



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**PREPOZNAVANOST PALIATIVNE OSKRBE  
MED MEDICINSKIMI SESTRAMI  
V PSIHIATRIJI**

**AWARENESS OF PALLIATIVE CARE  
IMPORTANCE AMONG PSYCHIATRIC  
NURSES**

Mentorica: Marjana Bernot, pred.

Kandidatka: Alenka Srša

Jesenice, marec, 2016

## **ZAHVALA**

Najlepše se zahvaljujem mentorici Marjani Bernot, pred., za njeno strokovnost in spremljanje pri pripravi diplomskega dela.

Zahvalila bi se mag. Branku Bregarju, viš. pred. in dr. Andreji Čufar za recenzijo diplomske naloge.

Zahvala gre tudi lektorici Kseniji Pečnik, prof., za skrbno lektoriranje diplomskega dela.

Hvala tudi vsem zaposlenim v Enoti za gerontopsihiatrijo, ki so prostovoljno sodelovali v naši raziskavi, in vodstvu Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, ki je odobrilo sodelovanje v raziskavi. Hvala tudi vodji zdravstvene nege Branki Mikluž, dipl. m. s., ki mi je v času študija omogočila opravljanje študijskih obveznosti.

Posebna zahvala gre moji družini. Predvsem bi se rada zahvalila soprogu, ki me je spodbujal in skupaj z menoj stremel k zastavljenemu cilju.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Paliativna oskrba je celostna obravnava pacienta z napredovalo neozdravljivo boleznijo. Kakovostno oskrbo pacienta lahko zagotavljajo le izobraženi zdravstveni delavci, ki med seboj usklajeno sodelujejo za dobrobit pacienta.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je ugotoviti raven znanja medicinskih sester o paliativni oskrbi, prepoznavnost potrebe in doživljanje vloge medicinskih sester pri paliativni oskrbi pacientov v gerontopsihiatriji.

**Metoda:** Izvedena je bila kvantitativna empirična raziskava s pomočjo vprašalnika. Nenaključni namenski vzorec je zajemal 60 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov iz Enote za gerontopsihiatrijo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. Vrnjenih je bilo 52 vprašalnikov, kar predstavlja 87-odstotno realizacijo vzorca. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili statistični računalniški program SPSS, rezultate pa smo prikazali z opisno statistiko. Zanesljivost inštrumenta je bila zmerna. Cronbachov koeficient stopnje zaupanja alfa je 0,78.

**Rezultati:** Največ anketirancev v Enoti gerontopsihiatrije je imelo delovno dobo od 1 do 5 let ( $n = 38$ ; 73 %). Anketiranci so se najbolj strinjali s trditvijo, da je v paliativni oskrbi pomembno sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom ( $PV = 4,71$ ). Prav tako so se strinjali, da bi ustanovitev paliativnega tima v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana obogatila oskrbo pacientov ( $PV = 4,14$ ). V večji meri so odgovorili, da so vsakodnevno ( $n = 18$ ; 40,9 %) vključeni v paliativno zdravstveno nego pacienta. Vsi anketirani se strinjajo, da je cilj paliativne zdravstvene nege izboljšati kakovost posameznikovega življenja in mu omogočiti dostojno smrt. Ugotovili smo tri pomembne statistično značilne razlike med primerjalnima starostnima skupinama anketiranih o stališču, da paliativni pristop upošteva načrtovani razmislek o koristi in bremenu diagnostičnih preiskav ( $p = 0,02$ ;  $t = 2,41$ ), da je komunikacija v zadnjem obdobju življenja najpomembnejši pripomoček medicinske sestre ( $p = 0,05$ ;  $t = -2,13$ ), ter, da umetna hidracija izboljša težave s suhimi usti pri umirajočem pacientu ( $p = 0,01$ ;  $t = -2,89$ ). Po mnenju anketirancev je potrebno izobraževanje o paliativni zdravstveni negi ( $PV = 4,08$ ), saj ocenjujejo, da na tem področju nimajo dovolj znanja ( $PV = 2,60$ ). Strinjajo se, da se pri svojem delu z umirajočimi pacienti srečujejo z etičnimi dilemami ( $PV = 4,29$ ) in prav tako v veliki meri s stresom ( $PV = 4,25$ ).

**Razprava:** Ugotovljeno je bilo, da imajo medicinske sestre v Enoti za gerontopsihiatrijo potrebna znanja za izvajanje paliativne oskrbe. Anketiranci ocenjujejo, da je potreba po dodatnem izobraževanju o paliativni oskrbi in paliativni zdravstveni negi, ker v času šolanja niso dobili dovolj znanja o tem. Anketiranci se zavedajo, da se pri svojem delu zaradi pomanjkljivosti znanja pogosto srečujejo s stresnimi situacijami. Raziskava daje vodstvu zdravstvene nege usmeritve za prihodnje načrtovanje izobraževanja na tem področju in ustanovitev paliativnega tima v Enoti gerontopsihiatrije.

**Ključne besede:** geriatrična paliativna oskrba, gerontopsihiatrija, komunikacija v paliativni oskrbi, izobraževanje medicinskih sester.

## SUMMARY

**Theoretical origins:** Palliative care is a holistic treatment of patients with progressed incurable disease. Only educated health practitioners, who co-operate consistently for the benefit of the patient, can provide quality care of the patient.

**Aim:** The aim of the thesis is to identify the level of knowledge of nurses in palliative care, their awareness of its importance and their perception of the role of nurses in palliative care of patients in geriatric psychiatry.

**Method:** A quantitative empiric research with a questionnaire was carried out. The non-random purposive sample consisted of 60 registered nurses and health technicians from the Unit for geriatric psychiatry at the University Psychiatric Clinic Ljubljana. The realisation of the sample was 87%, since 52 questionnaires have been returned. We used the statistical software SPSS for statistical data processing and presented the results with descriptive statistics. The reliability of the instrument was moderate. Cronbach's coefficient of the level of confidence alpha is 0.78.

**Results:** The majority of respondents from the Unit for geriatric psychiatry had seniority from 1 to 5 years ( $n = 38$ , 73%). The respondents mostly agreed with the statement that cooperation between the care- and health team is very important in palliative care ( $PV = 4.71$ ). They also agreed that the establishment of a palliative team in the University Psychiatric Clinic Ljubljana would enrich the care of patients ( $PV = 4.14$ ), since they mostly answered that they are daily ( $n = 18$ ; 40.9 %) involved in palliative care of the patient. All the respondents agree that the aim of palliative health care is to improve the quality of the individual's life and enable him a dignified death. We found three statistically significant differences between the compared age groups of respondents about the statements that the palliative approach considers the planned reflection about the benefits and the burden of diagnostic tests ( $p = 0.02$ ;  $t = 2.41$ ), that communication is the most important tool of a nurse in the terminal period of life of a patient ( $p = 0.05$ ;  $t = -2.13$ ) and that artificial hydration improves the troubles of dry mouth in a dying patient ( $p = 0.01$ ;  $t = -2.89$ ). According to respondents, education about palliative health care is necessary ( $PV = 4.08$ ), since they assess that they do not have enough knowledge in this field ( $PV = 2.60$ ). They agree that they are facing ethical

dilemmas at their work with dying patients (PV = 4.29) and to great extent also with stress (PV = 4.25).

**Discussion:** We found that nurses in the Unit for geriatric care have the necessary knowledge to provide palliative care. The respondents assess that there is a need for additional education on palliative care and palliative health care, since they did not obtain enough knowledge about it during schooling. We found that nurses are daily involved in palliative care, since they take care of these patients. The respondents are aware that they are often facing stressful situations during work due to a lack of knowledge. The research provided the health care leadership with guidelines for future education in this field and the establishment of the palliative team in the Unit for geriatric psychiatry.

