



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**NEFARMAKOLOŠKI UKREPI ZA
OBVLADOVANJE SIMPTOMOV V
PALIATIVNI OSKRBI**

**NON-PHARMACOLOGICAL
INTERVENTIONS FOR MANAGING
SYMPTOMS IN PALLIATIVE CARE**

Mentorica: Marjana Bernot, pred.

Kandidat: Gregor Prijanovič

Jesenice, marec, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Marjani Bernot, pred., za pomoč pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvala tudi Marjeti Longyka, univ. dipl. slovenistki za lektoriranje diplomskega dela in obema recenzentkama Saneli Pivač, pred., in doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik.

Prav tako gre moja zahvala vsem sodelavkam in sodelavcem Nevrološke klinike UKC Ljubljana, ki so sodelovali pri anketi, izvedeni na kliniki.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaposleni v zdravstveni negi se dnevno srečujejo s pacienti, ki potrebujejo paliativno oskrbo. Poznavanje simptomov v paliativni oskrbi ter poznavanje metod za obvladovanje teh simptomov je zato nujno za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege.

Cilj: Ugotoviti, kakšno je poznavanje simptomov v paliativni oskrbi pri zaposlenih v zdravstveni negi, koliko so seznanjeni z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje teh simptomov, katere nefarmakološke metode za obvladovanje simptomov uporabljajo zaposleni v zdravstveni negi, in kako jih seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptomov motivira za izvajanje teh ukrepov v praksi.

Metoda: Raziskava je potekala od 15. 7. 2015 do 5. 8. 2015. Vzorec je bil namenski, anketirani so bili zaposleni v zdravstveni negi na Kliničnem oddelku za bolezni živčevja in Kliničnem oddelku za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo. Dobljene podatke smo predstavili z opisno statistiko (frekvence, odstotki, povprečne vrednosti, standardni odkloni) v tabelah kot tudi grafično. Z uporabo inferenčne statistike smo testirali vnaprej postavljene hipoteze. Zaradi narave podatkov – urejenostne (ordinalne) spremenljivke – smo za analizo prve in tretje hipoteze uporabili neparametrični test – Friedmanov test (Friedmanova dvosmerna analiza na rangih). Pri drugi hipotezi smo uporabili frekvenčno porazdelitev. Za testiranje četrte hipoteze smo uporabili test korelacije, in sicer koeficient korelacije rangov – Spearmanov koeficient korelacije med dvema urejenostnima spremenljivkama.

Rezultati: Po mnenju anketirancev obstaja statistično pomembna razlika med pogostostjo pojavljanja posameznih simptomov pri paliativni oskrbi. Vzorčni podatki kažejo, da se najpogosteje pojavlja bolečina, najmanj pogosto pa anoreksija. Poznajo nefarmakološke ukrepe za obvladovanje simptomov. Pri bolečini je najpogosteje naveden ukrep položaj telesa (34-krat), pri dispneji dvignjeno vzglavje (61-krat), pri zaprtju z vlakninami bogata prehrana (41-krat), pri kronični utrujenosti motivacijo (19-krat) in pri deliriju pogovor (33-krat). So tudi mnenja, da potrebujejo več znanja o nefarmakoloških ukrepih in njihovi uporabi ($PV= 4,2$, $SO= 0,78$). Obstaja močna pozitivna povezava med seznanjenostjo z nefarmakološkimi ukrepi in motivacijo zaposlenih za uporabo teh ukrepov. Spearmanov koeficient korelacije je 0,553.

Razprava: Naša raziskava je pokazala pomen znanja na motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi pri uporabi nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi. Uporaba nefarmakoloških ukrepov krepi avtonomijo zdravstvene nege in je ob naraščajoči potrebi po paliativni oskrbi nedvomno področje zdravstvene nege, ki mu je potrebno nameniti pozornost. Pomembno je, da uporaba nefarmakoloških ukrepov temelji na dokazih in raziskavah, ki uporabijo te metode potrjujejo. V prihodnosti bi lahko izvedli raziskavo o povezanosti in medsebojnem vplivu farmakoloških in nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov.

Ključne besede: paliativna oskrba, simptomi v paliativni oskrbi, nefarmakološki ukrepi

ABSTRACT

Background: Nursing professionals meet with patients requiring palliative care on a daily basis. Knowledge of symptoms in palliative care and of the methods of dealing with these symptoms is therefore essential for provision of high-quality nursing care.

Aims: To establish how familiar nursing professionals are with the symptoms in palliative care, how familiar they are with non-pharmacological measures of managing these symptoms, which non-pharmacological methods they use to manage the symptoms, and to what extent does familiarity with non-pharmacological measures for symptom management motivate them for implementing these measures in practice.

Methods: The survey was conducted from July 15th, 2015 to August 5th, 2015. A purposive sample was used with respondents being nursing professionals employed at the Department for diseases of the nervous system and the Department of vascular neurology and neurological intensive therapy. Obtained data were presented using descriptive statistics (frequency, percentage, means, and standard deviation) in tables and graphically. Hypotheses were tested with inferential statistics. Due to the nature of the data—ordinal variables—we used the non-parametric Friedman test (Friedman's two-way analysis of range) for analysing the first and third hypotheses. For the second hypothesis, frequency distribution was used. For testing the fourth hypothesis, we used the test correlations, namely the correlation coefficient rankings—Spearman's rank correlation coefficient between two ordinal variables.

Results: According to the respondents, a statistically significant difference exists between the frequencies of occurrence of individual symptoms in palliative care. Sample data suggest that pain is most common symptom, and anorexia the least common. Respondents were familiar with non-pharmacological measures for symptom control. For pain, the most commonly stated measure was position of the body (34 times), a raised pillow for dyspnoea (61 times), a fibre-rich diet for constipation (41 times), motivation for chronic fatigue (19 times) and conversation for delirium (33 times). Respondents also believe they need more knowledge on non-pharmacological measures and their application ($M=4.2$, $SD=0.78$). A strong positive correlation was established between nursing professionals' knowledge of non-pharmacological measures and their motivation to use them. Spearman's rank correlation coefficient was 0.553.

Discussion: Our research revealed the importance of knowledge for the motivation of nursing professionals in using non-pharmacological measures for symptom management in palliative care. The use of non-pharmacological measures strengthens the autonomy of nursing and, with the need for palliative care increasing, is undoubtedly an area deserving attention. It is important that the use of non-pharmacological measures is evidence-based and founded on research confirming the positive effect of these methods. A future research on the relationship and interaction between pharmacological and non-pharmacological measures for symptom management is recommended.

Key words: palliative care, symptoms in palliative care, non-pharmacological interventions

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	PALIATIVNA OSKRBA	2
2.2	SIMPTOMI V PALIATIVNI OSKRBI	6
2.2.1	Dispneja	6
2.2.2	Kronična utrujenost	7
2.2.3	Zaprtje	7
2.2.4	Bolečina	8
2.2.5	Delirij	9
2.3	NEFARMAKOLOŠKI UKREPI ZA OBVLADOVANJE SIMPTOMOV	10
2.3.1	Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje dispneje	10
2.3.2	Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje kronične utrujenosti	11
2.3.3	Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje zaprtja	11
2.3.4	Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje bolečine	12
2.3.5	Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje delirija	13
2.4	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPOZNAVANJU IN OBVLADOVANJU SIMPTOMOV	13
3	EMPIRIČNI DEL	15
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta	16
3.3.3	Opis vzorca	17
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	21
3.4	REZULTATI	22
3.5	RAZPRAVA	38
4	ZAKLJUČEK	42

5 LITERATURA	43
---------------------------	-----------

6 PRILOGE

KAZALO SLIK

Slika 1: Neprekinjena paliativna oskrba.....	2
Slika 2: Struktura anketirancev po spolu.....	18
Slika 3: Struktura anketirancev po starosti.....	19
Slika 4: Struktura anketirancev po dolžini delovne dobe v zdravstveni negi.....	19
Slika 5: Struktura anketirancev po doseženi izobrazbi.....	20
Slika 6: Struktura anketirancev po organizacijski enoti	21
Slika 7: Prikaz razvrstitve simptomov po pogostosti pojavljanja	23
Slika 8: Obvladovanje simptomov z nefarmakološkimi ukrepi	24
Slika 9: Prikaz razlogov za neuporabo nefarmakološki ukrepov	28
Slika 10: Prikaz razlogov za uporabo nefarmakološki ukrepov	29
Slika 11: Prikaz Likertove lestvice.....	35

KAZALO TABEL

Tabela 1: Dnevnik lestvice za obvladovanje simptomov	4
Tabela 2: Edmontonov sistem za obvladovanje simptomov (ESOS).....	5
Tabela 3: Preprečevanje in zdravljenje delirija	13
Tabela 4: Preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta.....	17
Tabela 5: Lastnosti anketirancev	17
Tabela 6: Razvrstitev simptomov po pogostosti pojavljanja.....	22
Tabela 7: Friedmanov test pogostosti pojavljanja simptomov	23
Tabela 8: Obvladovanje simptomov z nefarmakološkimi ukrepi.....	24
Tabela 9: Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje simptomov	25
Tabela 10: Razlogi za neuporabo nefarmakološki ukrepov	27
Tabela 11: Razlogi za uporabo nefarmakološki ukrepov	29
Tabela 12: Likertova lestvica	30
Tabela 13: Povprečni rangi trditev o obvladovanju simptomov.....	36
Tabela 14: Friedmanov test obvladovanja simptomov z nefarmakološkimi ukrepi.....	36
Tabela 15: Spearmanov koeficient korelacije	37

SEZNAM KRAJŠAV

CŽS	Centralni živčni sistem
VAS	Vizualno analogna skala
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen
ZN	Zdravstvena nega
SMS	Srednja medicinska sestra
ZT	Zdravstveni tehnik
Dipl. m. s.	Diplomirana medicinska sestra
Dipl. zn.	Diplomirani zdravstvenik
Mag. zdr. nege	Magister zdravstvene nege
FTH	Fizioterapija
TENS	Čezkožno električno stimuliranje živca

1 UVOD

Bistvo delovanja paliativne zdravstvene nege je vedno pacient in njegovi svojci ter z njimi povezane potrebe, želje in možnosti za čim kvalitetnejše preživetje preostalega dela življenja pacienta. Za strokovno delo v terminalni fazi življenja je pomembno prepoznavanje in razumevanje telesnih in čustvenih sprememb pacienta in svojcev. Pogoj za to je dobra in pravočasna komunikacija. Pravilna komunikacija je tista, ki omogoča spoznavanje bolnika in svojcev ter vzpostavlja dobre odnose med zdravstvenimi delavci, pacientom in svojci. Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja si prizadeva za zadovoljitev pacientovih fizičnih potreb, in sicer lajšanje bolečin in ostalih simptomov ter čustvenih, socialnih in duhovnih potreb (Jelen Jurič, 2009).

Cilj paliativne oskrbe je ublažiti simptome in izboljšati kakovost življenja in umiranja pacientov. Prepoznavanje motečih simptomov v paliativni oskrbi je pomemben del kakovostne in učinkovite obravnave. Simptome moramo pravočasno prepoznati, jih oceniti in obravnavati (Peternelj & Jakhel, 2010).

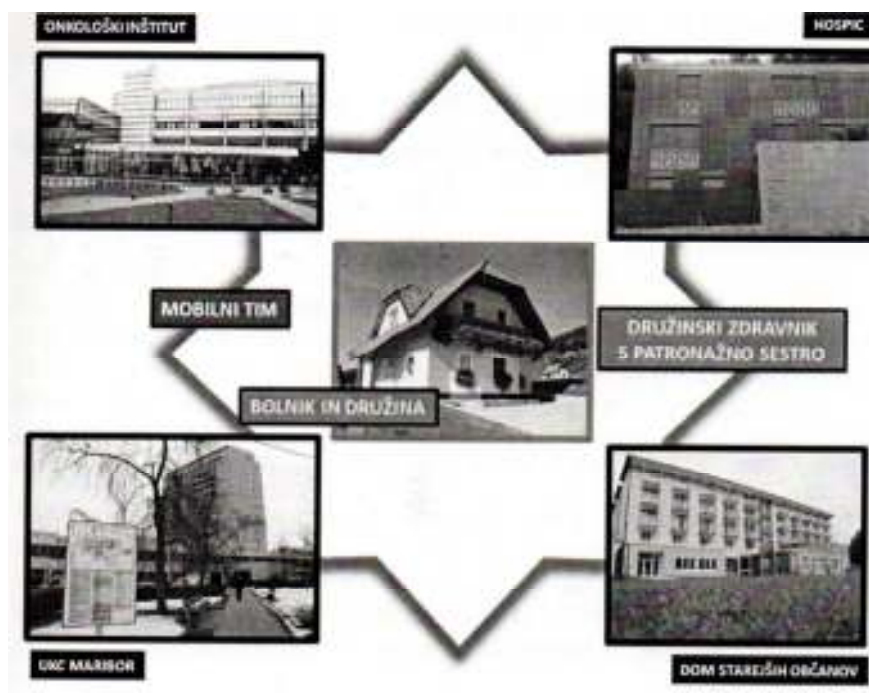
Medicinske sestre kot nosilke zdravstvene nege skrbijo za aktivno, celostno in individualno usmerjeno zdravstveno nego posameznikov vseh starostnih skupin. Oskrba pacientov v zadnjih dneh življenja je pomemben in zahteven del celostne oskrbe. Vloga medicinskih sester v zadnjih dnevih življenja je oskrba prisotnih simptomov (bolečina, nemir, izločki v dihalih, slabost, bruhanje, težko dihanje itd.) in ostalih potreb, kot je osebna higiena, psihološka in duhovna podpora, primerna okolica, podpora bližnjim itd. (Zavratnik & Mehle, 2014).

