



Fakulteta za zdravstvo  
Jesenice  
Faculty of Health Care  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**DOŽIVLJANJE ŠTUDENTOV  
ZDRAVSTVENE NEGE OB SMRTI  
PACIENTOV**

**EXPERIENCES OF PATIENT DEATH  
AMONG NURSING STUDENTS**

Mentorica:  
doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidatka:  
Hava Smajlović

Jesenice, oktober, 2016

*»Ko pridem, ne ve nihče, kdo sem in od kod prihajam.*

*Ko grem, ne ve nihče, kdo sem bil in kam grem«.*

(Univerzalno življenje)

## **ZAHVALA**

Svoji mentorici doc. dr. Simoni Hvalič Touzery, bi se rada zahvalila za usmeritve in strokovne nasvete pri pisanju diplomskega dela. Hvala za vso prijaznost in spodbudo.

Hvala recenzentoma, dr. Saši Kadivec ter mag. Miranu Remsu, za njun vložen trud in strokovno pomoč, ki sta mi jo nudila med pisanjem zaključnega dela.

Iskreno se zahvaljujem vsem študentom in študentkam Fakultete za zdravstvo Jesenice, ki so sodelovali v raziskavi. Hvala ga. Saneli Bečirovič za lektoriranje diplomskega dela.

Posebno zahvalo si zaslužijo moj soproj Haris, mama Fatima, oče Senaid in ostali člani družine, ki so mi vedno stali ob strani ter me spodbujali pri študiju in nastajanju diplomskega dela.

Diplomsko delo posvečam svojemu pokojnemu tastu, Mujagi.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Študenti zdravstvene nege se v času študija pogosto srečujejo z umiranjem in smrtjo pacienta. Delo z umirajočimi pacienti je zahtevno, zato je pomembno, da imajo študenti zdravstvene nege dovolj praktičnih izkušenj in teoretičnega znanja, da bi lahko vse izzive pri srečevanju z umiranjem uspešno reševali.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je ugotoviti odnos in doživljanje študentov zdravstvene nege ob umiranju in smrti ter način premagovanja stiske ob smrti pacienta.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi zbiranja podatkov s strukturirano anketo. V raziskavi je sodelovalo 90 študentov Fakultete za zdravstvo Jesenice. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS, verzija, 22,0. Uporabili smo deskriptivno statistiko ter analizo ANOVA in Pearsonov korelacijski koeficient. Uporabili smo standardiziran instrument FATCOD lestvico. Za statistično pomembne razlike smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

**Rezultati:** S smrtjo in umiranjem se je srečalo 88,9% anketiranih študentov FZJ, kateri so se z umiranjem in smrtjo večinoma srečali na klinični praksi (73,3%). Najpogosteje so se srečali s smrtjo pacienta (71,1%). Najpogostejši način premagovanja stisk ob smrti pacienta je pogovor (63,3%) in sicer najpogosteje z družinskim članom (28,9%) ali prijateljem (27,8%). Visok delež anketirancev ima pozitiven odnos do umiranja in smrti (87,8%). Anketiranci so izrazili večjo naklonjenost umiranju v domačem okolju (PV= 3,73; SO= 1,149) kot v bolnišničnem okolju (PV= 2,46; SO= 0,996). Ugotovili smo povezanost med mnenjem o znanju ter soočanjem z umiranjem ( $p < 0,05$ ).

**Razprava:** Zaradi narave študija (predavanja, seminarjev ter klinične prakse) se vedno več študentov zdravstvene nege srečuje s smrtjo pacienta in umiranjem. Pri soočanju z umiranjem in smrtjo se med njimi pojavlja strah, katerega uspešno rešujejo s pogovorom. Študente je potrebno spodbujati k kontinuiranemu izobraževanju tudi po koncu študija. V prihodnje bi lahko raziskava zajela večje število anketirancev iz različnih fakultet za zdravstvo. Lahko bi naredili kvalitativno raziskavo, kjer bi lažje razpravljali o doživljanju smrti pri študentih zdravstvene nege.

**Ključne besede:** študent zdravstvene nege; zdravstvena nega, smrt, doživljanje

## ABSTRACT

**Background:** Nursing students are often faced with death and dying patients during their studies. Working with dying patients is demanding, so it is important that nursing students obtain enough practical experience and theoretical knowledge to be able to face the challenges of working with dying patients.

**Aims:** The aim of the thesis was to determine the attitude and perception of nursing students towards dying and death, as well as their ways of overcoming distress upon the death of a patient.

**Methods:** A quantitative research design was employed, and a structured survey was used. The study included 90 students of the Faculty of Health Care Jesenice. Results were analysed with statistical software SPSS, v. 22.0. Descriptive statistics, ANOVA analysis and Pearson's correlation coefficient were used. The standardized instrument FATCOD scale was employed. Statistical significance was set at the  $p < 0.05$  level.

**Results:** A total of 88.9% of student respondents reported having faced death and dying, the majority of them in clinical practice (73.3%). They most often faced the death of a patient (71.1%). The most common way of overcoming distress upon the death of a patient was conversation (63.3%), usually with family members (28.9%), or friends (27.8%). A high share of respondents has a positive attitude towards dying and death (87.8%). Respondents expressed their preference for dying at home ( $M=3.73$ ;  $SD=1.149$ ) over dying at the hospital ( $M=2.46$ ;  $SD=0.996$ ). A correlation was established between respondents' self-assessed knowledge and the way nursing students cope with death and dying ( $p < 0.05$ ).

**Discussion:** Due to the nature of the study programme (lectures, seminars and clinical practice), nursing students are increasingly faced with death and dying patients. They experience fear as a result, and successfully overcome it through talking. Students must be encouraged towards continuous education also after the end of their studies. The present study could be expanded to include a larger number of respondents from all health care faculties in Slovenia. Qualitative research could also be conducted, enabling more possibilities for in-depth discussion on the experience of death among nursing students.

**Key words:** nursing student, nursing, death, experience

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	1
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	3
<b>2.1 SMRT, TABU, DETABULIZACIJA SMRTI</b> .....	3
<b>2.2 SMRT IN DRUŽBA</b> .....	3
<b>2.3 DOJEMANJE SMRTI V RAZLIČNIH KULTURAH</b> .....	4
2.3.1 Dojemanje smrti v krščanstvu .....	5
2.3.2 Dojemanje smrti v islamu .....	6
<b>2.4 VLOGA IN OBREMENITEV ZDRAVSTVENEGA DELAVCA OB UMIRAJOČEMU PACIENTU</b> .....	7
2.4.1 Definicija paliativne oskrbe ter njen razvoj .....	9
2.4.2 Humanitarna organizacija Hospic in paliativno društvo v Sloveniji.....	10
2.4.3 Komunikacija v paliativni oskrbi .....	11
2.4.4 Kodeks etike – medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost varovanca v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju. ....	13
2.4.5 Mentoriranje študentov zdravstvene nege ob soočanju z umiranjem in smrtjo .....	13
<b>2.5 ŠTUDENT ZDRAVSTVENE NEGE PRI DELU Z UMIRAJOČIM PACIENTOM IN NJEGOVO DOŽIVLJANJE</b> .....	14
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	16
<b>3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA</b> .....	16
<b>3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA</b> .....	17
<b>3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA</b> .....	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	17
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	18
3.3.3 Opis vzorca.....	19

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	20
<b>3.4 REZULTATI</b> .....	21
3.4.1 Soočanje z umiranjem in smrtjo.....	21
3.4.2 Strah pred smrtjo .....	22
3.4.3 Stiska ob smrti pacientov .....	22
3.4.4 Želja po znanju s področja paliativne oskrbe ter pogled na umiranje.....	24
3.4.5 Pridobljeno znanje v času študija.....	25
3.4.6 Odnos študentov do zdravstvene nege umirajočega .....	27
3.4.7 Vpliv demografskih dejavnikov na odnos do zdravstvene nege umirajočega pacienta.....	28
3.4.8 Razumevanje študentov FZJ pod pojmom »dobro« in »slabo« umiranje ....	30
<b>3. 5 RAZPRAVA</b> .....	31
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	40
<b>5 LITERATURA</b> .....	41
<b>6 PRILOGE</b>	
<b>6.1 INSTRUMENT</b>	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti .....	19
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev .....	20
Tabela 3: Osebno ali poklicno srečanje z umiranjem in smrtjo.....	22
Tabela 4: Načini premagovanja stisk ob doživljanju umiranja.....	23
Tabela 5: Pogovor z osebo o izkušnji glede umiranja in smrti.....	23
Tabela 6: Znanje zdravstvene nege umirajočih in lastno doživljanje .....	24
Tabela 7: Znanje zdravstvene nege umirajočih in lastno doživljanje .....	25
Tabela 8: Pearsonov korelacijski koeficient .....	25
Tabela 9: Odnos študentov FZJ do zdravstvene nege umirajočega.....	27
Tabela 10: FATCOD lestvica in odnos do oskrbe umirajočega.....	29
Tabela 11: Razumevanje »dobrega« in »slabega« umiranja .....	30



## **SEZNAM KRAJŠAV**

FZJ	Fakulteta za zdravstvo
IDŠ	Individualno delo študenta
MZ RS	Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija

## 1 UVOD

Človek je umrljivo in tako tudi končno bitje. Vsako življenje se začne z rojstvom in se neizbežno konča s smrtjo. Vprašanja so le kraj, čas ter način, na kakršen bomo umrli. Vsakdo želi umreti mirno ter dostojanstveno. Vprašanja, ki pa se pri tem porajajo so: »Kaj je za posameznika mirna smrt? Nas je strah umreti? Želimo umreti v domačem okolju ali v instituciji?«. Ihan (2002) meni, da je smrt z znanstvenega stališča povsem nevtralen proces.

Ker medicina in znanost vse bolj napredujeta, vse več ljudi umira v bolnišnicah in ne doma. Na to pa se navezuje tudi dejstvo, da se vse več zdravstvenega osebja sooča z umiranjem ter smrtjo pacienta. Kako se soočati s smrtjo pacienta in njegovimi svojci, je za izvajalce zdravstvene nege ter bodoče zdravstvene delavce zelo pomembno. Dornik (2014) meni, da je vsako soočanje s smrtjo neprijetno ter, da je potrebno paziti na lastna čustva in občutja.

Zdravstveni delavci se na različne načine srečujejo s smrtjo pacienta. Delovne izkušnje oziroma delovna doba vplivata na manjšo prizadetost ob izgubi pacienta (Mlinšek, 2012). V vlogi zdravstvenega delavca moramo poskrbeti za vključenost pacienta v socialno okolje ter dodatna znanja. »Pomanjkanje znanja na tem področju lahko vodi do konfliktov med interdisciplinarnimi timi, saj imajo lahko nepoučeni zdravstveni strokovnjaki različne poglede na oskrbo umirajočega pacienta, prav tako pa je brez znanja otežena tudi komunikacija s pacientom in s svojci« (Mlinšek, 2012, p. 114). Zdravstveni delavci imajo veliko odgovornost, da svoje znanje in izkušnje prenesejo na svoje sodelavce, še meni Mlinšek (2012). Beznec (2007) pa je mnenja, da je doživljanje smrti poleg znanja in profesionalnega odnosa, povezano tudi s kulturnim okoljem, iz katerega zdravstveni delavci izhajajo.

Zdravstveni delavci so poleg svojega dela na določenem oddelku zdravstvene nege tudi klinični mentorji, kateri naj bi študente zdravstvene nege pripravili na razne praktične situacije ter intervencije. K temu sodi tudi priprava študenta na soočanje s smrtjo in umiranjem pacienta. Pogoj dobrega medsebojnega sodelovanja med mentorji in študenti pa je zdrava komunikacija. Zelo pomembno je, da znajo med seboj komunicirati, saj tako

lahko študentje svoje občutke in doživljanja s kliničnih vaj izpovejo svojim mentorjem ter s tem zmanjšajo svojo obremenjenost in stres.

»Čustvo je stanje zavesti, ki izhaja iz našega doživljanja vrednot in, ki je neločljivo povezano z delovanjem telesa« (Nowakowska-Kempna, 1995 cited in Stepišnik Perdih, 2016, p. 24). Na doživljanje smrti se posameznik najpogosteje odziva s strahom. Pri doživljanju strahu so individualne razlike, ki so posledica razlik v spoznavnem in telesnem razvoju ter izkušnjah (Marjanovič Umek, et al., 2004).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 SMRT, TABU, DETABULIZACIJA SMRTI

Čeprav o smrti neradi govorimo, sta razmišljanje in pogovor o smrti pomemben proces, v katerem se posameznik sprijazni z izgubo in na koncu tudi z lastno umrljivostjo. Smrt je zelo zasebna zadeva, zato ni nikakršnih splošnih nasvetov ali navodil o tem, kako se z njo spoprijeti (Brecelj-Kobe & Trampuž, 2002).

*»Tabu tema je pri nekaterih primitivnih ljudstvih zapoved, prepoved; nanaša se na neko dejanje; stik s čim, katere kršitve kaznujejo nadnaravne sile; tabu je stvar, ki se ne sme kritično obravnavati« (Ahlin, et al., 2000).*

Teoretični koncept smrti opredeljujejo štirje pojmi (Brecelj-Kobe & Trampuž, 2002):

- smrt je iverzibilna in dokončna, to pomeni, da iz smrti ni več ozdravitve ali oživitve v življenje;
- smrt je vsakemu živemu bitju neizogibna in univerzalna. »Doleti« čisto vsakega;
- vse kar je živo, umre;
- vsaka smrt ima svoj vzrok, zakaj je do nje prišlo. Lahko zaradi bolezni, nesreče ali starosti.

Tabulizacija smrti (prepovedano govorjenje o smrti) je izraz osebnega ali kulturnega odnosa do nje. Tabulizacija smrti je za današnjega človeka povezana s pomanjkljivimi izkušnjami ob takšnem dogodku (Kisner, et al., 1998).

### 2.2 SMRT IN DRUŽBA

Avtorji (Klevišar, 1996; Bauman, 2003; Tschudin, 2004; Pera, 2008) opozarjajo, da veliko ljudi umre v bolnišnicah in ne v domačem okolju, kar potrjujejo tudi statistični podatki. V letu 2002 je v Sloveniji umrlo 18.701 ljudi, od tega je skoraj 49,8 % (9.309)

umrlo v različnih zdravstvenih ustanovah, 50,2% (9.392) ljudi pa je doletela smrt drugje. Deset let kasneje, leta 2012 je v Sloveniji umrlo 19.257 ljudi, od tega jih je 52,5 % (10.109) umrlo v različnih zdravstvenih ustanovah, 47,5% (9.148) pa drugje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

Vojne, bolezni, rojevanje, nesreče, revščina ter premalo znanja o zdravjenju, so bili razlogi, zaradi katerih so ljudje v preteklosti umirali pogosteje in mlajši. Medicina je danes napredovala. Veliko bolezni je ozdravljivih. Pred nekaj desetletji so ljudje umirali doma, danes pa je smrt odmaknjena od nas (Saunders, 1990). Bauman (2003) meni, da sta bila smrt in umiranje nekaj samoumevnega, ljudje so v preteklosti bolj spremljali smrt, saj so pogosteje umirali doma, v krogu najbližjih. Kisner s sodelavci (1998) pa je mnenja, da se je človek še pred stotimi leti pogosteje srečeval s smrtjo v svojem okolju, saj je bila povprečna življenska doba od 35 do 40 let. Že otrok je pogosto doživel umiranje in smrt osebe, kajti bilo je samoumevno, da so bili ob smrti prisotni vsi družinski člani. Klevišar (1996, p. 43) omenja tri razloge, zakaj danes tako malo ljudi umre doma:

*»Ljudje imajo vedno manj izkušenj z umiranjem in se zato tega še bolj bojijo, pričakovanja medicine so mnogo prevelika in družine dejansko nimajo možnosti za spremljanje umirajočih doma. Včasih so se otroci že kot majhni srečevali s smrtjo, danes pa se zgodi, da nimajo stika s smrtjo do poznih let in zato bežijo pred umirajočim«.*

Klevišar (1996) prav tako meni, da so bolnišnice postale mesta umiranja, kar prinaša s seboj mnoge probleme. Kot pravi, so usmerjene predvsem v zdravljenje in zato niso primeren kraj za umirajoče.