**Keywords:** geriatric palliative care, geriatric psychiatry, communication in palliative care, education of nurses.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL.....</b>	<b>3</b>
2.1	PALIATIVNA OSKRBA.....	3
2.1.1	Paliativni tim.....	4
2.1.2	Pravice pacientov do paliativne obravnave .....	6
2.1.3	Etične dileme v paliativni oskrbi.....	7
2.2	IZOBRAŽEVANJE V PALIATIVNI OSKRBI.....	8
2.2.1	Državni program paliativne oskrbe .....	10
2.3	OPREDELITEV PSIHIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE .....	11
2.4	PALIATIVNA OSKRBA V GERONTOPSIHIATRIJI .....	12
2.4.1	Paliativna oskrba za pacienta z napredovalo obliko demence .....	12
2.4.2	Razlika med tradicionalnim in paliativnim pristopom obravnave pacienta v gerontopsihiatriji .....	13
2.5	PREPOZNAVANOST PALIATIVNE OSKRBE PRI PACIENTIH Z DEMENCO V EVROPI/SVETU.....	14
2.6	PREPOZNAVANOST PALIATIVNE OBRAVNAVE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI V PSIHIATRIJI.....	16
2.6.1	Prepoznavnost simptomov umirajočega pacienta .....	16
2.6.2	Stres medicinskih sester pri delu z umirajočimi pacienti .....	18
2.6.3	Prepoznavnost paliativne obravnave med medicinskimi sestrami .....	19
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>22</b>
3.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA .....	22
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	22
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	23
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	23
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	23
3.3.3	Opis vzorca .....	24
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	25
3.4	REZULTATI.....	26

3.4.1	Rezultati drugega tematskega sklopa .....	26
3.5	RAZPRAVA .....	32
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1:	Demografski podatki zaposlenih .....	24
Tabela 2:	Delovna doba .....	25
Tabela 3:	Prepoznavnost paliativne oskrbe .....	26
Tabela 4:	Pogostost izvajanja paliativne oskrbe .....	27
Tabela 5:	Znanje medicinskih sester za izvajanje paliativne oskrbe .....	29
Tabela 6:	Primerjava po starostnih skupinah medicinskih sester o paliativnem znanju .....	30
Tabela 7:	Ugotavljanje potrebe po dodatnem izobraževanju medicinskih sester s področij paliativne oskrbe .....	31
Tabela 8:	Ugotavljanje, v kolikšni meri so medicinske sestre, ki delajo z umirajočimi v gerontopsihiatriji, pod stresom.....	32

## **KAZALO SLIK**

Slika 1:	Pogostosti izvajanja paliative po izobrazbeni strukturi zaposlenih .....	28
----------	--	----



## 1 UVOD

Beseda psihiatrija je izpeljana iz grških besed *psyche* – duša, duh in *iatreia* – zdravljenje. Psihiatrija je tista veja medicine, ki se ukvarja s proučevanjem duševnih in vedenjskih motenj ter z zdravljenjem in rehabilitacijo ljudi, ki trpijo zaradi duševne motnje (Ziherl, 2013). Ljudje živimo dlje, tako starost postaja realnost. Življenjska doba se daljša in vedno več nas ima priložnost uživati to življenjsko obdobje. Kakšno je to za vsakega posameznika, je odvisno od številnih dejavnikov in od vsega, kar smo v to obdobje prinesli iz prejšnjih obdobj (Štrukelj, 2010). S starostjo se postopno zmanjšujejo telesne in duševne sposobnosti, kar je posledica normalnega fiziološkega upada življenjskih funkcij ali/in številnih neozdravljivih kroničnih bolezni (Kogoj, 2009).

Paliativna oskrba je aktivna, celostna obravnava pacienta z neozdravljivo, neobvladljivo boleznijo (Červek & Zakotnik, 2009). Beseda »paliativen« prihaja iz latinskega glagola *palliare* (ogrnti s plaščem – prekriti simptome) (Červek, 2005). Paliativna oskrba pomaga pacientom in njihovim svojcem v težkem obdobju življenja, preprečuje, odpravlja in blaži tegobe neozdravljive bolezni. Zagotavlja nenehno aktivno oskrbo vse do smrti. Multidimenzionalna narava simptomov ne zahteva samo lajšanja fizičnih simptomov bolezni in nege, temveč tudi psihosocialno pomoč in duhovno podporo. Paliativna oskrba mora biti neprekinjena in usklajena ob sodelovanju strokovnjakov različnih strok z ustrezno izobrazbo iz paliativne oskrbe (Červek & Zakotnik, 2009).

Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacientom in njihovim bližnjim s preventivnimi ukrepi in z lajšanjem trpljenja tako, da ga zgodaj prepoznamo, ustrezno ocenimo ter obravnavamo. Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem, s starostjo pacienta, z njegovim prepričanjem, temveč temelji na oceni stanja pacienta s katerokoli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni in oceni specifičnih potreb pacienta in njegovih bližnjih. Paliativna oskrba se lahko začne že zgodaj po postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja. Zagotavlja spoštovanje veljavnih etičnih in pravnih norm s področja človekovih pravic ter pravic pacientov in umirajočih (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Zdravstvena politika si je v slovenskem prostoru na področju uvajanja izboljšav v zdravstvenem sistemu zastavila cilj, da loči obravnavo pacientov na akutno in neakutno. Definicija neakutne obravnave obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo (Skela Savič, 2005).

Termin paliativna oskrba se je v preteklosti uporabljal zgolj za paciente, ki so bili v terminalni fazi bolezni, danes pa se uporablja za paciente z napredujočo boleznijo. Medicinska sestra mora razumeti proces dojetanja in soočanja v času napredovale bolezni, prav tako vpliv pacientovega stanja na družino (Skela Savič, 2005).

Kogoj (2010) navaja, da je mogoče samo s celostno obravnavo in z upoštevanjem telesnega, duševnega in socialnega stanja izboljšati kakovost pacientovega življenja. To velja še zlasti za starostnike. Širok razpon zdravstvenih potreb starejših ljudi pogosto zahteva skupno delo med mnogimi sektorji, kot so strokovnjaki za oskrbo starejših in paliativno oskrbo. Tako paliativna oskrba kot oskrba starejših ljudi sta bili v preteklosti zanemarjeni, tako da je zdaj potrebno, da se razvijeta in bolje povežeta (Hall et al., 2011).

Dejstvo je, da razvoj paliativne oskrbe še vedno v pretežni meri sloni na zavzetosti posameznikov, ki poznajo prednosti tovrstne oskrbe pri pacientu z neozdravljivo in napredujočo kronično boleznijo, in na delovnih okoljih, kjer je paliativna oskrba prepoznana kot nepogrešljivi del celostne obravnave ter kot dodana vrednost h kakovosti življenja in umiranja. Največjo oviro pri nadaljnjem razvoju paliativne oskrbe predstavlja pomanjkanje znanja pri njenih izvajalcih (Peternej, 2010).

V diplomski nalogi bomo raziskali prepoznavnost paliativne oskrbe med zaposlenimi v Enoti gerontopsihiatrije v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana.

## 2 TEORETIČNI DEL

Svetovna zdravstvena organizacija definira paliativno oskrbo kot pristop, ki izboljšuje kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih, ki se soočajo s težavami zaradi življenjsko ogrožajoče bolezni. To dosega s preprečevanjem in z lajšanjem trpljenja z zgodnjim odkrivanjem in s popolno oceno ter z zdravljenjem bolečine in ostalih telesnih, psihosocialnih in duhovnih težav (Lopuh, 2014).