Aktivna celostna oskrba pacientov v zadnjem obdobju življenja je enako pomembna in strokovno zahtevna kot skrb v času zdravljenja. Paliativna oskrba s paliativno medicino je dosegla velik razvoj in predstavlja zahtevno vejo medicine. Dolžnost zdravnika in zdravstvenih delavcev je, da osvojijo ustrezna specialna znanja in veščine iz paliativne medicine in paliativne oskrbe, s stalnim nadgrajevanjem znanja (Červek, 2009).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PALIATIVNA OSKRBA

Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč pacientom vseh starosti z napredovano kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja. Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem, temveč temelji na oceni stanja pacienta s katerokoli napredovano kronično boleznijo, oceni verjetne prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb pacienta in njegovih bližnjih. Paliativna oskrba se lahko začne že zgodaj po diagnozi napredovane kronične neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja (Peternelj & Lunder, 2009). Časovno obdobje trajanja paliativne oskrbe je lahko kratko, le nekaj dni, pa vse do nekaj let. Principi zdravljenja se skozi potek bolezni deloma spreminjajo, ves čas pa je glavni cilj čim večja kvaliteta življenja (Ebert Moltara, 2014a).



Slika 1: Nепrekinjena paliativna oskrba.

Vir: Ebert Moltara (2014b)

Kot je razvidno iz slike (slika 1), mora biti paliativna oskrba zagotovljena na vseh nivojih zdravstvene oskrbe (primarni, sekundarni in terciarni nivo). Celostna paliativna oskrba je lahko zagotovljena zgolj z ustrezno strukturo paliativnih timov. Sestava tima in obseg pomoči sta odvisna od potreb posameznega pacienta ter njegovih bližnjih. Paliativna oskrba mora potekati neprekinjeno in koordinirano ne glede na to, kje je paliativni bolnik obravnavan. Oskrba mora zagotavljati celostno obravnavo fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb pacienta (Ebert Moltara, 2014b).

Lunder (2006) ugotavlja, da filozofija paliativne oskrbe poudarja celostni pristop do pacienta in njegovih bližnjih. Poudarja pomen uvedbe kliničnih poti v paliativno oskrbo, ki so poleg obravnave motečih kliničnih simptomov uspešno vključile tudi potrebne ukrepe za reševanje psiho-socialnih in duhovnih problemov ob koncu življenja. Namen kliničnih poti je izboljšati doživetje in rezultate za paciente. Klinična pot je namenjena kot vodilo za obravnavo in pomoč za dokumentiranje pacientovega stanja. Razvijejo jo vsi člani tima v oskrbi pacienta na poti procesa oskrbe določene domene. Deluje kot dokument z opisom procesa oskrbe, ki je najbolj potrebna v dani klinični situaciji in določa vlogo vsakega posameznega strokovnega udeleženca v procesu obravnave. Klinična pot določa tudi podrobnosti o pričakovanem rezultatu obravnave. Klinične poti so novosti, ki lahko vodijo v neposredno izboljšanje klinične prakse v paliativni oskrbi pri največjem številu pacientov z napredovalo neozdravljivo boleznijo. Klinična pot zagotavlja tudi natančen nadzor nad stanjem pacienta in zagotavlja ustrezno, natančno medicinsko dokumentacijo in koordinacijo oskrbe. Posredno vpliva tudi na kolektivno izobraževanje udeležencev v paliativni oskrbi in določa vlogo vsakega posameznega oskrbovalca (Červek, 2009).

Obvladovanje in lajšanje simptomov je tesno povezano s ciljem paliativne oskrbe, to je maksimiranje kvalitete življenja do smrti. Naslednjih pet simptomov je izbranih kot rezultat dveh nacionalnih tarčnih raziskav v paliativni in terminalni oskrbi. Ameriško združenje medicinskih sester za hospic in paliativno oskrbo je po raziskavah v letih 2009 do 2012 izpostavilo pet najpogostejših simptomov v paliativni oskrbi (Bookbinder & McHugh, 2010).

Ti so (Bookbinder & McHugh, 2010):

- Dispneja
- Kronična utrujenost
- Zaprtje
- Bolečina
- Delirij

Ti simptomi se navadno ne pojavljajo posamično, temveč v različnih skupnih variacijah, ki zajemajo večje ali manjše število simptomov. Za zajemanje skupkov simptomov uporabljajo medicinske sestre v paliativni oskrbi dve multidimenzionalni skali: Condensed Memorial Symptom Assessment Scale (CMSAS) oz. dnevnik lestvice za obvladovanje simptomov (DSOS) (tabela 1). Dnevnik pacient izpolnjuje po potrebi.

Tabela 1: Dnevnik lestvice za obvladovanje simptomov

Koliko so vas sledeči simptomi motili ali ovirali v preteklih sedmih dneh?

Simptom	Prisoten	Sploh ne	Malo	Nekaj	Precej	Zelo
Pomanjkanje energije	D N	0	1	2	3	4
Neješčnost	D N	0	1	2	3	4
Bolečina	D N	0	1	2	3	4
Suha usta	D N	0	1	2	3	4
Izguba telesne teže	D N	0	1	2	3	4
Omotičnost	D N	0	1	2	3	4
Kratka sapa	D N	0	1	2	3	4
Zaprtje	D N	0	1	2	3	4
Nespečnost	D N	0	1	2	3	4
Slaba koncentracija	D N	0	1	2	3	4
Navzea	D N	0	1	2	3	4

Kako pogosto so se naslednji simptomi pojavljali v preteklih sedmih dneh?

Simptom	Prisoten	Redko	Občasno	Pogosto	Skoraj neprekinjeno
Zaskrbljenost	D N	1	2	3	4
Žalost	D N	1	2	3	4
Nervoza	D N	1	2	3	4

Vir: Bookbinder & McHugh (2010)

ESAS lestvica (tabela 2) vsebuje devet vizualno analognih lestvic, s katerimi ocenjujemo devet pogostih simptomov z možnostjo ocenitve desetega simptoma, ki ga navede bolnik.

Pacient obkroži številko, ki najbolj ustreza posameznemu simptomu v danem trenutku, kjer 0 pomeni najmanjšo možno stopnjo simptoma (npr. brez bolečine), medtem ko 10 označuje najhujšo možno stopnjo simptoma (npr. najhujša možna bolečina). ESAS je kot orodje za ocenjevanje simptomov enostavna za uporabo in se lahko uporablja za vsako dnevno ocenjevanje in spremljanje sprememb pri simptomih, ki so prisotni (Batupe & Koech, 2012).

Tabela 2: Edmontonov sistem za obvladovanje simptomov (ESOS)

Edmontonov sistem za obvladovanje simptomov (ESOS)											
Prosimo, obkrožite številko, ki najbolje ustreza vašemu trenutnemu počutju											
Brez bolečine	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna bolečina
Brez utrujenosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najmočnejša utrujenost
Brez omotičnosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Največja omotičnost
Brez slabosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najmočnejša slabost
Dober apetit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Brez apetita
Brez dispneje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša dispneja
Brez depresije	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša depresija
Brez anksioznosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Največja anksioznost
Dobro počutje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najslabše počutje
Brez drugih problemov	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najslabše
Ime in priimek:				Izpolnil							
Datum:				Pacient							
Čas:				Sorodnik							
				Izvajalec ZN							
				Asistent ZN							

Vir: Batupe & Koech (2012)

2.2 SIMPTOMI V PALIATIVNI OSKRBI

2.2.1 Dispneja

Dispneja je zaznava oteženega dihanja, ki je odsev zvečanega dela dihalnih mišic. Občutek je subjektiven, pogosto ga spremlja strah, panika ali občutek tiščanja v prsnem košu. Dlje ko simptom vztraja, bolj verjetno je, da bodo ti spremljevalni faktorji vplivali na pacientovo zaznavanje in intenzivnost simptoma. Dispneja se razvije, ko je porušeno razmerje med centralno respiratorno motorično aktivnostjo in vzdraženjem aferentnih receptorjev v dihalnih poteh, pljučih in strukturah prsnega koša. Večje ko je neuspešno respiratorno delo pacienta, močnejši je občutek dispneje (Bookbinder & McHugh, 2010). Dispnejo imenujemo tudi težka sapa ali dušenje. Pojavi se ob neskladju med zaznano potrebo po dihanju in zmožnostjo dihanja. Akutne napade težkega dihanja pogosto spremljajo tesnoba, strah, panični napad in strah pred smrtjo (Rajer, 2011).

Primarni senzorni dražljaji, ki v centralnem živčnem sistemu inducirajo zaznavo dispneje, prihajajo iz različnih virov: centralni kemoreceptorji v podaljšani hrbtenjači, ki se primarno odzivajo na spremembe $p\text{CO}_2$ in pH , perifernih kemoreceptorjev v karotidnem telescu in aortnem loku, ki primarno zaznavajo $p\text{O}_2$, šele nato pH in $p\text{CO}_2$, receptorjev v zgornjih dihalnih poteh, pljučnih receptorjev ter mehanoreceptorjev prsne stene (Rozman, 2008 cited in Koren, 2014).

Dispneja ima zaradi oviranja mobilnosti, dnevnih življenjskih aktivnosti, in občutka »dušenja do smrti« močan vpliv na psihosocialni in duhovni ravni. Optimalna oskrba dispneje zaradi tega vedno vključuje razumevanje in podporo pri pacientovem psihosocialnem, duhovnem in eksistencialnem trpljenju (Borasio, 2010).

Lestvice, s katerimi si pomagamo pri ocenjevanju pacientovega občutka težkega dihanja, so lahko kvantitativne ali kvalitativne. Pri kvantitativnih lahko pacient opisuje težavnost dispneje z določanjem številčnih skal 0–10 ali 0–100, kjer 0 pomeni brez težav z dihanjem, 10 ali 100 pa najhujše možne težave. Pacient položi oznako vzdolž linije na mesto, ki odgovarja njegovemu občutku oteženega dihanja.

Te enodimenzionalne skale lahko pri napredovali bolezni kombiniramo z kvalitativnimi tehnikami ocenjevanja za ocenitev psihosocialne stiske, ki jo povzroča dispneja (Myers & Dudgeon, 2011).

2.2.2 Kronična utrujenost

Kronična utrujenost je kompleksen večdejavnostni sindrom, ki se razvije sčasoma in ga označujejo telesne, mentalne in psihične spremembe, ki zmanjšujejo kakovost življenja (Benedik et al., 2008). Kot patološko stanje je lahko pridružena psihološki bolezni, kot je depresija, ali pa nastopi kot stranski učinek jemanja zdravil (Bookbinder & McHugh, 2010). Kronična utrujenost povzroča negative psihične, psihosocialne in ekonomske posledice za pacienta in skrbnike in je zato pomemben kazalec pacientove kvalitete življenja.

Ocenjevanje in obvladovanje kronične utrujenosti je v paliativni oskrbi kompleksno, saj je narava tega simptoma subjektivna, vzroki za njo pa zelo različni (Yennurajalingam, 2011). Uporaba preproste lestvice, kot je besedna lestvica (odsotna, blaga, srednja, huda) ali številčne lestvice (0-10) je dobrodošla v razvrščanju subjektivnega občutenja utrujenosti. Ocenitev kronične utrujenosti naj vsebuje resnost, nastop simptoma, potek, trajanje, spremembe podnevi, slabšalne in olajševalne dejavnike ter stiske, pridružene temu simptomu (Benedik et al., 2008).

2.2.3 Zaprtje

Zaprtje/driska predstavljata stanji na nasprotnih polih normalnega delovanja prebavnega trakta. Pojem normalnega odvajanja blata je zaradi individualnega značaja in številnih dinamičnih vplivov na ta proces dokaj okviren. Sicer pa pod pojmom normalnega odvajanja blata razumemo odvajanje blata od trikrat dnevno do enkrat na tri dni, količina izločenega blata je pri tem zelo individualna, odvisna od posameznikovih prehranskih navad. Zaprtje je za pacienta lahko zelo obremenjujoč simptom, ki ga pogosto ne izpostavi, če o tem možnem simptomu ni seznanjen (Škrbinc, 2009).

Tudi Peternelj in Jakhel (2010) ugotavljata, da je zaprtje za pacienta lahko zelo obremenjujoč simptom, ki ga pogosto ne izpostavi, če o tem možnem zapletu ni seznanjen. Zaprtje se pri pacientu lahko izraža z napenjanjem, odvajanjem trdega blata, občutkom nepopolnega praznjenja črevesja ali odvajanja v daljših časovnih razmikih. Pomembno je, da simptom zaznamo pravočasno, ga ocenimo, glede na njegov vzrok pa načrtujemo nadaljnjo obravnavo.

2.2.4 Bolečina

Bolečina je definirana kot neprijetno čutno ali čustveno izkustvo, povezano z aktualno ali potencialno poškodbo tkiva. Bolečina je vedno subjektivna in vedno neprijetna, torej tudi čustveno doživeta. Med pacienti, ki se srečujejo s koncem življenja, je bolečina simptom, ki ga najtežje sprejemajo in se ga najbolj bojijo. Zdravstveno osebje se največkrat srečuje z akutno bolečino, kronično bolečino ali bolečino, ki jo povzroči maligno obolenje. Akutna in kronična bolečina se med seboj razlikujeta glede na živčna vlakna, po katerih se bolečina prevaja v centralni živčni sistem (CŽS). Razloge za bolečino pri napredovalem malignem obolenju pa lahko razdelimo v štiri kategorije: karcinom sam, onkološka ali druga terapija, s karcinomom povezana simptomatika ali spremljajoča patologija (Bookbinder & McHugh, 2010).