### **2.3 DOJEMANJE SMRTI V RAZLIČNIH KULTURAH**

V primerjavi med kulturami in družbami najdemo pomembne razlike v dojetju smrti in odnosih do nje. Vzhodni del in njihove kulture, sprejmejo smrt kot del naravnega cikla, pripadniki budizma in hinduizma menijo celo, da je smrt brez ponovnega rojstva odrešenje od bremen življenja in kot taka cilj. Njihovo prepričanje, da se po smrti zlijejo v eno, se bistveno razlikuje od zahodne kulture, ki se ji smrt upira in ki verjame, da tudi

po smrti obdržimo individualnost (Mastnak, 1996). V zahodnem svetu je situacija drugačna. Ker se z boleznijo večinoma ukvarjajo v bolnišnicah, tam večina ljudi tudi umre. To pomeni, da smrt predstavlja nekaj, kar je ljudem tuje in neznano. Kar nam je neznano, postane tuje in sčasoma nekaj, česar se bojimo (Tschudin, 2004).

Kljub pogosti človeški naklonjenosti k bogu v času umiranja in smrti, se popularna psihologija osredotoča na duhovnost brez religije, vere in boga, ugotavlja Kemp (2006 cited in Hayden, 2011, p. 546). Meni, da medicinske sestre ne bi smele ovreči religije. Desbiens in Fillion (2007) poudarjata uporabo koncepta duhovne kakovosti življenja za medicinske sestre. Koncept se obrača na religijo ter vključuje pozitivno razlago medicinskim sestram, katere se soočajo z umiranjem in smrtjo pacienta. Tudi če ljudje niso verni, svoje duhovne potrebe opisujejo na podlagi religije, ugotavlja Pike (2011 cited in Hayden, 2011, p. 546).

### 2.3.1 Dojemanje smrti v krščanstvu

Biblija je sveta krščanska knjiga, ki je sestavljena iz knjig Stare in Nove zaveze. Nova zaveza ne poudarja veliko opisov, kaj se zgodi z dušo posameznika po smrti ampak daje večji poudarek na splošno eshatologijo (Juergensmeyer, 2000). Tako je v krščanski interpretaciji večna blaženost ali poguba po smrti odvisna od tega ali sprejmemo ali zavrnemo Jezusa kot našega odrešnika. Kasneje je krščansko verovanje prevzelo idejo izvirnega greha, da so vsi ljudje kot potomci padlega Adama grešni in zaslužijo večno kazen, vendar je v svoji ljubezni bog poslal edinega sina, da se je žrtvoval za njih. Zaradi tega imajo na izbiro sprejetje ali zavrnitev odrešnika, in posledično nebesa in pekel (Ma'sumian, 1996).

Eshatološke predstave v krščanstvu so nastajale iz raznih virov ter postopoma. Zgodbo o Kristusovem vstajenju od mrtvih, kristjani razumejo kot usmeritev in dokaz, da nas po smrti čaka prehod v novo življenje z bogom. Pred tem jih čaka poslednja sodba, kjer se bodo ljudje ločili na tiste, ki so ravnali po dobroti in milosti, od tistih, ki so delali slabo. Glede na svoja ravnanja na Zemlji, odpotujejo v nebesa ali pekel. Kadar kristjani govorijo o svojem novem življenju, oziroma vstajenju, uporabljajo tudi besedo »poveličanje«, saj

verjamejo, da bo staro telo povečano in v polnosti živo v nebesih in na novi zemlji (Ma'sumian, 1996).

Kršćanstvo opisuje prostor z večnim ognjem – pekel, kot bivališče za grešne in tam naj bi bili grešniki deležni večne kazni. Vendar tako za nebesa, kot za pekel, ni razvidno, kateri del človeka je poslan tja - ali je to fizično telo, duša ali oboje (Ma'sumian, 1996). Vernikom bo Kristus sodil glede na njihova zemeljska dela, kar bo imelo za posledico, da krivični odidejo v večno kazen, pravični pa v večno življenje (Mastnak, 1996). V krščanstvu se ločita meseno in duhovno telo, pri čemer gre ob smrti pravičnih v novo bivanje v nebesih le duhovno telo oziroma duša, v Mateju pa je zabeleženo, da peklenške muke doletijo tako dušo, kot telo. Glavni temelj krščanske vere je verovanje v Jezusa Kristusa, ki ga je kot svojega sina poslal bog in je po smrti na križu ponovno oživel, oziroma vstal od mrtvih. Takrat je po krščanskem prepričanju napovedal svoj ponovni prihod, ki bo sovpadel s sodbo človeštvu, po kateri bodo zveličani zveličeni v novo življenje na novi zemlji (tj. v božjem kraljevstvu, nebesih ali svetem Jeruzalemu). Čeprav je vloga boga - očeta tudi razsodniška, pa vendar nekateri vlogo sodnika ob zadnjem dnevu pripisujejo Kristusu. Ta naj bi pred vsemi preteklimi in tedanjimi dejanji na podlagi posameznikovih zemeljskih del, ločil pravične od zlih. Nagrada pravičnim bo večno življenje, slabim pa bo namenjeno večno trpljenje (Ma'sumian, 1996).

### 2.3.2 Dojemanje smrti v islamu

Islamska sveta knjiga Kor'an vsebuje kratko poglavje imenovano Al-Asr, ki nosi izredno velik pomen in nam odgovarja na številne nejasnosti glede človeškega življenja in smrti.

*»Človeštvo je zares v stanju velike izgube: razen tistih, ki verujejo in opravljajo dobra dela; tistih, ki drug drugega usmerjajo k resnici; tisti, ki drug drugemu svetujejo potrpežljivost« (Kor'an, n.d., p. 103).*

Vera v posmrtno življenje, je eden od temeljev muslimanske vere. Življenje po smrti si predstavljajo kot telesno življenje. Mrtve je potrebno pokopati, še preden začne truplo razpadati, saj muslimani verujejo, da bodo ta trupla na sodni dan obujena v novo življenje.

Ločitev duše od telesa, je za pravične duše lahkotna, medtem ko je za zle duše to nasilen trenutek. Na udobno čakanje kolektivne sodbe v grobu vplivajo pravilni odgovori na tri vprašanja, ki jih v ležečem grobu takoj ob njegovem prihodu zastavita črna angela Nakir in Munkar. Pravilni odgovori, ki razsvetlijo grob in prostor so: Allah je moj bog; Mohammed je moj prerok in islam je moja vera. Če odgovori niso pravilni, se trpljenje v grobu začne takoj po odhodu pogrebnikov (Ma'sumian, 1996).

Smrt je kot potovanje v deželo, iz katere ni povratka (Kor'an, n.d.). Človek pozablja na smrt. V naših mislih je smrt oddaljena daleč stran. Kljub temu, se verna oseba spomni na smrt ter se na njo pripravlja s kesanjem in iskanjem odpuščanja. Bogu Allahu se zahvaljuje za dobro in se ga prosi za odpust za zlo, katerega je naredil (Bajjić, n.d.). *»Vsak posameznik bo prejel svojo knjigo zapisov«*, kar pomeni, da se bodo dobra ali slaba dejanja na tem svetu upoštevala na *»onem«*. Če si delal dobra dela, bil pošten in pomagal drugim, ti bo bog po smrti podaril večno življenje v raju, v nasprotnem primeru te čaka večni ogenj – pekel (Kor'an, n.d.).

Po življenju na tem svetu, ki je minljiv, bodo ljudje ponovno oživel v nebesih (v Ahiretu), katera so večna. Smrt je čas, ko bodo ljudje po oživetju na Drugem svetu odgovarjali za svoja dela. Vsakemu posamezniku bodo prikazana njegova dobra in slaba dela, katere so zapisali angeli (Meleki). Kdor bo verjel v Allaha in počel dobre stvari, ga bo bog odpeljal v nebesa (Džennet – je mesto na Drugem svetu, v katerem bodo verniki večno živeli in uživali). Posamezniki, ki bodo imeli več slabih kot dobrih del, bodo kaznovani s peklom (Džehennemom – mesto na Drugem svetu, v katerem bodo neverniki in grešniki odgovarjali za svoje grehe), v primeru da jim Allah grehe ne oprostí (Svraka, 2013).

*»Prišli ste od Allaha in k njemu se boste vrnili«* (Kor'an, n.d., p. 106).

## **2.4 VLOGA IN OBREMENITEV ZDRAVSTVENEGA DELAVCA OB UMIRAJOČEMU PACIENTU**

Na področju zdravstvene nege in oskrbe posameznika ali določene skupine, je zdravstveni delavec kot strokovnjak v negovalnem timu in član zdravstvenega tima, odgovoren za



opravljanje nalog na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Za dobro opravljanje določenih nalog in gradnjo kakovostnega odnosa s pacientom, mora zdravstveni delavec imeti določene vrednote. Humanost, moralnost, etičnost in strokovnost so ena temeljnih načel. Temelj za doseganje ciljev in napredka v stroki je tudi znanje. Za doseg iskrenega odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom dopolnjujemo temeljne lastnosti še z dostojanstvom, pravičnostjo, zaupnostjo, humanitarnostjo ter empatijo (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2011).

Skela Savič (2005a) navaja osnovne cilje zdravstvenega delavca pri umirajočem pacientu:

- ugotavlja potrebe pacienta in aktivno vključevanje svojcev v zdravstveno obravnavo;
- zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege za pacienta in njihove svojce;
- pacient ter njihovi svojci morajo razumeti, da zdravstveni delavci rešujejo simptome napredujoče bolezni in preprečujejo zaplete le-teh;
- prepoznavanje in načrtovanje aktivnosti pri bližajoči se smrti;
- podpora svojcev pri poznavanju procesov žalovanja in ukrepanje ob patoloških načinih žalovanja (Skela Savič, 2005a).

Zaradi napredka v medicini in vse bolj redkemu umiranju doma, delo zdravstvenega delavca postaja vedno bolj obremenjeno in zahtevno, meni Pera (2008). Njegovo delo se ne navezuje le na lajšanje telesnih simptomov, temveč tudi na psihosocialno podporo tako umirajočim, kot njihovim svojcem (Štancar & Žagar, 2010). Zdravstveni delavec na podlagi svojega znanja in komunikacijske spretnosti, spodbuja pacienta ter mu vliva upanje (Ramšek Pajk & Bašanovič, 2012). Štancar (2006) meni, da so zaposleni v zdravstvenih institucijah odgovorni za počutje vseh, ki so del njihove skrbi in oskrbe. Toliko bolj pa so odgovorni za tiste, ki jim zdravstvo ne more ponuditi zdravljenja v kurativnem smislu, temveč samo lajšanje bolečin in spremljanje pri umiranju.

Jerčič in Kersnič (2004) med dejavnike tveganja, ki so dolgotrajni in povzročajo medicinskim sestram sindrom izgorevanja, navajajo tudi soočanje z umiranjem in smrtjo. Delo z umirajočimi prinaša nepredvidljive zaplete in številne psihične obremenitve (De'

Araujo, et al., 2004). Emocionalno delo vpliva na počutje zaposlenih, za katere pomeni regulacija neskladnih čustev napor, ki načinja njihovo zdravje in ima negativne psihofizične učinke, kot so stres, čustvena izčrpanost, izgorelost, občutki neavtentičnosti in odtujenosti (Šadl, 2002).

Furman (2002 cited in Peterson, et al., 2010, p. 434) meni, da je potrebno zdravstvenim delavcem pri doživljanju smrti pomagati in usmeriti proces žalovanja stran od izgorelosti, saj to pripomore ter vodi k boljši oskrbi pacientov in njihovih svojcev. Andrejšek (2013) pa je mnenja, da je za normalno življenje, ključnega pomena, sposobnost uspešnega soočanja z umiranjem in smrtjo. Da pa bi to dosegli, potrebujejo zdravstveni delavci veliko znanja in podpore.

#### 2.4.1 Definicija paliativne oskrbe ter njen razvoj

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) navaja definicijo: *»Paliativna oskrba izboljša kakovost življenja pacienta in njihovih bližnjih, ki se soočajo s problemi ob neozdravljivi bolezni; preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepoznava, bolečine in druge telesne, psihosocialne ter duhovne potrebe«* (Lunder, 2003 cited in Špiler, 2012, p. 2).

Namen paliativne oskrbe, je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev. Pomembno je, da se paliativna oskrba zgodaj prepozna, ustrezno oceni ter obravnava. *»Paliativna oskrba se lahko začne že ob postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja«* (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Z različnimi oblikami pomoči, paliativna oskrba omogoča pacientu dostojno življenje do smrti (Červek, 2005). Lunder (2002) pravi, da je paliativna oskrba celovita oskrba vseh potreb neozdravljivo bolnega in njihovih bližnjih na vseh zdravstvenih ravneh, tako doma, kot tudi v zdravstvenih ali socialnih institucijah. Skela Savič (2005a) ugotavlja, da paliativna oskrba obsega obravnavo pacientovih psihičnih, fizičnih, duhovnih in socialnih potreb.

V zadnjih desetletjih se je paliativna oskrba razvila v priznano in samostojno vejo medicine, katera temelji na strokovno priporočenih načelih: *»multiprofesionalna oskrba,*

individualno blaženje simptomov bolezni, obvladovanje veččin komunikacije, spoštovanje pacientove volje in njihovih odločitev glede postopkov, ki se mu jih predlaga« (Zakotnik & Červerk, 2009 cited in Rebolj, 2010, p. 1). Prav tako menita, da paliativna oskrba sloni na obveščeniosti pacienta o njihovi bolezni, zdravljenju in oskrbi; podpori svojcem; predvsem pa je stalna oskrba do smrti ne glede na to, v kateri ustanovi je pacient. Paliativna oskrba tako s svojimi posegi smrt ne zavlečuje, niti je ne pospešuje (Zakotnik & Červerk, 2009).

V Združenih državah Amerike ugotavljajo, da se paliativna oskrba v praksi ne odvija tako, kot bi se morala. Našteti so naslednji razlogi (Daugherty, 2003 cited in Skela Savič, 2005b, p. 246):

- težko je predvideti čas smrti pacienta;
- pomanjkanje znanja za izvajanje paliativne oskrbe;
- težave pri komuniciranju o prognozi napredovane bolezni in vzdrževanju upanja pri bolniku in družini;
- skrb, ali se lahko paliativna oskrba izvaja brez nadzora zdravnika, ki je do tedaj zdravil pacienta.

#### 2.4.2 Humanitarna organizacija Hospic in paliativno društvo v Sloveniji

V letu 2010 je bil sprejet Državni program paliativne oskrbe, ki opredeljuje dolžnosti države in zagotavljanje ustrezne pomoči pacientom z napredovalnimi kroničnimi neozdravljivimi obolenji. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, (MZ RS) je za pripravo državnega programa paliativne oskrbe doslej imenovalo dve skupini, ki sta pripravili koncept vzpostavitve paliativne oskrbe. Program zdravstvenih storitev je v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, za večjo preglednost, kakovost in učinkovitost, opredelil paliativno oskrbo, ki jo izvajajo vsi zdravstveni delavci na vseh ravneh zdravstva (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Na pobudo dr. Metke Klevišar je bilo leta 1995 ustanovljeno Slovensko društvo Hospic, kar je posledično pomenilo prelomnico v razvoju paliativne oskrbe v Sloveniji (Peternelj, 2010).