### 2.1 PALIATIVNA OSKRBA

Državni program paliativne oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2010) navaja, da je paliativna zdravstvena nega posebno področje nege, ki temelji na značilnostih in ciljih paliativne oskrbe, katere nepogrešljiv del je. Tako je paliativna zdravstvena nega celostna nega pacientov z napreduvalno in neozdravljivo boleznijo. Za kakovostno izvajanje paliativne zdravstvene nege so poleg dodatnega strokovnega znanja potrebne ustrezne komunikacijske spretnosti ter vedenjske in osebnostne lastnosti izvajalcev paliativne zdravstvene nege, ki pa so v skladu z značilnostmi paliativne oskrbe.

O paliativni oskrbi je danes med zdravstvenimi delavci veliko razprav, čeprav še ni enotne doktrine glede organiziranega pristopa k praktični izvedbi. Razlikujejo se mnenja in predstave med zdravstvenimi delavci, tako na teoretični kot na praktični ravni. Večina strokovnjakov sicer pozna definicijo paliativne oskrbe, kot jo predstavi Svetovna zdravstvena organizacija, vendar pa je to, kako in na kakšen način naj bi ta potekala v praksi, bolj zapleteno vprašanje (Štrancar, 2005).

Paliativna oskrba je mlada veja medicine in njena pomembnost zaradi značilnih sprememb v družbi in medicini hitro narašča. Po vseh navedenih posrednih kazalcih smo v Sloveniji glede paliativne oskrbe sorazmerno nerazviti (Lunder, 2006). Razvoj paliativne oskrbe je v Sloveniji še vedno na začetni ravni in zato še ni mogoče govoriti o njenem organiziranem izvajanju (Peternelj, 2010). S pridružitvijo Evropski uniji se je tudi naša država zavezala k izpolnitvi pravice prebivalcev do paliativne oskrbe. Številni dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije in dokumenti mednarodnih humanitarnih

organizacij, npr. Evropska federacija starejših oseb – EURAG (European Federation of Older Persons), govorijo o koristih in potrebah po paliativni oskrbi ter priporočajo organizirano celostno paliativno oskrbo za tiste, ki potrebujejo takšno oskrbo (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Ministrstvo za zdravje (2010) dodaja, da je za kakovostno obravnavo potreben paliativni tim strokovnjakov. Obseg njihove pomoči pa je odvisen od potreb pacienta in njegovih bližnjih ter se stopnjuje od začetka bolezni do smrti. Pri tem je zelo pomemben enakopraven in aktiven odnos s pacientom in z njegovimi bližnjimi, ki zagotavlja, da pacientove vrednote vodijo vse klinične odločitve. Paliativna oskrba je sestavni del zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema na vseh ravneh ter je s tem neodtujljiv element človekove pravice do zdravstvenega in socialnega varstva. Vlada Republike Slovenije mora zato zagotoviti dostop do paliativne oskrbe vsem, ki jo potrebujejo in želijo. Izvajanje načel paliativne oskrbe je treba prilagoditi okolju, v katerem jo izvajamo.

### 2.1.1 Paliativni tim

Tim je skupina posameznikov, ki delajo povezano pri uresničevanju skupnega cilja, saj je njihovo delo usmerjeno k reševanju problemov in učinkovitosti nalog. Timsko delo je največji možni prispevek posameznika, skrb za osebnostno rast in razvoj članov tima (Štrancar, 2005). Za celovito in kakovostno obravnavo telesnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb neozdravljivo bolnih je nujno sodelovanje skupine strokovnjakov, ki so sposobni izvajati paliativno oskrbo (Jošt & Triller, 2007). Razvila sta se dva tima paliativne oskrbe, in sicer negovalni in zdravstveni, ki se morata med seboj nenehno usklajevati in povezovati, saj lahko le tako opravljata delovne naloge na kakovostni ravni (Gobelšek, 2009). Paliativni timi se spreminjajo v svojem pristopu in strukturi. Glede na funkcioniranje članov tima med seboj in v odnosu do pacienta in njegove družine govorimo o multidisciplinarnih, interdisciplinarnih ter transdisciplinarnih paliativnih timih. Interdisciplinarni timski pristop je sprejet in najširše uveljavljen v praksi, ki je bistven predpogoj za izvajanje kakovostne paliativne oskrbe. Trajno in učinkovito interdisciplinarno delo zahteva spodbudno in negujoče organizacijsko

okolje. Paliativno oskrbo izvaja paliativni tim, v katerem so zdravnik specialist, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, magister farmacije, klinični psiholog, socialni delavec, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, duhovnik in prostovoljci. S timskim sodelovanjem strokovnjakov različnih disciplin, ki prinašajo specifična znanja in veščine, lahko bolj učinkovito ter celostno pokrijemo potrebe pacienta in njegove družine (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Jošt in Triller (2007) navajata, da se paliativna zdravstvena nega vključuje na vseh področjih paliativne oskrbe za doseganje zastavljenih ciljev. S paliativno zdravstveno nego pričnemo, ko je postavljena diagnoza neozdravljive bolezni in ko je možnosti za uspešno zdravljenje malo. Pravočasno vključevanje celostne paliativne oskrbe omogoča pacientu in družini, da si postavijo realne cilje, ki jih lahko uresničijo v zadnjem obdobju življenja. Z napredovanjem bolezni se potreba po paliativni oskrbi povečuje, vključevanje vseh članov interdisciplinarnega tima pa je nujno. Optimalno paliativno oskrbo lahko zagotovimo le z učinkovitim prenosom informacij med posameznimi člani tima, pacientom in svojci.

Naloge tima za paliativno oskrbo (Noč, 2007, p. 58):

- izobrazuje in skrbi za širjenje znanja med osebjem,
- skrbi za pravočasen prehod pacienta v paliativno oskrbo,
- sodeluje z zdravniki pri načrtovanju oskrbe,
- zagotavlja psihično, fizično, socialno in duhovno oskrbo pacientu ter njegovi družini,
- spodbuja načrtovanje oskrbe skupaj z družino,
- pacientu olajša razumevanje diagnoze in prognoze njegove bolezni in tako pripomore k lažjemu odločanju pacienta,
- pomaga pacientu pri postavljanju ciljev oskrbe in pri določanju prioriteten potreb,
- spodbuja sprejemanje odločitev za tisti čas, ko bo bolezen napredovala.

Vodenje tima, odgovornost in avtoriteta so dodeljeni osebi, katere strokovno področje je najprimernejše za obravnavo določene klinične situacije. V učinkovitem

interdisciplinarnem timu vsak posamezni član razume vlogo in veščine drugih članov ter tudi medsebojno komplementarnost. Pomembno je, da posamezni člani tima razumejo svobodo drugega pri sprejemanju odločitev znotraj svojega področja dela. Razumevanje tega prispeva k razvoju povezane timske strukture (Simonič, 2010).

### 2.1.2 Pravice pacientov do paliativne obravnave

Celostna paliativna oskrba je ena osnovnih pacientovih pravic in je zato tudi državna prioriteta na področju zdravstvene dejavnosti (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Leta 1975 je bila na generalni skupščini Organizacije združenih narodov sprejeta Listina pravic umirajočih. Te pravice so, da (Klevišar, 2006) :

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

Pravici do zasebnosti in dostojanstva sodita med temeljne človekove pravice, zapisane v mnogih mednarodnih pravnih in etičnih dokumentih. Spoštovanju in varovanju pravic

pacienta do zasebnosti in dostojanstva se v sistemu zdravstvenega varstva in tudi v zdravstveni negi namenja premalo pozornosti (Velevič, 2011).

