacijskih veščin ter znanj o prepoznavanju in osnovni obravnavi duševne stiske in trpljenja, npr. skozi potrjevanje občutka dostojanstva pri pacientu. Da bi medicinske sestre pri svojem delu lahko kakovostno obravnavale tudi psihološke potrebe pacienta, je pomembno, da se zavedajo lastnega odnosa do izgube, minljivosti, umiranja, smrti, žalovanja (Simonič, 2009).

Paliativna oskrba kot celostna oskrba lajša trpljenje, zagovarja življenje in spoštuje umiranje kot normalen proces, zato niti ne pospešuje niti ne zavlačuje smrti. Vsak posameznik se trudi in nudi obolelemu najboljšo možno pomoč, boljša je, v kolikor zdravnik, patronažna sestra in drugi oskrbovalci komunicirajo med seboj, se pogovarjajo o bolniku in se zdravnik pogovarja tudi s specialisti na sekundarni/terciarni ravni. Dobro sporazumevanje med vsemi, ki nudimo zdravstveno oskrbo bolnikom, vodi k bolj kakovostni oskrbi. Izboljševanje kakovosti sporazumevanja med kolegi na različnih nivojih zdravstvenega varstva in med posameznimi poklicnimi skupinami je v zadnjem desetletju postalo pomembna prednostna naloga tako v evropskih zdravstvenih sistemih kot pri nas (Poplas Susič, 2011).

2.2.3 Vloga patronažne medicinske sestre v paliativnem timu

Za kakovostno obravnavo paliativnega pacienta je potreben tako imenovani paliativni tim strokovnjakov, med katerimi je patronažna medicinska sestra nepogrešljiv član tima. Pacienta in njegovo družino, ki jo v domačem okolju redno obiskuje, najbolje pozna in zato nudi podporo in pomoč tako pacientu kot tudi njegovim svojcem. S svojim delovanjem poskuša pomagati pacientu, da bo živel čim bolj aktivno, kolikor je to glede na njegovo stanje bolezni mogoče, in da bo imel zagotovljeno čim večje dostojanstvo v času umiranja in smrti. Nudi tudi podporo in pomoč pacientovim

bližnjim v času njegove bolezni kakor tudi v času žalovanja po njegovi smrti (Kranjc, 2013).

Da bi trpljenje pacienta in njegovih bližnjih lahko ustrezno prepoznali, ocenili in nadalje tudi obravnavali, je potrebno pozornost usmeriti na vse aspekte pacientovega trpljenja. Mnogo pacientov lahko namreč trpi tudi v odsotnosti bolečine in drugih motečih telesnih simptomov oziroma njihovo telesno simptomatiko povzročajo dejavniki, ki jih ne moremo omejiti zgolj na telesne (Peternelj, Simonič, 2009).

Skrbeti za neozdravljivo bolnega v svoji družini je zagotovo ena najbolj stresnih preizkušenj, ki jih okuša človek na svoji življenjski poti. Zdravstveni sistem le delno in kratkotrajno lahko prizna podporo domačim, ki oskrbujejo svojega bližnjega na domu ob bolezni ali umiranju. Poleg neprestane pomoči, nege in prisotnosti domači doživljajo še intenzivno psihološko trpljenje, negotovost in žalovanje ob doživljanju slabšanja bolezni ter smrti. Stiska lahko traja še mesece in leta po smrti bližnjega. Raziskave so pokazale, da skupino ljudi, ki doživlja kronično stisko, ko pomaga bližnjemu in zaradi njegove izgube ob povprečni oskrbi štirih let in pol, spremlja za 63 odstotkov večja tveganost umrljivosti kot ljudi, ki nikoli niso nudili neformalne oskrbe bližnjim ob koncu življenja (Lunder, 2007).

Fenomenologija je način razumevanja ljudi, kako vidijo stvari oziroma se zdi, da jih. Gre za prepoznavanje njihovega referenčnega okvirja. Tako medicinska sestra pomaga sebi, da bi našla moč in pogum za soočanje z življenjem in smrtjo. Na eni strani pomaga posamezniku ali družini, da živijo polno in najdejo odgovore na vprašanja o smislu, na drugi pa da znajo s svojcem prostovoljno, z razumevanjem in pogumom stopiti na pot umiranja (Ramšak Pajk, Bašanović 2012).

2.2.4 Vloga svojcev v paliativnem timu

Vse večje je število pacientov, ki umirajo doma v oskrbi svojcev s podporo paliativnega tima. Negovanje umirajočega svojci običajno dojemajo kot pomembno izkušnjo. Kakorkoli pa je negovanje svojca v zadnjih dnevih njegovega življenja lahko obremenjujoče ali celo izčrpajoče (Carlsson, 2012).

Sorodniki se s soočanjem s smrtjo in umiranjem bližnjih zavejo tudi lastne umrljivosti (Cronfalk, Strang, Ternstedt, 2009).

2.3 KOMUNIKACIJA PRI UMIRAJOČEM VAROVANCU

Za uspešno terapevtsko komunikacijo mora biti medicinski sestri resnično mar za pacienta in imeti mora željo razumeti položaj, v katerem se je znašel pacient (Tan Jia Xing, 2009).

Komunikacija med medicinsko sestro in umirajočim varovancem je velik izziv za oba – pacienta in medicinsko sestro. Rezultat slabe komunikacije se pogosto pokaže s preveč optimističnim pogledom na zdravljenje in preveliko usmerjenostjo na medicinska in tehnična vprašanja ter čas zdravljenja namesto na kakovost življenja in čustvene zadeve (Rosenzweig, Clifton, Arnold, 2007).

Za patronažne medicinske sestre so zelo pomembne dobro razvite komunikacijske spretnosti, saj le tako lahko pritegnejo paciente k pogovoru, ki je pri umirajočem pacientu izrednega pomena. V paliativni oskrbi je pomembno, da so pacient in ostali družinski člani obravnavani kot enota – družina, zato je vključitev svojcev v komunikacijo izrednega pomena. Svojci in prijatelji umirajočega, ki umira mirno in dostojanstveno, se lažje soočijo z izgubo bližnjega (Nyatanga, 2012).

Glede na specifične potrebe in naravo dela v patronažni zdravstveni negi patronažna medicinska sestra ravno prek komunikacije ugotavlja izražene negovalne potrebe pri pacientu. Pri tem je še posebej pomembno, da je komunikacija empatična in skrbstveno naravnana. Obiski so naravnani glede na intervencije zdravstvene nege in potrebe pacienta. Patronažne medicinske sestre stopajo v družino in terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji ter profesionalnosti, je vodilo dobremu skrbstveno-terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi (Ramšak Pajk, Murphy, 2012).

V knjigi The American Association of Critical Care Nurses' Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments iz leta 2005 je v prvem standardu zapisano,

da morajo medicinske sestre enako dobro obvladati komunikacijo kot klinično prakso (Zavertnik, Huff, Munro, 2010).

2.3.1 Verbalna komunikacija

Vedno, kadar z nekom govorimo, se ustvarja medčloveški odnos, ki je med medicinsko sestro in starejšim človekom še posebej pomemben. Izrečene besede lahko pri starejšem vzbudijo pozitivne, negativne ali nevtralne predstave, čustvene povezave in pomene. Starejši, bolan človek včasih ne potrebuje drugega kot topel pogled, pomirjajoč dotik ali samo razumevajočo besedo. Zaradi vedno večje časovne stiske in uporabe različnih aparatov, so osebni stiki omejeni na minimalni čas. Žal velikokrat medicinske sestre pozabijo, kako pomembna je prijazna beseda, nasmeh in nežen dotik (Železnik, Železnik, 2010).

V sporazumevanju je dobro obvladati učinkovito večščino, ki je najbolj celostna ter razkriva ne le naše tovrstno širše poznavanje, temveč tudi globino stališč do soljudi in sebe, ki pa je izražanje sočutja – empatije (Lunder, 2008).

Lunder (2008) nas uči, kateri so spodbudni stavki, ki posamezniku omogočajo izražanje stisk in skrbi ter mu pokažejo, da smo ga pripravljene poslušati in spoznati njegove potrebe. To so:

- »Vidim, da vam je težko. Kaj vas zdajle najbolj skrbi?«
- »Danes se mi zdite zelo žalostni, kaj vas je potrlo?«
- »Zdajle se mi zdite malce jezni. Saj ni čudno, da se jezite, ko se vam je zadnje dni toliko hudega zgodilo.«
- »Mora biti res hudo, da se danes še niste odpravili umit. Kaj vas najbolj teži?«

2.3.2 Neverbalna komunikacija

Nebesedno ali neverbalno komuniciranje bolje služi pri osebnih občutjih čustev ter medosebnih odnosih in razmerjih. Je bolj pomembno za odnosno in ekspresivno komuniciranje. Neverbalna sporočila imajo samostojno komunikacijsko vlogo, ki je

nezamenljiva. Neverbalno komuniciranje je lahko ustno komuniciranje, ni pa besedno komuniciranje. Neverbalnemu komuniciranju se je nemogoče izogniti in to je ena od pomembnih značilnosti neverbalnih sporočil. Verbalno komuniciranje namreč lahko zavremo, molčimo, vendar se s tem ne izognemo neverbalnemu komuniciranju. Značilnost neverbalnega komuniciranja je tudi ta, da je večina poslanih sporočil takih, da jih pošiljatelj ni zavestno ali namerno poslal (Železnik, Železnik, 2010).