Humanitarna organizacija Hospic je društvo, ki zajema celostno oskrbo hudo bolnih v zadnji fazi bolezni ter njihovih svojcev. Strokovna obravnava neozdravljivo bolnih temelji na timskem pristopu, vsaka obravnava je individualno načrtovana v skladu s potrebo in izbiro hudo bolnega. Društvo Hospic zagotavlja lajšanje in preprečevanje fizičnega trpljenja in podporo pri razreševanju čustvenih, duhovnih in socialnih stisk. Poudarek je na celostnem pristopu, cilj pa je zagotoviti čim boljše kakovosti preostalega življenja (Slovensko društvo Hospic, 2015).

Humanitarna organizacija Hospic, s svojimi delavnicami in izobraževanjem nudi pomoč tudi zdravstvenim delavcem, ki se pogosto srečujejo z umirajočimi in njihovimi svojci (Husebo, 2009). Hospic deluje kot humanitarna organizacija, ki poleg osebja zdravstvenih in socialnih poklicev, v delovanje vključuje tudi izobražene delavce. Aktivno se vključuje v delovanje zdravstvenega sistema na področju paliativne oskrbe; za neozdravljivo bolne nudi institucionalno nego, kot nego na domu ter ponuja sodelovanje tudi v izobraževanju. Ko aktivno zdravljenje ni več mogoče, lahko osebje Hospica na bolnikovem domu pomaga pri lajšanju fizičnega trpljenja, čustvenih stisk, omogoča izpolnitev pri iskanju smisla in pomaga pri notranji izpolnitvi v zadnjih mesecih življenja. Poudarja celosten pristop z enakovredno obravnavo fizičnih, telesnih, čustvenih, psihosocialnih in duhovnih težav (Lunder, 2007).

#### 2.4.3 Komunikacija v paliativni oskrbi

Od zdravstvenega delavca se v paliativni oskrbi pričakuje, da ima izredno kreativnost, pozitivno osebnost, bogato strokovno znanje in izkušnje (Velepič, 2000). »Izobražena medicinska sestra ima specializirano znanje, osebno držo in veščine, kar ji pomaga pri izvajanju bolj kakovostne in sočutne zdravstvene nege v paliativni oskrbi« (Skela Savič, 2005a cited in Globučnik Papuga, 2007, p. 34). V organizacijah je strokovna komunikacija izrednega pomena, meni Koren Bravhar (2009), saj sodelavci med seboj

izmenjujejo pomembne informacije. Pravi, da z njo pacientom rešujejo življenje in omogočajo, da živijo bolj kakovostno. Birk (2010) poudarja, da se lahko z dobro komunikacijo izognemo napakam ob prenosu informacij in ugotavlja, da je zavedanje glede tega premajhno.

Komunikacija je sestavni del zdravstvene nege, saj medicinsko osebje ves svoj delovni čas komunicira s pacienti (Blaj, 2010). Je pomemben element za kakovostno zagotavljanje psihične varnosti pri pacientu, saj izraža posameznikova stališča, čustva in razmišljanja (Klevišar, 1996). Da bi zdravstveni delavci bolje razumeli ter lažje pomagali neozdravljivo bolnim in njihovim svojcem, morajo o umiranju in smrti razmišljati, menita Urbančič in Gradišek (1997), kjer je temelj vsega dobra komunikacija. Navajata, da se zdravstveni delavci ne smejo čustveno zaplesti ter svojega dela rutinsko opravljati. Tudi Globučnik Papuga (2007) poudarja temelj dobre ter jasne komunikacije med zdravstvenimi delavci, umirajočimi pacienti in njihovimi svojci. Takšno komunikacijo je težko vzpostaviti, saj se pojavlja strah pred pacientovimi vprašanji in reakcijami (Globučnik Papuga, 2007) ter strah pred bolečino, umiranjem in pred smrtjo (Prebil, et.al., 2009). Zaradi takšnih zavor v komunikaciji, se večina zdravstvenih delavcev želi izogniti, oziroma čim prej opraviti pogovor z umirajočim in njihovim svojcem, meni Prebil s sodelavci (2009).

Največji problem komunikacije je različnost ljudi, ki so v njej deležni (Flajs, 2004). Zato je pri komunikaciji zelo pomembno znati prisluhniti, spoznati, spoštovati pacientovo individualnost in ji slediti. Da pa bi to dosegli, mora imeti medicinska sestra tudi dober stik s samo seboj, s svojim doživljanjem, s svojimi pogledi nase, na druge in na svet (Simonič, 2011). Medicinska sestra se mora naučiti komunicirati ter svojo komunikacijo na podlagi etičnih načel prilagoditi vsakemu posamezniku in njegovemu cilju (Gorše Muhič, 2009).

Tudi svojci v času umiranja ljubljene osebe potrebujejo nekoga za pomoč in tolažbo. Pogosto se zdi, da se vse vrti okrog pacienta, vsi poudarjamo samo njegove potrebe, govorimo o njegovih stiskah, ob tem pa dostikrat spregledamo družine, ki z zadnjimi močmi stojijo ob pacientu (Klevišar, 2001).

2.4.4 Kodeks etike – medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost varovanca v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Kodeks etike, 2006, p. 4) v načelu IV opredeli, da mora medicinska sestra spoštovati dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju. Ob tem navaja sledeče standarde:

- *»Medicinska sestra mora izvajati svojo dejavnost na način, ki vključuje pacienta kot enkratno, neponovljivo osebnost, z vsemi njegovimi posebnostmi.*
- *Medicinska sestra upošteva ter spoštuje pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje ter bolečino.*
- *Medicinska sestra umirajočemu pacientu omogoča kakovostno zdravstveno nego in oskrbo, razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, upanje, izpoved verskega prepričanja, občutek varnosti ter mirno in dostojanstveno smrt.*
- *Medicinska sestra posveča posebno pozornost in pomoč svojcem umirajočega ali umrlega in zanj pomembnim drugim«* (Kodeks etike, 2006, p. 4).

Če želimo, da umirajoča oseba preživi zadnji del življenja na stopnji človeškega dostojanstva, mu moramo zagotoviti vso zdravniško skrb in nego (Ivanuša, et al., 2000). Za vse spremljevalce umirajočim, naj velja načelo: »Ob umirajočem se je treba vesti tako, kot da vse vidi in vse sliši« (Bezenšek & Barle, 2007).

2.4.5 Mentoriranje študentov zdravstvene nege ob soočanju z umiranjem in smrtjo

Klinični mentor študentu posreduje znanje in mu pomaga pri vključevanju v klinično okolje ter pridobivanju izkušenj in spretnosti, ki so potrebne za izvajanje zdravstvene nege in morebitno svetovanje pacientu. Poleg strokovnega znanja in izkušenj mora klinični mentor obvladovati tudi metode in tehnike poučevanja, meni Trobec (2008). Vloga mentorstva zelo vpliva na izkušnje študentov z obravnavo pacienta pred, med in po smrti (Parry, 2011). Vloga kliničnega mentorja in visokošolskega učitelja je, da

pomaga študentu pri oblikovanju lastnega stališča do svoje bodoče profesionalne vloge in dela. Sposobnost refleksije težkih in nemalokrat spornih zadev, je bistvena lastnost mentorja, ki pomaga študentu pri presoji in upošteva vse možne vidike pritiskov, ki jim je študent izpostavljen (Smith & Gray, 2000). Vloga kliničnega mentorja je tudi v tem, da delujejo kot podpora pri razvoju študentovih stališč do emocionalnega dela. Ta stališča bi morali študenti razvijati tekom celotnega študija, predvsem preko izkušenj na kliničnih vajah, meni Beeman (2001). Peterka Novak (2012) navaja pomen vključevanja in priprave na čustveno delo dijakov in študentov zdravstvene nege.

Pridobivanje praktičnih izkušenj v kliničnem okolju predstavlja pomemben vir stresa za študente in vpliva na njihovo sposobnost reševanja problemov ter druge intelektualne procese (Shipton, 2002). Collis-Pellatt (2006) trdi, da je klinična praksa eden od najpomembnejših vidikov izobraževanja medicinskih sester.

Študijski program prve stopnje – zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvo (v nadaljevanju FZJ) vsebuje v 2. letniku dodiplomskega študija študijski predmet Zdravstvena nega pacientov s kroničnimi obolenji (Paliativna oskrba in zdravstvena nega onkološkega pacienta). V okviru tega študijskega predmeta, je študentom FZJ namenjeno predavanje, v sklopu 20-ih študijskih ur; 45 študijskih ur pa je namenjenih individualnemu delu študentov (v nadaljevanju IDŠ) ter 60 študijskih ur je namenjenih obvezni klinični praksi na področju paliativne zdravstvene oskrbe. Študentje FZJ se lahko tudi v 3. letniku dodiplomskega študija odločijo za izbirni predmet Paliativna oskrba, kjer je 30 študijskih ur namenjenih predavanju, 45 študijskih ur IDŠ-jem ter 15 študijskih ur seminarju (FZJ, 2016).

## **2.5 ŠTUDENT ZDRAVSTVENE NEGE PRI DELU Z UMIRAJOČIM PACIENTOM IN NJEGOVO DOŽIVLJANJE**

Potreba po klinični praksi in oblikovanju novo zaposlenih medicinskih sester je v zadnjih letih izobraževanja v zdravstveni negi prinesla veliko sprememb. Prenos znanja ter kliničnih izkušenj, je odgovornost kliničnega mentorja ter vseh zaposlenih v kliničnem okolju. Potrebno je podpiranje in izobraževanje naslednjih, mlajših generacij. Del

odgovornosti pri izobraževanju in procesu učenja nosijo tudi študenti (Nursing and Midwifery Council, 2005 cited in Ramšak Pajk, 2007, p. 72). Cowan s sodelavci (2008 cited in Bobnar, et al., 2010, p. 182) meni, da morajo biti študentje zdravstvene nege za izvajanje negovalnih postopkov teoretično in praktično usposobljeni.

Deary, et al. (2003) je pokazal, da študentje zdravstvene nege doživljajo precejšen nivo stresa in psihološko stisko med njihovim šolanjem. Povzročitelji stresa med študenti zdravstvene nege vključujejo poleg ostalih stresorjev, ki jih doživi medicinska sestra, še redno klinično in šolsko ocenjevanje in zelo pogosto menjavanje kliničnih okolij. Stres pa se lahko še dodatno poveča, če je študent vključen v smrt pacienta, menita Timmins in Kaliszer (2002).

Novejša raziskava Hvalič Touzery (2015) med študenti zdravstvene nege, je pokazala, da so imeli vsi študentje v raziskavi že izkušnje z umiranjem in smrtjo. Zadnjo izkušnjo s smrtjo je imela v zadnjem letu pred anketiranjem več kot polovica anketirancev (54,5%), od tega polovica pred tremi meseci ali manj. Tudi Zgaga in Pahor (2004) v raziskavi o umiranju v očeh 128-ih študentov zdravstvene nege ugotavlja, da se je 85,2% študentov že srečalo z umiranjem in smrtjo v družini ali v času klinične prakse. Mutto, et al. (2010) pa omenjajo, da se je s tovrstno izkušnjo že soočalo 66% anketiranih študentov zdravstvene nege v Argentini.

Umiranje in smrt v današnji družbi doživljamo kot nekaj strašnega, nekaj o čemer neradi govorimo (Rajster, 2008). Čustva, kot so jeza, strah, žalost in občutki krivde, lahko občutimo pri situacijah, na katere nismo pripravljeni in glede katerih nimamo nobenih izkušenj, meni Simonič (2006). Več avtorjev omenja pomen podpore mentorja v kliničnem okolju, pri soočanju študentov zdravstvene nege s smrtjo in umiranjem (Trobec, 2008; Parry, 2011; Hvalič Touzery, 2015).

Raziskave kažejo, da študentje zdravstvene nege ne izražajo zanimanja za delo v paliativni oskrbi zaradi same narave dela, saj je delo čustveno zahtevno in naporno (Trobec, 2008; Mutto, et al., 2010). Ne glede na to pa raziskave tudi ugotavljajo pozitiven odnos študentov zdravstvene nege do zdravstvene nege umirajočega (Iranmanesh, et al., 2008; Mutto, et al., 2010).



### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pomočjo raziskave ugotoviti, kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do umiranja in smrti, kako ju doživljajo, kakšni so njihovi načini soočanja z umiranjem in v kolikšni meri jim pomagajo pridobljena znanja, v času študija ter kakšen je vpliv verske pripadnosti na njihovo doživljanje.

Cilji:

- Ugotoviti izkušnje študentov zdravstvene nege z umiranjem in smrtjo.
- Ugotoviti način premagovanja stiske ob smrti pacienta, ki se ga poslužujejo študentje zdravstvene nege.
- Ugotoviti pomembne druge, s katerimi se študentje lahko pogovorijo o svoji izkušnji s smrtjo pacienta.
- Ugotoviti naklonjenost študentov umiranju v domačem okolju, oziroma v instituciji.
- Ugotoviti povezavo med oceno študentov zdravstvene nege o pridobljenih znanjih v času študija, s področja zdravstvene nege umirajočih ter njihovim soočanjem z umiranjem.
- Ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege do umiranja in smrti.
- Ugotoviti vpliv demografskih dejavnikov študentov (spol, letnik študija, veroizpoved, delovne izkušnje) na njihov odnos do zdravstvene nege umirajočega.
- Ugotoviti razumevanje študentov pod pojmom »dobro« in »slabo« umiranje.

### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kje so se študentje zdravstvene nege soočali z umiranjem in smrtjo?
- Na kakšen način se študent zdravstvene nege sooča s stisko ob smrti pacienta?
- S kom se študentje pogovorijo o svoji izkušnji s smrtjo pacienta?
- Čemu so študentje bolj naklonjeni – umiranju v domačem okolju ali v bolnišnici (zdravstvenih ustanovah)?
- Kakšna je povezava med oceno o pridobljenem znanju za nego umirajočih v času študija in soočanjem študenta zdravstvene nege z umiranjem?
- Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do umiranja in smrti?
- V kolikšni meri vplivajo demografski dejavniki študentov (spol, letnik študija, veroizpoved, delovne izkušnje) na njihov odnos do zdravstvene nege umirajočega?
- Kaj za študente predstavlja »dobro« in kaj »slabo« umiranje?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Empirični del diplomskega dela temelji na deskriptivni (opisni) metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja. Za potrebe teoretičnega dela diplomskega dela smo uporabili metodo pregleda domače in tuje literature. Zbirali smo strokovno literaturo, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah, v pomoč nam je bila virtualna knjižnica Slovenije COBISS. Uporabljeni so bili znanstveni članki s področja zdravstvene nege, katere smo pridobili s pomočjo pregleda podatkovnih baz: CINAHL, ERIC in PUB MED. Zahteve za iskanje znanstvenih člankov so bile, da so v celotnem besedilu dostopni ter, da so bili izdani med leti 2009 in

2015. Literaturo smo pridobili tudi preko svetovnega spleta – internet, preko iskalnikov Yahoo in Google, kjer smo dosledno upoštevali kriterije verodostojnosti vira in avtorja. Pregled literature je trajal od meseca maja do meseca decembra 2014. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: študent zdravstvene nege / nursing student; zdravstvena nega / health care; smrt / death; doživljanje / experience.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo elektronskega anketiranja, v obliki pisnega strukturiranega vprašalnika.