Številni pacienti v paliativni obravnavi imajo bolečino in potrebo po učinkovitem lajšanju bolečine (Krčevski-Škvarč, 2012). Glede na to, da je bolečina osebna izkušnja, je z etičnega vidika še vedno primerna definicija bolečine Margo McCaffery, ki pravi, da je bolečina prisotna kjerkoli in kadarkoli posameznik reče, da jo čuti oziroma doživlja, in je tako močna, kot jo ocenjuje (McCaffery, 1968 cited in Ščavničar, 2004). Ta definicija je za medicinsko sestro zavezujoča, saj to pomeni, da mora pacientu vedno verjeti, ko ta toži, da trpi bolečino, ne glede na to, ali je vzrok pojava bolečine znan ali ne. Ni nujno, da je bolečina vedno posledica poškodbe tkiva (Ščavničar, 2004).

Za ocenjevanje bolečine se v različnih populacijah pacientov uporablja različne bolečinske skale. Le malo raziskav pa je bilo narejenih o uporabnosti bolečinskih skal za paciente v terminalni fazi življenja, posebno v primerih ko pacient ni zmožen aдекватne komunikacije.

Za uporabo VAS lestvice ali besedno opisne lestvice pacient potrebuje kognitivne in komunikativne veščine, ki jih starejši ali pacienti v terminalni fazi bolezni pogosto nimajo. Za njih so bolj primerne obrazne lestvice (Bookbinder & McHugh, 2010).

Bolečino ocenjujemo tudi s pomočjo »ABCDE metode«, ki pravi (Peternelj & Jakhel, 2010):

A - ask - redno sprašuj po bolečini, ocenjuj bolečino sistematično

B - believe – verjemi poročilom pacienta o stopnji bolečine, in kaj jo lajša

C - choose – izberi ustrezno metodo lajšanja bolečine glede na posebnosti pacienta

D - deliver – ukrepi naj bodo pravočasni, logični in koordinirani

E - empower – spodbudite posameznika in družinske člane, da, kolikor morejo, sami nadzirajo spreminjanje bolečine.

Za oceno bolečine pri pacientih z napredovalo demenco je priporočena uporaba lestvice PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Lestvica je preverjeno, preprosto in zanesljivo orodje za oceno bolečine pri ljudeh, ki ne morejo izražati svojih občutenj (Peternelj & Jakhel, 2010).

2.2.5 Delirij

Delirij je kognitivna motnja, ki se kaže v spremenjenem mentalnem stanju, ki ga lahko opišemo kot motnjo zavesti in zmanjšanje kognitivnih zmožnosti. Ameriško psihiatrično združenje ga definira kot akutni in spreminjajoči se organski možganski sindrom, ki ga označuje globalna možganska disfunkcija, ki se kaže z motnjami pozornosti, nižjo stopnjo zavesti in zmanjšanimi osnovnimi kognitivnimi funkcijami (mišljenje, dojetje in spomin). Simptom vključuje zmanjšano psihomotorično aktivnost, motnje v ciklu budnost/spanje in čustveno nestabilnost (Bookbinder & McHugh, 2010). Čeprav gre za učinke več dejavnikov na isti sistem (živčevje), bi težko govorili le o enem kliničnem stanju. Delirij se pojavi pri skoraj vseh pacientih v terminalni fazi in je pogosto spregledan. Napačno razlaganje in zdravljenje pacientovih simptomov ga lahko še poslabšata (Benedik, 2009).

Predispozicijski faktorji, ki lahko povečajo pacientovo dovzetnost za razvoj delirija, sta npr. predobstoječa kognitivna zavrtnost in zmanjšan senzorni input. Sprožilci delirične epizode pa so sepsa, elektrolitsko neravnovesje, urinska retenca ali zaprtje (Bush & Elsayem, 2011).

Delirij je klinična diagnoza. Zaradi pomanjkanja standardiziranih načinov prepoznavanja ga velikokrat ne prepoznamo. Stanje lahko prekrivajo druga klinična dogajanja, kot so demenca, depresija, anksioznost, kar še otežuje diagnosticiranje (Bookbinder & McHugh, 2010). Za zgodnjo oceno delirija je pomembna uporaba različnih orodij, s katerimi poskušamo oceniti stopnjo zavesti pacienta. Vpogled v pacientovo intelektualno stanje dobimo z opazovanjem pacientovega vedenja, pogovora z njim, njegove orientiranosti glede časa in kraja. Tako kot pri drugih motečih simptomih, je tudi pri deliriju treba poiskati vzrok in temu prilagoditi nadaljnjo obravnavo (Peternelj & Jakhel, 2010).

2.3 NEFARMAKOLOŠKI UKREPI ZA OBVLADOVANJE SIMPTOMOV

2.3.1 Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje dispneje

Med nefarmakološke načine lajšanja dispneje, ki jih lahko pri zdravstveni negi uporabi medicinska sestra, spadajo sprožanje vibracij po pacientovem prsnem košu, nevroelektrična stimulacija mišic, pomoč pri sprehajanju in učenje dihalnih vaj (Myers & Dudgeon, 2011). Že omejitev števila oseb okoli pacienta ali znižanje sobne temperature in prezračenje prostora, v katerem pacient biva, lahko zmanjša dihalno stisko. Pomemben ukrep je tudi preprečevanje osamljenosti pacienta (Debevec, 2006). Naučimo ga pravilne tehnike kašlja. Izkašljevanje je potrebno za odstranitev sluzi iz dihalnih poti in olajšanje dihanja (Bratkovič, 2006).

Druge intervencije, ki jih lahko v sklopu zdravstvene nege uvaja medicinska sestra, so svetovanje in podpora, samostojno ali v kombinaciji z vajami za sproščanje in dihalnimi vajami. V literaturi navajajo uporabo ventilatorjev za pihanje hladnega zraka v pacientov obraz (Bookbinder & McHugh, 2010).

Rajer (2011) navaja naslednje nefarmakološke ukrepe: pri ležečih pacientih spremembo položaja, in sicer dvig vzglavja ali sedeči položaj, povečanje pretoka zraka z odpiranjem oken in vrat ter uporabo ventilatorja, tehnike sproščanja, vlaženje zraka, zlasti pri pacientih z motečim kašljem; splošne ukrepe, s katerimi omejimo število oseb v pacientovi sobi, zmanjšamo temperaturo v prostoru, bolnik naj ima prost pogled na okolico, poučimo in podpiramo svojce. Pri pacientih s KOPB je dokazano učinkovita tudi respiratorna fizioterapija (Ebert Moltara, 2013). Dihanje z našobljenimi ustnicami s hkratnim spodbujanjem diafragmatičnega dihanja lahko začasno olajša občutek oteženega dihanja (Bookbinder & McHugh, 2010).

2.3.2 Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje kronične utrujenosti

Pri obvladovanju kronične utrujenosti lahko v procesu zdravstvene nege medicinska sestra uporabi telesno vadbo, psihosocialne intervencije ali nutricionistične intervencije. Pri telesni vadbi, ki dokazano pripomore k zmanjšanju občutka kronične utrujenosti, se je za intenziteto vadbe potrebno opreti na pacientovo oceno.

Psihosocialne tehnike, kot je meditacija, izobraževanje v zvezi s kronično utrujenostjo in samoobvladovanje, so se pokazale koristne pri preprečevanju in obvladovanju težav pri kronični utrujenosti. L-karnitin se je kot prehranski dodatek pokazal učinkovit za povečevanje energije pri pacientih z zaznanim simptomom kronične utrujenosti (Bookbinder & McHugh, 2010).

Mohorčič in Čufer (2010) ugotavljata, da je najpomembnejše izobraževanje pacienta in svojcev o vzrokih stanja in ukrepih za omilitev težav. Pacientu se svetuje, da naj opravi večino aktivnosti zjutraj, ko je najbolj spočit, in naj med aktivnostmi počiva. Nikakor pa ne smemo pacientu svetovati samo počitek, zelo so zaželeni kratki sprehodi po ravnem, pacient pa naj te aktivnosti postopoma stopnjuje.

2.3.3 Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje zaprtja

Nefarmakološke intervencije medicinske sestre ob pojavu zaprtja pri paliativni oskrbi so omejeni na nadzor dietnega režima. Pazimo, da so obroki majhni, pogosti, hrana blaga, bogata s kalijem. Za preprečevanje zaprtja spodbujamo pacienta k pitju tekočine.

Postopno večamo količino zaužitih vlaknin in balastnih snovi. Spodbujamo telesno aktivnost do meje, ki jo pacient še zmore, kar pospeši peristaltiko in izboljša počutje. Zagotovimo vsem pacientom, ki dobivajo predpisane opioide, da se pri njih redno izvajajo vsi postopki preprečevanja in zdravljenja zaprtja. Pacientu, ki odvaja, zagotovimo primeren intimen prostor in čas (Benedik et al., 2008).

2.3.4 Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje bolečine

Nefarmakološke metode zdravljenja bolečine na splošno razdelimo na fizikalne, psihološke in ostale komplementarne ter alternativne metode, bodisi invazivne ali neinvazivne. Nefarmakološko zdravljenje povečuje občutek kontrole, zmanjšuje občutek šibkosti in povečuje aktivnost, saj s tem izboljšuje raven funkcionalne sposobnosti, zmanjšuje stres in tesnobo, zmanjšuje značilno vedenje za bolečino (osredotočenost na stopnjo bolečine), zmanjšuje potrebo po analgetiku in s tem neželene učinke zdravljenja (Čaušević, 2014; nav. po Yurdanur, 2012).

Med nefarmakološke ukrepe obvladovanja bolečine štejemo živčne blokade, nevrokirurške posege in fiziološke tehnike za obvladovanje bolečine. Slednje so biofeedback, relaksacijski treningi, hipnoza, kognitivno vedenjske terapije. Fizikalne načine obvladovanja bolečine delimo na terapevtsko gretje in ohlajanje, čezkožno električno stimuliranje živca (TENS – transcutaneous electrical nerve stimulation) in akupunkturo (Lopez & Reddy, 2011). Integriranje glasbe kot podporne nege pri umirajočem postaja vse pogostejše prisotno pri obravnavi pacienta v hospicu in v programih paliativne nege. Glasbe ne uporabljamo kot primarni dejavnik za zmanjšanje bolečine, ampak izrabljamo sinergični efekt, ki ga ima glasba z drugimi nefarmakološkimi načini obvladovanja bolečine (Bookbinder & McHugh, 2010).

2.3.5 Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje delirija

Pri obvladovanju delirija uporabljamo holistične metode. Uporabni so tudi protokoli za promocijo nefarmakoloških spalnih intervencij, ki vključujejo nekajminutno glajenje hrbta, nudenje toplega mleka ali zeliščnega čaja in predvajanje različnih sprostilnih programov. Možna je tudi uporaba posebne sprostilne sobe (snoozle), ki zmanjša agitacijo in vpliv indikatorjev delirija. (Bookbinder & McHugh, 2010). Benedik (2009) ugotavlja, da pri uporabi nefarmakoloških ukrepov za preprečevanje delirija ni nedvoumnih dokazov o učinkovitosti. Priporočilo za njihovo uporabo temelji na izsledkih treh sistematičnih preglednih raziskav (Benedik, 2009; nav. po Rockwood, 2008). Vključujejo ukrepe, ki pomagajo bolniku, da vzdržuje orientiranost in vsakodnevno rutino, zmanjšujejo anksioznost, omogočajo ustrezno sporazumevanje, mobilnost in varnost (tabela 3).

Tabela 3: Preprečevanje in zdravljenje delirija

Nefarmakološki ukrepi	Primer
Orientacija	Ure, koledarji, namen sprejema v bolnico, seznanitev z osebjem in ukrepi
Dehidracija	Spodbujanje pitja
Mobilizacija	Protokoli za zgodnjo mobilizacijo
Informacija	Seznanitev pacienta in svojcev z naravo in zdravljenjem delirija
Spanje	Spalna higiena (topli napitki pred spanjem, masaža, sprostitvene tehnike)
Okolje	Stabilno okolje (soba, osebje), domačnost bolniške sobe
Zaznava	Slušni aparat, očala

Vir: Benedik (2009)

2.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREPOZNAVANJU IN OBVLADOVANJU SIMPTOMOV

Vloga zdravstvene nege v zadnjih dneh življenja, kot navajata Zavratnik in Mehle (2014), je pomemben del oskrbe v poteku neozdravljive bolezni. Cilj je zagotavljanje udobja pacientu in pomoč bližnjim, manj pa strogo sledenje sprejetih standardov. Kljub temu, da ozdravitev ni več možna, smo lahko v oskrbi pacienta še vedno aktivni, pri čemer imajo medicinske sestre znotraj več poklicnega tima eno izmed najpomembnejših vlog.

Medicinske sestre prevzemajo kritično vlogo pri doseganju ciljev v paliativni oskrbi. Cilji zdravstvene nege pripomorejo k optimizaciji kvalitete življenja do končne smrti z naslavljanjem pacientovih fizičnih, psihosocialnih, duhovnih in kulturnih potreb. V naslednjih desetletjih bodo medicinske sestre na vseh ravneh delovanja potrebovale kompetence v paliativni negi za obvladovanje velike ostarele populacije z množičnimi kroničnimi obolenji (Bookbinder & McHugh, 2010). Za prepoznavo, razumevanje in obravnavo simptomov je potrebno ustrezno znanje. Ugotovljene simptome bolezni opredelimo, stopenjsko ocenimo in dokumentiramo. Za učinkovito paliativno oskrbo je ključnega pomena dnevno sledenje uspešnosti obravnave simptomov in ugotavljanje novih (Červek, 2009).