Neverbalno komuniciranje pomeni vrsto komunikacij, kjer ne uporabljamo govora oziroma besed. Ta način komuniciranja je lahko čisto spontan, kar pomeni, da se ga ne zavedamo popolnoma. Neverbalna sporočila lahko posredujemo nehoteno ali nenamerno, spontano, pa tudi rutinsko. Ta sporočila o nas samih mnogokrat povedo več, kot bi si želeli, podobno pa tudi o našem sogovorniku. Temu rečemo tudi »moč neverbalnega komuniciranja«. Kar 60 – 70 % vsega sporočanja v socialnih srečanjih je sestavljenega iz neverbalnih znakov (Prebil, Mohar, Drobne, 2009).

2.3.3 Dotik

Vzdrževati stik z očmi, se ga dotikati, pomaga starejšemu vzdrževati pozornost, vendar je potrebno upoštevati osebnost vsakega posameznika. Nekateri postanejo nemirni in zbegani, če se ga dotaknemo, drugi se ob tem pomirijo (Železnik, Železnik, 2010).

Cronfalk, Strang in Ternstedt (2009) v svoji študiji opisujejo izkušnje svojcev, iz katerih je ugotovljeno, da je masaža, ki so jo izvajali pri bližnjih, dobro vplivala na njihovo počutje.

Wolf (2008) v svojem članku pravi, da je komunikacija z dotikom vedno možna. S tipom ugotavljamo nekatere telesne potrebe – suha koža, vlažna, topla, mrzla. Dotik pomirja, pomaga pri strahu, daje občutek, da nismo sami. Pravi, da je prav, da se možnosti, ki nam jih daje komunikacija, zavedamo in jih v običajnih medosebnih odnosih neprestano preizkušamo. Nekaterim ljudem je dotik tuj, se ga bojijo, prav je, da preverimo odziv na dotik in se ravnamo po bolnikovih merilih in ne po lastni presoji. Dotik naj dopolnjuje naše medosebne odnose. Znati ga moramo dajati in sprejemati.

2.4 DUHOVNOST PRI UMIRAJOČEM VAROVANCU

Duhovnost je neodvisna od religioznosti. Religioznost je sistem prepričanj in dejanj, s katerimi človek izraža svoj odnos do svetega. Obsega tudi predniške ali kulturne tradicije, zapise, zgodovino in mitologijo kot tudi osebno vero in mistično spoznavanje. Duhovnost je usmerjenost k nematerialnim vrednotam, je pot k boljšemu, lepšemu in bolj preprostemu življenju (de Guzman et al., 2009).

Duhovna podpora je tisti del oskrbe, ki skuša upoštevati vse duhovne potrebe bolnika in družine. Človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine, skupnosti ... Pomaga pri razrešitvi neskladij v teh odnosih. Velikokrat je treba odpustiti sebi in drugim (Benedik, 2011).

Človek ni samo telesno, duševno in socialno bitje. Je tudi duhovno bitje in karkoli doživlja, zajema to tudi njegovo duhovno razsežnost. Vsaka bolezen je nujno povezana s temeljnimi duhovnimi vprašanji, še prav posebno bolezen, ki povzroča trpljenje in vodi v smrt. Bolnik se sprašuje: Zakaj ravno jaz? Kakšen smisel ima moje trpljenje? Kakšen smisel ima moje življenje? Kaj sem v svojem življenju pomenil? Kdo sem? Kakšna je lestvica mojih življenjskih vrednot? Kaj oziroma kdo mi daje oporo v bolezni, v umiranju? Kaj mi ostane, ko izgubim vse? (Klevisar, 2006).

Vsa ta vprašanja prihajajo na dan na različne načine, včasih jasno izrečena, spet drugič so ovita v simboliko. Kdor bolnika spremlja, mora biti zelo pozoren na vse. Bolnik pričakuje, da mu bo spremljevalec omogočil, da spregovori o teh temeljnih vprašanjih, ki ga vznemirjajo. Pričakuje, da se spremljevalec teh vprašanj ne bo zbal, pa tudi, da ga ne bo takoj začel prepričevati s svojimi odgovori. Vsak človek mora najti odgovore na ta vprašanja sam zase. Ne, kaj velja na splošno, kaj mislijo drugi, kaj doživljajo drugi, kaj pravi ta ali oni nauk, ampak: Kako jaz doživljam smisel mojega življenja, mojega trpljenja, kaj meni daje oporo? Pri tem mu lahko pomagajo srečanja z drugimi ljudmi, njihove izkušnje in njihova pripravljenost, da ga spremljajo. Ljudje so mu lahko kot lučke ob poti, toda sam mora hoditi in se odločati za smer (ibid.).

3 EMPIRIČNI DEL

V diplomski nalogi želimo ugotoviti vlogo patronažne medicinske sestre pri umirajočem varovancu, zato smo se odločili, da bomo to raziskali s pomočjo patronažnih medicinskih sester zaposlenih na območju Gorenjske.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti in raziskati vlogo patronažne medicinske sestre pri umirajočem varovancu na območju Gorenjske. V raziskavo so bile vključene patronažne medicinske sestre zaposlene v zdravstvenih domovih osnovnega zdravstva Gorenjske (Kranj, Radovljica, Tržič, Škofja Loka, Bled in Jesenice) in patronažne medicinske sestre, zaposlene pri zasebnici Mateji Šenk (Kranj).

Cilji diplomskega dela so sledeči:

- 1) Raziskati vlogo patronažne medicinske sestre pri umirajočem varovancu.
- 2) Ugotoviti, ali imajo patronažne medicinske sestre zadostno znanje pri obravnavi umirajočih varovancev.
- 3) Proučiti vlogo patronažne medicinske sestre pri duhovnosti, komunikacij, svojcih in pri umirajočem varovancu.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- 1) Kako patronažne medicinske sestre razumejo svojo vlogo pri obravnavi umirajočega varovanca?
- 2) Na kakšen način lahko patronažne medicinske sestre s svojim znanjem in komunikacijo vplivajo na varovanca in družino pri soočanju s smrtjo?
- 3) Kakšno vlogo ima duhovnost pri umirajočem varovancu?
- 4) Kako lahko patronažne medicinske sestre z edukacijo svojcev pripomorejo k izboljšanju stanja varovancev in razumevanju spremljajočih simptomov?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalno-kvantitativni metodi, kar pomeni, da smo odgovore na vprašanja iskali s pomočjo vprašalnika oz., da smo proučevali na nivoju opisnega razlaganja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskovalno delo je temeljilo na splošni raziskovalni metodi spoznavnega procesa zbiranja podatkov, dejstev, informacij in definicij. V teoretičnem delu smo opravili pregled literature, ki se nanaša na paliativno zdravstveno nego. Literatura je bila zbrana s pomočjo strokovne literature in podatkovnih baz: CINAHL, PUB MED, PROQUEST EBSCOhost, COBISS, SPRINGERLINK, z brskalnikom Google in s pomočjo literature, ki je bila dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah. Kot vključitveni oziroma izključitveni kriteriji so bili upoštevani jezik (slovenski, angleški in hrvaški), strokovnost in dostopnost literature. Ključne besede oziroma besedne zveze pri iskanju literature v slovenskem jeziku so bile: patronažna medicinska sestra, umirajoči varovanec, znanje, komunikacija, duhovnost, svojci; v angleškem jeziku pa: community nurse, dying patient, knowledge, communication, spirituality, immediate family members.