Vprašalnik je razdeljen v tri vsebinske sklope. Prvi, demografski sklop zajema devet vprašanj zaprtega tipa (spol, starost, bivanje, letnik študija ter način izobraževanja, veroizpoved, delovne izkušnje in leta delovnih izkušenj, zaposlitev in mesto zaposlitve, izkušnje z umirajočimi pacienti, srečanje z umirajočo osebo). Drugi sklop, ki smo ga pripravili na osnovi pregleda literature o doživljanju smrti študentov zdravstvene nege (Zgaga & Pahor, 2004; Trupi & Bohinc, 2007; Alvaro, 2009), je usmerjen v znanje s področja zdravstvene nege umirajočega, kateri vsebuje pet vprašanj odprtega tipa. Drugi sklop vprašanj je vseboval tudi trditve glede znanj za nudenje zdravstvene nege, kjer so anketiranci stopnjo strinjanja ocenili od 1 do 5 (1 – popolnoma se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – neopredeljen; 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam). Tretji sklop zajema mednarodno priznana in validirano lestvico FATCOD (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale), ki jo je oblikovala Katherine Frommelt leta 1988 in smo jo povzeli po Alvaro (2009). Vsebuje 30 trditev, ki se nanašajo na odnos do nege umirajočega. Anketiranci so stopnjo strinjanja s trditvami ocenili na 5-stopenjski Likertovi lestvici : Ocena 1 pomeni popolnoma se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 - neopredeljen; 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam. Vprašalnik je vseboval eno vprašanje, ki je odprtega tipa.

S Cronbachovim koeficientom alfa smo preverjali zanesljivost merskega instrumenta, ki je definirana na intervalu od 0 do 1 (0,1). Če njegova vrednost presega 0,700, potem lahko rečemo, da je merski instrument zanesljiv (Ferligoj, 2004).

Iz tabele 1 je razvidno, da je zanesljivost vsebinskega sklopa Frommeltove lestvice odnosa do nege umirajočega v vprašalniku dobra (0,762). Pri sklopu trditev znanj za zdravstveno nego umirajočega se je izkazalo, da je njegova zanesljivost slabša (0,575).

**Tabela 1: Test zanesljivosti**

Sklop	Število vprašanj	Cronbach koeficient alfa
Trditve glede znanj za zdravstveno nego umirajočih in lastnega doživljanja	11	0,575
Frommeltova lestvica odnosa do nege umirajočega	30	0,762

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo nenaključni vzorec ter k sodelovanju v raziskavi povabili vse študente in študentke dodiplomskega študija na FZJ. Poslanih je bilo 317 elektronskih vprašalnikov. Prejeli smo 92 izpolnjenih anket, kar predstavlja 29% realizacijo vzorca. Dve anketi smo zaradi nepopolnih odgovorov izločili.

V raziskavi je sodelovalo 90 anketirancev. Med anketiranimi je večina sodelujočih (86,7%) ženskega spola. Starost anketirancev je nihala med 18 let ter 49 let, povprečna starost je 23,7 let (SO=6,03). 40% anketirancev živi v mestu in enak delež na podeželju. V raziskavi je sodelovalo največ rednih študentov (80%). Absolventski status je imelo 28 študentov (31,1%). Največ anketiranih študentov (60%) pripada katoliški veroizpovedi. Delovne izkušnje je imela dobra polovica študentov (55,6%), vendar jih je redno zaposlenih le dobra petina (21,1%), od tega jih je 7,8 % redno zaposlenih v univerzitetni kliniki.

**Tabela 2: Demografski podatki anketirancev**

		<b>n</b>	<b>(%)</b>
Spol	Moški	12	13,3
	Ženski	78	86,7
Bivanje	V mestu	36	40
	Izven mesta	17	18,9
	Na podeželju	36	40
	Drugo	1	1,1
Letnik	1. letnik	21	23,3
	2. letnik	20	22,2
	3. letnik	19	21,1
	Absolvent	28	31,1
	Drugo	2	2,2
Način izobraževanja	Redni	72	80
	Izredni	18	20
Veroizpoved	Katoliška	54	60
	Pravoslavna	5	5,6
	Islamska	15	16,7
	Ne pripadam nobeni veroizpovedi, a sem veren/-a	4	4,4
	Nisem veren/-na, sem ateist/-ka	11	12,2
	Ne želim odgovoriti	1	1,1
Delovne izkušnje	Da	50	55,6
	Ne	40	44,4
Redna zaposlitev	Da	19	21,1
	Ne	71	78,9
Mesto zaposlitve	Zdravstveni dom	2	2,2
	Splošna bolnišnica	3	3,3
	Univerzitetna klinika	7	7,8
	Socialni zavod	3	3,3
	Drugo	3	3,3
		<b>PV / SO</b>	<b>Razpon</b>
Starost		23,7 / 6,031	18 – 49

n=število anketirancev PV=povprečna vrednost %=odstotek SO=standardni odklon

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena po pridobitvi soglasja za izvedbo raziskave s strani Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost FZJ. Elektronski vprašalnik je bil poslan na elektronske naslove vsem 317 študentom FZJ. Raziskava je potekala od 06. 10. 2015 do 02. 12. 2015.

Za obdelavo podatkov smo uporabili statistični program za kvantitativno obdelavo podatkov SPSS, verzija 24.0. Podatki so predstavljeni numerično in grafično. S t-testom za neodvisne vzorce, smo želeli preveriti razlike v povprečjih dveh skupin glede na spol

(moški, ženski) in glede na delovne izkušnje (da, ne). Pri tem smo se poslužili Levenovega testa enakosti (homogenosti) varianc, s čimer smo preverili ustreznost vzorca za nadaljno analizo. Za iskanje razlike v povprečjih med tremi ali več skupinami smo uporabili analizo variance (ANOVA). Po vzorcu Mohamed Ali in Saied Ayoub (2010) smo odnos na podlagi pridobljenih točk (min=30 točk, max=150 točk) razvrstili v tri kategorije (**pozitiven odnos**: 65% vseh točk, več kot 98 točk; **nevtralen odnos**: 50% do <65%, od 75-97 točk; **negativen odnos**: <50%, manj kot 75 točk). Prav tako smo negativne trditve rekodirali v pozitivne. Uporabili smo tudi hi-kvadrat test. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti 0,05% ali manj.

### 3.4 REZULTATI

Rezultati raziskave prikazujejo odnos anketiranih študentov FZJ do umiranja in smrti. Rezultate smo predstavili po raziskovalnih vprašanjih, ki smo si jih zastavili.

#### 3.4.1 Soočanje z umiranjem in smrtjo

Najprej smo želeli ugotoviti, ali so se anketirani študentje zdravstvene nege FZJ že srečali z umiranjem in smrtjo. Na vprašanje je odgovorilo 90 anketirancev. S smrtjo in umiranjem se je srečalo 94,4% anketiranih študentov. Ti so se v povprečju 8,68 krat (SO = 25,294) srečali s smrtjo in umiranjem. Večina se je z umiranjem in smrtjo srečala na klinični praksi (73,3%), 21,1 % v okviru svojega rednega dela, 12,2 % pa drugje.

Tabela 3 prikazuje, kdaj so se anketirani študenti FZJ srečali z umiranjem in smrtjo. Največ anketiranih študentov se je s smrtjo srečalo ob smrti pacienta (71,1%), dobra polovica (53,3%) ob smrti sorodnika in hišnega ljubljence. Kar petina anketirancev se je s smrtjo srečala ob izgubi prijatelja in le 5 študentov (5,6%) se do tedaj še ni srečalo z umiranjem in smrtjo.

**Tabela 3: Osebno ali poklicno srečanje z umiranjem in smrtjo**

	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Da, ko mi je umrl družinski član	33	36,7
Da, ko mi je umrl sorodnik	48	53,3
Da, ko mi je umrl prijatelj	18	20,0
Da, ko mi je umrl znanec	29	32,2
Da, ko mi je umrl pacient	64	71,1
Da, ko mi je umrl hišni ljubljencek	48	53,3
Ne, do sedaj se še nisem srečal z umiranjem	5	5,6
Skupaj	90	100

n=število anketirancev %=odstotek

### 3.4.2 Strah pred smrtjo

Zanimalo nas je, ali se pri anketiranih študentih FZJ pojavlja strah pred srečanjem s smrtjo pacienta na klinični praksi ter kakšen je razlog za to. Strah pred srečanjem s smrtjo pacienta na klinični praksi je izrazilo 32 anketiranih študentov FZJ (35,6%), ostali tega strahu niso imeli. Med temi študenti je bilo kot glavni razlog za strah navedeno pomanjkanje znanja, kako v takšni situaciji pomagati pacientu in njihovim svojcem (n=12), sledita strah, ker jih umiranje osebno prizadane (n=8) in strah, da bodo naredili kaj narobe (n=7). Štirje študenti se bojijo srečanja s smrtjo pacienta zaradi slabih spominov na smrt nekoga bližnjega.

### 3.4.3 Stiska ob smrti pacientov

Naslednje raziskovalno vprašanje je bilo ugotoviti način premagovanja stiske ob smrti pacienta, ki se ga poslužujejo študentje FZJ. Tabela 4 prikazuje, da največ anketiranih študentov (63,3%) premaguje stisko s pogovorom; 35,6% anketirancev premaguje stisko z različnimi načini sprostitve, kot so branje in rekreacija; 15,6% študentov se zamoti z delom. Petina anketirancev stiske ob smrti pacienta ne doživlja.

**Tabela 4: Načini premagovanja stisk ob doživljanju umiranja**

	n	(%)
Razni načini sprostitve	32	35,6
S pridobivanjem novih znanj o spremljanju umirajočega	9	10,0
Pogovor	57	63,3
S samoto	8	8,9
Zatopim se v delo	14	15,6
Stisk ne doživljam	20	22,2
Drugo	9	10,0
Skupaj	90	100

n=število anketirancev %=odstotek

Prav tako smo želeli ugotoviti, s katero osebo se anketirani študenti FZJ običajno pogovorijo o svoji izkušnji ter stiski s smrtjo pacienta. Iz spodnje tabele 5 je razvidno, da se anketirani študentje FZJ najpogosteje pogovorijo z družinskim članom (38,9%), temu je sledil pogovor s prijateljem (27,8%) in s sošolci (12,2%). Desetina študentov se o tem ni pogovorila, ker niso čutili potrebe po pogovoru. Noben anketiranec se ni opredelil za pogovor s šolskim mentorjem.

**Tabela 5: Pogovor z osebo o izkušnji glede umiranja in smrti**

	n	(%)
S sošolcem	11	12,2
S šolskim mentorjem	0	0
S prijateljem	25	27,8
Z družinskim članom	35	28,9
Drugo	10	11,1
O tem se še nisem pogovoril, ker ni bilo potrebe	9	10,0
Skupaj	90	100

n=število anketirancev %=odstotek

Ugotavljamo, da ima le 26,7% anketiranih študentov željo po delu na področju paliativne oskrbe. Visok delež anketiranih študentov (71,1%) pravi, da so poslušali ali bili na usposabljanju, ki pokriva paliativno oskrbo. V okviru tega predmeta je imelo 41,1% študentov v vzorcu že klinično prakso.



### 3.4.4 Želja po znanju s področja paliativne oskrbe ter pogled na umiranje

V tabeli 6 so prikazani rezultati trditev, pri katerih so anketiranci izrazili željo po znanju s področja paliativne oskrbe. V vzorcu je 71,1% anketirancev poslušalo in/ali imelo klinično prakso na področju paliativne oskrbe in zdravstvene nege onkološkega pacienta. Najvišje povprečne vrednosti, ki kažejo strinjanje, so anketiranci dosegli pri trditvah, da si želijo več praktičnih izkušenj s področja paliativne oskrbe (PV = 3,45; SO = 1,194). Najnižje povprečne vrednosti, ki nakazujejo nestrinjanje, so anketiranci dosegli pri trditvi, da bi jim študijski program moral nuditi več obveznih vsebin s področja paliativne oskrbe (PV = 2,45; SO = 1,038).

**Tabela 6: Znanje zdravstvene nege umirajočih in lastno doživljanje**

TRDITEV	n	MIN	MAX	PV	SO
V času študija sem oz. bom pridobil dovolj znanj, za zdravstveno nego umirajočih.	64	1	5	3,28	0,951
Želel/-a bi si več teoretičnih znanj s področja paliativne oskrbe.	64	1	5	3,36	0,915
Želel/-a bi si več praktičnih izkušenj s področja paliativne oskrbe.	64	1	5	3,45	1,194
Študijski program bi moral nuditi več obveznih vsebin s področja paliativne oskrbe.	64	1	5	2,45	1,038
Menim, da me študijski program ni ustrezno pripravil na delo z umirajočimi.	64	1	5	2,98	1,091

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

V tabeli 7 so prikazani rezultati, ki kažejo naklonjenost študentov umiranju v domačem okolju (PV= 3,73; SO = 1,149). Trditev: »Menim, da je za umirajoče bolj poskrbljeno v bolnišnici, kakor doma« je dosegla nizko povprečno vrednost 2,46 (SO= 0,996), kar pomeni, da se anketiranci v povprečju s to trditvijo ne strinjajo. Najnižje povprečne vrednosti in s tem stopnjo strinjanja so anketiranci dosegli pri trditvah, da si želijo delati v paliativni oskrbi (PV = 2,11; SO = 1,156) ter, da ob soočanju z umiranjem čutijo potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim (PV = 2,18; SO = 1,077).

**Tabela 7: Znanje zdravstvene nege umirajočih in lastno doživljanje**

TRDITEV	n	MIN	MAX	PV	SO
Želim si delati v paliativni oskrbi.	90	1	5	2,11	1,156
Bojim se delati z umirajočimi, ker za to nimam dovolj znanj in izkušenj.	90	1	5	2,49	1,202
Ob soočanju z umiranjem čutim potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim.	90	1	5	2,18	1,077
Ob delu z umirajočimi doživljam osebno stisko.	90	1	5	2,73	1,188
Menim, da je za umirajoče bolj poskrbljeno v bolnišnici, kakor doma.	90	1	5	2,46	0,996
Menim, da bi ljudje morali umreti doma, če je to le mogoče.	90	1	5	3,73	1,149

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

### 3.4.5 Pridobljeno znanje v času študija

S pomočjo Pearsonovega korelacijskega koeficienta smo ugotovili, da ni statistične povezanosti med oceno o pridobljenem znanju za zdravstveno nego umirajočih v času študija ter načini soočanja študenta zdravstvene nege z umiranjem ( $p>0,05$ ) (tabela 8).