Medicinske sestre pri svojem delu sodelujejo tako s pacienti in njihovimi svojci kot z drugimi strokovnjaki - so del multidisciplinarnega tima. Pri zdravstveni obravnavi so medicinske sestre tista skupina zdravstvenih delavcev, ki največ časa preživijo ob pacientu. Medicinska sestra pri oskrbi pacienta prispeva informacije o pacientovih potrebah, ki so pomembne za potek oskrbe (Lokar, 2014).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Z raziskavo med zdravstvenimi delavci smo želeli ugotoviti, kakšno je njihovo poznavanje simptomov v paliativni oskrbi, koliko so seznanjeni z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje teh simptomov, in kako jih seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptomov motivira za izvajanje teh ukrepov v praksi.

Cilji diplomskega dela:

1. Ugotoviti seznanjenost z najpogostejšimi simptomi v paliativni oskrbi med zaposlenimi v zdravstveni negi.
2. Ugotoviti nefarmakološke ukrepe, ki jih za obvladovanje najpogostejših simptomov poznajo zaposleni v zdravstveni negi.
3. Ugotoviti nefarmakološke ukrepe, ki jih zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo za obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi.
4. Potrditi, da seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptomov motivira zaposlene v zdravstveni negi za njihovo uporabo v praksi.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

R1: Katere simptome v paliativni oskrbi poznajo zaposleni v zdravstveni negi?

R2: Katere nefarmakološke ukrepe za obvladovanje simptomov zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje uporabljajo v praksi?

R3: Kateri simptom v paliativni oskrbi se najpogosteje obvladuje z nefarmakološkimi ukrepi?

R4: Kako seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptomov motivira zaposlene v zdravstveni negi za izvajanje teh ukrepov v praksi?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili deskriptivno kvantitativno opisno metodo raziskovanja. Opravili smo pregled slovenske in tuje literature ter internetnih virov v podatkovnih bazah.

Uporabili smo tuje bibliografske baze, kot so CINAHL, SpringerLink, Proquest, Medline in PubMed. Za iskanje slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije - COBISS. Pri iskanju gradiva smo uporabili ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: paliativna oskrba, simptomi v paliativni oskrbi, nefarmakološke metode, dispneja, kronična utrujenost, zaprtje, bolečina, delirij, paliative care, symptoms in paliative care, nonfarmacological methods, dyspnea, fatigue, constipation, pain, delirium.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za raziskavo smo zbrali s pomočjo vprašalnika. Vprašalnik smo sestavili s pomočjo pregleda domače in tuje literature, vključili smo tudi nekaj vprašanj iz literature (Batupe & Koech, 2012).

Z vprašalnikom smo v prvem delu opredelili demografske podatke sodelujočih v anketi (starost, spol, dolžina delovne dobe, stopnja izobrazbe, delovno mesto). V drugem vsebinskem delu vprašalnika so se sodelujoči opredelili do trditve in vprašanj v anketi. Zastavljena vprašanja so odprtega iz zaprtega tipa. Odgovori so merjeni z Likertovo lestvico.

Vprašalnik je vseboval različne trditve, kjer so se sodelujoči opredelili glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: *1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.*

Zanesljivost merskega inštrumenta smo ugotavljali s Cronbachovim koeficientom Alpha.

Tabela 4 prikazuje vrednost Cronbachovega Alpha koeficienta, ki je znašal 0,936. Ker je vrednost koeficienta večja od 0,8 lahko sklepamo, da je vprašalnik dovolj zanesljiv.

Tabela 4: Preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta

Cronbach Alpha koeficient	Cronbach Alpha koeficient izračunan na standardiziranih trditvah	Število trditvev
0,936	0,938	20

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo opravili med zaposlenimi na Nevrološki kliniki v UKC Ljubljana. Vzorec je bil namenski, anketirani so bili zaposleni v zdravstveni negi na Kliničnem oddelku za bolezni živčevja in Kliničnem oddelku za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo.

Število razdeljenih vprašalnikov je bilo 150. Vprašalnike smo predali glavnim medicinskim sestram na oddelkih, te pa so jih posredovale zaposlenim na oddelkih. Od 150 razdeljenih vprašalnikov smo dobili vrnjenih 117, od katerih je bilo 33 neizpoljenih. Tako smo v analizo vključili 84 vprašalnikov, kar predstavlja 56-odstotno realizacijo vzorca.

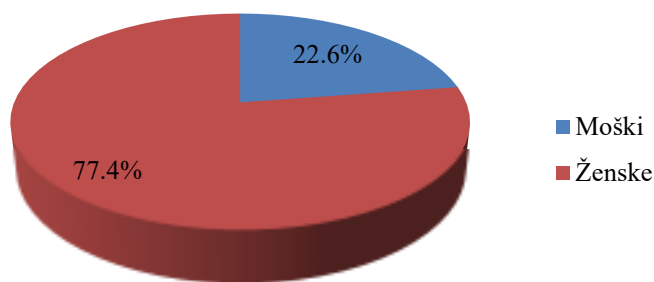
V prvem sklopu vprašalnika smo opredelili demografske podatke (tabela 5), in sicer spol, starost, izobrazbo, delovno dobo v zdravstveni negi ter organizacijsko enoto.

Tabela 5: Lastnosti anketirancev

Lastnost anketirancev (84)	Število (n)	Delež (%)
SPOL		
Moški	19	22,6
Ženske	65	77,4

Lastnost anketirancev (84)	Število (n)	Delež (%)
STAROST		
≤ 30 let	43	51,19
31 - 40 let	22	26,19
41 - 50 let	18	21,43
> 50 let	1	1,19
DELOVNA DOBA V ZDR. NEGI		
≤ 5 let	30	35,71
6 - 10 let	25	29,76
11 -15 let	4	4,76
16 - 20 let	7	8,33
21 - 25 let	7	8,33
> 25 let	11	13,10
STOPNJA IZOBRAZBE		
SMS /ZT	43	51,2
Dipl. m. s./dipl.zn.	40	47,6
Mag. zdr. nege	1	1,2
ORGANIZACIJSKA ENOTA		
Klinični oddelek za bolezni živčevja	29	34,5
Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in nevrološko intenzivno terapijo	55	65,5

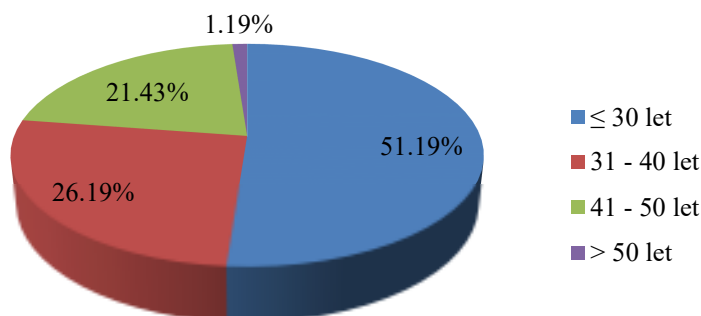
Vprašalnik je izpolnilo 65 žensk, kar predstavlja 77,4 odstotka, ter 19 moških, 22,6 odstotka, kar je razvidno iz spodnje slike (slika 2).



Slika 2: Struktura anketirancev po spolu

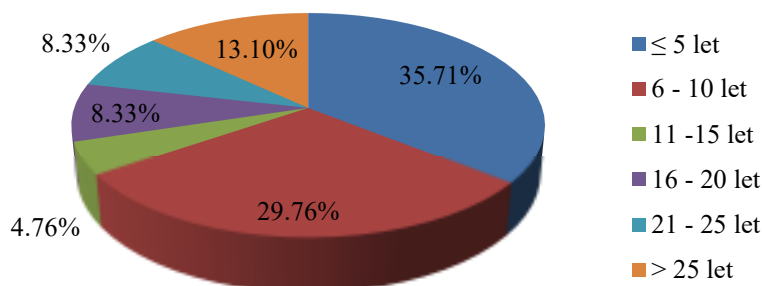
Razpon starosti anketirancev je od manj kot 30 do 50 in več let. Slika 3 prikazuje, da je največ anketirancev, in sicer 43, kar predstavlja 51,19 odstotka, starih 30 let ali manj. V starostno skupino od 30 do 40 let spada 22 oziroma 26,19 odstotka anketirancev.

21,43 odstotka oziroma 18 anketirancev je starih med 40 in 50 let. Več kot 50 let ima 1 oziroma 1,19 odstotka anketirancev.



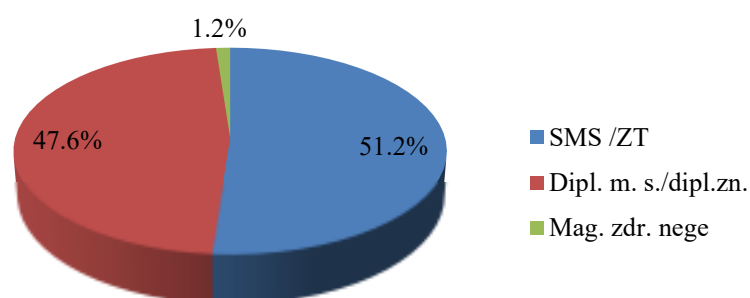
Slika 3: Struktura anketirancev po starosti

Slika 4 prikazuje strukturo anketirancev po dolžini delovne dobe v zdravstveni negi. Največ, 30 anketirancev oziroma 35,71 odstotka, ima manj kot 5 let delovne dobe. Sledi skupina anketirancev, ki ima od 6 do 10 let delovne dobe v zdravstveni negi, teh je 25 oziroma 29,76 odstotka anketirancev. Od 11 do 15 let delovne dobe ima 4,76 odstotka oziroma 4 anketiranci. 7 anketirancev oziroma 8,33 odstotka anketirancev ima od 16 do 20 let delovne dobe v zdravstveni negi in 7 anketirancev oziroma 8,33 odstotka anketirancev ima od 21 do 25 let delovne dobe v zdravstveni negi. V skupini, ki ima 25 in več let delovne dobe, je 13,10 odstotka oziroma 11 anketirancev.



Slika 4: Struktura anketirancev po dolžini delovne dobe v zdravstveni negi

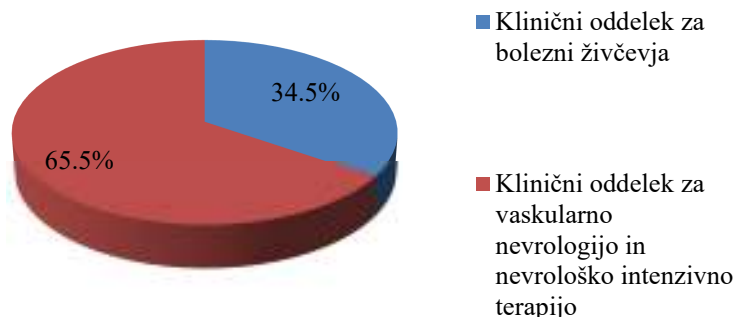
Strukturo anketirancev po izobrazbi prikazuje slika 5. Največ anketirancev ima doseženo srednješolsko izobrazbo, tako je na vprašalnik odgovorilo 43 oziroma 51,2 odstotka srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. 40 anketirancev oziroma 47,6 odstotka je diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, 1,2 odstotka oziroma 1 anketiranec ima magisterij zdravstvene nege.



Slika 5: Struktura anketirancev po doseženi izobrazbi

Vprašalnik smo razdelili med zaposlene na dveh oddelkih Nevrološke klinike, in sicer na Kliničnem oddelku za bolezni živčevja ter Kliničnem oddelku za vaskularno nevrologijo in nevrološko intenzivno terapijo.

Kot prikazuje slika 6, je na vprašalnik odgovorilo 55 anketirancev iz Kliničnega oddelka za vaskularno nevrologijo in nevrološko intenzivno terapijo, kar predstavlja 65,5 odstotka anketirancev. Iz Kliničnega oddelka za bolezni živčevja je odgovorilo 29 anketirancev, kar predstavlja 34,5 odstotka anketirancev.



Slika 6: Struktura anketirancev po organizacijski enoti

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo opravili s soglasjem Skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKC Ljubljana, pridobljenim dne 10. 7. 2015. Raziskava je potekala 3 tedne, in sicer od 15. 7. 2015 do 5. 8. 2015. Vprašalnike smo razdelili po oddelkih osebno ter zagotovili anonimnost anketirancev.

Podatke smo obdelali s programom IBM SPSS Statistics 22.00 in računalniškim programom Microsoft Excel 2010. Pri interpretaciji rezultatov smo uporabili opisno statistiko. Dobljene podatke smo predstavili z opisno statistiko (frekvence, odstotki, povprečne vrednosti, standardni odkloni) v tabelah in tudi grafično.

Z uporabo inferenčne statistike smo testirali vnaprej postavljene hipoteze. Zaradi narave podatkov – urejenostne (ordinalne) spremenljivke – smo za analizo prve in tretje hipoteze uporabili neparametrični test – Friedmanov test (Friedmanova dvosmerna analiza na rangih). Pri drugi hipotezi smo uporabili frekvenčno porazdelitev. Za testiranje četrte hipoteze smo uporabili test korelacije, in sicer koeficient korelacije rangov – Spearmanov koeficient korelacije med dvema urejenostnima spremenljivkama.