Raziskavo smo osnovali na kvantitativnem raziskovanju z deskriptivno metodo, uporabili smo vprašalnik v pisni obliki.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskava je bila izvedena s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je bil namenjen patronažnim medicinskim sestram na območju Gorenjske. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi delovnih izkušenj in znanj, ki smo jih pridobili na klinični praksi ter s pregledom strokovne literature. Vprašalnik je sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je namenjen zbiranju demografskih podatkov, kot so spol, starost, dosežena stopnja izobrazbe, čas delovne dobe in delovne dobe v patronažnem varstvu ter kje patronažne medicinske sestre obiskujejo svoje varovance (podeželje, predmestje ali mesto). V

drugem sklopu smo podatke zbirali s pomočjo vprašalnika, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa, ki so oblikovana glede na cilje in namen diplomske naloge ter temeljijo na pregledu literature. Ta sklop je razdeljen na štiri podrazdelke – znanje, komunikacija, svojci in duhovnost. Anketiranci so podane trditve vseh štirih podrazdelkov ocenjevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, zato da smo na ordinalni merski ravni izmerili posameznikova stališča. Pri 5-stopenjski Likertovi lestvici številka 1 pomeni, da se anketiranci s trditvijo sploh ne strinjajo, številka 2 se ne strinjajo, številka 3 niti se ne strinjajo/niti se strinjajo (neopredeljeno), številka 4 se strinjajo in številka 5, da se s trditvijo zelo strinjajo. Izračunana je bila zanesljivost vprašalnika za vse štiri podrazdelke drugega sklopa vprašalnika. Cronbach alfa koeficient je za razdelek znanje, ki je vseboval 7 trditev, dosegel vrednost 0,731, za razdelek komunikacija s sedmimi trditvami pa 0,738. Razdelek svojci je vseboval 4 trditve, vrednost Cronbachovega koeficienta alfa je dosegla 0,782, za razdelek duhovnost s petimi trditvami pa 0,712. S tem je Cronbach alfa koeficient presegel spodnji prag 0,7 (pri vseh razdelkih), ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Pri raziskavi smo uporabili namenski vzorec. Razdelili smo 69 anket medicinskim sestram ki, so zaposlene v patronažnem varstvu zdravstvenih domov osnovnega zdravstva Gorenjske (Kranj, Radovljica, Tržič, Škofja Loka, Bled in Jesenice) in medicinskim sestram, zaposlenim pri zasebnici Mateji Šenk. Vrnjenih je bilo 64 anket, kar pomeni, da je bila realizacija 92,75 %.

Med anketiranimi je večina, kar 62 (96,9 %), sodelujočih ženskega spola. Največ anketirancev, 26 (40,6 %), jih sodi v starostno skupino od 41 do 50 let. Večina vprašanih, 45 (70,3 %), ima visokošolsko izobrazbo. Podiplomske izobrazbe (strokovni magisterij, magisterij znanosti) nima nihče izmed anketirancev. 24 (37,5 %) vprašanih ima od 20 do 29 let delovne dobe, sledijo jim anketiranci z delovno dobo od 10 do 19 let, teh je 19 (29,7 %). V patronažnem varstvu skoraj polovica oseb iz vzorca, 29 (45,3 %), dela že od 11 do 29 let (tabela 2).

Tabela 2: Demografski podatki anketirancev (n = 64)

		Število	%
Spol	Ženski	62	96,9
	Moški	2	3,1
Starost	21–30 let	4	6,3
	31–40 let	17	26,6
	41–50 let	26	40,6
	51–65 let	17	26,6
Izobrazba	Višješolska	18	28,1
	Visokošolska	45	70,3
	Univerzitetna	1	1,6
	Podiplomska*	0	0
Delovna doba	0–9 let	5	7,8
	10–19 let	19	29,7
	20–29 let	24	37,5
	30 let in več	16	25,0
Čas zaposlitve v patronažnem varstvu	0–5 let	13	20,3
	6–10 let	13	20,3
	11–20 let	29	45,3
	21 let in več	9	14,1
Kje pretežno obiskujete varovance?	Podeželje	39	60,9
	Predmestje	16	25
	Mesto	9	14,1

*strokovni magisterij ali magisterij znanosti

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalniki so bili razdeljeni med patronažne medicinske sestre po tem, ko nam je komisija za diplomske zadeve odobrila dispozicijo in smo pridobili soglasja pomočnic direktorjev za področje zdravstvene nege vseh zdravstvenih domov Gorenjske in patronažnih medicinskih sester, zaposlenih pri zasebnici s sedežem v Kranju. Raziskava je potekala v času od 1. 10. 2014 do 1. 11. 2014. Upoštevali smo vsa etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter anonimnost in zaupnost sodelujočih pri anketi.

Po izpolnitvi ankete so anketiranci le-te oddali v za to posebej izdelan zbiralnik. Podatke, ki smo jih pridobili na podlagi vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s pomočjo dveh računalniških programov: in sicer Microsoft Office Excel 2013 in SPSS, verzija 20.0. Uporabili smo bivariantno in opisno statistiko. Podatke pridobljene s pomočjo vprašalnika, smo tudi grafično predstavili. Demografski podatki vzorca so podani na podlagi frekvenčne (f) in odstotne porazdelitve (%).

S testom ANOVA za neodvisne vzorce smo preverili, ali obstaja statistično pomembna razlika glede na starost, izobrazbo in delovno dobo pri drugem sklopu anketnega vprašalnika, in sicer pri vseh štirih razdelkih – znanje, komunikacija, svojci in duhovnost. Pri tem naj bi bili izpolnjeni dve predpostavki: vse meritve so morale biti normalno porazdeljene, variance v vzorcih pa homogene.

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverili, ali obstaja statistično pomembna povezava med starostjo in delovno dobo s trditvami Likertove lestvice za sklope znanje, komunikacija, svojci in duhovnost.

Pri opisnih statistikah vprašanj v anketnem vprašalniku so podane tudi povprečne vrednosti (PV) in standardni odkloni (SO) odgovorov.

3.4 REZULTATI

V drugem sklopu anketnega vprašalnika so anketiranci ocenjevali, v kolikšni meri se strinjajo s podanimi trditvami v štirih podrazdelkih – znanje, komunikacija, svojci in duhovnost.

Prvi podrazdelek znanje vsebuje 7 trditev. Anketiranci so trditve ocenjevali s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice, kjer vrednost 1 pomeni se sploh ne strinjam, vrednost 2 se ne strinjam, vrednost 3 niti se ne strinjam niti se strinjam, vrednost 4 se strinjam in vrednost 5 se zelo strinjam. S tem podrazdelkom smo želeli preveriti znanje patronažnih medicinskih sester o paliativni zdravstveni negi.

Vsi anketiranci se strinjajo ali pa zelo strinjajo ($4,75 \pm 0,436$), da je strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi v patronažnem zdravstvenem varstvu pomembno. Vprašani pa se niso strinjali ($2,35 \pm 1,01$) s trditvijo, da so v času dodiplomskega študija pridobili ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi (tabela 3).

Tabela 3: Patronažno varstvo – znanje (Celotna populacija; n = 64)

	1	2	3	4	5	PV ± SO
	f, (%)					
V času dodiplomskega študija sem pridobil ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi.	12 (19,4)	26 (41,9)	16 (25,8)	6 (9,7)	2 (3,2)	2,35 ± 1,01
V študijskem programu bi morale biti več ur namenjenih paliativni negi.	0	2 (3,2)	6 (9,7)	34 (54,8)	20 (32,3)	4,16 ± 0,729
Pogosto se udeležujem dodatnega izobraževanja na temo paliativne zdravstvene nege.	4 (6,3)	6 (9,4)	17 (26,6)	27 (42,2)	10 (15,6)	3,52 ± 1,069
Informacije o paliativni zdravstveni negi poiščem v strokovni literaturi, strokovnih člankih, na spletu, idr.	0	1 (1,6)	17 (26,6)	35 (54,7)	11 (17,2)	3,88 ± 0,701
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je na visokem nivoju.	0	4 (6,3)	28 (44,4)	31 (49,2)	0	3,43 ± 0,615
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi narašča z leti delovnih izkušenj v patronažnem varstvu.	0	0	4 (6,3)	42 (65,6)	18 (28,1)	4,22 ± 0,548
Strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je v patronažnem zdravstvenem varstvu potrebno.	0	0	0	16 (25)	48 (75)	4,75 ± 0,436

Legenda: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam; f – frekvenca; % – odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Drugi podrazdelek komunikacija vsebuje eno zaprto vprašanje in nato 7 trditev, ki smo jih ocenjevali s pomočjo Likertove lestvice. Vrednost 1 pomeni se sploh ne strinjam, vrednost 2 se ne strinjam, vrednost 3 niti se ne strinjam niti se strinjam, vrednost 4 se strinjam in vrednost 5 se zelo strinjam. S tem podrazdelkom smo želeli preveriti, kako pomembna je komunikacija patronažne medicinske sestre z umirajočim varovancem in njegovimi svojci ter kako pomembna je komunikacija patronažne medicinske sestre s

preostalimi člani paliativnega tima. Ta sklop nam poda tudi rezultate o tem, ali je pri umirajočem varovancu bolj pomembna verbalna ali neverbalna komunikacija ali dotik.

Tabela 4: Menite, da je bolj pomembna komunikacija z umirajočim varovancem kot s svojci, ali je enakega pomena? (n = 63)

	f	%
Z umirajočim varovancem	0	0
S svojci	2	3,2
Enakega pomena	61	96,8

f – frekvenca; % – odstotek

Ena oseba iz vzorca na vprašanje ni odgovorila. Večina vprašanih, kar 61 (96,8 %), meni, da je komunikacija z umirajočim varovancem in njegovimi svojci enakega pomena (tabela 4).