### 2.1.3 Etične dileme v paliativni oskrbi

Medicinska sestra mora pri izvajanju zdravstvene nege in v komunikaciji s pacientom upoštevati etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in prav tako Zakon o pravicah pacientov. Varovanje zasebnosti in dostojanstva opredeljuje IV. člen kodeksa etike: »Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju« (Velevič, 2011, p. 21).

Etična načela se navezujejo na vrednote posameznika, ki so se v času in prostoru zaradi vpliva okolja in družbe ter načina razmišljanja in dojetanja človeka kot posameznika ali kot dela skupnosti razvijale na višjo raven, se bogatile z izkušnjami in se vpletale v medčloveške odnose (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

Paliativna oskrba ne predpisuje samo medicinskih postopkov, temveč tudi etične principe, zato s svojimi posegi smrti ne zavlačuje niti ne pospešuje (Červek, 2009). Klemenc (2003 cited in Šolar & Zajec, 2007, p. 137) navaja, da se zdravstveno nego definira kot etično disciplino in etika je temeljni element zdravstvene nege. Zaradi razvojnih premikov v postopkih za ohranjanje življenja in sprememb v družbenih vrednotah glede kakovosti življenja se zdravstvena nega sooča z etičnimi dilemami (Pahor & Rasmussen, 2009).

Etična dilema je težek problem, za katerega ni povsem zadovoljiva rešitev, ki vključuje izbiro med enako nezadovoljivimi alternativami (Lugton & McIntyre, 2005). Je navadno neprijetna izbira med dvema težkima, slabima ali celo nemogočima možnostma. Pogosto ima vsaka od ponujenih možnosti enako težke posledice. Gre za odločanje na podlagi miselnega procesa posameznika ali skupine, pri katerem sta enako pomembna znanstveni pristop in čustvena udeleženosť. Mnogo je bolezni in sprememb ter zdravljenja v posameznikovem življenju, da ko pride tisti čas, ko nas bolezen

dobesedno pokonča, sprejemamo pomembne odločitve, ki pa niso vedno najboljše. Vsak ima svojo vizijo zdravljenja, naj so to svojci pacienta, prijatelji ali zdravstveni delavci ter drugi. Prav zaradi mnogih mnenj in želj posameznika pride do etičnih dilem, čeprav so zakonsko mnoge že določene. Oskrba umirajočih je nenehen vir etičnih razmislekov in reševanja etičnih problemov. Profesionalna etika se pri tem dopolnjuje z osebno etično naravnostjo in držo. Pri obravnavi etičnih problemov v poklicu medicinske sestre sta možna dva pristopa, in sicer etika skrbi (temelji na medsebojni odvisnosti med tistim, ki pomoč potrebuje, in tistim, ki jo nudi) in etika pravičnosti (temelji na spoštovanju, zaupnosti, avtonomiji, zvestobi in resnicoljubnosti) (Brumec, 2009).

Značilnost etične dileme in njenega razreševanja je tudi, da v tistem, ki se odloča, vselej zapusti določene nerazčiščene občutke, pogosto nelagodje, krivdo, izgubo, prikrajšanost itd. Ti občutki so največkrat neracionalni, neotipljivi, vendar obstajajo in lahko zdravstvenega delavca zelo dolgo obremenjujejo (Brumec, 2006).

## **2.2 IZOBRAŽEVANJE V PALIATIVNI OSKRBI**

Dobrega znanja o vodenju pacientov in oskrbi ob koncu življenja je v vseh poklicnih skupinah v zdravstvu še vedno premalo. Tako še danes ne le v javnosti, temveč tudi med zdravstvenimi delavci paliativno oskrbo pogosto prepoznavamo kot oskrbo, ki še ni povsod del zdravstvene obravnave, temveč jo pogosto enačimo samo s procesom umiranja (Lunder, 2011). Medicinske sestre že od nekdaj delajo z umirajočimi pacienti in ob tem mnogokrat doživljajo osebne stiske prav zaradi pomanjkanja znanja o paliativni oskrbi ali zaradi slabo organizirane oziroma neorganizirane paliativne oskrbe (Jelen Jurič, 2009). Medicinska sestra, ki je izobražena na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe, ima specializirana znanja, osebno držo in večšine, kar ji omogoča celovito, koordinirano in sočutno zdravstveno nego ter oskrbo pacientov, ki živijo z napredujočo boleznijo (Skela Savič, 2005). Poleg usvajanja novih znanj in veščin je prav tako pomembno izobraževanje tudi za osebno rast, kar ima povratni vpliv na stroko, na primer izobraževanje na področju pedagoških, psiholoških in socioloških tem ter komuniciranja (Globočnik Papuga, 2007).



Skela Savič (2005) navaja ovire, ki zavirajo razvoj paliativne oskrbe in so povezane z izobraževanjem ter s pogledom medicinskih sester na paliativno oskrbo. Medicinske sestre so usposobljene za obravnavo bolezenskega procesa in pacientovega doživljanja tega na osnovi pacientovih izkušenj in dožemanja. Medicinske sestre zagotavljajo potrebe pacienta iz negovalnega, medicinskega in psihosocialnega vidika. Medicinske sestre morajo biti s področja paliativne zdravstvene nege izobražene tako na dodiplomskem kot na podiplomskem izobraževanju. Izobraževanje pa mora biti zasnovano z izhodiščnim dejstvom:

- da se vse medicinske sestre v svoji karieri v manjšem ali večjem obsegu srečujejo s pacienti, ki potrebujejo paliativno obravnavo v neposredni praksi,
- da so medicinske sestre kot poklicna skupina poklicane, da prevzamejo svetovanje in vodenje v paliativni oskrbi na ravni bolnišnične in zdravstvene nege na domu.

Medicinske sestre imajo idealno vlogo, da zavzamejo vodilne položaje v razvoju paliativne zdravstvene nege ter da poiščejo rešitve za izzive v paliativni zdravstveni negi. Uspeh bo odvisen od njihovega znanja, kompetenc, spretnosti, volje in ne nazadnje tudi od volje vlade, da z njimi sodeluje pri pripravi nacionalnih smernic in standardov glede paliativne zdravstvene nege v vseh evropskih zdravstvenih sistemih (Kearney & Richardson, 2006 cited in Rebolj, 2010, p. 10–11).

Globočnik Papuga (2007) v svoji raziskovalni študiji navaja, da se medicinske sestre, ki se vsakodnevno srečujejo s težko bolnimi in umirajočimi pacienti, zanimajo za izobraževanje po učnih delavnicah. Navedle so, da si želijo pridobiti znanja na izobraževanjih s kakovostnimi učitelji ter da se po učnih delavnicah počutijo bolj samozavestne in usposobljene v veščinah komuniciranja.

### 2.2.1 Državni program paliativne oskrbe

Dolžnost države je zagotoviti ustrezno pomoč pacientom z neozdravljivimi in napreduvalimi kroničnimi boleznimi. V dokumentu, ki je osnova za načrtovanje akcijskega načrta za uvajanje celostne paliativne oskrbe v Sloveniji, so podana izhodišča, ki bodo omogočala paliativno oskrbo v domačem okolju, bolnišnicah in izvajalcih institucionalnega varstva v dnevni in celodnevni obliki. Zato je treba zagotoviti pravne podlage, finančna sredstva, organizacijo mreže paliativne oskrbe ter ustrezno izobražene izvajalce za to specializirano dejavnost (Ministrstvo za zdravje, 2010).