3.4 REZULTATI

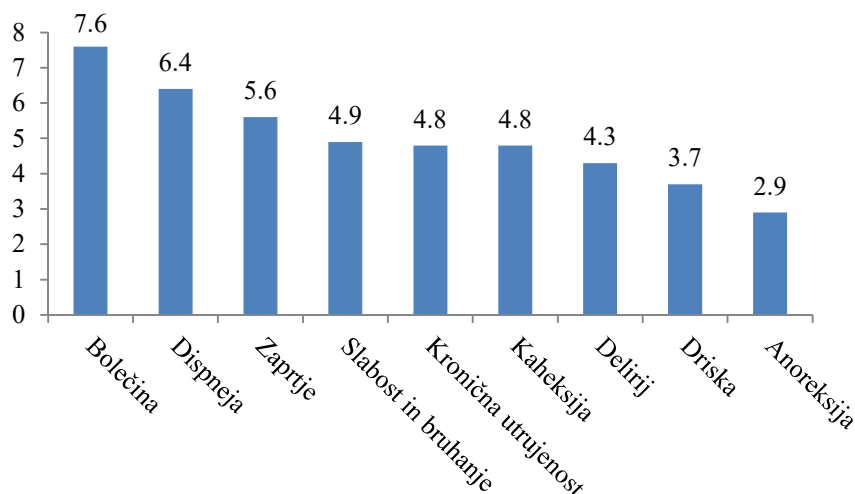
Tabela 6 in slika 7 nam prikazujeta odgovore na vprašanje drugega sklopa vprašalnika, kjer so anketiranci razvrstili simptome po pogostosti pojavljanja. Anketiranci so simptome razvrstili s številkami od 1 - se redko pojavlja do 9 - se zelo pogosto pojavlja.

Tabela 6: Razvrstitev simptomov po pogostosti pojavljanja

Simptom	n	Povprečje	Standardni odklon
Bolečina	82	7.6	2,4
Dispneja	81	6.4	2,2
Zaprtje	81	5.6	2,2
Slabost in bruhanje	82	4.9	2
Kronična utrujenost	82	4.8	2,2
Kaheksija	81	4.8	2,2
Delirij	81	4.3	2,2
Driska	81	3.7	2,2
Anoreksija	81	2.9	2,5

n- število anketirancev

Rezultati so nam pokazali, da so anketiranci označili, da se med simptomi najbolj pogosto pojavlja bolečina. Drugi najbolj pogost simptom je dispneja, sledi ji zaprtje. Na četrto mesto po pogostosti pojavljanja so anketiranci razvrstili slabost in bruhanje, naslednja dva sta kronična utrujenost in kaheksija. Simptomi, ki se po mnenju anketirancev redko pojavljajo, so delirij, driska in anoreksija.



Slika 7: Prikaz razvrstitve simptomov po pogostosti pojavljanja

R1: Katere simptome v paliativni oskrbi poznajo zaposleni v zdravstveni negi?

Za analizo tega raziskovalnega vprašanja smo uporabili podatke iz četrtega vprašanja, kjer so anketiranci rangirali posamezne simptome po pogostosti pojavljanja v paliativni oskrbi (1 – se redko pojavljajo, 9 – se zelo pogosto pojavljajo). Povprečni rangi posameznih simptomov so prikazuje Tabela 6.

H0: Simptomi se pri paliativni oskrbi pojavljajo enako pogosto.

H1: Simptomi se ne pojavljajo enko pogosto.

Tabela 7 prikazuje rezultate Friedmanovega testa, ki je bil uporabljen za testiranje hipoteze.

Tabela 7: Friedmanov test pogostosti pojavljanja simptomov

Friedmanov test	
n	84
Hi-kvadrat	174,199
St. prostosti	8
p-vrednost.	0,0000

n – število anketirancev

Vzorčna vrednost testne statistike je $FR=174,199$ pri 8 stopinjah prostosti. Praktično brez tveganja (p -vrednost = 0,000) ovržemo ničelno domnevo, saj po mnenju anketirancev obstaja statistično pomembna razlika med pogostostjo pojavljanja posameznih simptomov pri paliativni oskrbi. Vzorčni podatki kažejo, da se najpogosteje kaže bolečina, najmanj pogosto pa anoreksija.

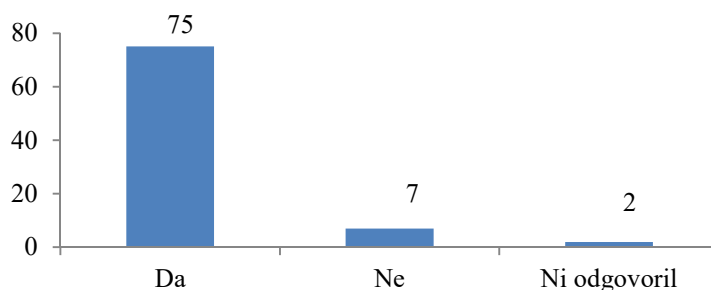
Tabela 8 prikazuje odgovore anketirancev na vprašanje, ali lahko z nefarmakološkimi ukrepi vplivajo na obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi. Na vprašanje 2 anketiranca oziroma 2,4 odstotka nista odgovorila.

Tabela 8: Obvladovanje simptomov z nefarmakološkimi ukrepi

Z nefarmakološkimi ukrepi lahko vplivam na obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi.	n	Procenti	Kumulativni procenti
Da	75	89,3	91,7
Ne	7	8,3	100,0
Ni odgovoril	2	2,4	2,4
SKUPAJ	84	100,0	

n- število anketirancev

Največ, in sicer 75 oziroma 89,3 odstotka anketirancev, je mnenja, da lahko z nefarmakološkimi ukrepi vplivajo na obvladovanje simptomov, 7 oziroma 8,3 odstotka anketirancev pa je mnenja, da z nefarmakološkimi ukrepi ne morejo vplivati na obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi. Rezultate smo grafično ponazorili v spodnji sliki (slika 8).



Slika 8: Obvladovanje simptomov z nefarmakološkimi ukrepi

Tabela 9 nam prikazuje odgovore na R2: Katere nefarmakološke ukrepe za obvladovanje simptomov zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje uporabljajo v praksi. Odgovore smo pridobili s pomočjo vprašanja, ki je bilo odprtega tipa in kjer so anketiranci za vsak simptom navedli njim poznane nefarmakološke ukrepe. Odgovore smo razvrstili po pogostosti navajanja.

Tabela 9: Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje simptomov

	Nefarmakološki ukrep	Št. odgovorov
DISPNEJA	Dvignjeno vzglavje	61
	Prezračen prostor	22
	Toaleta dihalnih poti / respiratorna FTH	22
	Pogovor	15
	Dodaten kisik	11
	Ustna nega	2
	Masaža	2
	Počitek	1
KRONIČNA UTRUJENOST	Motivacija	19
	Telesna aktivnost	13
	Mirno okolje	9
	Masaža	9
	Počitek	8
	Ritem spanja	7
	Psihoterapija	7
	Animacija	6
	Ustrezen položaj	5
	Sprostitutvene tehnike	3
	Dodatni vitamini	2
	Družabne igre	2
	Pogovor	2
	ZAPRTJE	Prehrana bogata z vlakninami
Zadostna hidracija		29
Masaža		29
Telesna aktivnost		19
Naravna odvajala		16
Donat Mg		2
Zagotoviti intimo med odvajanjem		1

	Nefarmakološki ukrep	Št. odgovorov
BOLEČINA	Položaj telesa	34
	Razbremenitev	17
	Masaža	14
	Kiroterapija	13
	Pogovor	12
	Akupunktura	5
	Manualna tehnika	4
	Mirno okolje	4
	Pomoč svojcev	3
	Počitek	1
	Transkutana električna nevrostimulacija	1
DELIRIJ	Pogovor	33
	Pomiritev	11
	Nadzor	11
	Psihoterapija	3
	Umirjeno okolje	3
	Urejen urnik	3
	Zgodnje prepoznavanje	1
	Delovna terapija	1

Pri obdelavi podatkov smo pri tem vprašanju naleteli na slabšo odzivnost anketirancev do odgovarjanja na to vprašanje. Od skupaj 84 anketirancev jih je na vprašanje, kjer so anketiranci navedli nefarmakološke ukrepe za obvladovanje dispneje, odgovorilo 70.

Rezultati so nam pokazali, da so anketiranci največkrat, in sicer 61-krat, navedli dvignjeno vzglavje kot nefarmakološki ukrep za obvladovanje dispneje. Prezračen prostor ter toaleta dihalnih poti oziroma respiratorno FTH so navedli 22-krat. V nadaljevanju so 15-krat navedli pogovor, 11-krat pa dodaten kisik. Najmanjkrat, in sicer 2-krat, so navedli masažo in ustno nego, 1-krat pa počitek.

Za obvladovanje kronične utrujenosti je nefarmakološke ukrepe navedlo 54 anketirancev. Največkrat, to je 19-krat, so kot nefarmakološki ukrep navedli motivacijo. Telesno aktivnost so navedli 13-krat, 9-krat pa mirno okolje in masažo.

Kot naslednji nefarmakološki ukrep so anketiranci navedli počitek 8-krat, ritem spanja in psihoterapijo 7-krat, 5-krat so navedli ustrezen položaj in 3-krat sprostitvene tehnike. Najmanjkrat, in sicer 2-krat, so anketiranci navedli dodatne vitamine, družabne igre in pogovor.

Za obvladovanje zaprtja je nefarmakološke ukrepe navedlo 68 anketirancev. Pri zaprtju so anketiranci največkrat kot nefarmakološki ukrep navedli prehrano bogato z vlakninami, in sicer 41-krat. Zadostna hidracija in masaža sta bili navedeni 29-krat, telesna aktivnost pa 19-krat. Sledila so naravna odvajala, in sicer 16-krat, najmanjkrat pa sta bila navedena Donat Mg 2-krat in 1-krat zagotovitev intimne med odvajanjem.

Za obvladovanje bolečine je nefarmakološke ukrepe navedlo 60 anketirancev. Nefarmakološki ukrep, ki so ga anketiranci največkrat navedli za obvladovanje bolečine, in sicer 34-krat, je položaj telesa. Sledi razbremenitev 17-krat in masaža 14-krat. Krioterapijo so anketiranci kot nefarmakološki ukrep za obvladovanje bolečine navedli 13-krat in pogovor 12-krat. Akupunktura je bila navedena 5-krat, po 4-krat pa so anketiranci navedli manualno tehniko in mirno okolje. Najmanjkrat, in sicer 3-krat, so anketiranci navedli pomoč svojcev ter po 1-krat počitek in transkutano električno nevrostimulacijo.

Za obvladovanje delirija je nefarmakološke ukrepe navedlo 42 anketirancev. Pri obvladovanju delirija so anketiranci največkrat, in sicer 33-krat, navedli pogovor kot nefarmakološki ukrep. Pomiritev in nadzor sta bila navedena 11-krat, po 3-krat pa so anketiranci navedli psihoterapijo, umirjeno okolje in urejen urnik. Najmanjkrat, torej 1-krat navedeni nefarmakološki ukrep je zgodnje prepoznavanje in delovna terapija.

Tabela 10: Razlogi za neuporabo nefarmakološki ukrepov

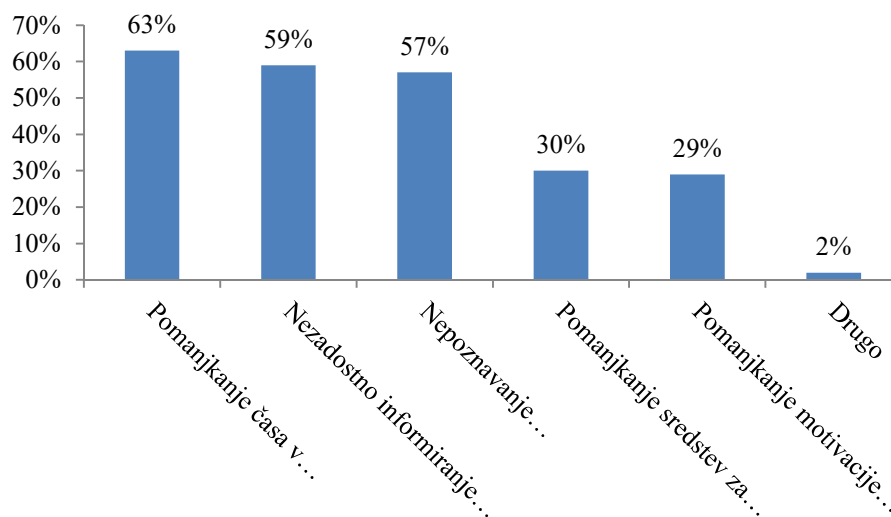
Trditvev	Št. odgovorov	%
Pomanjkanje časa v procesu zdravstvene nege	52	63%
Nezadostno informiranje o učinkovitosti nefarmakoloških metod	49	59%
Nepoznavanje nefarmakoloških ukrepov	47	57%
Pomanjkanje sredstev za izvajanje nefarmakoloških metod	25	30%

Trditev	Št. odgovorov	%
Pomanjkanje motivacije za seznanjanje in uporabo nefarmakoloških metod s strani zdravstvenega tima	24	29%
Drugo:	2	2%

Tabela 10 prikazuje razloge, zaradi katerih se anketiranci ne poslužujejo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov. Vprašanje je bilo zastavljeno z možnostjo več odgovorov in rezultati so nam pokazali, da so anketiranci kot najpogostejši razlog, zakaj se ne poslužujejo nefarmakoloških ukrepov, navedli pomanjkanje časa v procesu zdravstvene nege, in sicer v 63 odstotkih.

Sledi nezadostno informiranje o učinkovitosti nefarmakoloških ukrepov (59 %) in nepoznavanje nefarmakoloških ukrepov (57 %). Naslednji razlog, ki so ga navedli anketiranci, je pomanjkanje sredstev za izvajanje nefarmakoloških ukrepov (30 %). Najmanj glasov (29 %) je dobil razlog pomanjkanje motivacije za seznanjanje in uporabo nefarmakoloških ukrepov s strani zdravstvenega tima.