Tabela 5: Patronažno varstvo – komunikacija (Celotna populacija; n = 64)

	1	2	3	4	5	PV ± SO
	f, (%)					
Komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	0	0	1 (1,6)	12 (18,8)	51 (79,7)	4,78 ± 0,453
Verbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	0	0	10 (15,6)	14 (21,9)	40 (62,5)	4,47 ± 0,755
Neverbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	0	0	2 (3,1)	13 (20,3)	49 (76,6)	4,73 ± 0,512
Dotik je pri umirajočem varovancu zelo pomemben.	0	0	3 (4,7)	17 (26,6)	44 (68,8)	4,64 ± 0,574
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med umirajočim varovancem in svojci.	0	0	6 (9,4)	27 (42,2)	31 (48,4)	4,39 ± 0,657
Komunikacija v paliativnem timu je zelo pomembna.	0	0	0	15 (23,8)	48 (76,2)	4,76 ± 0,429
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima.	0	1 (1,6)	4 (6,3)	18 (28,6)	40 (63,5)	4,54 ± 0,692

Legenda: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam; f – frekvenca; % – odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Anketiranci se z vsemi navedenimi trditvami v tem sklopu v veliki večini strinjajo ali pa zelo strinjajo. Najbolj enotni so si pri trditvi, da je komunikacija pri umirajočem varovancu zelo pomembna ($4,78 \pm 0,453$) (tabela 5).

S trditvijo: Z zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na njihovo pogled na smrt, so se anketiranci strinjali ($4,27 \pm 0,672$).

Tretji sklop – svojci, je sestavljen iz štirih trditev, ki smo jih prav tako ocenjevali s pomočjo Likertove lestvice. Vrednost 1 pomeni se sploh ne strinjam, vrednost 2 se ne strinjam, vrednost 3 niti se ne strinjam niti se strinjam, vrednost 4 se strinjam in vrednost 5 se zelo strinjam. S tem podrazdelkom smo preverili dve stvari: kakšni so občutki svojcev umirajočega varovanca po mnenju patronažne medicinske sestre ter kakšna je vloga patronažne medicinske sestre do svojcev umirajočega varovanca.

Tabela 6: Patronažno varstvo – svojci (Celotna populacija; n = 64)

	1	2	3	4	5	PV ± SO
	f, (%)					
Svojce umirajočih varovancev je strah smrti.	0	0	5 (7,8)	31 (48,4)	28 (43,8)	4,36 ± 0,627
S smrtjo se lažje soočijo, če njihov bližnji umre v bolnišnici.	0	16 (25,4)	26 (41,3)	16 (25,4)	5 (7,9)	3,16 ± 0,902
Z zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na njihov pogled na smrt.	0	0	8 (12,5)	31 (48,4)	25 (39,1)	4,27 ± 0,672
Z zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na znanje paliativne oskrbe.	0	0	6 (9,4)	34 (53,1)	24 (37,5)	4,28 ± 0,629

Legenda: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam; f – frekvenca; % – odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Anketirane patronažne medicinske sestre so neopredeljene pri trditvi Svojci se s smrtjo lažje soočijo, če njihov bližnji umre v bolnišnici ($3,16 \pm 0,902$) (tabela 6).

Zadnji sklop, ki smo ga ocenjevali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, je duhovnost. Podrazdelek je sestavljen iz petih trditev. Vrednost 1 pomeni se sploh ne strinjam, vrednost 2 se ne strinjam, vrednost 3 niti se ne strinjam niti se strinjam, vrednost 4 se

strinjam in vrednost 5 se zelo strinjam. S tem podrazdelkom smo želeli ugotoviti, koliko je duhovnost pomembna umirajočim varovancem in njihovim svojcem ter kakšen odnos imajo do duhovnosti patronažne medicinske sestre.

Tabela 7: Patronažno varstvo – duhovnost (Celotna populacija; n = 64)

	1	2	3	4	5	PV ± SO
	f, (%)					
Umirajoči varovanci imajo večkrat željo po duhovnosti.	0	1 (1,6)	15 (23,4)	39 (60,9)	9 (14,1)	3,88 ± 0,655
Umirajočem varovancu vedno izpolnim željo po duhovnosti, kljub temu da se le-ta včasih ne sklada z mojimi prepričanji.	0	1 (1,6)	10 (15,6)	28 (43,8)	25 (39,1)	4,2 ± 0,76
Duhovnost človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine in skupnosti.	0	0	6 (9,4)	33 (51,6)	25 (39,1)	4,3 ± 0,634
Tudi svojci se večkrat zatečejo k duhovnosti.	0	0	7 (10,9)	39 (60,9)	18 (28,1)	4,17 ± 0,606
Patronažna medicinska sestra je kompetentna za pomoč svojcem umrlega v času žalovanja.	2 (3,2)	9 (14,3)	13 (20,6)	26 (41,3)	13 (20,6)	3,62 ± 1,069

Legenda: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam; f – frekvenca; % – odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Anketiranci so se s trditvijo: Duhovnost človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine in skupnosti, strinjali ($4,3 \pm 0,634$), prav tako so se strinjali ($4,17 \pm 0,606$) s trditvijo o tem, da se tudi svojci večkrat zatečejo k duhovnosti.

Za celotni drugi sklop vprašalnika smo preverili tudi, kako so ocene trditev povezane z demografskimi dejavniki. S testom ANOVA za neodvisne vzorce, smo preverili ali obstaja statistično pomembna razlika glede na starost in delovno dobo. S tem testom ugotavljamo ali se aritmetična sredina treh neodvisnih skupin med seboj statistično pomembno razlikuje. Predpostavki, ki morata biti izpolnjena za test ANOVA, sta sledeči: vse meritve morajo biti normalno porazdeljene, variance v vzorcih pa homogene. V tabelah 8 in 9 so rezultati navedeni s povprečno vrednostjo (PV) in standardnim odklonom (SO), zraven pa je navedeno, ali znotraj demografskih razdelkov obstaja statistično pomembna razlika (p). Če je statistično pomembna razlika ugotovljena, je njena vrednost p nižja ali enaka 0,05.

Tabela 8: Primerjava odgovorov vseh sklopov (znanje, komunikacija, svojci, duhovnost) glede na starost patronažnih medicinskih sester.

	Starost			P
	Do – 40 let (n = 21)	41 – 50 let (n = 26)	Nad 50 let (n = 17)	
	PV ± SO			
ZNANJE				
V času dodiplomskega študija sem pridobil ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi.	2,62 ± 1,117	2,46 ± 1,029	1,8 ± 0,561	0,041
V študijskem programu bi morale biti več ur namenjenih paliativni negi.	4,29 ± 0,463	4,19 ± 0,749	3,93 ± 0,961	0,351
Pogosto se udeležujem dodatnega izobraževanja na temo paliativne zdravstvene nege.	3,14 ± 1,153	3,58 ± 1,102	3,88 ± 0,781	0,097
Informacije o paliativni zdravstveni negi poiščem v strokovni literaturi, strokovnih člankih, na spletu, idr.	3,86 ± 0,727	3,88 ± 0,711	3,88 ± 0,697	0,99
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je na visokem nivoju.	3,38 ± 0,669	3,4 ± 0,577	3,53 ± 0,624	0,733
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi narašča z leti delovnih izkušenj v patronažnem varstvu.	4,1 ± 0,436	4,27 ± 0,533	4,29 ± 0,686	0,455
Strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je v patronažnem zdravstvenem varstvu potrebno.	4,71 ± 0,463	4,77 ± 0,43	4,76 ± 0,437	0,903
KOMUNIKACIJA				
Komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	4,76 ± 0,436	4,81 ± 0,491	4,76 ± 0,453	0,93
Verbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	4,62 ± 0,59	4,5 ± 0,762	4,24 ± 0,755	0,291
Neverbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	4,86 ± 0,359	4,77 ± 0,514	4,53 ± 0,512	0,131
Dotik je pri umirajočem varovancu zelo pomemben.	4,62 ± 0,498	4,73 ± 0,533	4,53 ± 0,574	0,527
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med umirajočim varovancem in svojci.	4,43 ± 0,507	4,58 ± 0,643	4,06 ± 0,657	0,036
Komunikacija v paliativnem timu je zelo pomembna.	4,7 ± 0,47	4,88 ± 0,326	4,65 ± 0,429	0,153
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima.	4,8 ± 0,41	4,62 ± 0,697	4,12 ± 0,692	0,007
SVOJCI				
Svojce umirajočih varovancev je strah smrti.	4,33 ± 0,73	4,35 ± 0,629	4,41 ± 0,507	0,922
S smrtjo se lažje soočijo, če njihov bližnji umre v bolnišnici.	3 ± 0,837	3,08 ± 0,891	3,5 ± 0,966	0,209