**Tabela 8: Pearsonov korelacijski koeficient**

		V času študija sem, oziroma bom pridobil dovolj znanj in izkušenj za zdravstveno nego umirajočih.	Bojim se delati z umirajočim, ker za to nimam dovolj znanj in izkušenj.	Ob soočanju z umiranjem čutim potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim.	Ob delu z umirajočimi doživljam osebno stisko.
<b>V času študija sem, oziroma bom pridobil dovolj znanj, za zdravstveno nego umirajočih.</b>	Pearsonov korelacijski koeficient	1	-0,061	0,071	0,184
	Dvostranski test		0,569	0,508	0,083
	Število enot	90	90	90	90

\*=spremenljivki statistično značilno korelirata pri 1% stopnji tveganja (0,01) nizka povezanost=povezanost pojasni zgolj 1% skupne variance ( $r<0,10$ ) srednja povezanost=povezanost pojasni zgolj 9% skupne variance ( $r<0,30$ ) močna povezanost=povezanost pojasni zgolj 25% variance ( $r>0,50$ )

		V času študija sem, oziroma bom pridobil dovolj znanj in izkušenj za zdravstveno nego umirajočih.	Bojim se delati z umirajočim, ker za to nimam dovolj znanj in izkušenj.	Ob soočanju z umiranjem čutim potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim.	Ob delu z umirajočimi doživljam osebno stisko.
<b>Bojim se delati z umirajočim, ker za to nimam dovolj znanj in izkušenj.</b>	Pearsonov korelacijski koeficinet	-0,061	1	0,565*	0,325*
	Dvostranski test	0,569	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>
	Število enot	90	90	90	90
<b>Ob soočanju z umiranjem čutim potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim.</b>	Pearsonov korelacijski koeficinet	0,071	0,565*	1	0,557*
	Dvostranski test	0,508	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	Število enot	90	90	90	90
<b>Ob delu z umirajočim doživljam osebno stisko.</b>	Pearsonov korelacijski koeficinet	0,184	0,325*	0,557*	1
	Dvostranski test	0,083	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	Število enot	90	90	90	90

\*=spremenljivki statistično značilno korelirata pri 1% stopnji tveganja (0,01) nizka povezanost=povezanost pojasni zgolj 1% skupne variance ( $r < 0,10$ ) srednja povezanost=povezanost pojasni zgolj 9% skupne variance ( $r < 0,30$ ) močna povezanost=povezanost pojasni zgolj 25% variance ( $r > 0,50$ )

Hkrati ugotavljamo, da obstaja močna statistična povezava med anketiranimi študenti FZJ, kateri se bojijo delati z umirajočimi, ker za to nimajo dovolj znanj in izkušenj in trditvijo, da ob delu z umirajočimi čutijo potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim ( $r = 0,565$ ;  $p = 0,000$ ); ter srednja povezanost, da ob delu z umirajočim doživljajo osebno stisko ( $r = 0,325$ ;  $p = 0,002$ ). Med anketiranci obstaja močna povezanost med trditvama, da ob soočanju z umiranjem čutijo potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim ter, da ob delu z umirajočimi doživljajo osebno stisko ( $r = 0,557$ ;  $p = 0,000$ ).

### 3.4.6 Odnos študentov do zdravstvene nege umirajočega

S pomočjo Frommeltove lestvice odnosa do nege umirajočega (Frommelt Attitudes Toward care of the dying scale) smo ugotovili, kakšen odnos imajo anketirani študentje FZJ do smrti in umiranja. Anketiranci so se najbolj strinjali s trditvijo, da je nudenje zdravstvene nege umirajočim dragocena izkušnja (PV = 4,66; SO = 0,544). Prav tako so se anketiranci v povprečju zelo strinjali s trditvijo (PV = 4,53; SO = 0,657), da svojci potrebujejo čustveno oporo, da sprejmejo vedenjske spremembe umirajoče osebe; temu je sledilo strinjanje študentov (PV = 4,52; SO = 0,622), da morajo svojci vzdrževati čim bolj normalno okolje za umirajočega člana ter, da mora biti zdravstvena oskrba razširjena tudi na družino/svojce umirajočega (PV = 4,51; SO = 0,693).

V povprečju so se anketirani študentje najmanj strinjali s trditvijo (PV = 1,76; SO = 1,145), da naj ne bo medicinska sestra več vključena v zdravstveno nego pacienta, v času ko se bliža smrt. Prav tako se študentje v povprečju niso strinjali (PV = 2,03; SO = 1,126), da se umirajoča oseba ne sme odločati o fizični oskrbi, ki ji je namenjena ter, da bi najraje pobegnili, ko pacient umre (PV = 2,07; SO = 1,169).

**Tabela 9: Odnos študentov FZJ do zdravstvene nege umirajočega**

TRDITVE	n	MIN	MAX	PV	SO
Nudenje zdravstvene oskrbe umirajočim je dragocena izkušnja.	90	3	5	4,66	0,544
Smrt ni najhujša stvar, ki lahko doleti osebo.	90	1	5	3,31	1,283
S težko bolnim bi mi bilo neprijetno govoriti o bližajoči se smrti. *	90	1	5	3,21	1,232
Zdravstvena oskrba za svojce bi se morala nadaljevati v celotnem obdobju žalovanja in izgube.	90	1	5	4,10	1,006
Ne želim biti dodeljen za oskrbo umirajočega. *	90	1	5	2,81	1,198
Medicinska sestra ne bi smela biti tista, ki naj se o smrti pogovori z umirajočo osebo.*	90	1	5	2,34	1,201
Trajanje zdravstvene oskrbe umirajoče osebe bi me frustriralo.	90	1	5	2,41	1,121
Razburilo bi me, če bi umirajoča oseba, katero oskrbujem obupala nad tem, da se bo stanje izboljšalo. *	90	1	5	2,63	1,166
Težko se tvori tesen odnos z družino umirajoče osebe. *	90	1	5	2,41	1,062
So časi, ko je smrt za umirajočo osebo dobrodošla.	90	1	5	3,83	1,192
Ko me pacient vpraša: »Sestra, ali umiram?«, mislim, da je najbolje spremeniti temo pogovora na nekaj bolj veselega. *	90	1	5	2,24	1,105

\*=trditve z negativnim odnosom n=število anketirancev MIN=najmanjša vrednost MAX=največja vrednost PV=povprečna vrednost

SO=standardni odklon 1=popolnoma se ne strinjam 2=se ne strinjam 3=neopredeljen 4=se strinjam 5=popolnoma se strinjam

TRDITEV	n	MIN	MAX	PV	SO
Svojci umirajočega morajo biti vključeni v fizično oskrbo umirajoče osebe.	90	1	5	3,71	1,191
Upam, da bi oseba, ki ji nudim zdravstveno oskrbo umrla, ko nisem prisoten/-na. *	90	1	5	2,46	1,169
Bojim se spoprijateljiti z umirajočim pacientom. *	90	1	5	2,48	1,326
Ko pacient umre, bi najraje pobegnil. *	90	1	5	2,07	1,169
Svojci potrebujejo čustveno oporo, da sprejmejo vedenjske spremembe umirajoče osebe.	90	2	5	4,53	0,657
Ko se pacientu bliža smrt, naj medicinska sestra ne bo več vključena v oskrbo pacienta. *	90	1	5	1,76	1,145
Svojci si morajo prizadevati za pomoč umirajočemu družinskemu članu, da kar najbolje izkoristi čas, ki mu je še preostal.	90	1	5	4,43	0,794
Umirajoči osebi ne bi smelo biti dovoljeno, da se odloča o fizični oskrbi, ki ji je namenjena. *	90	1	5	2,03	1,126
Svojci morajo vzdrževati čim bolj normalno okolje za umirajočega člana.	90	3	5	4,52	0,622
Za umirajočo osebo je koristno, da ubesedi svoje občutke.	90	2	5	4,48	0,738
Zdravstvena nega mora biti razširjena tudi na družino/svojce umirajočega.	90	3	5	4,51	0,693
Medicinske sestre morajo umirajočemu dovoliti fleksibilen urnik obiskov.	90	2	5	4,46	0,781
Umirajoča oseba in njeni svojci morajo biti tisti, ki odločajo.	90	2	5	4,16	0,898
Zasvojenost z zdravili za lajšanje bolečine ne sme biti problematika, ko oseba umira. *	90	1	5	3,99	1,076
Bilo bi mi neprijetno, če bi vstopila v sobo pacienta v terminalni fazi in bi ga našel/-la objokanega. *	90	1	5	3,28	1,245
Umirajočim osebam je potrebno dati iskrene odgovore o njihovem zdravstvenem stanju.	90	1	5	4,23	0,960
Izobraževanje svojcev o smrti in umiranju ni odgovornost medicinske sestre. *	90	1	5	2,49	1,326
Svojci, ki pogosto ostanejo blizu umirajoče osebe, se pogosto vmešajo v delo strokovnjakov, ki nudijo oskrbo pacientu. *	90	1	5	3,46	0,889
Medicinske sestre lahko pomagajo pacientu, da se pripravi na smrt.	90	1	5	4,21	0,855

\*=trditve z negativnim odnosom n=število anketirancev MIN=najmanjša vrednost MAX=največja vrednost PV=povprečna vrednost SO=standardni odklon 1=popolnoma se ne strinjam 2=se ne strinjam 3=neopredeljen 4=se strinjam 5=popolnoma se strinjam

### 3.4.7 Vpliv demografskih dejavnikov na odnos do zdravstvene nege umirajočega pacienta

Tabela 10 prikazuje rezultate odnosa do zdravstvene nege umirajočega, katere smo pridobili na podlagi točkovanja, razvrščenega v tri kategorije. Anketirani študentje FZJ imajo v povprečju pozitiven odnos do nege umirajočega. Višje število na FATCOD lestvici pomeni bolj pozitiven odnos do nege umirajočega. Pozitiven odnos predstavlja več kot 98 doseženih točk na lestvici, nevtralen odnos med 75 in 97 doseženih točk,

negativen odnos pa manj kot 75 doseženih točk (Ali et al. 2010). Vse povprečne vrednosti doseženih točk na FATCOD lestvici znotraj demografskih skupin kažejo na pozitiven odnos do oskrbe umirajočega.

Rezultati odnosa do nege umirajočega prikazujejo, da ni statistično pomembnih razlik v odnosu do nege umirajočega glede na demografske podatke (spol ( $p=0,301$ ), letnik izobraževanja ( $p=0,513$ ), veroizpoved ( $p=0,344$ ) in delovne izkušnje ( $0,522$ )).

**Tabela 10: FATCOD lestvica in odnos do oskrbe umirajočega**

						Odnos do oskrbe umirajočega (FATCOD lestvica) (od 30 točk do 150 točk)			t-test / ANOVA*	P
		PV	SO	MIN	MAX	Negativni odnos	Nevtralen odnos	Pozitivni odnos		
						%	%	%		
Spol	Moški	114,6	0,998	88	132	0	16,7	83,3	0,420	0,301
	Ženski	111,6	1,001	81	131	0	11,5	88,5		
Letnik izobraževanja	1. letnik	111,5	1,059	81	128	0	9,5	90,5	0,961 *	0,513
	2. letnik	110,7	1,005	92	124	0	20	80		
	3. letnik	112,5	1,036	87	126	0	15,8	84,2		
	Absolvent	112,8	0,974	88	132	0	6,7	93,3		
Veroizpoved	Katoliška	112,5	0,988	81	131	0	9,26	90,7	1,607 *	0,344
	Pravoslavna	115,4	1,024	106	122	0	0	100		
	Islamska	103,0	1,082	87	124	0	40	60		
	Ateist/-ka	115,8	1,013	107	126	0	0	100		
	Nobena	121,4	0,898	113	132	0	0	100		
Delovne izkušnje	Da	113,1	1,073	87	132	0	14	86	0,374	0,522
	Ne	110,6	0,969	81	131	0	10	90		
Skupaj		112,0	1,009	81	132	0	12,2	87,8	/	/

PV=povprečno število točk SO=standardni odklon MIN=30 točk MAX=150 točk negativni odnos=<50%, manj kot 75 točk nevtralni odnos= od 50% do <65%, od 75 do 97 točk pozitivni odnos=65% vseh točk, več kot 98 točk %=odstotek p=vrednost statistično pomembne razlike ( $\leq 0,05$ ) \*=test ANOVA

### 3.4.8 Razumevanje študentov FZJ pod pojmom »dobro« in »slabo« umiranje

Pri vprašalniku so anketiranci odgovorili tudi na dve odprti vprašanji, in sicer, kaj za njih predstavlja »dobro« in kaj »slabo« umiranje. Kodiranje mnenj smo predstavili v tabeli 11, nekaj mnenj smo citirali.

**Tabela 11: Razumevanje »dobrega« in »slabega« umiranja**

Kategorije:	»Dobro« umiranje	*	»Slabo« umiranje	*
Kode:	Brez trpljenja in bolečine	82	Ob hudih bolečinah	54
	Ob ljubljenih osebah, prisotnost svojcev	57	Počasno umiranje	51
	V domačem okolju	47	Priklopljen na medicinske aparate	47
	Upoštevanje mnenja umirajočega	38	Sam, brez prisotnosti družinskih članov	43
	Ohranjanje dostojanstva	18	Brez možnosti slovesa	34
	Hitra smrt, umreti med spanjem	15	Strah	23
	Smrt v miru, spoštovanju in empatiji	14	Neupoštevanje pacienta	21
	Izpolnjena vsaka želja	11	Brez komunikacije in empatije	16
	Nudena pozornost in odgovori	11	Neprijazni odnosi	16
	Možnost slovesa	7	Nevednost o zdravstvenem stanju	9
	Brez medicinskih aparatov	4	Nemirna vest	8
			Prepoved obiskov	7

\*= število podanih mnenj

Anketirani študentje FZJ menijo, da je »dobro umiranje« hitra smrt, brez trpljenja in bolečine. Da umreš v miru in spoštovanju ob prisotnosti družinskih članov ter v domačem okolju. Študentje FZJ so omenili pomen ohranjanja dostojanstva do umirajočega ter pomembnost tega, da so pacient ter njegovi svojci seznanjeni o pacientovem zdravstvenem stanju na podlagi iskrenih odgovorov. Menja so tudi, da je potrebno umirajočemu pacientu izpolniti vsako željo.

*»Upoštevanje želje in potrebe pacientov ter njihovih svojcev; opuščanje vseh nujno nepotrebnih postopkov; upoštevanje pacientove želje, kje bi rad umrl /.../ ljudje, ki so mu blizu, naj ostanejo ob njemu!«.* (Študentka, 26 let)

*».../ da so svojci ob tebi, da veš kaj se dogaja in kaj te lahko še doleti. Predvsem pa je pomembno, da se s smrtjo sprjazniš in veš, da ti bo nekdo stal ob strani do konca«.* (Študent, 19 let).

Anketirancem »slabo umiranje« predstavlja smrt v bolečinah, trpljenju, strahu, samoti ter z nemirno vestjo. K »slabemu umiranju« pripomore tudi odsotnost družinskih članov in prepoved obiskov v bolnišnicah, oziroma zdravstvenih ustanovah, neprijazni odnosi ter slaba komunikacija. Prav tako jim »slabo umiranje« predstavlja ne vključevanje svojcev v zdravstveno obravnavo pacienta, neuresničevanje pacientovih želja ter neiskreni odgovori o zdravstvenem stanju.

*»Menim, da je slabo umiranje obdano z manj kvalitetno oskrbo pacienta in pomanjkanjem izkušenih zdravstvenih delavcev v času umiranja. Slabemu umiranju bi dodelila tudi prisotnost bolečine in neustrezno lajšanje le-te«.* (Študentka, 22 let).

### **3. 5 RAZPRAVA**

S pomočjo izvedene raziskave smo ugotovili, da so se skoraj vsi anketirani študentje zdravstvene nege FZJ že srečali z umiranjem in smrtjo. Večina anketirancev se je z umiranjem in smrtjo srečala na klinični praksi, kar prikazuje tudi podatek, da se je največ anketiranih srečalo s smrtjo pacienta, dobra polovica pa tudi s smrtjo sorodnika ter hišnega ljubljence. Hvalič Touzery (2015) je prav tako raziskovala študente in študentke FZJ na temo prve izkušnje s smrtjo, umiranja, žalovanja ter načine soočanja z izgubo. Raziskava je zajela 5 generacij študentov 2. letnika FZJ (od leta 2010/2011 do 2014/2015). Vseh 85 anketirancev v vzorcu se je že srečalo z umiranjem in smrtjo. V raziskavi Zgaga in Pahor (2004) pa je bilo študentov z zdravstveno nego s tovrstnimi izkušnjami 85,2%.