V Sloveniji so prizadevanja za učinkovito paliativno oskrbo stara že več desetletij. Mnogo pionirjev je utrlo pot mreži, ki se razvija sedaj po načelih Državnega programa paliativne oskrbe (Lopuh, 2015). V Državnem programu paliativne oskrbe (2010) so navedena naslednja načela paliativne oskrbe:

- priznava življenje in spoštuje umiranje kot normalen proces,
- smrti ne pospešuje niti je ne zavlačuje,
- omogoča lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov,
- nudi podporni sistem pacientom, da živijo, kolikor je le mogoče glede na njihovo stanje v času bolezni, dejavno življenje do smrti,
- izboljša kakovost življenja pacienta in njegovih bližnjih ter s tem tudi lahko vplivamo pozitivno na potek bolezni oziroma žalovanja,
- pri oskrbi potreb pacienta in njegovih bližnjih uvaja timski pristop, vključno s svetovanjem v času žalovanja,
- nudi podporni sistem za pomoč družini med pacientovo boleznijo in v času žalovanja po njegovi smrti,
- združuje duhovne, psihološke in socialne vidike oskrbe pacienta,
- paliativno oskrbo vključuje zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni v povezavi z različnimi vrstami zdravljenja, katerih namen je podaljšanje življenja.

»Paliativna oskrba posameznika predstavlja kot celoto, v kateri so vsi segmenti oskrbe med seboj povezani in usklajeni« (Ministrstvo za zdravje, 2010, p. 6).

Za pripravo Državnega programa paliativne oskrbe je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije v začetku imenovalo dve delovni skupini, ki sta pripravili koncept vzpostavitve paliativne oskrbe. Pomen paliativni oskrbi je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije dalo z imenovanjem Razširjenega strokovnega kolegija za paliativno medicino, ki je najvišji strokovni organ na področju paliativne oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2010).

### **2.3 OPREDELITEV PSIHIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE**

Različni avtorji psihiatrično zdravstveno nego najpogosteje opredeljujejo kot medosebni proces s specializiranim področjem prakse zdravstvene nege, ki svoje znanje zajema iz znanosti zdravstvene nege, medicine, predvsem pa se opira na sociološko in psihološko znanje. Osebni odnos in pristop do pacienta ter raba lastne osebnosti v psihiatrični zdravstveni negi pa odločajo o tem, kako prijazna bo psihiatrična zdravstvena nega za paciente (Grčar & Kosi, 2009).

Najpomembnejše orodje v psihiatrični zdravstveni negi je torej medicinska sestra sama s svojo osebnostjo, ki pozna svoje potrebe, svojo moč in življenjske omejitve (Grčar, Kosi, 2009). Zdravstvena nega in zdravljenje duševno bolnih sta bila vedno odvisna od odnosa obstoječe družbe do njih. Tudi danes je psihiatrična zdravstvena nega v svoji posebnosti in specialnosti v odnosu do drugačnih, ranljivejših in občutljivejših pacientov nenehno na preizkušnji. Med vejami medicine je psihiatrija imela že od vsega začetka poseben položaj. Duševni pacienti s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem vzbujajo v preprostemu človeku prej odpor in obrambo kot pa sočutje in pomoč. Delo s psihiatričnimi pacienti zahteva od osebja primerno moralno-etično trdnost, sposobnost čustvovanja in empatije, delovno in socialno zavest. Delo medicinske sestre je vrsta ukrepov, ki so namenjeni zagotavljanju terapevtskega okolja in ukvarjanja z duševnimi, telesnimi in socialnimi problemi pacienta (Gnezda, 2009). Psihiatrija je veda, ki dosledno upošteva znano reklo in dejstvo, da je človek bio psihosocialno bitje (Ziherl, 2013).

V Republiki Sloveniji se vse bolj pojavljajo potrebe po psihogeriatrčnem zdravljenju v okviru razvite mreže psihogeriatrčne pomoči, ki bi bila sestavni del geriatrčne nacionalne mreže. Čeprav se psihogeriatrija primarno loteva zdravljenja oseb, starejših od 65 let, se izjemoma, kadar je duševna motnja posledica organskega dogajanja, ukvarja tudi z zdravljenjem mlajših pacientov (Muršec, 2005). Starejši ljudje, ki dosežejo konec življenja, imajo pogosto več bolezni, ki jih izčrpavajo (kot so demenca, osteoporoza in artritis) ter se pogosto pojavijo v daljših časovnih obdobjih. Zato so lahko potrebe po paliativni oskrbi na katerikoli točki bolezni in ne samo v terminalni fazi (Hall et al., 2011).

Ljudje živijo čedalje dlje ter imajo različne kronične in zapletene bolezni, ki jim omejujejo življenje (Pahor & Rasmussen, 2009). Zdravstvena nega starostnika si mora prizadevati za zdravje na telesnem, duševnem, duhovnem in socialnem področju. Pomembno je dobro sodelovanje z negovalnim in zdravstvenim timom ter povezovanje z drugimi službami (Lipič Baligač & Flisar, n. d.).

## **2.4 PALIATIVNA OSKRBA V GERONTOPSIHIATRIJI**

S staranjem prebivalstva se število pacientov z demenco povečuje. Kljub temu da imajo pacienti z demenco neželene znake in simptome ob koncu življenja, jih je malo vključenih v paliativno oskrbo. Demenca je ireverzibilen, progresiven in v tem času še neozdravljiv klinični sindrom (Tratar & Bobnar, 2015). Trenutni podatki kažejo, da ljudje z napredno demenco nimajo enakega dostopa do paliativne oskrbe (Ouldred & Bryant, 2008). Vključitev v paliativno oskrbo, katere poslanstvo je lajšanje bolečine in drugih simptomov ter obravnava psihičnih, socialnih in duhovnih problemov in omogočanje kakovostnega življenja pacienta z demenco in njegove družine, se zato zdi ključna za miren in udoben zaključek življenja (Tratar & Bobnar, 2015).

### **2.4.1 Paliativna oskrba za pacienta z napredovalo obliko demence**

Demenca je neozdravljiv progresiven klinični sindrom, ki ga opredeljuje vsesplošno poslabšanje mentalnih funkcij, ki lahko vključujejo izgubo spomina, zmedenost,

poslabšanje govora, spremembo osebnosti ter težave z aktivnostmi vsakdanjega življenja. Paliativna oskrba ima majhno vlogo v zgodnji fazi demence, saj njena pomembnost postopoma narašča s širitvijo bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila paliativno oskrbo kot aktivno celostno oskrbo pacienta z napredujajočo boleznijo, ki se ne odziva več na kurativno zdravljenje. Demenca kot bolezensko stanje dosega vse te vidike: dementni pacienti tipično doživljajo počasen in postopen upad življenjskih funkcij, ki se konča s smrtjo. Pacienti z napredujajočo obliko demence se soočajo z neprijetnimi simptomi, kot so zmedenost, agresija, strah, težave pri požiranju, bolečina in izguba ravnotežja pri gibanju. Vsi ti simptomi zahtevajo posebno obravnavo, znano pa je, da pacienti z napredujajočo obliko demence pogosto ne prejmejo ustrezne oskrbe ob koncu življenja, saj so njihove potrebe po paliativni oskrbi slabo obravnavane (Elo & Tervala, 2014, p.59).

#### 2.4.2 Razlika med tradicionalnim in paliativnim pristopom obravnave pacienta v gerontopsihiatriji

Značilnosti tradicionalnega pristopa so (Žargi, 2000 cited in Rebolj, 2010, p. 17):

- usmerjenost v medicinski poraz,
- negiranje umiranja,
- beg pred umiranjem,
- tišina, paternalistično zadrževanje dejstev,
- pozornost je usmerjena k bolezni,
- pozornost je usmerjena k visoki tehnologiji,
- pozornost je usmerjena k čim daljšemu življenju,
- izogibanje pomirjevalom in narkotikom.