Nekaj razlogov, in sicer (2 %), so anketiranci navedli pod drugo, izpostavili bi premočne farmacevtske lobije in izgorelost zdravstvenega osebja. Rezultate grafično prikazuje slika 9.



Slika 9: Prikaz razlogov za neuporabo nefarmakološki ukrepov

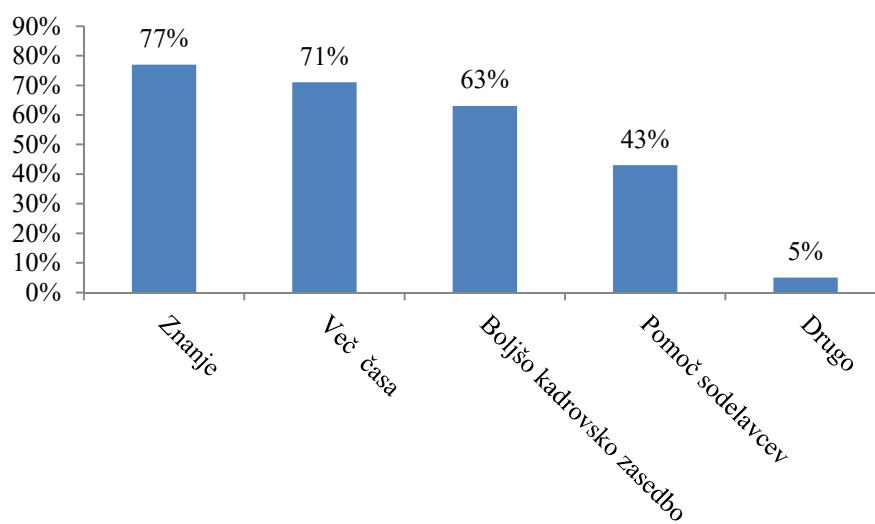
Rezultate odgovorov na vprašanje, kaj bi zaposleni potrebovali za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov, prikazuje tabela 11.

Tabela 11: Razlogi za uporabo nefarmakološki ukrepov

Trditev	Št. odgovorov	%
Znanje	64	77%
Več časa	59	71%
Boljšo kadrovske zasledbo	52	63%
Pomoč sodelavcev	36	43%
Drugo	4	5%

Največ anketirancev bi potrebovalo znanje (77 %) za uporabo nefarmakoloških ukrepov. Drugo, kar bi potrebovali je več časa (71 %) in boljšo kadrovske zasledbo (63 %). Najmanj anketirancev bi za uporabo nefarmakoloških ukrepov potrebovalo pomoč sodelavcev (43 %).

Pod drugo (5 %) so anketiranci izpostavili avtonomno zdravstveno nego in usposabljanje, raziskave, ki bi potrdile učinke nefarmakoloških ukrepov, več denarja in vrednotenje dela. Rezultate smo grafično ponazorili v spodnji sliki (slika 10).



Slika 10: Prikaz razlogov za uporabo nefarmakološki ukrepov

Tabela 12 in slika 11 nam prikazujeta stališča anketirancev do paliativne oskrbe, simptomov, ki se pojavljajo v paliativni oskrbi, in do uporabe nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov. Strinjanje s trditvami so anketiranci ocenjevali s pomočjo Likertove lestvice z možnostjo ocene 1-5, pri čemer pomeni 1- se sploh ne strinjam in 5 - popolnoma se strinjam.

Tabela 12: Likertova lestvica

Trditve	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Cilj paliativne zdravstvene nege je izboljšati kakovost posameznikovega življenja in omogočiti dostojno smrt	83	0 0%	0 0%	8 10%	13 16%	62 75%	4,7	0,65
Paliativni pristop zahteva orientiranost k pacientu in njegovi družini	83	0 0%	0 0%	6 7%	20 24%	57 69%	4,6	0,62
Skrb za pacienta je v zadnjih tednih življenja enako pomembna kot skrb v času aktivnega zdravljenja	83	0 0%	0 0%	7 8%	22 27%	54 65%	4,6	0,65
Interdisciplinarni timski pristop je osnovno izhodišče za razvoj paliativne oskrbe	83	0 0%	0 0%	11 13%	37 45%	35 42%	4,3	0,69
Paliativna oskrba mora biti vedno individualna	83	0 0%	3 4%	13 16%	27 33%	40 48%	4,3	0,85
Dispneja je pogost in mučen simptom pri umirajočem pacientu	83	0 0%	0 0%	13 16%	31 37%	39 47%	4,3	0,73
Glavni cilj paliativne obravnave pacienta z dispnejo je, da mu zmanjšamo občutek težkega dihanja	83	1 1%	0 0%	7 8%	27 33%	48 58%	4,5	0,75
Kronična utrujenost povzroča negativne psihične, psihosocialne in ekonomske posledice za pacienta	83	0 0%	1 1%	12 14%	40 48%	30 36%	4,2	0,72
Za pacienta je zaprtje zelo obremenjujoč simptom, ki pa ga pogosto ne izpostavi, če z njim ni seznanjen	83	1 1%	1 1%	22 27%	37 45%	22 27%	3,9	0,83
Bolečina je eden od najbolj pogostih in obremenjujočih simptomov v paliativni oskrbi	83	0 0%	1 1%	10 12%	25 30%	47 57%	4,4	0,75
Delirij je zelo pogost pojav pri pacientih v terminalnem obdobju življenja	83	0 0%	11 13%	36 43%	22 27%	14 17%	3,5	0,93
Za delo na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe imam dovolj znanja	83	8 10%	22 27%	34 41%	16 19%	3 4%	2,8	0,98
Načela paliativne zdravstvene nege in oskrbe s strani zdravstvenega osebja v naši organizaciji so upoštevana	83	1 1%	24 29%	36 43%	18 22%	4 5%	3	0,87
Z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptoma pričnemo takoj, ko zaznamo simptom pri pacientu	83	2 2%	12 14%	36 43%	22 27%	11 13%	3,3	0,97

Trditve	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Vloga medicinske sestre pri obvladovanju simptomov z nefarmakološkimi ukrepi krepi avtonomnost zdravstvene nege	83	0 0%	3 4%	32 39%	34 41%	14 17%	3,7	0,79
Potrebujem več znanja o nefarmakoloških ukrepih za obvladovanje simptomov	83	0 0%	3 4%	9 11%	38 46%	33 40%	4,2	0,78
Z uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov izboljšam kvaliteto življenja pacienta	83	0 0%	0 0%	18 22%	34 41%	31 37%	4,2	0,76
Učinkovitosti nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov ocenjujemo s pomočjo ocenjevalnih lestvic	83	1 1%	19 23%	27 33%	31 37%	5 6%	3,2	0,92
Za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov bi potreboval/-a podporo zdravstvenega tima	83	0 0%	4 5%	8 10%	45 54%	26 31%	4,1	0,77
Imam dovolj motivacije za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov	83	4 5%	8 10%	26 31%	37 45%	8 10%	3,4	0,97

n - število anketirancev, 1 - se sploh ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - se delno strinjam / se delno ne strinjam, 4 - se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon

S trditvijo, da je cilj paliativne zdravstvene nege izboljšati kakovost posameznikovega življenja in omogočiti dostojno smrt, se je popolnoma strinjalo 62 (75 %) anketirancev, strinjalo se je 13 (16 %) anketirancev, 8 (10 %) anketirancev je bilo neopredeljenih. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,7 (SO 0,65).

Da paliativni pristop zahteva orientiranost k pacientu in njegovi družini, se je popolnoma strinjalo 57 (69 %) vprašanih, strinjalo se jih 20 (24 %), neopredeljenih pri tej trditvi pa je bilo 6 (7 %) anketirancev. Povprečna vrednost pri tej trditvi, je bila 4,6 (SO 0,62).

Skrb za pacienta je v zadnjih tednih življenja enako pomembna kot skrb v času aktivnega zdravljenja. S to trditvijo se je popolnoma strinjalo 54 (65 %) anketirancev, 22 (27 %) se jih je strinjalo, neopredeljenih je bilo 7 (8 %) anketirancev. Povprečna vrednost strinjanja s to trditvijo je 4,6 (SO 0,65).

35 (42 %) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da je interdisciplinarni timski pristop osnovno izhodišče za razvoj paliativne oskrbe, strinjalo se jih je 37 (45 %) vprašanih, neopredeljenih je bilo 11 (13 %). Pri tej trditvi je bila povprečna vrednost strinjanja 4,3 (SO 0,69).

S trditvijo, da mora biti paliativna oskrba vedno individualna, se je popolnoma strinjalo 40 (48 %) anketirancev, strinjalo se jih je 27 (33 %), 13 (16 %) anketirancev je bilo neopredeljenih, s trditvijo se niso strinjali 3 (4 %) anketiranci. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,3 (SO 0,85).

Da je dispneja pogost in mučen simptom pri umirajočem pacientu, se je popolnoma strinjalo 39 (47 %) anketirancev, strinjalo se jih je 31 (37 %), 13 (16 %) anketirancev pa je bilo do trditve neopredeljenih. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,3 (SO 0,73).

Glavni cilj paliativne obravnave pacienta z dispnejo je, da mu zmanjšamo občutek težkega dihanja. S to trditvijo se je popolnoma strinjalo 48 (58 %) vprašanih, strinjalo se jih je 27 (33 %), 7 (8 %) je bilo neopredeljenih. S trditvijo se sploh ni strinjal 1 (1 %) anketiranec. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,5 (SO 0,75).

S trditvijo, da kronična utrujenost povzroča negativne psihične, psihosocialne in ekonomske posledice za pacienta, se je popolnoma strinjalo 30 (36 %) vprašanih, strinjalo se jih je 40 (48 %), 12 (14 %) anketirancev je bilo do trditve neopredeljenih, 1 (1 %) anketiranec se s trditvijo ni strinjal. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,2 (SO 0,72).

Da je za pacienta zaprtje zelo obremenjujoč simptom, ki pa ga pogosto ne izpostavi, če z njim ni seznanjen, se je popolnoma strinjalo 22 (27 %) vprašanih, strinjalo se jih je 37 (45 %). Do trditve je bilo neopredeljenih 22 (27 %) vprašanih, 1 (1 %) anketiranec se s trditvijo ni strinjal in 1 (1 %) se s trditvijo sploh ni strinjal. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 3,9 (SO 0,83).

Bolečina je eden od najbolj pogostih in obremenjujočih simptomov v paliativni oskrbi. S to trditvijo se je popolnoma strinjalo 47 (57 %) anketirancev, strinjalo se jih je 25 (30 %), neopredeljenih je bilo 10 (12 %) anketirancev, 1 (1 %) se s trditvijo ni strinjal. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,4 (SO 0,75).

Da je delirij zelo pogost pojav pri pacientih v terminalnem obdobju življenja, se je popolnoma strinjalo 14 (17 %) anketirancev, 22 (27 %) se jih je strinjalo, neopredeljenih do trditve pa je bilo 36 (43 %) anketirancev. S trditvijo se ni strinjalo 11 (13 %) anketirancev. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 3,5 (SO 0,93).

Za delo na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe imam dovolj znanja.

Z navedeno trditvijo so se popolnoma strinjali 3 (4 %) anketiranci, strinjalo se jih je 16 (19 %). Neopredeljenih je bilo 34 (41 %) anketirancev, 22 (27 %) se s trditvijo ni strinjalo, 8 (10 %) anketirancev pa se s trditvijo sploh ni strinjalo. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 2,8 (SO 0,98).

S trditvijo, da so načela paliativne zdravstvene nege in oskrbe s strani zdravstvenega osebja v organizaciji upoštevana, so se popolnoma strinjali 4 (5 %) anketiranci, 18 (22 %) se je s trditvijo strinjalo, 36 (43 %) anketirancev pa je bilo neopredeljenih. S trditvijo se ni strinjalo 24 (29 %) anketirancev, 1 (1 %) pa se s trditvijo sploh ni strinjal. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 3 (SO 0,87).

Da z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptoma pričnemo takoj, ko zaznamo simptom pri pacientu, se je popolnoma strinjalo 11 (13 %) anketirancev, 22 (27 %) se jih je strinjalo, neopredeljenih je bilo 36 (43 %) anketirancev. S trditvijo se 12 (14 %) anketirancev ni strinjalo, 2 (2 %) pa se sploh nista strinjala. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 3,3 (SO 0,97).

Vloga medicinske sestre pri obvladovanju simptomov z nefarmakološkimi ukrepi krepi avtonomnost zdravstvene nege. S trditvijo se je popolnoma strinjalo 14 (17 %) anketirancev, strinjalo se jih je 34 (41 %), neopredeljenih pa je bilo 32 (39 %).

S trditvijo se 3 (4 %) anketiranci niso strinjali. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 3,7 (SO 0,79).

S trditvijo, da potrebujejo več znanja o nefarmakoloških ukrepih za obvladovanje simptomov, se je popolnoma strinjalo 33 (40 %) anketirancev, strinjalo pa se jih je 38 (46 %). Do trditve se ni opredelilo 9 (11 %) anketirancev, 3 (4 %) pa se s trditvijo niso strinjali. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,2 (SO 0,78).

Z uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov izboljšam kvaliteto življenja pacienta. Z navedeno trditvijo se je popolnoma strinjalo 31 (37 %) anketirancev, strinjalo se jih je 34 (41 %), neopredeljenih pa je bilo 18 (22 %) anketirancev. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,2 (SO 0,76).

S trditvijo, da učinkovitosti nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov ocenjujemo s pomočjo ocenjevalnih lestvic, se je popolnoma strinjalo 5 (6 %) anketirancev, strinjalo se jih je 31 (37 %), neopredeljenih je bilo 27 (33 %). S trditvijo se 19 (23 %) anketirancev ni strinjalo, 1 (1 %) pa se sploh ni strinjal. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 3,2 (SO 0,92).