	Starost			p
	Do 40 let (n = 21)	41 – 50 let (n = 26)	Nad 50 let (n = 17)	
	PV ± SO			
SVOJCI				
Z zdravstveno vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na njihov pogled na smrt.	4,19 ± 0,602	4,5 ± 0,583	4 ± 0,791	0,045
Z zdravstveno vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na znanje paliativne oskrbe.	4,19 ± 0,512	4,5 ± 0,51	4,06 ± 0,827	0,055
DUHOVNOST				
Umirajoči varovanci imajo večkrat željo po duhovnosti.	3,9 ± 0,625	4,04 ± 0,599	3,59 ± 0,712	0,083
Umirajočem varovancu vedno izpolnim željo po duhovnosti, kljub temu da se le-ta včasih ne sklada z mojimi prepričanji.	4,05 ± 0,74	4,31 ± 0,788	4,24 ± 0,752	0,503
Duhovnost človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine in skupnosti.	4,33 ± 0,483	4,46 ± 0,582	4 ± 0,791	0,06
Tudi svojci se večkrat zatečejo k duhovnosti.	4,24 ± 0,539	4,31 ± 0,679	3,88 ± 0,485	0,064
Patronažna medicinska sestra je kompetentna za pomoč svojcem umrlega v času žalovanja.	3,43 ± 1,207	4 ± 0,816	3,29 ± 1,105	0,065

Legenda: PV – povprečna vrednost; SO – standardno odstopanje; p = p – vrednost (vrednost ≤ 0,05 pomeni statistično pomembno razliko)

Pri demografskem razdelku starost, podrazdelek znanje, smo ugotovili statistično pomembno razliko pri trditvi: V času dodiplomskega študija sem pridobil ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi ($p = 0,041$). Stari do 40 let so se do trditve opredelili med se ne strinjam in niti se ne strinjam niti se strinjam ($2,62 \pm 1,117$), prav tako stari od 41 do 50 let ($2,46 \pm 1,029$). Stari nad 50 let pa se s trditvijo niso strinjali ($1,8 \pm 0,561$).

Pri podrazdelku komunikacija smo ugotovili statistično pomembno razliko pri trditvi: Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med umirajočim varovancem in svojci ($p = 0,036$). Stari do 40 let so se do trditve opredelili med se strinjam in se zelo strinjam ($4,43 \pm 0,507$), prav tako stari med 41 in 50 let ($4,58 \pm 0,643$). Stari nad 50 let se s trditvijo strinjajo ($4,06 \pm 0,657$). Pri tem podrazdelku je do statistično pomembne razlike prišlo tudi pri trditvi: Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima ($p = 0,007$). Stari do 40 let se s trditvijo zelo strinjajo ($4,8 \pm 0,41$), stari med 41 in 50

let so se do trditve opredelili med se strinjam in se zelo strinjam ($4,62 \pm 0,697$), stari nad 50 let pa se s trditvijo strinjajo ($4,12 \pm 0,692$).

Tudi pri podrazdelku svojci smo ugotovili statistično pomembno razliko pri trditvi: Z zdravstveno vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na njihov pogled na smrt ($p = 0,045$). Stari do 40 let se s trditvijo strinjajo ($4,19 \pm 0,602$), prav tako stari nad 50 let ($4 \pm 0,791$). Stari med 41 in 50 let so se do trditve opredelili med se strinjam in se zelo strinjam ($4,5 \pm 0,583$). V podrazdelku duhovnost statistično pomembnih razlik nismo ugotovili.

Tabela 9: Primerjava odgovorov vseh sklopov (znanje, komunikacija, svojci, duhovnost) glede na delovno dobo.

	Delovna doba			p
	Do 19 let	20 – 29 let	30 let ali več	
	(n = 24)	(n = 24)	(n = 16)	
	PV ± SO			
ZNANJE				
V času dodiplomskega študija sem pridobil ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi.	2,67 ± 1,049	2,38 ± 1,056	2,35 ± 1,01	0,032
V študijskem programu bi morale biti več ur namenjenih paliativni negi.	4,25 ± 0,532	4,170 ± 0,761	4,16 ± 0,729	0,601
Pogosto se udeležujem dodatnega izobraževanja na temo paliativne zdravstvene nege.	3,17 ± 1,09	3,58 ± 1,139	3,52 ± 1,069	0,074
Informacije o paliativni zdravstveni negi poiščem v strokovni literaturi, strokovnih člankih, na spletu, idr.	3,83 ± 0,702	3,92 ± 0,717	3,88 ± 0,701	0,921
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je na visokem nivoju.	3,42 ± 0,654	3,35 ± 0,573	3,43 ± 0,615	0,566
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi narašča z leti delovnih izkušenj v patronažnem varstvu.	4,13 ± 0,448	4,25 ± 0,532	4,22 ± 0,548	0,543
Strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je v patronažnem zdravstvenem varstvu potrebno.	4,71 ± 0,464	4,79 ± 0,415	4,75 ± 0,436	0,089
KOMUNIKACIJA				
Komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	4,79 ± 0,415	4,79 ± 0,509	4,75 ± 0,447	0,952
Verbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	4,63 ± 0,576	4,5 ± 0,78	4,19 ± 0,911	0,195

	Delovna doba			P
	Do 19 let	20 – 29 let	30 let ali več	
	(n = 24)	(n = 24)	(n = 16)	
PV ± SO				
KOMUNIKACIJA				
Neverbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	4,83 ± 0,482	4,79 ± 0,415	4,5 ± 0,632	0,101
Dotik je pri umirajočem varovancu zelo pomemben.	4,58 ± 0,584	4,79 ± 0,415	4,5 ± 0,73	0,242
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med umirajočim varovancem in svojci.	4,5 ± 0,511	4,5 ± 0,659	4,06 ± 0,772	0,068
Komunikacija v paliativnem timu je zelo pomembna.	4,74 ± 0,449	4,88 ± 0,338	4,63 ± 0,5	0,188
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima.	4,83 ± 0,388	4,54 ± 0,721	4,13 ± 0,806	0,006
SVOJCI				
Svojce umirajočih varovancev je strah smrti.	4,38 ± 0,711	4,29 ± 0,624	4,44 ± 0,512	0,768
S smrtjo se lažje soočijo, če njihov bližnji umre v bolnišnici.	3,08 ± 0,881	3 ± 0,834	3,53 ± 0,99	0,175
Z zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na njihov pogled na smrt.	4,29 ± 0,624	4,42 ± 0,584	4 ± 0,816	0,154
Z zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na znanje paliativne oskrbe.	4,29 ± 0,55	4,38 ± 0,576	4,13 ± 0,806	0,473
DUHOVNOST				
Umirajoči varovanci imajo večkrat željo po duhovnosti.	3,96 ± 0,624	3,96 ± 0,624	3,63 ± 0,719	0,213
Umirajočem varovancu vedno izpolnim željo po duhovnosti, kljub temu da se le-ta včasih ne sklada z mojimi prepričanji.	4,04 ± 0,751	4,33 ± 0,761	4,25 ± 0,775	0,403
Duhovnost človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine in skupnosti.	4,33 ± 0,482	4,46 ± 0,588	4 ± 0,816	0,075
Tudi svojci se večkrat zatečejo k duhovnosti.	4,25 ± 0,532	4,29 ± 0,69	3,88 ± 0,5	0,073
Patronažna medicinska sestra je kompetentna za pomoč svojcem umrlega v času žalovanja.	3,46 ± 1,141	4,04 ± 0,825	3,25 ± 1,125	0,045

Legenda: PV – povprečna vrednost; SO – standardno odstopanje; p = p – vrednost (vrednost ≤ 0,05 pomeni statistično pomembno razliko)

Pri demografskem razdelku delovna doba, podrazdelek znanje, smo ugotovili statistično pomembno razliko pri trditvi: V času dodiplomskega študija sem pridobil ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi (p = 0,032). Anketiranci z delovno dobo do 19 let so se pri opredelitvi do trditve nagibali bolj k niti se ne strinjam/niti se strinjam (2,67 ±

1,049), medtem ko so se vprašanci z delovno dobo od 20 do 29 let ($2,38 \pm 1,056$) in z delovno dobo nad 30 let ($2,35 \pm 1,01$) bolj nagibali k se ne strinjam.

Pri podrazdelku komunikacija smo ugotovili statistično pomembno razliko pri trditvi: Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima ($p = 0,006$). Patronažne medicinske sestre z delovno dobo do 19 let se s trditvijo zelo strinjajo ($4,83 \pm 0,388$), z delovno dobo med 20 in 29 let so se do trditve opredelili med se strinjam in se zelo strinjam ($4,54 \pm 0,721$), z delovno dobo 30 let in več pa se s trditvijo strinjajo ($4,13 \pm 0,806$).

V podrazdelku svojci statistično pomembnih razlik nismo ugotovili.

Pri zadnjem podrazdelku duhovnost smo ugotovili statistično pomembno razliko pri trditvi: Patronažna medicinska sestra je kompetentna za pomoč svojcem umrlega v času žalovanja ($p = 0,045$). Anketiranci z delovno dobo do 19 let so se do trditve opredelili med niti se ne strinjam niti se strinjam in med se strinjam ($3,46 \pm 1,141$). Patronažne medicinske sestre z delovno dobo med 20 in 29 let se s trditvijo strinjajo ($4,04 \pm 0,825$), z delovno dobo nad 30 let pa se s trditvijo niti ne strinjajo niti strinjajo ($3,25 \pm 1,125$).