Za vse bolezni, pri katerih ni možno odpraviti njihovega vzroka, velja, da so neozdravljive. Vsi ukrepi so namenjeni lažšanju simptomov, ki jih taka bolezen prinaša, tako temu pravimo paliativni pristop (Lopuh, 2015).

Značilnosti paliativnega pristopa so (Žargi, 2000 cited in Rebolj, 2010, p. 17):

- usmerjenost v človeški razvoj in možnosti,

- pozornost je usmerjena v kakovost življenja, zmanjševanje trpljenja in zadovoljevanje osebnih potreb,
- odprta komunikacija glede na izbiro, izobraževanje,
- pozornost je usmerjena na celotno osebnost,
- pozornost je usmerjena na človeško doživljanje, sodelovanje in izkustvo,
- osredotočenje na posamezne stopnje umiranja,
- umiranje kot del življenjskega cikla,
- pazljivo prilagajanje pomirjeval in narkotikov za ublažitev bolečine in omogočanje njihovega optimalnega delovanja.

## **2.5 PREPOZNAVNOST PALIATIVNE OSKRBE PRI PACIENTIH Z DEMENCO V EVROPI/SVETU**

Že več kot dvajset let obstaja zanimanje za paliativno oskrbo ljudi z demenco. Pri izvajanju se pojavljajo se klinične, praktične in etične težave kakovostne paliativne oskrbe ljudi z demenco. Razlog za paliativno oskrbo ljudi z demenco, temelji na raziskavah in na ugotovljenih potrebah po boljši klinični oskrbi le-teh (Mahin-Babaei, et al., 2015). Ouldred in Bryant (2008) navajata kar nekaj načinov kako izboljšati paliativno oskrbo pri ljudeh obolenih z napredujočo demenco:

- razvoj smernic paliativne obravnave temelji na dokazih za čimprejšnjo vključitev obolenih z demenco, potrebno je zgodnje načrtovanje ciljev ob poslabšanju bolezni in simptomov, ter s poudarkom skrbi za njegovo družino,
- potrebnih je več raziskav o obolenih z napredujočo demenco,
- izvajalce zdravstvene nege je potrebno poučiti o smiselnosti paliativne oskrbe, predvsem z upoštevanjem načel paliativne oskrbe, pri obolenih z napredujočo demenco,
- kontinuiteto in sodelovanje med zdravstvenimi delavci, kar je pomembno za kvalitetno paliativno oskrbo ter dobro fleksibilnost in odzivnost,
- komunikacijo med zdravstvenimi delavci in družino, za doseganje najboljših skupnih ciljev v paliativni oskrbi.

Po desetletjih prejemanja majhne pozornosti, ki jo je bila deležna, je demenca sedaj pogosto obravnavana tema v svetovnih programih zdravja, sociale, izobraževanja,

raziskovanja ter prav tako v političnem in gospodarskem vrhu. Različne države si želijo sodelovati na področjih raziskovanja, možnosti zdravljenja, učinkovite intervencije in razvoju zaposlenih, ki lahko doprinesejo k razvoju in usposobljenosti za paliativno oskrbo. Demenca je bila opredeljena kot globalna zdravstvena prioriteta. Veliko število držav je razvilo posebno strategijo za obravnavo demence. Koreja, je v zadnjih desetih letih, razvila več ključnih politik v boju z demenco. Korejska vlada je ob svoji razglasitvi celo napovedala »Vojno proti demenci« (Kydd & Sharp, 2015).

V Evropskem Parlamentu je leta 2007 odigrala pomembno vlogo Evropska Alzheimerjeva Zveza (EAA), katera je pripomogla k razvoju delovne skupine Alzheimer Europe (AE). Njeni člani so določili, da je obravnava demence evropska prioriteta. S tem, ko število evropskih držav članic narašča, je Evropska Alzheimerjeva Zveza napredovala v boju proti tej bolezni na nacionalni ravni. V Zvezo je vključenih 26 držav članic, ki posredujejo politično usmeritev, za boj s to boleznijo. Njihovo načelo temelji na dejstvu, da je potrebno takojšnje in usklajeno delovanje na evropski in nacionalni ravni. Istega leta je bila v Evropi ustanovljena delovna skupina Alzheimer Europe, ki je bila usmerjena na pogled oskrbe obolelih, z jasnimi priporočili za paliativno oskrbo ljudi z demenco. Delovna skupina Alzheimer Europe in njihovi člani uspešno sodelujejo z Evropsko Alzheimerjevo Zvezo in so zadovoljni glede razvoja dogodkov pri raziskovanju obolelih ljudi z demenco EAA (European Alzheimer's Alliance , 2014).

Vsak del Velike Britanije je samostojno razvil posebne strategije za obravnavo demence. Anglija ni poudarjala konec življenja, za svojo osnovo akcijskega načrta je sprejela geslo »Živeti dobro z demenco«. Veliko držav, vključno z Škotsko, so sprejele pristop, ki poskuša odgovoriti na potek bolezni pri demenci, od najzgodnejših dni in pojavljajočih simptomov, ki privedejo do konca življenja (Kydd & Sharp, 2015). Fringer (2014), navaja, da začetke paliativne oskrbe zasledimo v Švici že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Ocenjuje, da bo število obolelih z demenco, ki potrebujejo paliativno oskrbo vseh starosti in v vseh okoljih še naraslo. V Švici je na področju paliativne obravnave na voljo več nivojev usposabljanja, ki so povezana z različnimi poklicnimi skupinami za osnovno obravnavo, specializirano in visoko

specializirano obravnavo za paliativno oskrbo. Višja kot je izobrazba zdravstvenega osebja, bolj se od njih pričakuje celosten pristop obravnave.

## **2.6 PREPOZNAVNOST PALIATIVNE OBRAVNAVE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI V PSIHIATRIJI**

Ob koncu življenja paliativni pristop lahko umirajočim pacientom in njihovim družinam ponudi veliko. Prav medicinske sestre so tiste strokovnjakinje zdravstvenega varstva, ki jim najpogosteje nudijo takšno nego (Pahor & Rasmussen, 2009).

Izobražena medicinska sestra na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe ima specializirana znanja, veščine in osebno držo, kar ji omogoča celovito, koordinirano in sočutno zdravstveno nego ter oskrbo pacientov, ki živijo z napredujočo boleznijo (Skela Savič, 2005). Nekatere študije so delo medicinskih sester v paliativni oskrbi prikazale tako, da gre pri tem v veliki meri za koordiniranje in sodelovanje pri načrtih nege pacientov, za izmenjavo, svetovanje in lajšanje dela drugih strokovnjakov zdravstvenega varstva kot tudi za pogajanja o sistemu v imenu pacientov in njihovih družin. Delo medicinskih sester vključuje nadziranje bolečine in simptomov, poučevanje ter pomoč in usmerjanje pacientov, prav tako njihovih družin, ko se pripravljajo na smrt in na to, da opustijo vezi z življenjem, kakršno je bilo (Rasmussen & Sandman, 2000 cited in Pahor & Rasmussen, 2009, p. 2). Ko medicinska sestra obravnava umirajočega pacienta, ga mora znati poslušati, imeti občutek za nebesedno komunikacijo in ga spodbujati, da svoja občutja kaže na najrazličnejše načine (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

### **2.6.1 Prepoznavnost simptomov umirajočega pacienta**

Za prepoznavanje, razumevanje in obravnavo simptomov je potrebno ustrezno znanje. V paliativni oskrbi naj bi se izogibali obremenilnih diagnostičnih postopkov, ki bi lahko še dodatno poslabšali kakovost življenja. Pri oceni pacienta in stanja bolezni je zato poudarek na klinični oceni z natančno anamnezo in skrbnim kliničnim pregledom (Červek, 2009). Odločanje o ukrepanju pri umirajočem pacientu je mnogo lažje, če



poznamo njegove želje in načrt oskrbe že iz zgodnejšega vodenja paliativne oskrbe. Zaželeno je tudi načrtovanje prihodnosti z upoštevanjem pacientovih želja, ki naj postanejo naš cilj v načrtovanju oskrbe do smrti (Lunder, 2008). Terminalno obdobje bolezni je določeno krajše obdobje v paliativni oskrbi, za katero je značilno, da odpovedo življenjsko pomembni organi in se konča z umiranjem in s smrtjo (Červek, 2009).