Da bi za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov potreboval/-a podporo zdravstvenega tima, se je popolnoma strinjalo 26 (31 %) anketirancev, 45 (54 %) se jih je strinjalo, neopredeljenih pa je bilo 8 (10 %) anketirancev. S trditvijo se niso strinjali 4 (5 %) anketiranci. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 4,1 (SO 0,77).

Imam dovolj motivacije za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov. Z navedeno trditvijo se je popolnoma strinjalo 8 (10 %) anketirancev, strinjalo se jih je 37 (45 %), 26 (31 %) pa je bilo neopredeljenih. S trditvijo se ni strinjalo 8 (10 %) anketirancev, 4 (5 %) pa se s trditvijo sploh niso strinjali. Povprečna vrednost pri tej trditvi je bila 3,4 (SO 0,97).



Slika 11: Prikaz Likertove lestvice

R3: Kateri simptom v paliativni oskrbi se najpogosteje obvladuje z nefarmakološkimi ukrepi?

H0: Vsi simptomi se enako pogosto obvladujejo z nefarmakološkimi ukrepi.

H1: Ne obvladujejo se vsi simptomi enako pogosto.

Podatke smo pridobili na način, da so se anketiranci opredelili do posamezne trditve z oceno od 1 do 5 (1 - se sploh ne strinjam, 5 - popolnoma se strinjam). V spodnji tabeli (tabela 13) so predstavljeni povprečni rangi za posamezno trditev.

Tabela 13: Povprečni rangi trditev o obvladovanju simptomov

Trditev	Povprečni rang
Dispneja je pogost in mučen simptom pri umirajočem pacientu.	3,39
Kronična utrujenost povzroča negativne psihične, psihosocialne in ekonomske posledice za pacienta.	3,18
Za pacienta je zaprtje zelo obremenjujoč simptom, ki pa ga pogosto ne izpostavi, če z njim ni seznanjen.	2,75
Bolečina je eden od najbolj pogostih in obremenjujočih simptomov v paliativni oskrbi.	3,63
Delirij je zelo pogost pojav pri pacientih v terminalnem obdobju življenja.	2,05

Tabela 14 prikazuje rezultate Friedmanovega testa, ki je bil uporabljen za testiranje hipoteze.

Tabela 14: Friedmanov test obvladovanja simptomov z nefarmakološkimi ukrepi

Friedmanov test	
n	84
Hi-kvadrat	77,292
St. prostosti	4
p-vrednost.	0,0000

n – število anketirancev

Vzorčna vrednost testne statistike je $FR=77,3$ pri 4 stopinjah prostosti. Praktično brez tveganja (p -vrednost = 0,000) ovržemo ničelno domnevo in trdimo, da se vsi simptomi z nefarmakološkimi ukrepi ne obvladujejo enako pogosto. Vzorčni rezultati so prikazani v tabeli.

R4: Kako seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptomov motivira zaposlene v zdravstveni negi za izvajanje teh ukrepov v praksi?

H0: Seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptomov ni povezana z motiviranostjo zaposlenih v zdravstveni negi za izvajanje teh ukrepov v praksi.

H1: Seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi je povezana z motiviranostjo za izvajanje le teh.

V spodnji tabeli (tabela 15) so prikazani rezultati Spearmanovega koeficienta korelacije med seznanjenostjo z nefarmakološkimi ukrepi ter motivacijo za uporabo le-teh.

Tabela 15: Spearmanov koeficient korelacije

			Korelacija	
			Imam dovolj motivacije za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov.	Z uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov izboljšam kvaliteto življenja pacienta.
Spearmanov koeficient korelacije	Imam dovolj motivacije za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov.	Koeficient korelacije	1,000	0,553**
		p - vrednost	.	0,000
		n	84	84
	Z uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov izboljšam kvaliteto življenja pacienta.	Koeficient korelacije	0,553**	1,000
		p - vrednost	0,000	.
		n	84	84

Pri stopnji značilnosti 0,05 trdimo, da obstaja močna pozitivna povezava med seznanjenostjo z nefarmakološkimi ukrepi in motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi za izvajanje teh ukrepov v praksi. Spearmanov koeficient korelacije je 0,553.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti seznanjenost zaposlenih v zdravstveni negi s simptomi v paliativni oskrbi. Zanimalo nas je tudi, kako zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo pogostost pojavljanja teh simptomov, in ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi kot najpogostejši simptom navajajo bolečino, sledi ji dispneja, nato zaprtje, slabost in bruhanje ter kronična utrujenost. Tako bi lahko izpostavili pet simptomov v paliativni oskrbi, ki se po mnenju zaposlenih v zdravstveni negi najpogosteje pojavljajo.

Podobno pogostost pojavljanja simptomov so ugotovili tudi v dveh nacionalnih raziskavah. Kot navajata Bookbinder in McHugh (2010), so med letoma 2009 in 2012 v ameriškem združenju medicinskih sester za hospic in paliativno oskrbo opredelili dispnejo, kronično utrujenost in zaprtje kot najbolj razširjene in mučne simptome pri srčni kapi.

Leta 2008 pa je društvo zdravstvene nege v onkologiji razglasilo bolečino, kronično utrujenost in kognitivne disfunkcije za najpogostejše simptome pri pacientih, obolelih z rakom. Tako veljajo za najpogostejše simptome v paliativni oskrbi dispneja, zaprtje, kronična utrujenost, bolečina in delirij (Bookbinder & McHugh, 2010).

Prav tako so, kot ugotavlja Ebert Moltara (2013), na oddelku za akutno paliativno oskrbo Onkološkega inštituta v Ljubljani pri analizi dela med letoma 2007 in 2012 ugotovili najpogostejše vzroke za sprejem. Na prvem mestu je neobvladana bolečina, na drugem splošna oslabelost, sledijo dihalna stiska, zaprtje in bruhanje s slabostjo.

V nadaljevanju nas je zanimalo, katere nefarmakološke ukrepe za obvladovanje najpogostejših simptomov v paliativni oskrbi poznajo zaposleni v zdravstveni negi. Anketiranci so navedli številne nefarmakološke ukrepe za posamezne simptome, vendar pa je bil odziv zaposlenih na to vprašanje zelo slab.

Anketiranci so najpogosteje navedli nefarmakološke ukrepe za obvladovanje bolečine. Izpostavimo lahko položaj telesa, razbremenitev, masažo, kiroterapijo in pogovor, medtem ko Lopez in Reddy (2011) izpostavljata nefarmakološke ukrepe, kot so živčne blokade, psihološke tehnike za obvladovanje bolečine, npr. trening sproščanja ali hipnoza, ter fizične načine za obvladovanje bolečine, kot so terapevtsko gretje in ohlajanje, čezkožno električno stimuliranje živca (TENS – transcutaneous electrical nerve stimulation) in akupunkturo.

Če povzamemo tri najpogosteje omenjene nefarmakološke ukrepe, ki so jih za obvladovanje dispneje navedli anketiranci, so to: dvignjeno vzglavje, prezračen prostor in toaleta dihalnih poti oziroma respiratorna FTH. Myers in Dudgeon (2011) navajata naslednje nefarmakološke ukrepe: dostop do svežega zraka, prezračen prostor in omogočen počitek.

Pri zaprtju so anketiranci najpogosteje navajali ukrepe, kot so z vlakninami bogata prehrana, zadostna hidracija, masaža, telesna aktivnost in uporaba naravnih odvajal. Tudi Benedik et al. (2008) za preprečevanje zaprtja izpostavljajo spodbujanje pacienta k pitju tekočine, postopno večanje količine zaužitih vlaknin in balastnih snovi ter spodbujanje k telesni aktivnosti.

Motivacija in telesna aktivnost sta najpogosteje omenjena nefarmakološka ukrepa za obvladovanje kronične utrujenosti. Tudi Yennurajalingam (2011) ugotavlja, da je telesna vadba edini učinkovit nefarmakološki ukrep pri obvladovanju kronične utrujenosti. Fizična aktivnost pomaga bolnikom ohraniti občutek boljšega počutja in s tem kvalitetnejšega življenja.

Delirij se po mnenju anketirancev najpogosteje obvladuje z naslednjimi nefarmakološkimi ukrepi; pogovor, pomiritev in nadzor. Bush in Elsayem (2011) prav tako med nefarmakološke ukrepe uvrščata psihično varno okolje z minimalnim hrupom, vidne znane objekte ter uro in koledar, ter uporabo preproste komunikacije.

Kot smo že omenili, so anketiranci manj številčno odgovarjali na vprašanje o poznavanju nefarmakoloških ukrepov, zato smo bili omejeni pri iskanju odgovora na to vprašanje.

Zanimive rezultate smo dobili, ko smo anketirance vprašali, naj navedejo, kaj bi potrebovali za pogostejšo uporabo nefarmakoloških ukrepov. Večina vprašanih je odgovorila, da bi potrebovali znanje. Tudi s trditvijo »Potrebujem več znanja o nefarmakoloških ukrepih za obvladovanje simptomov« se je večina vprašanih popolnoma strinjala oziroma strinjala.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko na raziskovalno vprašanje odgovorimo, da zaposleni poznajo nefarmakološke ukrepe za obvladovanje simptomov, vendar smo pri tem zadržani, saj so zaposleni večinoma mnenja, da potrebujejo več znanja o nefarmakoloških ukrepih in njihovi uporabi.

Rezultati raziskave so nam pokazali, da se simptomi z nefarmakološkimi ukrepi ne obvladujejo enakomerno. Ugotovili smo povezavo med poznavanjem simptomov oziroma pogostostjo pojavljanja le-teh in navajanjem nefarmakoloških ukrepov anketirancev za posamezen simptom. Tako kot so anketiranci navedli, da je bolečina simptom, ki se najpogosteje pojavlja, so navedli tudi največ nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje tega simptoma. Ugotovili smo, da se z nefarmakološkimi ukrepi najpogosteje obvladuje bolečina, sledi ji dispneja, kronična utrujenost, nato zaprtje in delirij.

Zanimalo nas je tudi, kako seznanjenost z nefarmakološkimi ukrepi vpliva na motivacijo zaposlenih za njihovo uporabo v praksi. Rezultati so nam pokazali, da obstaja močna pozitivna povezava med seznanjenostjo z nefarmakološkimi ukrepi in motivacijo zaposlenih. Torej lahko sklepamo, da bodo zaposleni bolj motivirani za uporabo nefarmakoloških ukrepov v praksi, če bodo z njimi dovolj seznanjeni. Tukaj velja omeniti tudi rezultate, ki smo jih dobili, ko smo zaposlene vprašali o razlogih, zaradi katerih se ne poslužujejo nefarmakoloških ukrepov.

Najpogostejši razlog, ki so ga navedli, je bilo pomanjkanje časa v procesu zdravstvene nege, sledilo je nezadostno informiranje o učinkovitosti nefarmakoloških metod in nepoznavanje nefarmakoloških ukrepov. S trditvijo »Imam dovolj motivacije za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov« se je večina strinjala, vendar je bilo veliko anketirancev do te trditve tudi neopredeljenih.

Raziskava ima določene omejitve, saj smo jo izvedli med zaposlenimi v zdravstveni negi na Nevrološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Vzorec je bil premajhen, da bi lahko rezultate raziskave posploševali. Potrebno bi bilo razširiti vzorec in izvesti raziskavo na večjem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi, ki se bolj ali manj od pričujočega srečujejo s paliativno oskrbo, ter eventualno vključiti v raziskavo ostale profile zaposlenih v paliativnem timu.

Prav tako je izvedbo raziskave potrebno vrednotiti iz vidika časovnice, saj je potekala v terminu letnih dopustov, kar je vplivalo na realizacijo. Časovnica je bila pogojena z navodili za izvedbo raziskav, ki jih je izdala Skupina za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKC Ljubljana.

4 ZAKLJUČEK

Pri paliativni oskrbi pacientov se v zdravstveni negi srečujemo z različnimi simptomi, ki vplivajo na kakovost življenja pacientov. V naši raziskavi smo opredelili simptome po stopnji prepoznavnosti in nefarmakološke ukrepe za obvladovanje simptomov, ki jih delavci v zdravstveni negi poznajo in uporabljajo za obvladovanje le-teh. Raziskali smo, kaj zaposlene v zdravstveni negi motivira in kaj jih odvrča od uporabe nefarmakoloških metod za obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi.

Raziskava je pokazala, da zaposleni v zdravstveni negi simptome, ki se pojavljajo v paliativni oskrbi, poznajo. Razvrstili so jih po pogostnosti pojavljanja. Kot najbolj pogost simptom so navedli bolečino. Raziskali smo tudi, katere nefarmakološke metode za obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi zaposleni v zdravstveni negi poznajo in uporabljajo za obvladovanje le-teh. Poznavanju in prepoznavanju simptoma sledi število nefarmakoloških ukrepov, ki jih zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo za njegovo obvladovanje. Naša raziskava je tudi pokazala na vpliv znanja na motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi pri uporabi nefarmakoloških metod za obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi. Avtonomna uporaba nefarmakoloških metod za obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi krepi avtonomijo zdravstvene nege in je ob naraščajoči potrebi po paliativni oskrbi nedvomno področje zdravstvene nege, ki mu je potrebno nameniti pozornost.