Naslednja tabela (tabela 10) prikazuje povezanost trditev Likertove lestvice za sklope znanje, komunikacija, svojci in duhovnost s starostjo in delovno dobo vprašanih.

Tabela 10: Povezanost trditev Likertove lestvice za sklope znanje, komunikacija, svojci in duhovnost s starostjo in delovno dobo

		Starost	Delovna doba
ZNANJE			
V času dodiplomskega študija sem pridobil ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi.	r	-0,381	-0,391
	p	0,002	0,002
V študijskem programu bi morale biti več ur namenjenih paliativni negi.	r	-0,165	-0,14
	p	0,201	0,279
Pogosto se udeležujem dodatnega izobraževanja na temo paliativne zdravstvene nege.	r	0,272	0,305
	p	0,03	0,014
Informacije o paliativni zdravstveni negi poiščem v strokovni literaturi, strokovnih člankih, na spletu, idr.	r	-0,077	-0,04
	p	0,545	0,752
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je na visokem nivoju.	r	0,101	0,102
	p	0,43	0,426
Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi narašča z leti delovnih izkušenj v patronažnem varstvu.	r	0,123	0,122
	p	0,332	0,337

		Starost	Delovna doba
ZNANJE			
Strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je v patronažnem zdravstvenem varstvu potrebno.	r	0,041	0,03
	p	0,746	0,814
KOMUNIKACIJA			
Komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	r	-0,03	-0,032
	p	0,815	0,779
Verbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	r	-0,22	-0,228
	p	0,08	0,07
Neverbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	r	-0,251	-0,254
	p	0,046	0,043
Dotik je pri umirajočem varovancu zelo pomemben.	r	-0,059	-0,051
	p	0,644	0,69
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med umirajočim varovancem in svojci.	r	-0,216	-0,263
	p	0,087	0,036
Komunikacija v paliativnem timu je zelo pomembna.	r	-0,071	-0,076
	p	0,58	0,552
Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima.	r	-0,376	-0,396
	p	0,002	0,001
SVOJCI			
Svojce umirajočih varovancev je strah smrti.	r	0,025	-0,009
	p	0,844	0,943
S smrtjo se lažje soočijo, če njihov bližnji umre v bolnišnici.	r	0,172	0,103
	p	0,178	0,421
Z zdravstveno vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na njihov pogled na smrt.	r	-0,13	-0,195
	p	0,304	0,122
Z zdravstveno vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na znanje paliativne oskrbe.	r	-0,079	-0,12
	p	0,537	0,344
DUHOVNOST			
Umirajoči varovanci imajo večkrat željo po duhovnosti.	r	-0,192	-0,176
	p	0,128	0,164
Umirajočem varovancu vedno izpolnim željo po duhovnosti, kljub temu da se le-ta včasih ne sklada z mojimi prepričanji.	r	0,086	0,106
	p	0,5	0,403
Duhovnost človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine in skupnosti.	r	-0,16	-0,169
	p	0,208	0,183
Tudi svojci se večkrat zatečejo k duhovnosti.	r	-0,197	-0,223
	p	0,119	0,076
Patronažna medicinska sestra je kompetentna za pomoč svojcem umrlega v času žalovanja.	r	-0,052	-0,048
	p	0,687	0,706

Legenda: r = Pearsonov korelacijski koeficient, p = p – vrednost

Moč povezave je definirana po Fieldu (2005, str. 32). Ta opredeljuje $r = 0.10$ kot nizko povezanost (povezanost pojasni zgolj 1 % skupne variance); $r = 0.30$ definira kot

srednjo povezanost (povezanost pojasni zgolj 9 % skupne variance); $r = 0.50$ pa definira kot visoko povezanost (povezanost pojasni zgolj 25 % skupne variacije). V našem primeru prihaja do nizke in srednje povezanosti med spremenljivkama starost in delovna doba anketiranih ter sklopi znanje, komunikacija, svojci in duhovnost.

Za sklopa znanje in komunikacija je Pearsonov korelacijski koeficient pokazal kar nekaj statistično pomembnih povezav med podanimi trditvami in starostjo ter delovno dobo. Pearsonov korelacijski koeficient je pokazal statistično pomembno razliko pri trditvi iz sklopa znanje: V času dodiplomskega študija sem pridobil ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi, in starostjo vprašanih. Povezava je negativna ($r = -0,381$, $p = 0,002$), kar pomeni, da se starejši vprašani manj strinjajo s podano trditvijo. Do statistično pomembne povezave prihaja za to isto trditev tudi z delovno dobo vprašanih. Povezava je negativna ($r = -0,391$, $p = 0,002$).

Med trditvijo: Pogosto se udeležujem dodatnega izobraževanja na temo paliativne zdravstvene nege, in starostjo vprašanih prihaja do statistično pomembne povezave. Povezava je pozitivna ($r = 0,272$, $p = 0,03$), kar pomeni, da se starejši anketirani bolj strinjajo s trditvijo kot mlajši anketirani. Za to isto trditev prihaja do statistično pomembne povezave tudi z delovno dobo anketiranih. Povezava je prav tako pozitivna ($r = 0,305$, $p = 0,014$).

Do povezanosti pri sklopu komunikacija in starostjo anketiranih je prišlo do statistično pomembnih povezav pri dveh trditvah, in sicer: Neverbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna, ($r = -0,251$, $p = 0,046$) ter Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima ($r = -0,376$, $p = 0,002$). Do povezanosti pri sklopu komunikacija in delovno dobo anketiranih je prišlo do statistično pomembnih povezav pri trditvah: Neverbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna ($r = -0,254$, $p = 0,043$), Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med umirajočim varovancem in svojci ($r = -0,263$, $p = 0,036$) ter Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima ($r = -0,396$, $p = 0,001$).

Pearsonov korelacijski koeficient ni pokazal nobene statistično pomembne povezave tako med starostjo kot delovno dobo vprašanih in trditvami sklopov svojci in duhovnost.

3.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil s pomočjo raziskave ugotoviti, kako patronažne medicinske sestre razumejo svojo vlogo pri obravnavi umirajočega varovanca, na kakšen način lahko s svojim znanjem in komunikacijo vplivajo na varovanca in družino v času umiranja varovanca. Ugotoviti smo tudi želeli, ali lahko z edukacijo svojcev pripomorejo k izboljšanju stanja varovancev in razumevanju spremljajočih simptomov ter ugotoviti vlogo duhovnosti pri umirajočem varovancu.

V naši raziskavi smo ugotavljali, kako patronažne sestre razumejo svojo vlogo pri obravnavi umirajočega varovanca in ugotovili, da svojo vlogo dobro poznajo. To lahko sklepamo na podlagi strinjanja patronažnih medicinskih sester s trditvami, da so znanje, neprestano izobraževanje, komunikacija z varovancem, svojci ter ostalimi člani paliativnega tima in zdravstveno vzgojno delo izrednega pomena. Ena najpomembnejših vlog patronažnih medicinskih sester pri umirajočem varovancu je zagovorništvo varovancev. V vlogi zagovornika patronažne medicinske sestre delujejo kot vodniki umirajočim varovancem in njihovim svojcem skozi proces umiranja, sta v svojem delu napisali McSteen in Peden-McAlpine (2006). Varovance in svojce vodijo skozi proces izobraževanja o bolezni, poučevanja posebnih znanj, pojasnjujejo jim informacije in jih seznanjajo z možnostmi, opazujejo domače razmere in negovanje varovanca s strani svojcev. Kot vodnik patronažne medicinske sestre ne sprejemajo odločitev namesto varovancev in njihovih svojcev, temveč jim pomagajo pridobiti in pojasniti informacije, ki jim pomagajo pri njihovi odločitvi.