Ugotovili smo, da anketiranci najpogosteje premagujejo stiske ob smrti pacienta s pogovorom ter z različnimi načini sprostitve, najmanj pa anketiranci stiske ob doživljanju umiranja premagujejo s samoto ter s pridobivanjem novih znanj o spremljanju umirajočega. Študentje zdravstvene nege uporabljajo različne strategije in metode za obvladovanje stresnih situacij (Shipton, 2002). Hvalič Touzery (2015) ugotavlja, da se anketirani študentje poslužujejo različnega načina soočanja z izgubo, najpogosteje s sprostitvijo čustev, jokom ter z žalostjo. Ugotavlja, da večina anketiranih študentov FZJ najpogosteje poišče podporo pri svojih najbližjih (družina in prijatelji) ter se z njimi o svoji stiski tudi pogovorijo. Nekoliko manj pa se študentje odločajo za samoto, tišino ter obiskom groba (Hvalič Touzery, 2015).

V naši raziskavi ugotavljamo, da je oseba, s katero se anketiranci FZJ najpogosteje pogovorijo o izkušnji ter osebni stiski, družinski član ali prijatelj. Noben anketirani študent FZJ se ni opredelil za pogovor s šolskim mentorjem. Za razliko od naše raziskave pa je Hvalič Touzery (2015) ugotovila, da se ob doživljanju umiranja veliko študentov poslužuje pogovora tudi s šolskim mentorjem.

Hvalič Touzery (2015) ugotavlja, da je ob prvi izkušnji s smrtjo pri dobri polovici anketirancev (58,9%) šlo za izgubo družinskega člana ali sorodnika. Študentje zdravstvene nege ob spominu na prvo smrt navajajo predvsem žalost, strah in šok. Omenili so tudi različne občutke, kot so jeza, tesnoba, trpljenje, zanikanje, nemir, zmedenost, razočaranje in bolečina. Mnogi anketiranci so omenili, da so bili premladi, da bi se zavedali, kaj se sploh dogaja. Parry (2011) je raziskovala odnos petih študentov zdravstvene nege ter njihovo prvo srečanje s smrtjo. Ugotavlja, da ni veliko raziskanega na temo skrbi za študente pri delu z umirajočim, da bi bili le-ti boljše pripravljene za soočanje s smrtjo v kliničnem okolju. Poudarja, da vloga mentorstva zelo vpliva na izkušnje študentov z obravnavo pacienta pred, med in po smrti, saj skrb za pacienta, kateri se sooča s smrtjo, ni enostavna in je lahko boleča ter težka izkušnja.

Srečevanje s težko bolnimi in umirajočimi pacienti je za študente zelo naporno in stresno. Podpora, ki jo študenti v takšnih situacijah pričakujejo, je odvisna od posameznega kliničnega mentorja in njegovega razumevanja študentske stiske. Pričakovana podpora, ki naj bi jo zagotavljali mentorji, pa je pogosto nezadostna, neprimerna ali pa je sploh ni,

ugotavlja Trobec (2008) v svojem magistrskem delu, kjer je bilo v intervju vključenih 9 študentov, od tega 5 študentk in 4 študentov Visoke šole za zdravstvo Izola. Avtorica za razliko od Hvalič Touzery (2015) ugotavlja, da gre velikokrat za njihovo prvo srečanje s smrtjo in, da na to še niso pripravljene. Z umirajočim pacientom vzpostavijo zaupen odnos in se nanj navežejo. Ob smrti občutijo izgubo in potrebo po žalovanju. Pomoč največkrat poiščejo pri sošolcih, s katerimi se pogovarjajo in si izmenjujejo izkušnje. Najpogostejši vir pomoči in podpore, ki ga v raziskavi omenja večina študentov, so sošolci z enakimi ali podobnimi problemi in izkušnjami pri soočanju s situacijami na kliničnih vajah. Mnenja so, da je tovrstno iskanje pomoči dober način, in se ga tudi redno poslužujejo. Hvalič Touzery (2015) je raziskala, da se anketiranci najpogosteje o smrti pacienta pogovorijo z domačimi, nato s sošolci, temu je sledil pogovor z zdravstvenim osebjem in sodelavci.

Ivanuša s sodelavci (2000) navaja, da so pogovori v ožjem krogu medicinskih sester, pa tudi z drugimi strokovnjaki (psiholog, zdravnik, duhovnik), najbolj primerni za preprečevanje stresnih situacij. Mravljak (2011) je prav tako v svoji diplomski nalogi prišla do ugotovitve, da se medicinske sestre in zdravstveni tehniki velikokrat počutijo nemočne in doživljajo stiske, ki pa jih uspešno rešujejo s pomočjo pogovora s sodelavci, kar je v raziskavi od 68 anketiranih v zdravstveni negi potrdilo kar 60% anketirancev. Griggs (2010) ugotavlja, da mnoge medicinske sestre v čustveno nabitem času po smrti pacienta najdejo uteho v tem, da raje ostanejo kratek čas doma, da podprejo svoje umirajočega ter, da se poslovijo od telesa.

Tudi Gazibara (2015) je v svoji diplomski nalogi na podlagi 55 anketiranih zdravstvenih delavcev (diplomirane in srednje medicinske sestre ter bolničarji negovalci) na oddelku za diagnostiko in kemoterapijo ter negovalnega oddelka Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter Doma starejših Viharnik (Kranjska Gora), ugotovil način soočanja zdravstvenih delavcev z umirajočimi pacienti in preobremenjenosti na delovnem mestu. Zdravstvenim delavcem pri odpravljanju preobremenjenosti najbolj pomaga stik z družino in prijateljem ter odsotnost z delovnega mesta, namanj pa si pomagajo s hobiji in rekreacijo. Tudi Russi-Zagožen (1998) v prvi tovrstni slovenski raziskavi med 360 zdravstvenimi delavci, udeleženci enega izmed seminarjev

Slovenskega društva Hospic ugotavlja, da stisko, katero anketiranci čutijo ob doživljanju umiranja, premagujejo največkrat s pogovorom, sledi razumska predelava dogodkov ter večja količina dela. Poleg tega so anketiranci še navedli meditacijo, molitev, sprehode v naravo ter druge sproščujoče aktivnosti.

Prav tako nas je zanimala naklonjenost študentov o umiranju v domačem okolju, oziroma v instituciji. Anketirani študentje FZJ so mnenja, da bi ljudje morali umirati doma, če je to le mogoče, saj je doma zanje bolj poskrbljeno, kot v bolnišnici. Glede na to, da si tudi večina pacientov želi umreti doma med svojci, je pomembno, da jim to omogočimo, menita Ivanuša in Železnik (2008). Ob tem sta dala pobudo, da se na domu izvaja paliativna oskrba, z občasnim strokovnim nadzorom patronažne medicinske sestre.

Na podlagi odgovorov anketiranih študentov, kateri so že imeli klinično prakso ali poslušali predmet paliativna oskrba, smo ugotovili, da anketirani študentje FZJ nimajo želje po delu na področju paliativne oskrbe, vendar si hkrati vseeno želijo več teoretičnih znanj in praktičnih izkušenj s tega področja.

Trupi in Bohinc (2007), sta v raziskavi med 50 rednimi študenti tretjega letnika zdravstvene nege prav tako ugotovili, da študentje ne zaupajo svojemu znanju iz zdravstvene nege umirajočih. Hkrati sta dokazali, da študentje pogrešajo izkušnje s tega področja. Iz podanih rezultatov raziskave sta podali sklepno misel, da si študentje želijo in potrebujejo več izkušenj ter znanj za delo z umirajočimi. Menita, da bi bilo primerno dopolniti študijsko snov s področja zdravstvene nege umirajočega pacienta. Trupi in Bohinc (2007) poudarjata, da je potrebno študente zdravstvene nege ter medicinske sestre spodbujati k razmišljanju in razpravam o odnosu do hudo bolnih in umirajočih, prav tako pa morajo razvijati dobro paliativno zdravstveno nego. Čeprav študentje zdravstvene nege že imajo seminar na temo paliativna oskrba in zdravstvena nega umirajočega, je njihovo znanje na tem področju pomanjkljivo, meni Parry (2011). Zgaga in Pahor (2004) sta z raziskavo med 128 študenti zdravstvene nege dokazali, da dobijo študentje zdravstvene nege v času študija premalo znanja o zdravstveni negi umirajočih, kar sta dokazali tudi na podlagi pregleda študijskega predmetnika in programa. Študentom manjka tako znanj kot izkušenj za zavzemanje odločnejših stališč. Njuna sklepna ugotovitev je, da študentje zdravstvene nege niso zadovoljni s svojim strokovnim

znanjem in usposobljenostjo za zdravstveno nego umirajočih ter, da študentje kljub svoji mladosti razmišljajo o umiranju.

Ugotavljamo, da večina anketiranih študentov FZJ ob soočanju z umiranjem ne čuti potrebe po umiku pred hudo bolnim in umirajočim. Ugotavljamo tudi, da se potreba po umiku pred hudo bolnim in umirajočim pojavlja pri tistih anketiranih študentih FZJ, ki menijo, da nimajo dovolj znanj in izkušenj. Prav tako ugotavljamo, da se pri tretjini anketiranih študentov FZJ pojavlja strah pred srečanjem z umiranjem in smrtjo. Kot glavni razlog za prisotnost strahu pa anketirani študentje FZJ navajajo pomanjkanje znanja, kako v takšni situaciji pomagati pacientu in njihovim svojcem. Dokazali smo, da anketirani študentje, ki se bojijo delati z umirajočim, ker za to nimajo dovolj znanj in izkušenj, ob soočanju z umiranjem čutijo potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim ter, da ob delu z umirajočimi doživljajo osebno stisko. Mutto, et al. (2010) poudarjajo, da študentom zdravstvene nege delo z neozdravljivo bolnim in umirajočim pacientom pomeni čustveno težko izkušnjo.

Malliarou, et al. (2011) so v splošni bolnišnici raziskovali odnos 150 grških medicinskih sester do zdravstvene nege umirajočega. Statistično pomembne razlike so dokazali pri spolu, in sicer, pripadnice ženskega spola občutijo manj strahu pri delu z umirajočim za razliko od moških. Z naraščanjem starosti je manjša verjetnost, da se zdravstveni delavci izogibajo smrti in dela z umirajočimi in so tudi statistično dokazali, da delovne izkušnje vplivajo na izogibanje smrti. Bolj izkušene medicinske sestre kažejo boljše komunikacijske sposobnosti in ustvarjajo boljši odnos z umirajočim pacientom, meni Malliarou s sodelavci (2011). Hkrati ugotavlja, da so bolj izkušene medicinske sestre razvile strategijo za spopadanje s svojim čustvenim odzivom na smrt in umiranje.

Zdravstveni delavci, ki se soočajo s smrtjo in umiranjem pacientov doživljajo stiske (Globučnik Papuga, 2007), velikokrat tudi nemoč in razočaranja pri svojem delu (Ivanuša, et al., 2000). Cooper in Barnett (2005) poudarjata, da so medicinske sestre v stiku s pacientom bistveno več časa kot katerikoli drugi član multidisciplinarnega tima, kar predstavlja večjo verjetnost prisotnosti medicinske sestre ob smrti pacienta. Torej medicinskim sestram skrb umirajočih predstavlja občuten stres (Costello, 2006 cited in Peterson, et al., 2010, p. 432). Do podobnih ugotovitev je prišla Dornik (2014), ki je v

diplomski nalogi ugotovila, da se zdravstveni delavci z umirajočim srečujejo zelo pogosto, kar za njih predstavlja dodatno obremenitev in stres. Hitra, nenadna smrt zaradi nesreče ali samomora še toliko bolj vpliva na zdravstvenega delavca, saj na to smrt niso pripravljeni.

Andrejšek (2013) je v raziskavi med šestimi intervjuvankami, ki so zaposlene v Zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske, prišel do ugotovitve, da med težje psihične obremenitve sodi umiranje mlajšega, vitalnega pacienta. Zaposlenim predstavlja intenziven stik z umirajočimi pacienti in svojci ter veliko smrti druga za drugo, v krajšem časovnem obdobju, precejšen stres. Za medicinske sestre, ki se soočajo s smrtjo pacienta, je smrt stresni dejavnik, ki ga bodo doživele velikokrat v svoji karieri (Peterson, et al., 2010). Andrejšek (2013) je tekom raziskave ugotovil, da intervjuvankam delo z umirajočimi vzbuja mnogo obremenjujočih čustev, kot so razdražljivost, slaba koncentracija, tesnoba, jok, padec odpornosti in splošna fizična ter psihična utrujenost. Delo v zdravstveni negi in oskrbi je čustveno zahtevno delo, meni Peterka Novak (2012), kjer navaja, da zaposleni najpogosteje doživljajo žalost, naklonjenost, ljubezen in strah.

V naši raziskavi smo s pomočjo FATCOD lestvice ugotovili, da anketirani študentje FZJ menijo, da je nudenje zdravstvene oskrbe umirajočim dragocena izkušnja; da svojci potrebujejo čustveno oporo, da sprejmejo vedenjske spremembe umirajoče osebe; da si svojci morajo prizadevati za pomoč umirajočemu družinskemu članu, da kar najbolje izkoristi čas, ki mu je še preostal ter da svojci vzdržujejo čim bolj normalno okolje za umirajočega člana. Menijo, da morajo biti umirajoča oseba in svojci tisti, ki odločajo ter da je za umirajočo osebo koristno, da ubesedi svoje občutke. Zdravstvena nega bi morala biti razširjena tudi na družino in svojce umirajočega in bi se morala za svojce nadaljevati v celotnem obdobju žalovanja in izgube, menijo anketirani študentje FZJ. Anketiranci so mnenja, da bi morale medicinske sestre umirajočemu dovoliti fleksibilen urnik obiskov; da je umirajočemu potrebno dati iskrene odgovore o njegovem zdravstvenem stanju ter, da medicinska sestra lahko pripomore, da se umirajoča oseba pripravi na smrt. Poudarili so tudi pomen, da zasvojenost z zdravili ne bi smela biti problematika, ko oseba umira. Anketirani študentje FZJ pa se nikakor ne strinjajo s trditvami, da se umirajoči osebi ne

dovoli, da se sama odloča o fizični oskrbi, ki ji je namenjena ter, da medicinska sestra ne bi smela biti več vključena v oskrbo, ko se pacientu bliža smrt.

Prav tako sta s pomočjo FATCOD lestvice Mohamed Ali in Saied Ayoub (2010) na podlagi 197 anketiranih zdravstvenih delavcev iz Egipta, ugotovila, da več kot dve tretjini anketiranih zdravstvenih delavcev meni, da se umirajoča oseba ne bi smela sama odločati o fizični oskrbi, ki ji je namenjena. Ugotovili smo, da se dobra polovica anketiranih študentov FZJ ne boji spoprijateljiti z umirajočim pacientom (56,9%) ter, da anketiranci ne bi pobegnili, ko pacient umre (68,9%). Ravno nasprotno sta ugotovila Mohamed Ali in Saied Ayoub (2010), in sicer, da bi več kot polovica anketiranih (55,9%) najraje zbežalo, ko pacient umre.

Zanimalo nas je tudi, v kolikšni meri vplivajo demografski dejavniki (spol, letnik študija, veroizpoved, delovne izkušnje) na odnos študentov FZJ do zdravstvene nege umirajočega. Statistično pomembnih razlik nismo ugotovili, smo pa prišli do rezultatov, da imajo anketiranci v povprečju pozitiven odnos do nege umirajočega.