Terminalna oskrba ni sinonim za paliativno oskrbo, kot se pogosto zamenjuje, ampak je le del paliativne oskrbe v zadnjem obdobju pacientovega življenja (Červek & Zakotnik, 2009).

Patofiziološka dogajanja pri umirajočem pacientu povzročajo značilne simptome: splošno oslabelost, zmanjšan apetit, odklanjanje hrane in tekočin z dehidracijo, respiratorno, srčno in ledvično odpoved ter težko požiranje. Znaka nevrološke disfunkcije pa sta: zmanjšana sposobnost komunikacije in zožena zavest. Ugotovljene simptome bolezni opredelimo, stopenjsko ocenimo in dokumentiramo. Če vzroka ne ugotovimo, pa simptome vsaj blažimo (Červek & Zakotnik, 2009).

Za učinkovito paliativno oskrbo je ključnega pomena dnevno sledenje uspešnosti obravnave simptomov in prepoznavanje novih. Poleg že naštetih simptomov in znakov v terminalni fazi bolezni pa Červek (2009) in Benedik (2011) navajata še naslednje:

- parenteralna rehidracija ni koristna, saj povzroča bruhanje in slabost,
- izguba žrelnega refleksa oz. hropenje nastane zaradi akumulacije sekreta v dihalih,
- pride do kožne ishemije, kar povzroča pordelost, propadanje kože in posledično rane,
- pogosto so prisotne utrujenost, slabost zaradi nezmožnosti hoje in dvigovanja, zmanjšana zmogljivost pri osebni higieni,
- lahko pride do tahikardije in hipertenzije, ki ji sledi hipotenzija,
- zaradi periferne in centralne cianoze jim zastaja kri v venah, imajo hladne ude in lisasto kožo,
- bolečina pri umirajočem pacientu je navadno manj izražena,

- lahko pride do nevropsihiatričnega sindroma, ki se kaže kot delirij, za katerega so značilne motnje v zaznavanju in mišljenju ter zmanjšana stopnja zavesti, nesposobnost usmerjanja, vzdrževanja ali spremembe pozornosti.

Cilj oskrbe pacienta v terminalnem obdobju ni več kakovost življenja, temveč kakovost umiranja in skrb za stiske svojcev. Pomembna klinična veščina je prepoznavanje umiranja. V oskrbi pacienta so zdravstvenim delavcem v pomoč klinične poti. Klinična pot je dokument (smernice, vodilo), ki mu zdravstveni delavci sledijo pri oskrbi z namenom, da je ta čim bolj učinkovita in strokovna. Klinična pot zagotavlja tudi natančno spremljanje stanja pacienta in postopkov, zagotavlja ustrezno, natančno medicinsko dokumentacijo in koordinacijo paliativne oskrbe. Vpliva tudi na kolektivno izobraževanje udeležencev v paliativni oskrbi in določa vlogo vsakega posameznega oskrbovalca (Červek & Zakotnik, 2009). Liverpoolska klinična pot zagotavlja ustrezno fizično, čustveno in duhovno oskrbo umirajočega in svojcev (Červek, 2009).

#### 2.6.2 Stres medicinskih sester pri delu z umirajočimi pacienti

V zadnjem času postaja izgorevanje na delovnem mestu vse bolj razširjen, prepoznaven, aktualen in intenziven pojav. Od zaposlenih se zahteva in pričakuje vedno več, kar zanje pomeni dodaten pritisk. Stres na delovnem mestu postaja del vsakdanjika in je prisoten v vseh poklicih, še posebej pa pri tistih, kjer imajo zaposleni redne stike z ljudmi. Tako so njegove žrtve tudi medicinske sestre (Newhouse, 2000 cited in Mlakar, 2012, p. 1). Ker pacienti od zaposlenih v zdravstveni negi želijo, potrebujejo in celo zahtevajo visoko stopnjo prilagajanja njihovim potrebam, željam in zahtevam, je obvladovanje stresa zato pomembno. Zdravstvena nega je poklic, ki zahteva visoko stopnjo prilagajanja (Bregar, et al., 2011).

Zdravstvena nega kot profesija se srečuje s socialnimi, psihološkimi in zdravstvenimi problemi. To pomeni, da se zdravstveni delavci vsakodnevno srečujejo s številnimi stresnimi dogodki (delo s prizadetimi, težavnimi ljudmi, situacije, ki zahtevajo hitro ukrepanje, smrt itd.), soočajo se s pomanjkanjem kadra, kar vodi v prenasičenost z delom, obremenjeni so s časovnimi omejitvami, pomanjkanjem podpore nadrejenih,

sodelavcev, družine. Prav tako je to delo zelo strokovno in zahteva veliko znanja ter spretnosti, obenem pa lahko z napako vplivamo na stanje pacienta, kar še poveča pritisk na zdravstvenega delavca. Čeprav daje zdravstvena nega tudi veliko zadovoljstva, je doživljanje izčrpanosti in čustvene prizadetosti pogosto (Štajner, 2012).

Stres je doživetje posameznika, pojavi se v situaciji, ki ji ni kos. Pri tem zazna razliko med svojimi zmogljivostmi in zahtevami okolja (Bregar, et al., 2011). Stres je lahko občasen ali trajen. Lahko ga opišemo kot vse, kar povzroči nenormalne zahteve od človeškega telesa (Lugton & McIntyre, 2005). Dolgotrajna izpostavljenost stresu se odraža tako na telesnem kot na duševnem zdravju zaposlenih, obenem pa povečuje verjetnost, da zaposleni izostajajo z delovnega mesta, so manj produktivni in učinkoviti pri delu, odhajajo iz delovne organizacije ter izgorevajo pri delu (Novak, et al., 2012).

Jaušovec (2009) navaja, da je zdravstvena nega zelo pogosto naporno delo, ker se srečujemo z bolečinami, s trpljenjem in z umiranjem pacientov. Najpogostejši vzroki za stresne situacije, ki lahko sprožijo proces izgorevanja medicinskih sester, so predvsem povezani z delom in delovnimi razmerami. Veliko breme zaposlenim v zdravstveni negi pacientov z duševno motnjo predstavljajo tudi odgovornost, povezovanje z drugimi poklici, pomanjkanje samozavesti, strah pred napakami, izmensko delo (predvsem nočno), nadurno delo, nekovostno izvajanje zdravstvene nege zaradi pomanjkanja virov in organizacijske spremembe. Zaradi značilnosti pacientov so tako zaposleni pogosto izpostavljeni stresnim situacijam. Bregar, et al. (2011) navajajo, da so zaposleni na področju psihiatrije izpostavljeni stresu, ki lahko povzroči izgorelost.