Naša raziskava je pokazala, da je znanje o paliativni zdravstveni negi v patronažnem varstvu potrebno. Enako se večina vprašanih strinja oz. zelo strinja, da je komunikacija z varovancem, s svojci in ostalimi člani paliativnega tima zelo pomembna. Po teh podatkih lahko sklepamo, da se vprašani zavedajo, da lahko le z uporabo veščin dobre

komunikacije vodijo varovance in njihove svojce skozi proces umiranja, pri tem pa potrebujejo veliko strokovnega znanja, da lahko posredujejo in pojasnjujejo informacije ter odgovarjajo na zastavljena vprašanja. Skoraj dve tretjini vprašanih v naši anketi meni, da v času dodiplomskega študija niso pridobili ustreznega znanja o paliativni zdravstveni negi, tretjina je nevtralnih in le malo več kot desetina jih meni, da so pridobili ustrezno znanje. Statistično pomembno razliko, ki smo jo dobili z našo raziskavo glede na starost, lahko pojasnimo s tem, da starejši v svojem učnem programu še niso imeli paliativne zdravstvene nege. Iz tega lahko sklepamo, da zato niso imeli možnosti pridobiti ustreznega znanja v času študija. Raziskava pa je pokazala, da so tudi mlajši mnenja, da je v času študija premalo učnih ur namenjenih paliativni zdravstveni negi. Zanimivo je, da je Terbuc (2013) v svoji raziskavi ugotovil, da 60 % vprašanih zaposlenih v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca v Mariboru meni, da svoje znanje, ki so ga pridobile v času študija, ocenjujejo kot dobro in 35 % anketirank kot zadostno in le ena vprašana je ocenila svoje znanje, pridobljeno tekom študija kot slabo. Ker nas je podatek presenetil, smo preverili tudi starost vprašanih in ugotovili, da je kar 63 % vprašanih starejših od 41 let. Poraja se nam vprašanje, ali so vse vprašane končale študij ob delu v času, ko je bil predmet Paliativna zdravstvena nega že vključen v študijski program. Nyatanga (2012) je v svojem članku zapisal, da varovanci vidijo patronažne medicinske sestre kot strokovnjake, zato od njih pričakujejo odgovore na njihova vprašanja in skrbi. Večina varovancev pričakuje jasne informacije o svoji bolezni, brez uporabe strokovnih izrazov, pričakujejo tudi psihološko podporo, kadar jo potrebujejo. Ena bolj pomembnih stvari, ki jih varovanci pričakujejo od patronažnih medicinskih sester je, da jih le-te obravnavajo s človečnostjo, dostojanstvom ter jih spoštujejo kot posameznike.

V naši anketi se vprašani strinjajo, da imajo umirajoči varovanci in njihovi svojci večkrat željo po duhovnosti in v večini jim to željo tudi izpolnijo. Presenetil nas je podatek, da več kot tretjina vprašanih patronažnih medicinskih sester meni, da ni kompetentna za pomoč svojcem umrlega v času žalovanja, čeprav je v Aktivnostih zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Železnik, 2011) pod rubriko komunikacija – izražanje potreb in čustev, med drugim navedena tudi podpora svojcem umrlega. Plešej

(2013) v svoji raziskavi pove, da je duhovnost zelo širok pojem, katerega širine se velikokrat ne zavedamo. Vsak človek poseduje duhovno razsežnost. Pogosto pa se zgodi, da se človek začne zavedati svoje duhovnosti in njenega pomena šele ob srečanju s hudo ali neozdravljivo boleznijo. Takrat se začne spraševati o smislu življenja in namenu, srečuje se tudi z žalostjo, strahom, nemirom ter občutkom brezupa. Naloga medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev je, da mu te trenutke pomagamo prebroditi in lajšati, da mu zagotovimo učinkovito duhovno oskrbo in mu pomagamo najti smisel v življenju in izboljšamo kvaliteto življenja. Chochinov in Cann (2005 povz. po Plešej, 2013, str. 45) sta v svoji študiji, ki obravnava intervencije duhovne oskrbe, ugotovila, da so najpogosteje uporabljene duhovne intervencije držanje varovanca za roko (terapevtski dotik), poslušanje varovanca, smeh, molitev in biti navzoč ob varovancu.

Podatki naše raziskave kažejo, da se več kot dve tretjini vprašanih strinja oz. zelo strinja, da s svojim vzgojnim delom v družini umirajočega pomembno vplivajo na pogled na smrt in v še malo večjem številu se strinjajo oz. zelo strinjajo, da s svojim zdravstveno vzgojnim delom pomembno vplivajo na znanje svojcev. V svojem članku Brumec (2008) piše, da je pomembno vodilo v paliativni zdravstveni negi podpora družinskim članom in tistim pomembnim drugim, ki imajo z varovancem najtesnejše razmerje, da lahko nudijo varovancu potrebno oskrbo in bližino. Le njih, v prvi vrsti, si varovanec kot spremljevalce največkrat tudi želi. V nadaljevanju našteje, na kakšne načine pomagamo: prizadevamo si, da ima družina jasne informacije o dogajanju, pomembna je dobra, odkrita in družini naklonjena komunikacija, svojcem pomagamo prepoznavati potlačena čustva – jezo, krivdo, razočaranja ipd, jim olajšati izražanje in delitev čustev, pomagamo jim pri odločitvah, kaj je pomembno za svojce in varovanca, podpiramo jih, da odkrivajo in se spoprijemajo z nerazrešenimi zadevami, svojcem pomagamo pri organizaciji in izvajanju oskrbe: oskrba s pripomočki za nego, pomoč pri negi, zdravstvena vzgoja in učenje postopkov oskrbe varovanca doma, svojcem nudimo podporo v času po smrti.

Omejitev raziskave je v vzorčenju, ker je vzorec reprezentativen za gorenjsko regijo in rezultatov zato ne moremo posploševati na celo Slovenijo.

Lama Shenphen Rinpoče (b. l.): »Premišljevanje o smrti bogati kakovost našega življenja in nam pomaga v miru umreti.«

4 ZAKLJUČEK

Delo patronažne medicinske sestre poteka na terenu, v različnih okoliščinah in situacijah, velikokrat je potrebna tudi improvizacija. Delo v patronažnem varstvu je zanimivo in raznoliko, a tudi zahtevno, saj intervencije izvajajo brez prisotnosti zdravnika oziroma drugih sodelavcev. S povečanjem števila paliativnih varovancev zahtevnost dela v patronažnem varstvu le še narašča. Paliativna zdravstvena nega postaja vsak dan večji del zdravstvene nege in še večji del patronažnega varstva. Starost prebivalstva narašča, narašča število kroničnih obolenj, v porastu so tudi rakava obolenja, hkrati pa narašča število ljudi, ki bi radi zadnje dni svojega življenja preživeli doma. Glavni namen paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu je izboljšati kakovost življenja varovanca in njihovih bližnjih do najvišje možne točke. Rezultati naše raziskave so pokazali pripravljenost in potrebo zaposlenih v patronažnem varstvu za kontinuirano izobraževanje paliativne zdravstvene nege. To je razveseljiv podatek, kajti le s kontinuiranim izobraževanjem bodo varovanci in njihovi svojci lahko deležni kakovostne celostne obravnave, s tem pa se bodo lažje soočili z boleznijo in z zaključevanjem življenja – smrtjo.

Glede na ugotovitve, da je velika razlika med mnenji vprašanih, zaposlenih v zdravstvenih domovih osnovnega zdravstva Gorenjske in zaposlenih pri zasebnici Mateji Šenk (Kranj) ter med vprašanimi, ki so zaposleni v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca v Mariboru, bi bilo smiselno, da bi se izvedla enotna raziskava na širšem območju Slovenije.

5 LITERATURA

Allen W. Lepe misli, B.I. Dostopno na: <http://www.lepemisli.si/misli-znanih-avtorjev/a/verzi-woody-allen/> (14. 9.2014).

Benedik J. Oskrba bolnika ob koncu življenja; 2011. Dostopno na: http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Onkologija_letnik_XV_st1/Onkologija_junij_2011_web_2_16.pdf (14. 9. 2014).

Brown H, Johnston B, Östlund U. Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. Br J Community Nurs. 2011;16(5):238-45.

Brumec M. Soočanje družine s procesom umiranja. In: Koletnik Z, ed. 2. strokovno srečanje: Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Spodnji Duplek, 15. 4. 2008. Spodnji Duplek: Koletnik Zdenka s.p.; 2008: 41-6.

Carlsson M. Sleep disturbance in relatives of palliative patients cared for at home. Palliat Support Care. 2012;10(3):165-70.

Cronfalk BS, Strang P, Ternstedt B. Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care. J Clin Nurs. 2009;18(15):2225-33.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009: 168-9.

Červek J. Paliativna oskrba. In: Červek J, Uršič Vrščaj M, Zakotnik B, eds. Le ovinek na poti življenja. B.k.: Janssen-Cilag, Farmaceutski del Johnson&Johnson, d. o. o.; 2006: 58-9.

Davy L. District nurse: a flexible workforce. J Community Nurs. 2007;21(11):16-9.

Davey L. The nurse who is there when life's clock is five minutes to midnight. Aust Nurs Midwifery J. 2014;21(10):36-7.

de Guzman AB, Dalay NJZ, De Guzman AJM, de Jesus LLE, de Mesa JBC, Flores JDD. Spirituality in Nursing: Spirituality in nursing: Filipino elderly's concept of, distance from, and involvement with God. *Educ Gerontol.* 2009;35(10):929-44.

Field A. *Discovering Statistics Using SPSS.* London: Sage Publications; 2005.

Horvat M. Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo-obrnava na primarnem nivoju v patronažni dejavnosti. In: Kavaš E, Zrim M, Lebar Z, Šumak I, eds. *Obravnava starejših z vidika zdravstvene nege v vseh okoljih: zbornik strokovnega seminarja z recenzijo, Murska Sobota, 1. december 2010.* Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja; 2010: 18-24.