Iranmanesh, et al. (2008) so s pomočjo FATCOD lestvice ugotavljali odnos do umiranja med 110 študenti zdravstvene nege iz Irana, in sicer 50 študentov iz mesta Bom ter 60 študentov iz mesta Kerman (ti študentje še niso bili na usposabljanju, oziroma niso dokončali študija na področju paliativne oskrbe). Študentje iz Bama, imajo manj strahu pri odnosu do nege umirajočega ter kažejo bolj pozitiven odnos, medtem, ko imajo študentje iz Kermana prisotnost večjega strahu in kažejo bolj negativen odnos, ugotavlja Iranmanesh s sodelavci ter meni, da izobrazba ter delovne izkušnje vplivajo na odnos študentov do zdravstvene nege umirajočega pacienta. Tudi Mohamed Ali in Saied Ayoub (2010) sta raziskala, da zdravstveni delavci z več delovnimi izkušnjami kažejo bolj pozitiven odnos do nege umirajočega. Abu Hasheesh, et al. (2013) je prav tako s sodelavci s pomočjo FATCOD lestvice na vzorcu 155 medicinskih sester (v raziskavi so sodelovali tudi pripadniki moškega spola) iz javne bolnišnice v Jordaniji, katere delajo na področju paliativne oskrbe, oziroma z umirajočimi pacienti, raziskal njihov odnos do nege umirajočega. Ugotovili so statistično pomembne razlike, glede na starost medicinskih sester. Mlajši zdravstveni delavci kažejo strah ob delu z umirajočimi pacienti in imajo negativen odnos do zdravstvene nege umirajočega, medtem ko starejši zaposleni

zdravstveni delavci, oziroma zaposleni z večletnimi delovnimi izkušnjami kažejo bolj pozitiven odnos ter na smrt gledajo kot prehod v posmrtno življenje. Potrebno je manj izkušene in izobražene medicinske sestre vključevati v skrb umirajočega ter s tem izboljšati kakovost paliativne oskrbe pacienta ter njegovih svojcev, ugotavlja Abu Hasheesh s svojimi sodelavci (2013). Mutto s sodelavci (2010) na vzorcu 680 anketiranih študentov zdravstvene nege v Argentini, kjer ima dobri dve tretjini anketirancev že izkušnje z umiranjem in smrtjo, ugotavlja prav tako pozitiven odnos anketirancev na odnos do zdravstvene nege umirajočega. Ravno nasprotno od ostalih ugotovitev, so raziskali, da dodiplomski študentje zdravstvene nege v 5. letniku, kljub večjim izkušnjam in izobraževanju na tem področju, kažejo prekomerno enostavnost pri stiku z umirajočim ter se manj razveselijo dela in oskrbe umirajoče osebe v primerjavi s 1. letnikom.

S pomočjo odprtih vprašanj smo pridobili mnenje o tem, kaj anketiranim študentom FZJ predstavljata »dobro« ter »slabo« umiranje. »Dobro« umiranje jim pomeni hitro smrt brez trpljenja in bolečine ter ob prisotnosti družinskih članov, medtem ko pa jim »slabo« umiranje predstavlja smrt v bolečinah, trpljenju in strahu. Zgaga in Pahor (2004) sta v svoji raziskavi povprašali študente zdravstvene nege kaj za njih pomeni »dobro« umiranje. »Dobro« umiranje jim pomeni smrt brez bolečine in strahu; dostojanstveno ter s kakovostno zdravstveno nego do smrti. Prav tako so se anketirani študenti opredelili, da je »dobro« umiranje, če pacient umre v domačem okolju med svojci, oziroma ljudmi, ki jih ima umirajoči rad; oziroma da umre tam, kjer si sam želi. Pojem »dobrega« in »slabega« umiranja sta preučevali tudi Trupi in Bohinc (2007). K »dobremu« umiranju študentje najpogosteje pripisujejo hitro smrt brez bolečine, trpljenja ter ob prisotnosti svojcev, oziroma družine. »Slabo umiranje« pa jim pomeni dolgotrajno umiranje z bolečinami, v trpljenju ter samoti.

Omejitev naše raziskave je velikost vzorca, saj je bil odziv slabši, kot smo pričakovali. Rezultatov raziskave torej ne moremo posploševati niti na vse študente in študentke FZJ, niti na ostale študente zdravstvene nege. Omejitve naše raziskave predstavlja tudi anketa. Nekatero trditve so preveč splošne in morda s tega vidika manj razumljive, saj smo ostali zvesti originalu. »Nursing Care« smo prevajali z »zdravstvena oskrba« (in ne zdravstvena nega), kar je premalo definiran izraz. Na temo doživljanja smrti je premalo raziskav, zato

smo v raziskavo vključili tudi starejšo literaturo od 10 let ter literaturo, ki se nanaša tudi na zaposlene zdravstvene delavce in medicinske sestre in ne le na študente zdravstvene nege.



## 4 ZAKLJUČEK

Zaradi načina študija (predavanja, seminarjev ter klinične prakse), se vedno več študentov zdravstvene nege srečuje s smrtjo pacienta in umiranjem. Seveda se pri soočanju z umiranjem in smrtjo pojavlja strah, katerega študentje uspešno rešujejo s pogovorom z družinskim članom ter prijatelji. Razlog prisotnosti strahu je po mnenju študentov pomanjkanje tako teoretičnih znanj, kot praktičnih izkušenj na področju paliativne oskrbe, vendar se študentje v 2. in 3. letniku srečujejo s teoretičnim delom in klinično prakso na temo Paliativna oskrba in zdravstvena nega onkološkega pacienta.

Kako se soočati s smrtjo pacienta in njegovimi svojci, je za študente zdravstvene nege zelo pomembno. Vsako soočanje s smrtjo je neprijetno, paziti pa je potrebno na lastna čustva in občutja. Študentje FZJ zaradi prisotnosti strahu ob delu z umirajočimi pacienti nimajo želje po delu na tem področju, posledično jih je skupaj z njihovimi mentorji še toliko bolj potrebno spodbujati k skupnemu sodelovanju in komunikaciji. Študentje se morajo čimprej vključiti v določen oddelčni tim v kliničnem okolju ter vzpostaviti zaupen odnos s šolskim, oziroma kliničnim mentorjem, saj jim le ta lahko pomaga pri premagovanju določenih stisk ter izkazovanju čustev in na ta način lahko dobra komunikacija med njimi pripomore k dobremu in kvalitetnemu razvijanju paliativne zdravstvene oskrbe. Študentom zdravstvene nege in njihovim mentorjem bi bilo potrebno organizirati delavnice, kjer bi skupaj razpravljali o doživljanju klinične prakse, problematike in ovir, s katerimi se študentje srečujejo v času študija.

Tema doživljanja študentov zdravstvene nege ob smrti pacientov, v slovenskem prostoru ni dovolj raziskana. V prihodnje bi lahko primerjali analizo odgovorov vseh študentov dodiplomskega študija zdravstvene nege v Sloveniji. Zaradi več izkušenj, praktičnega dela in teoretičnega znanja pa bi lahko v raziskavo vključili tudi vse podiplomske študente zdravstvene nege ter raziskovanje poglobili še z izvedbo intervjujev. Lahko pa bi izvedli tudi raziskavo na temo doživljanja smrti že pri srednješolski zdravstveni izobrazbi, in sicer na dijakih, ki imajo z umiranjem in smrtjo manj praktičnih izkušenj in teoretičnega znanja, kot študentje.

## 5 LITERATURA

Abu Hasheesh, M.O., Al-Sayed AboZeid, S., El-Said, S.G. & Alhujaili, A.D., 2013. Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4), pp. 384-394.

Ahlin, M., 2000. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovška. Ljubljana: DZS.

Alvaro, A.W., 2009. *Critical care nurses attitudes towards the care of dying: an educational intervention: M.A. degrees thesis*. Western Carolina: Graduate School of Western Carolina University.

Andrejšek, L., 2013. *Diplomirana medicinska sestra v patronažni dejavnosti pri soočanju z umiranjem in smrtjo: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Bajić, E., n.d. *Islam nije vjera terora i mržnje nego vjera ljubavi*. Konjic: Čaršijska džamija.

Beeman Young, R., 2001. New partnership between education and practice: perceiving Junior nursing students in the acute care setting. *Journal of nursing education*, 40(3), pp. 30-48.

Bezenšek, J. & Barle, A., 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Medicinska fakulteta Maribor.

Beznec, B., 2007. Tabu smrti. *Časopis za kritiko znanosti*, 35(227), pp. 7-9.

Birk, K., 2010. Profesionalna komunikacija kot del menedžmenta v zdravstveni negi. In: T. Andrejašič, ed. *6. študentska konferenca: zbornik predavanj. Koper – Celje - Škofija Loka, 18.-20. november 2009*. Koper: Fakulteta za management Koper, pp. 57-61.

Blaj, M., 2010. Komunikacija s kroničnimi bolniki. In: D. Plank, ed. *11. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije: zbornik*

predavanj. Celje, 23. september, 2010. Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 69-83.

Bobnar, A., Pajnič, M. & Sotler, R., 2010. Stališča študentov zdravstvene nege do izobraževanja in učenja zdravstveno negovalnih postopkov: ali je znanje in sposobnosti potrebno obnavljati? In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, J. Zirc & S. Hvalič Touzery, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. Ljubljana, 16.-17. september 2010.* Jesenice: Visoka šola za zdravstvo Jesenice, pp. 182-183.

Bauman, Z., 2003. *Mortality, Immortality and Other life Strategies.* Cambridge: University of Cambridge Press.

Brecelj-Kobe, M. & Trampuž, D., 2002. Družina, izguba in žalovanje. *Slovenska pediatrija*, 9(2-3), pp. 136-139.

Collis Pellatt, G., 2006. The role of mentors in supporting pre-registration nursing students. *British Journal Nursing*, 15(6), pp. 336-340.

Cooper, J. & Barnett, M., 2005. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8), pp. 423-430.

Červek, J., 2005. Principi paliativne oskrbe. In: S. Novkovič, ed. *Paliativna oskrba bolnikov z rakom: zbornik predavanj. Laško, 10.-11. junij 2005.* Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega društva. Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, pp. 9-12.

De'Araujo, M.M., de'Silva, M.J. & Francisco, M.C., 2004. Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*, 51(3), pp. 149-158.

Deary, I.J., Whalley, L.J. & Starr, J.M., 2003. IQ at age 11 and longevity: Results from a follow up of the Scottish Mental Survey 1932. In: C.E. Finch, J.M. Robine & Y. Criten, eds. *Brain and longevity: Perspectives in longevity.* Berlin: Springer, pp. 153-164.

Desbiens, J. & Fillion, L., 2007. Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(6), pp. 291-300.

Dornik, P., 2014. *Komunikacija s svojci umirajočega bolnika: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Fakulteta za zdravstvo Jesenice. *Študijski predmetnik 2. letnika*. [pdf] Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Available at: <http://www.fzj.si/si/mainmenu/studijski-programi-2/studijski-programi-prve-stopnje/zdravstvena-nega-vs-v-program-z-2016-2017-ne-vpisujemo-vec/predmetnik-2-letnika/> [Accessed 13 Oktober 2016].

Ferligoj, A., 2004. *Študijsko gradivo za predmet Multivariantna analiza*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flajs, N., 2004. Medsebojna komunikacija in kontaktna kultura. In: M. Lahe & B.M. Kaučič, eds. *Zbornik predavanj s strokovnega srečanja: zbornik predavanj. Maribor, 24. april 2004*. Maribor: Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 1-37.

Gazibara, A., 2015. *Odnos medicinske sestre do umirajočega pacienta: diplomsko delo*. Jesenice, Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

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

Gorše Muhič, M., 2009. Terapevtska komunikacija. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v določenem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana: Rokus Klett, pp. 31-39.

Griggs, C., 2010. Community nurses perspectives of a good death: a qualitative exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), pp. 139-148.

Hayden, D., 2011. Spirituality in end-of-life care: attending the person on their journey. *British Journal of Community Nursing*, 16(11), pp. 546-551.

Husebo, S., 2009. *Ljubezen in žalost: česa se lahko naučimo od otrok*. Maribor: Založba KMSŠ, pp. 136-138.

Hvalič Touzery, S., 2015. Izkušnje študentov zdravstvene nege z umiranjem in žalovanjem. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe - na dokazih podprto in uklajeno delovanje: zbornik predavanj z recenzijo. 8. mednarodna znanstvena konferenca. Bled, 11.-12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 288-296.

Ihan, A., 2002. Smrt kot biološki, subjektivni in obredni fenomen. *Emzin*, 12(1-2), pp. 59-62.

Iranmanesh, S., Savenstedt, S. & Abbaszadeh, A., 2008. Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(5), pp. 214-219.

Ivanuša, A., Železnik, D., Brumec, V., Kokoš, M. & Lednik, L., 2000. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika: izbrana področja*. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor.

Ivanuša, A. & Želenik, D., 2008. *Standardi zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Jerčič, L. & Kernič, P., 2004. Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(4), pp. 275-285.

Juergensmeyer, M., 2000. *Terror in the Mind of God. The Global Rise of religion Violence*. Los Angeles; London: University of California Prees.

Klevišar, M., 1996. *Spremljanje umirajočih*. Ljubljana: Družina, pp. 29-55.

Klevišar, M., 2001. *Družina ob umirajočem bolniku*. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic, pp. 25-29.

Kisner, N., Rozman, M., Klasinc, M. & Pernat, S., 1998. *Zdravstvena nega*. Maribor: Založba obzorja.

Kor'an s prevodom, n.d. Besim Korkut. Sarajevo: islamska zajednica Bosne i Hercegovine.

Koren Bravhar, M., 2009. *Komunikacija med medicinskimi sestrami in starši zdravljenih otrok*: diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede Kranj.

Lunder, U., 2002. Nekateri uspešni modeli paliativne oskrbe v svetu. In: N. Krčevski Škvarc ed. *6. seminar o bolečini: zbornik predavanj. Maribor, 7.-8. junij 2002*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp. 185-193.

Lunder, U., 2007. Paliativna oskrba: kako opuščamo staro in sprejemamo novo. *Časopis za kritiko znanosti*, 35(227), pp. 34-42.

Malliarou, M., Sarafis, P., Sotiradou, K., Serafeim, T., Karathanasi, K., Moustaka, E. & Theodosopoulou, E., 2011. *Global Journal of Health Science*, 3(1), pp. 224-230.

Marjanovič Umek, L., Zupančič, M., Fekonja, U., Kavčič, T., Svetina, M. & Tomazo Ravnik, T., 2004. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno-raziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Mastnak, T., 1996. *Kristjanstvo in muslimani*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Ma'sumian, F., 1996. *Life After Death. A Study of the Afterlives in World Religions*. Oxford: One World Publications, pp. 57-70.

Ministrstvo za zdravje: Vlada Republike Slovenije, 2015. *Paliativna oskrba*. [pdf] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/paliativna\\_oskrba/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/paliativna_oskrba/) [Accessed 13 Oktober 2016].

Mlinšek, A., 2012. Soočanje izvajalcev zdravstvene nege s smrtjo pacienta. *Revija za univerzalno odločnost*, 1(3), pp. 106-117.

Mohamed Ali, W.G. & Saied Ayoub, N., 2010. Nurses' attitudes toward caring for Dying patient in Mansoura University Hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Science*, pp. 16-23.

Mravljak, N., 2011. *Paliativna oskrba in pomen komunikacije s hudo bolnimi bolniki in njihovimi svojci: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Mutto, E.M., Errazquin, A., Rabhansl, M.M. & Villar, M.J., 2010. Nursing Education: The Experience, Attitudes, and Impact of Caring for Dying Patients by Undergraduate Argentinian Nursing Students. *Journal of Palliative Medicine*, 13(12), pp. 1445-1450.

Parry, M., 2011. Student nurses' experience of their first death in clinical practice. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(9), pp. 448-453.

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

Peterka Novak, J., 2012. Čustveno delo izčrpava in navdušuje. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, K. Skinder Savič & J. Zurec, eds. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe: 5. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Ljubljana, 7.-8. junij 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 436-443.

Peternelj, A., 2010. Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji: prednosti in ovire. In: A. Duratovič, M. Kotnik & K. Lokar, eds. *Bolnik z rakom na zdravljenju doma – priporočila za zdravstveno nego: zbornik predavanj. Rogaška Slatina, 4.-5. marec 2010*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in tehnikov Slovenije, pp. 35-37.