Predvsem je za delavce v zdravstveni negi potrebno več izobraževanja in seznanjanja z načini in možnostmi uporabe nefarmakoloških metod za obvladovanje simptomov, saj bomo na ta način izboljšali motivacijo in pogostnost uporabe teh metod v paliativni oskrbi pacienta. Rezultati raziskave so lahko v pomoč pedagoškemu kadru v zdravstveni negi, ko se je potrebno odločiti, katera znanja delavci v zdravstveni negi potrebujejo, da bodo lahko avtonomneje načrtovali in izvajali zdravstveno nego. Pomembno je, da uporaba nefarmakoloških metod za obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi temelji na dokazih in raziskavah, ki uporabijo te metode pritrjujejo. V prihodnosti bi lahko izvedli raziskavo o povezanosti in medsebojnem vplivu farmakološki in nefarmakoloških metod za obvladovanje simptomov.

5 LITERATURA

Batupe, K. & Koech, P., 2012. *The Edmonton symptom assesment scale in cancer and palliative care patient : literature rewiev*. Otaniemi: Laurea university of applied sciences, Otaniemi. Available at:

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45479/FINAL%20WORK2.pdf?sequence=1> [Accessed 2. 4. 2015]

Benedik, J., Červek, J., Červ, B., Gugić Kevo, J., Mavrič, Z., Serša, G. & Zakotnik, B., eds. 2008. *Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, p. 52-53; 96.

Benedik, J., 2009. Delirij v paliativni medicini-neprepoznani sopotnik ob koncu življenja. In: S. Novakovič, B. Zakotnik & J. Žgajnar, eds. 22. *Onkološki vikend, Paliativna oskrba pacienta ob koncu življenja : zbornik. Portorož, 12. in 13. junij 2009*. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, p. 31.

Borasio, GD., 2010. Dyspnea Management in Paliative care. *The 1st International Multidisciplinary Forum on Paliative care. Budapest, 11-14 november 2010*. Budapest: p. 39.

Bookbinder, M. & McHugh, M. E., 2010. Symptom management in paliative care and end of life care. In: M. M. Mahon & S. S. Prevost, eds. *Nursing clinics of North America*. Philadelphia: Esevier inc., p. 273-316.

Bratkovič, M., 2006. Zdravstvena nega pacienta s kroničnim popuščanjem dihanja. In: S. Kadivec. ed. 5. *Golniški simpozij, Obravnava pljučnega pacienta v bolnišnici : zbornik predavanj za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Golnik, Brdo pri Kranju, 13. - 14. 10. 2006*. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 7.

Bush, H. S. & Elsayem, A., 2011. Delirium. In: S. Yennurajalingam & E. Bruera, eds. *Hospic and paliative medicine*. New York: Oxford Univesity Press, p. 155.

Čaušević, M., 2014. Obvladovanje kronične bolečine v onkološki zdravstveni negi. In: A. Krajnc ed. *41. Strokovni seminar, Z dokazi v prakso - obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi. Ljubljana, 3. oktober 2014*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 12.

Červek, J., 2009. Bolnik ob koncu življenja. In: S. Novakovič, B. Zakotnik & J. Žgajnar, eds. *22. Onkološki vikend, Paliativna oskrba pacienta ob koncu življenja : zbornik. Portorož, 12. in 13. junij 2009*. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, p. 5-9.

Debevec, L., 2006. Dihalna stiska pri pacientu v terminalnem stadiju raka. In: M. Cesar Komar & N. Krčevski-Škvarč, eds. *10. seminar o bolečini, Paliativna medicina z mednarodno udeležbo : zbornik predavanj. Maribor 9. In 10. junij 2006*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, p. 78.

Ebert Moltara, M., 2014a. Značilnosti obravnave skozi čas paliativnega zdravljenja pri pacientu z rakom. In: N. Krčevski-Škvarč, ed. *3. mariborska šola paliativne oskrbe : zbornik predavanj, Maribor, 9. in 10. maj 2014*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, p. 21.

Ebert Moltara, M., 2014b. Uvod v šolo o paliativni oskrbi. In: N. Krčevski-Škvarč, ed. *3. mariborska šola paliativne oskrbe : zbornik predavanj, Maribor, 9. in 10. maj 2014*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, p. 14-15.

Ebert Moltara, M., 2013. Paliativna oskrba pacientov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija / šola; tumorji prebavil*, 17(1), pp. 54-58. Available at:

<http://www.onko->

[i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Onkologija_Letnik_XVII_st_1/Onkologija_junij_2013_16_paliativna_oskrba.pdf](http://www.onko.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Onkologija_Letnik_XVII_st_1/Onkologija_junij_2013_16_paliativna_oskrba.pdf) [Accessed 21. 4. 2015]

Jelen Jurič, J., 2009. Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. In: S. Novakovič, B. Zakotnik & J. Žgajnar, eds. 22. *Onkološki vikend, Paliativna oskrba pacienta ob koncu življenja : zbornik. Portorož, 12. in 13. junij 2009*. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, p. 41- 47.

Lokar, K., 2014. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarni obravnavi bolnikov v onkologiji. In: S. Novakovič, B. Zakotnik & J. Žgajnar, eds. 27. *Onkološki vikend, Multidisciplinarna obravnava bolnikov v onkologiji : zbornik. Portorož, 30. in 31. maj 2014*. Ljubljana: Onkološki inštitut : Kancerološko združenje SZD, p. 25.

Lunder, U., 2006. Klinična pot za pacienta v zadnjih dneh življenja - EOL (End Of Life). In: M. Cesar Komar & N. Krčevski-Škvarč, eds. 10. *seminar o bolečini, Paliativna medicina z mednarodno udeležbo : zbornik predavanj. Maribor 9. in 10. junij 2006*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, p. 95.

Mohorčič, K. & Čufer, T., 2010. Utrujenost in splošna oslabelost pri bolnikih z rakom. In: U. Lunder, ed. *Svetovni dan paliativne oskrbe : zbornik prispevkov. Ljubljana, 6. oktober 2010*. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 39.

Koren, P., 2014. Dispneja. In: A. Krajnc ed. 41. *Strokovni seminar, Z dokazi v prakso - obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi. Ljubljana, 3. oktober 2014*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 19.

Krčevski-Škvarč, N., 2012. Uporaba opioidov pri pacientih s kronično neozdravljivo boleznijo in bolečino, ki ni posledica raka. In: U. Lunder, ed. *Paliativna oskrba: kaj, kako in kje? : letna konferenca, Moravske Toplice, 8. maj 2012*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne medicine, p. 37.

Lopez, G. & Reddy, K. S., 2011. Pain assessment and management. In: S. Yennurajalingam & E. Bruera, eds. *Hospic and paliative medicine*. New York: Oxford Univesity Press, p. 61-65.

Myers, J. & Dudgeon, D., 2011. Dyspnea. In: S. Yennurajalingam & E. Bruera, eds. *Hospic and paliative medicine*. New York: Oxford Univesity Press, p. 175-177.

Peternelj, A. & Lunder, U., 2009. *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji, pilotni projekt*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, p. 4.

Peternelj, A. & Jakhel, T., 2010. Ocena, poročanje in vrednotenje motečih simptomov v paliativni oskrbi. In: U. Lunder, ed. *Svetovni dan paliativne oskrbe : zbornik prispevkov. Ljubljana, 6. oktober 2010*. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 57-59.

Rajer, M., 2011. Obravnava težkega dihanja pri pacientih v zadnjih dneh življenja. *Onkologija / za prakso*, 11(2), pp. 130-132. Available at:

<http://www.onko->

[i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Onkologija_letnik_XV_st2/Onkologija_december_2011_web_2_14.pdf](http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Onkologija_letnik_XV_st2/Onkologija_december_2011_web_2_14.pdf) [Accessed 27. 2. 2015].

Ščavničar, E., 2004. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38, pp. 101-11. Available at:

http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=4eb3c7d7-4f30-41d6-999e-fed81c888308 [Accessed 27. 2. 2015].

Škrbinc, B., 2009. Driska in zaprtje. *Onkologija / izobraževalni dnevi OI*, 13(1), pp. 47-50. Available at:

<http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/15driska.pdf>

[Accessed 27. 2. 2015].

Zavratnik, B. & Mehle, M. G., 2014. Vloga zdravstvene nege v zadnjih dnevih življenja. In: N. Krčevski-Škvarč, ed. *3. mariborska šola paliativne oskrbe: zbornik predavanj, Maribor, 9. in 10. maj 2014*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, p. 95.

Yennurajalingam, S., 2011. Fatigue. In: S. Yennurajalingam & E. Bruera, eds. *Hospic and paliative medicine*. New York: Oxford Univesity Press, p. 75.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Vprašalnik

Sem Gregor Prijanovič, absolvent Fakultete za zdravstvo Jesenice. V diplomskem delu z naslovom »Nefarmakološki ukrepi za obvladovanje simptomov v paliativni obravnavi« želim raziskati poznavanje simptomov, ki se najpogosteje pojavljajo v paliativni obravnavi pacienta, pri zaposlenih v zdravstveni negi na Nevrološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Raziskal bom tudi poznavanje nefarmakoloških metod za obvladovanje simptomov in eventualno potrebo po dodatnih ukrepih za bolj učinkovito uporabo nefarmakoloških ukrepov pri obvladovanju simptomov v paliativni oskrbi.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za namen priprave diplomskega dela. Na vprašanja z danimi odgovori odgovarjajte z obkrožitvijo ustreznega odgovora. Vprašalnik vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni:

1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Za sodelovanje v anketi se vam zahvaljujem in vas pozdravljam.

Gregor Prijanovič

1. SKLOP: DEMOGRAFSKI PODATKI

Obkrožite ustrezen odgovor oziroma ga vpišite.

1. spol

moški ženska

2.

starost: _____ let

3.

delovna doba: _____ let

4. Izobrazba

- a) Sms/zt
- b) Dipl. m.s./dipl. zn.
- c) Mag. zdr. nege

5. Organizacijska enota

- a) Klinični oddelek za bolezni živčevja
- b) Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo

2. SKLOP: VPRAŠANJA O POZNAVANJU NEFARMAKOLOŠKIH UKREPOV ZA OBVLADOVANJE SIMPTOMOV V PALIATIVNI OSKRBI

Razvrstite simptome po pogostosti pojavljanja. S številkami od 1 do 9 razvrstite, kateri simptom se najpogosteje pojavlja v paliativni oskrbi, pri čemer pomeni 1- se redko pojavlja in 9 - se zelo pogosto pojavlja.

- ___ Dispneja
- ___ Kronična utrujenost
- ___ Zaprtje
- ___ Bolečina
- ___ Delirij
- ___ Kaheksija
- ___ Slabost in bruhanje
- ___ Driska
- ___ Anoreksija

Z nefarmakološkimi ukrepi lahko vplivam na obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi (obkrožite).

- a) DA
- b) NE

Navedite vam znane nefarmakološke ukrepe za obvladovanje simptoma.

Dispneja: _____

Kronična utrujenost: _____

Zaprtje: _____

Bolečina: _____

Delirij: _____

Opreделите razloge, zaradi katerih se ne poslužujete nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov (obkrožite lahko več odgovorov).

- a) nepoznavanje nefarmakoloških ukrepov
- b) pomanjkanje časa v procesu zdravstvene nege
- c) nezadostno informiranje o učinkovitosti nefarmakoloških metod
- d) pomanjkanje sredstev za izvajanje nefarmakoloških metod
- e) pomanjkanje motivacije za seznanjanje in uporabo nefarmakoloških metod s strani zdravstvenega tima
- f) drugo: _____

Za pogostejšo uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov bi potrebovali (obkrožite lahko več odgovorov):

- a) več časa
- b) boljšo kadrovsko zasedbo
- c) znanje
- d) pomoč sodelavcev
- e) drugo: _____

3. SKLOP: LIKERTOVA LESTVICA

Trditev	1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 se delno strinjam se delno ne strinjam	4 se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
Cilj paliativne zdravstvene nege je izboljšati kakovost posameznikovega življenja in omogočiti dostojno smrt.					
Paliativni pristop zahteva orientiranost k pacientu in njegovi družini.					
Skrb za pacienta je v zadnjih tednih življenja enako pomembna kot skrb v času aktivnega zdravljenja.					
Interdisciplinarni timski pristop je osnovno izhodišče za razvoj paliativne oskrbe.					
Paliativna oskrba mora biti vedno individualna.					
Dispneja je pogost in mučen simptom pri umirajočem pacientu.					
Glavni cilj paliativne obravnave pacienta z dispnejo je, da mu zmanjšamo občutek težkega dihanja.					
Kronična utrujenost povzroča negativne psihične, psihosocialne in ekonomske posledice za pacienta.					
Za pacienta je zaprtje zelo obremenjujoč simptom, ki pa ga pogosto ne izpostavi, če z njim ni seznanjen.					
Bolečina je eden od najbolj pogostih in obremenjujočih simptomov v paliativni oskrbi.					
Delirij je zelo pogost pojav pri pacientih v terminalnem obdobju življenja.					

Za delo na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe imam dovolj znanja.					
Načela paliativne zdravstvene nege in oskrbe s strani zdravstvenega osebja v naši organizaciji so upoštevana.					
Z nefarmakološkimi ukrepi za obvladovanje simptoma pričnemo takoj, ko zaznamo simptom pri pacientu.					
Vloga medicinske sestre pri obvladovanju simptomov z nefarmakološkimi ukrepi krepi avtonomnost zdravstvene nege.					
Potrebujem več znanja o nefarmakoloških ukrepih za obvladovanje simptomov.					
Z uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov izboljšam kvaliteto življenja pacienta.					
Imam dovolj informacij o učinkovitosti nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov.					
Za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov bi potreboval/-a podporo zdravstvenega tima.					
Imam dovolj motivacije za uporabo nefarmakoloških ukrepov za obvladovanje simptomov.					