Kalšek M. Vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom. In: Koletnik Z, ed. *2. strokovno srečanje: Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Spodnji Duplek, 15. 4. 2008.* Spodnji Duplek: Koletnik Zdenka s.p.; 2008: 25-9.

Klevišar M. *Spremljanje umirajočih.* Ljubljana: Družina d.o.o.; 2006: 73.

Kranjc A. Paliativna obravnava pacienta in njegove družine v patronažni zdravstveni negi. In: Presker Planko A, Esih K, eds. *IV. Stiki zdravstvene nege: Paliativna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo, Celje, 18. april 2013.* Visoka zdravstvena šola v Celju; 2013: 28-38.

Krajnc M, Čokolič M. Umirajoči bolnik. In: Koletnik Z, ed. *2. strokovno srečanje: Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Spodnji Duplek, 15. 4. 2008.* Spodnji Duplek: Koletnik Zdenka s.p.; 2008: 5-14.

Lunder U. Izgorevanje v paliativni oskrbi bolnika na domu in v domu starejših občanov. In: Lunder U, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 1: zbornik predavanj, Ljubljana, maj 2007.* Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 2007: 119-27.

Lunder U. Veščine sporazumevanja s starejšimi in bolnimi v čustveno zahtevnih situacijah. In: Mencej M, ed. Bolezni in sindromi v starosti 2: zbornik predavanj, Ljubljana, maj 2008. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 2008: 69-76.

McSteen K, Peden-McAlpine C. The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *J Hosp Palliat Nurs.* 2006;8(5):259-69.

Ministrstvo za zdravje. Državni program paliativne oskrbe; 2010. Dostopno na: www.mz.gov.si/.../Državni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc (5. 8. 2014).

Nyatanga B. Communicating with dying patients: a time to listen more than talk. *Br J Community Nurs.* 2012;17(8):369.

Peternej A, Simonič A. Slovenska izkušnja s paliativno oskrbo pacientov. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 23. Oktober 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2009: 21-8.

Plešej L. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja s poudarkom na duhovni oskrbi umirajočega [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013.

Poplas Susič T. Vodenje bolnikov v paliativni medicinski obravnavi na domu. In: Lunder U, ed. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja, Ljubljana, 3. februar 2011. Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 12-4.

Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. In: Skubic Ermenc K, Hoyer S, eds. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009: 61.

Ramšak Pajk J, Bašanović S. Obravnava pacienta s pljučnim rakom v domačem okolju. In: Matković M, ed. 39. Strokovni seminar: Pacient in pljučni rak – trendi in novosti:

zbornik predavanj z recenzijo, Zreče, 23. marec 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2012: 150-8.

Ramšak Pajk J, Murphy F. Obravnava neozdravljivo bolnih v patronažnem varstvu in teoretični modeli. In: Horvat M, ed. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo, Nova Gorica, 19.-20. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti; 2012: 86-96.

Rinpoče LS. Pot vase: Budistični odnos do življenja in umiranja, B.I. Dostopno na: <http://www.scribd.com/doc/208059315/Pot-vase-budisti%C4%8Dni-odnos-do-%C5%BEivljenja-in-umiranja#scribd> (10. 6. 2015).

Rose J, Glass N. Nurses and palliation in the community: the current discourse. *Int J Palliat Nurs.* 2006;12(12):588-94.

Rosenzweig M, Clifton M, Arnold R. Development of Communication Skills Workshop for Oncology Advanced Practice Nursing Students. *J Cancer Educ.* 2007;22(3):149-53.

Simonič A. Psihološki aspekti paliativne oskrbe. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo: zbornik z recenzijo. Ljubljana, 23. oktober 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2009: 65-73.

Tan Jia Xing J. The use of effective therapeutic communication skills in nursing practice. *Singapore Nurs J.* 2009;36(1):35-40.

Terbuc K. Paliativna zdravstvena nega: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede; 2013.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). Uradni list RS, št. 23/2005. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=54447/> (6. 4. 2014).

Zavertnik JE, Huff TA, Munro CL. Innovative Approach to Teaching Communication Skills to Nursing Students. *J Nurse Educ.* 2010;49(2):65-71.

Železnik D, ed. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 5-37.

Železnik D, Železnik U. Posebnosti komuniciranja s starejšimi ljudmi. In: Kavaš E, Zrim M, Lebar Z, Šumak I, eds. Obravnava starejših z vidika zdravstvene nege v vseh okoljih: zbornik strokovnega seminarja z recenzijo, Murska Sobota, 1. december 2010. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja; 2010: 8-11.

Wolf N. Težave v komunikaciji strokovnih delavcev z umirajočimi in svojci. In: Koletnik Z, ed. 2. strokovno srečanje: Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Spodnji Duplek, 15. 4. 2008. Spodnji Duplek: Koletnik Zdenka s.p.; 2008: 55-8.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik za patronažne medicinske sestre

Sem Franjo Klarić, absolvent Fakultete za zdravstvo Jesenice in vas vabim k sodelovanju pri raziskovalni nalogi. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Vloga patronažne medicinske sestre pri umirajočem varovancu, zato vas vljudno prosim, da si vzamete trenutek časa in iskreno odgovorite na vprašanja. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno za namene diplomskega dela. Za vaše odgovore se vam že vnaprej najlepše zahvaljujem.

PRVI SKLOP – DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Starost

(obkrožite ustrezní odgovor)

- A. 21 – 30 let
- B. 31 – 40 let
- C. 41 – 50 let
- D. 51 – 65 let

2. Spol

(obkrožite ustrezní odgovor)

- A. ženska
- B. moški

3. Izobrazba

(obkrožite ustrezní odgovor)

- A. višješolska izobrazba

- B. visokošolska izobrazba
- C. univerzitetna izobrazba
- D. podiplomska izobrazba – strokovni magisterij ali magisterij znanosti

4. Delovna doba

(obkrožite ustrezní odgovor)

- A. 0 – 9 let
- B. 10 – 19 let
- C. 20 – 29 let
- D. 30 in več let

5. Delovna doba v patronažnem varstvu

(obkrožite ustrezní odgovor)

- A. 0 – 5 let
- B. 6 – 10 let
- C. 11 – 20 let
- D. 21 in več let

6. Kje pretežno obiskujete varovance, na podeželju, predmestju ali v mestnem okolju?

(obkrožite ustrezní odgovor)

- A. podeželje
- B. predmestje
- C. mesto

DRUGI SKLOP – PATRONAŽNO VARSTVO

ZNANJE

7. Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: **1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.**

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	V času dodiplomskega študija sem pridobila ustrezno znanje o paliativni zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
2	V študijskem programu bi moralo biti več ur namenjenih paliativni zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
3	Pogosto se udeležujem dodatnega izobraževanja na temo paliativna zdravstvena nega.	1	2	3	4	5
4	Informacije o paliativni zdravstveni negi poiščem v strokovni literaturi, strokovnih člankih, na spletu ...	1	2	3	4	5
5	Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je na visokem nivoju.	1	2	3	4	5
6	Moje strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi narašča z leti delovnih izkušenj v patronažnem varstvu.	1	2	3	4	5
7	Strokovno znanje o paliativni zdravstveni negi je v patronažnem zdravstvenem varstvu zelo potrebno.	1	2	3	4	5

KOMUNIKACIJA

8. Menite, da je bolj pomembna komunikacija z umirajočim varovancem kot s svojci, ali je enakega pomena?

(obkrožite ustrezní odgovor)

- A. z umirajočim varovancem
- B. s svojci
- C. enakega pomena

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: **1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.**

1	Komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	1	2	3	4	5
2	Verbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	1	2	3	4	5
3	Neverbalna komunikacija pri umirajočem varovancu je zelo pomembna.	1	2	3	4	5
4	Dotik je pri umirajočem varovancu zelo pomemben.	1	2	3	4	5
5	Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med umirajočim varovancem in svojci.	1	2	3	4	5
6	Komunikacija v paliativnem timu je zelo pomembna.	1	2	3	4	5
7	Kot patronažna medicinska sestra sem večkrat vezni člen v komunikaciji med družino in ostalimi člani paliativnega tima.	1	2	3	4	5

SVOJCI

9. Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: **1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.**

1	Svojce umirajočih varovancev je strah smrti.	1	2	3	4	5
2	S smrtjo se lažje soočijo, če njihov bližnji umre v bolnišnici.	1	2	3	4	5
3	Z zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na njihov pogled na smrt.	1	2	3	4	5
4	Z zdravstveno-vzgojnim delom v družini umirajočega varovanca pomembno vplivam na znanje paliativne oskrbe.	1	2	3	4	5

DUHOVNOST

10. Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: **1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.**

1	Umirajoči varovanci imajo večkrat željo po duhovnosti.	1	2	3	4	5
2	Umirajočem varovancu vedno izpolnim željo po duhovnosti, kljub temu da se le-ta včasih ne sklada z mojimi prepričanji.	1	2	3	4	5
3	Duhovnost človeku pomaga najti odgovore na vprašanja o odnosu do sebe, družine in skupnosti.	1	2	3	4	5