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

Prebil, A., Pjerina, M. & Drobne, J., 2009. In: A. Prebil, M. Pjerina, J. Drobne, S. Hoyer & K.S. Ermenc, eds. *Komunikacija v zdravstvu. Medosebne komunikacije - učbenik za srednje šole*. Celje: Celjska Moharjeva založba.

Rajster, E., 2008. *Soočanje s strahom pred smrtjo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Ramšak Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2/3), pp. 71-75.

Ramšak Pajk, J. & Bašanovič, S., 2012. Obravnava pacienta s pljučnim rakom v domačem okolju. In: M. Matkovič, ed. *Pacient in pljučni rak – trendi in novosti. Zreče, 23. marec 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 150-158.

Rebolj, A., 2010. *Znanje in stališča medicinskih sester o paliativni oskrbi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Russi-Zagožen, I., 1998. Odnos zdravstvenih delavcev do terminalnih bolnikov in njihove oskrbe. *Obzornik zdravstvene nege*, 32(3/4), pp. 145-148.

Saunders, P., 1990. *Let's talk about death and dying*. Lonon: Gloucester press.

Shipton, P. S., 2002. Process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *Journal of Nursing education*, 41, pp. 243-256.

Simonič, A., 2011. Psihološka obravnava v paliativni oskrbi. In: U. Lunder, ed. *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja. Golnik, 3. februar 2011*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 37-41.

Simonič, B., 2006. Čustvovanje. *Okno: Glasilo društva onkoloških bolnikov Slovenije*, 20(2), pp. 12-17.



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

Skela Savič, B., 2005b. Pomen zdravstvene nege pri paliativni oskrbi. In: S. Novaković, ed. *Paliativna oskrba bolnikov z rakom: zbornik. Laško, 10.-11. junij 2005*. Ljubljana: Kancerološko združenje slovenskega zdravniškega društva. Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, pp. 9-12.

Slovensko društvo Hospic, 2015. *Detabulizacija smrti*. [pdf] Slovensko društvo Hospic. Available at: <http://www.hospic.si/programi/detabuizacija-smrti/> [Accessed 16 Junij 2016].

Smith, P. & Gray, B., 2000. *The Emotional Labour of Nursing: How Student and Qualified Nurses Learn to Care*. London: South Bank University.

Svraka, E., 2013. *Ilmihal za prvi stupanj vjerske pouke. Učbenik za osnovnu školu*, Novi Pazar.

Stepišnik Perdih, T., 2016. *Fiziološke mere čustev in njihov pomen v procesu relacijske zakonske in družinske terapije: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Teološka Fakulteta.

Šadl, Z., 2002. We' re Out to Make You Smile: Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. *Teorija in praksa*, 39(1), pp. 49-80.

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

Štancar, K., 2006. Vpliv filozofske misli skozi zgodovino na družbeno konstrukcijo smrti. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), pp. 4-7.

Štancar, K. & Žagar, T., 2010. Psihosocialna in duhovna oskrba bolnika in njegove družine v zadnjem obdobju življenja. In: A. Duratović, M. Kotnik & K. Lokar, eds. *Bolnik z rakom na zdravljenju doma*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 69-75.

Timmins, F. & Kaliszer, M., 2002. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students: fact-finding sample survey. *Nurse Education Today*, 22(3), pp. 203-211.

Trobec, I., 2008. *Emocionalno delo študentov zdravstvene nege: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede Ljubljana.

Trupi, M. & Bohinc, M., 2007. Odnos študentov zdravstvene nege do hudo bolnih, umirajočih in evtanazije. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), pp. 25-31.

Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Urbančič, D. & Gradišek, A., 1997. *Osnove zdravstvene nege bolnika. Zdravstvena nega – učbenik za srednje šole*. Ljubljana: DZS.

Velepič, M., 2000. Paliativna zdravstvena nega. In: B. Skela Savič, M. Velepič, eds. *Napredovani rak – dodajmo življenje dnevom: 27. strokovni seminar z onkologije in onkološke zdravstvene nege. Radenci, 19.-20. oktober 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester v onkologiji, pp. 19-21.

Zakotnik, B. & Červek, J., 2009. Paliativna (blažilna) oskrba in obvladovanje najpogostejših simptomov. In: S. Novakovič, M. Hočevar, B. Novakovič Jezeršek, P. Stojan, J. Žgajnar, eds. *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 202-211.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2006. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Mednarodni kodeks etike za babice*. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni dežurni medicini*. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Zdravstveni statistični letopis*. [pdf]. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://pxweb.stat.si/pxweb/>

Dialog/varval.asp?ma=05L1002S&ti=&path=../Database/Dem\_soc/05\_prebivalstvo/32\_Umrljivost/05\_05L10\_umrli\_SL/&lang=2 [Accessed 25 November 2014].

Zgaga, A. & Pahor, M., 2004. Umiranje v očeh študentov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(4), pp. 325-331.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **ANKETA**

Spoštovane študentke in študenti!

Sem Hava Smajlović, absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice.

V okviru diplomskega dela želim z anketnim vprašalnikom raziskati, kakšen odnos imate študenti za zdravstveno nego do umiranja in smrti, kako jo doživljate ter kakšni so vaši načini soočanja z umirajočimi. Prav tako želim ugotoviti vaša mnenja glede pridobljenega znanja o paliativni oskrbi v času študija ter kaj je po vašem mnenju dobra in kaj slaba smrt. 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. V drugem in tretjem sklopu so vprašanja (Likartova lestvica), ki vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5.

Odgovorite z: 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate; z 2, če se s trditvijo ne strinjate; z 3, če se s trditvijo niti ne strinjate/niti se strinjate (neopredeljeni); z 4, če se s trditvijo strinjate; z 5, če se s trditvijo popolnoma strinjate. Anketa se zaključi z odprtim vprašanjem, kjer napišete svoje mnenje.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

#### **DEMOGRAFSKI PODATKI**

1. Spol: a) Moški b) Ženska

2. Starost: \_\_\_\_\_ (let)

3. Živim v (obkrožite):

- a) v mestu;
- b) izven mesta/predmestje;
- c) na podeželju.
- d) Drugo: \_\_\_\_\_

4. Označite s križcem, katero leto študija ste in ali ste redni ali izredni študent:

		REDNI	IZREDNI
1.	1.letnik		
2.	2.letnik		
3.	3.letnik		
4.	Absolvent		
5.	Drugo: _____		

5. Kakšna je vaša veroizpoved? (obkrožite en odgovor)

a) katoliška
b) protestantska
c) pravoslavna
d) islamska
e) druga veroizpoved _____
f) ne pripadam nobeni veroizpovedi, a sem verna
g) nisem veren/-na, sem ateist/ka
h) ne želim odgovoriti

6. Ali že imate delovne izkušnje z zdravstveno nego?

- a) Da
- b) Ne (pojdite na vprašanje 7)

6.1 Če DA, povejte v letih, koliko let: \_\_\_\_\_ let

7. Ste redno zaposleni?

- a) Da
- b) Ne (pojdite na vprašanje 8)

7.1 Če DA, prosimo obkrožite kje:

- a) zdravstveni dom;
- b) splošna bolnišnica;
- c) univerzitetna klinika;
- d) socialni zavod.
- e) Drugo \_\_\_\_\_

8. Ali že imate izkušnje z umirajočim pacientom?

- a) Da
- b) Ne

8.1 Če DA, ocenite, kolikokrat ste se že srečali z umirajočim: \_\_\_\_\_ krat

8.2 Če DA, z umirajočim pacientom sem se srečal:

- a) Pri klinični praksi.
- b) Pri svojem rednem delu.
- c) Drugo \_\_\_\_\_

9. Ali ste se že osebno ali poklicno srečali z umiranjem / smrtjo? (več možnih odgovorov)

- a) Da, ko je umrl družinski član.
- b) Da, ko mi je umrl sorodnik.
- c) Da, ko mi je umrl prijatelj.
- d) Da, ko mi je umrl znanec.
- e) Da, ko mi je umrl pacient.
- f) Da, umrl mi je hišni ljubljencek.
- g) Ne, do sedaj se še nisem srečal z umiranjem.

## ZNANJE S PODROČJA ZDRAVSTVENE NEGE UMIRAJOČEGA

10. Ali imate željo po delu na področju paliativne zdravstvene oskrbe?

- a) Da
- b) Ne

11. Ali ste kdaj poslušali predmet ali bili na usposabljanju, ki pokriva paliativno zdravstveno oskrbo?

- a) Da
- b) Ne (pojdite na vprašanje 11.2.2)
- c) Drugo \_\_\_\_\_

11.1 Če DA, koliko ur predmeta je bilo namenjeno paliativni oskrbi? \_\_\_\_\_ ur

11.2 Ali ste imeli v okviru tega predmeta tudi klinično prakso ?

- a) Da
- b) Ne

11.2.2 Prosimo vas ocenite v kolikšni meri se strinjate z navedenimi trditvami glede znanj za zdravstveno nego umirajočih in lastnega doživljanja (1- se sploh ne strinjam; 2- ne strinjam se, 3- niti/niti; 4- strinjam se; 5- zelo se strinjam):

1.	V času študija sem oz. bom pridobil dovolj znanj, za zdravstveno nego umirajočih	1	2	3	4	5
2.	Želel bi si več teoretičnih znanj s področja paliativne oskrbe	1	2	3	4	5
3.	Želel bi si več praktičnih izkušenj s področja paliativne oskrbe	1	2	3	4	5
4.	Študijski program bi moral nuditi več obveznih vsebin s področja paliativne oskrbe	1	2	3	4	5
5.	Menim, da študijski program ni ustrezno pripravil na delo z umirajočimi	1	2	3	4	5
6.	Želim si delati v paliativni oskrbi	1	2	3	4	5

7.	Bojim se delati z umirajočimi, ker za to nimam dovolj znanj in izkušenj.	1	2	3	4	5
8.	Ob soočanju z umiranjem čutim potrebo po umiku pred hudo bolnim in umirajočim	1	2	3	4	5
9.	Ob delu z umirajočimi doživljam osebno stisko	1	2	3	4	5
10.	Menim, da je za umirajoče bolje poskrbljeno v bolnišnici kot doma	1	2	3	4	5
11.	Menim, da bi ljudje morali umreti doma, če je to le mogoče.	1	2	3	4	5

12. Ali imate strah pred srečanjem s smrtjo pacienta na klinični praksi?

- a) Da
- b) Ne (pojdite na vprašanje 13)

12.1 Če ste odgovorili z DA, zakaj? (obkrožite en odgovor)

- a) Ker nimam znanja, kako v tej situaciji pomagati pacientu in njihovim svojcem;
- b) ker se bojim, da bo naredil/a kaj narobe;
- c) ker me umiranje osebno prizadane;
- d) ker imam slabe spomine na smrti nekoga bližnjega;
- e) drugo: \_\_\_\_\_

13. S katero osebo se ponavadi pogovorite o stiski glede umiranja in smrti? (obkrožite en odgovor)

- a) s sošolcem;
- b) s šolskim mentorjem;
- c) s prijateljem;
- d) z družinskim članom.
- e) Drugo \_\_\_\_\_
- f) O tem se še nisem pogovoril, ker ni bilo potrebe.

14. Kako premagujete stisko ob doživljanju umiranja? (možnih več odgovorov)

- a) razni načini sprostitev (branje, rekreacija);
- b) s pridobivanjem novih znanj o spremljanju umirajočega;



- c) pogovor (s sodelavci, terapevti, supervizorji);
- d) s samoto;
- e) zatopim se v delo;
- f) stisk ne doživljam.
- g) Drugo \_\_\_\_\_

**FROMMELTOVA LESTVICA ODNOSA DO NEGE UMIRAJOČEGA  
(FROMMELT ATTITUDES TOWARD CARE OF THE DYING SCALE)**

Odgovorite z:

*z 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate;*

*z 2, če se s trditvijo ne strinjate;*

*s 3, če se s trditvijo niti ne strinjate/niti se strinjate (neopredeljeni);*

*s 4, če se s trditvijo strinjate,*

*s 5, če se s trditvijo popolnoma strinjate.*

Nudnje zdravstvene oskrbe umirajočim je dragocena izkušnja.

1                      2                      3                      4                      5

Smrt ni najhujša stvar, ki lahko doleti osebo.

1                      2                      3                      4                      5

S težko bolnim bi mi bilo neprijetno govoriti o bližajoči se smrti.

1                      2                      3                      4                      5

Zdravstvena oskrba za svojce bi se morala nadaljevati v celotnem obdobju žalovanja in izgube.

1                      2                      3                      4                      5

Ne želim si biti dodeljen za oskrbo umirajočega.

1                      2                      3                      4                      5

Medicinska sestra ne bi smela biti tista, ki naj se o smrti pogovori z umirajočo osebo.

1                      2                      3                      4                      5

Trajanje zdravstvene oskrbe umirajoče osebe bi me frustriralo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Razburilo bi me, če bi umirajoča oseba katero oskrbujem obupala nad tem, da se bo stanje izboljšalo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Težko se tvori tesen odnos z družino umirajoče osebe.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

So časi, ko je smrt za umirajočo osebo dobrodošla.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ko me pacient vpraša »Sestra, ali umiram?«, mislim da je najbolje spremeniti temo pogovora na nekaj bolj veselega.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Svojci umirajočega morajo biti vključeni v fizično oskrbo umirajoče osebe.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Upam da bi oseba, ki ji nudim zdravstveno nego umrla, ko nisem prisoten/ -na.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Bojim se spoprijateljiti z umirajočim pacientom.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ko pacient umre, bi najraje zbežal .

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Svojci potrebujejo čustveno oporo, da sprejmejo vedenjske spremembe umirajoče osebe.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ko se pacientu bliža smrt, naj medicinska sestra ne bo več vključena v oskrbo pacienta.

1 2 3 4 5

Svojci si morajo prizadevati za pomoč umirajočemu družinskemu članu, da kar najbolj izkoristi čas, ki mu je še preostal.

1 2 3 4 5

Umirajoči osebi ne bi smelo biti dovoljeno, da se odloča o fizični oskrbi, ki ji je namenjena.

1 2 3 4 5

Svojci morajo vzdrževati čim bolj normalno okolje za svojega umirajočega člana.

1 2 3 4 5

Za umirajočo osebo je koristno, da ubesedi svoje občutke.

1 2 3 4 5

Zdravstvena oskrba mora biti razširjena tudi na družino/svojce umirajočega.

1 2 3 4 5

Medicinske sestre morajo umirajočemu dovoliti fleksibilen urnik obiskov.

1 2 3 4 5

Umirajoča oseba in njeni svojci morajo biti tisti, ki odločajo.

1 2 3 4 5

Zasvojenost z zdravili za lajšanje bolečine ne sme biti problematika, ko oseba umira.

1 2 3 4 5

Bilo bi mi neprijetno, če bi vstopil v sobo pacienta v terminalni fazi in bi ga našel objokanega.

1 2 3 4 5

Umirajočim osebam je potrebno dati iskrene odgovore o njihovem zdravstvenem stanju.

1 2 3 4 5

Izobraževanje svojcev o smrti in umiranju ni odgovornost medicinske sestre.

1 2 3 4 5

Svojci, ki pogosto ostanejo blizu umirajoče osebe, se pogosto vmešavajo v delo strokovnjakov, ki nudijo oskrbo pacientu.

1 2 3 4 5

Medicinska sestra lahko pomaga pacientu, da se pripravi na smrt.

1 2 3 4 5

**Prosim, napišite svoje mnenje: Kaj je po vašem mnenju »dobro« in kaj »slabo« umiranje?**

Dobro umiranje:

---

---

---

---

Slabo umiranje:

---

---

---

---