### 2.6.3 Prepoznavnost paliativne obravnave med medicinskimi sestrami

Med obravnavo pacientov z napredovalo demenco te pogosto ne zaznajo kot bolezen s krajšim izidom, temveč njeno prognozo prevečkrat precenijo. Mnogokrat zdravstveno osebje ne prepozna primerne obdobja, ko bi paliativna oskrba lahko ponudila optimalno obravnavo. Še vedno pa so zelo pogoste neprimerne invazivne obravnave, kot so: jemanje krvnih vzorcev in izvajanje drugih preiskav, ki ne bodo koristile pri odločitvah o boljši kakovosti življenja, zdravljenje po intravenski poti, hranjenje po

nazogastrični sondi in omejevanje gibanja v postelji. Raziskav s področja napredovale demence v paliativni oskrbi je mnogo manj kot za druge kronične bolezni v napredovalem obdobju. Večina oseb z napredovalo demenco, ko doseže končno stopnjo, biva v ustrezni ustanovi. Zato je pomembno, da tam poteka tudi izobraževanje zdravstvenega osebja in da ima vpeljan enoten standard obravnave, ki vključuje čim bolj preprosta orodja in kriterije za sprejem dementnega pacienta v paliativno oskrbo, ocenjevalne lestvice trpljenja in enotno ukrepanje (Lunder, 2009).

Najpogostejša oblika dementne bolezni je Alzheimerjeva bolezen, povprečna doba preživetja od postavitve diagnoze do smrti je 8 let. Veliko je izzivov, s katerimi se soočamo pri paliativni oskrbi dementnih starostnikov, saj je v primeru demence težko predvidevati smrt pacienta. Tudi medicinske sestre nimajo jasnih navodil glede paliativnega zdravljenja. Klinični pomen vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe ob koncu življenja je jasen in ima pri pacientih z demenco več pozitivnih posledic, kot sta izboljšanje kakovosti oskrbe ob koncu življenja ter zadovoljstvo pacienta in njegovih svojcev (Elo & Tervala, 2014). Osebna stališča zdravstvenih delavcev o umiranju in smrti, njihovo strokovno znanje o dogajanjih v tem času ter natančno in pazljivo opazovanje motečih znakov in simptomov lahko največ pripomorejo k najboljšim odločitvam za umirajočega pacienta (Lunder, 2008).

Vindiš in Brumec (2009) navajata kriterij za začetek paliativne obravnave (lajšanje simptomov in ne vzročno zdravljenje pacienta, niti drugih sočasnih bolezni), to je dosežena stopnja demence po FAST 7C (prognoza 6 mesecev ali manj). V nadaljevanju je podana ocena stopnje napredovanja Alzheimerjeve demence po lestvici FAST (Functional Assessment Staging):

- nobenih objektivnih ali subjektivnih težav,
- pozabljanje lokacije predmetov in subjektivne delovne težave,
- zmanjšano funkcioniranje pri delu, ki ga prepoznajo tudi sodelavci, zmanjšana sposobnost organizacije,
- zmanjšana sposobnost kompleksnih dejavnosti, npr. urejanje osebnih financ (pozabljanje plačevanja računov), težave pri nakupovanju, načrtovanje večerje za goste,

- potrebuje pomoč pri izbiri dnevnih oblačil, dogodek ali sezono, npr. pacient se oblači v isto oblačilo, če nima pomoči,
- nepravilno oblačenje (dnevna oblačila si nadene prek pižame, čevelj obuje na napačno nogo ali ima težave z zapenjanjem, kar se občasno ali pogosto dogaja v zadnjih tednih),
- nesposobnost umivanja ali kopanja (težave s pripravljanjem prave temperature vode), kar se dogaja občasno ali pogosteje v zadnjih tednih,
- sposobnost za mehanska opravila pri odvajanju (pozablja izplakniti straniščno školjko, se ne zna obrisati primerno ali ne zna prav zavreči toaletnega papirja), kar se dogaja občasno ali pogosteje v zadnjih tednih,
- inkontinenca seča (kar se dogaja občasno ali pogosteje v zadnjih tednih),
- inkontinenca blata (kar se dogaja občasno ali pogosteje v zadnjih tednih),
- sposobnost govora je okrnjena na šest jasnih različnih besed ali manj, v času intenzivnega govora, povprečno v enem dnevu, oziroma na eno besedo,
- sposobnost govora je omejena le na eno jasno besedo, v času intenzivnega govora, povprečno v enem dnevu (besedo lahko ponavlja znova),
- ne more hoditi (le s pomočjo ali podporo druge osebe),
- ne more sedeti pokonci brez pomoči (pacient bi padel, če na stolu ali vozičku ob straneh ne bi bilo držajev za roke),
- izguba sposobnosti držanja glave v pokončni drži,
- izguba sposobnosti smejanja.

V praksi je bilo večkrat dokazano, da je zelo težko ugotoviti, kdaj je nastopil trenutek, ko se začne proces umiranja obolelega pacienta z neozdravljivo napredovalo boleznijo. Za ocenitev tega lahko zdravstvenemu osebju pomaga orientacijski kriterij, ki vključuje vsaj dva simptoma od štirih: pacient pije le požirke tekočine, ne more več požirati hrane, je nepokreten, ima motnje zavesti. Pri tem se upošteva klinična slika napredovale neozdravljive bolezni, izključiti pa se mora možnost reverzibilnih akutnih stanj (Saje & Filej, 2014). Da se izboljša oskrba umirajočih pacientov z demenco v ustanovah, kjer živijo, so v prihodnosti potrebne raziskave za razvijanje standardnih intervencij (Rexach, 2012).

### 3 EMPIRIČNI DEL

Z izbrano temo diplomske naloge smo v empiričnem delu podrobneje predstavili in analizirali, kako in koliko medicinske sestre poznajo paliativno oskrbo ter potrebo po dodatnem znanju s tega področja.

#### 3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je bil ugotoviti raven znanja medicinskih sester, ki delajo v Enoti za gerontopsihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, o paliativni oskrbi. Ugotoviti smo želeli prepoznavnost potrebe po paliativni oskrbi in doživljanje vloge medicinskih sester v tej oskrbi. Izvedeti smo želeli, kako se medicinske sestre soočajo s posameznimi elementi paliativne oskrbe, zlasti v najzahtevnejših obravnavaх gerontopsihiatričnih primerov bolezni in ob delu z umirajočimi pacienti.

Cilji diplomskega dela so ugotoviti:

- v kolikšni meri medicinske sestre prepoznajo paliativno oskrbo v svojem delovnem okolju;
- raven znanja s področja paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami, ki delujejo na področju gerontopsihiatrije;
- kakšno potrebo imajo medicinske sestre, ki delajo na področju gerontopsihiatrije, po dodatnih znanjih s področja paliativne oskrbe;
- prepoznavnost načel paliativne oskrbe, kot jih opredeljuje Državni program paliativne oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2010);
- kako delo z umirajočimi pacienti v gerontopsihiatriji vpliva na pojav osebne stiske in stresa pri medicinskih sestrah, ki negujejo te paciente.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- kako medicinske sestre pri svojem delu prepoznajo potrebo po paliativni oskrbi pri pacientih, ki potrebujejo paliativno oskrbo,

- koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre za izvajanje paliativne oskrbe,
- kolikšno potrebo imajo medicinske sestre po dodatnem izobraževanju s področij paliativne oskrbe,
- v kolikšni meri so medicinske sestre, ki delajo z umirajočimi v gerontopsihiatriji, pod stresom.

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za potrebe empiričnega dela smo podatke zbrali s strukturiranim vprašalnikom. Za potrebe teoretičnega dela smo pregledali prosto dostopno strokovno in znanstveno literaturo v slovenskem in tujem jeziku. Uporabili smo tuje bibliografske baze, kot so EBSCOhost, Eric, CINAHL, PubMed in SpringerLink in Science Direkt. Za iskanje slovenske literature pa smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo naše diplomske naloge: geriatrična paliativna oskrba, gerontopsihiatrija, komunikacija v paliativni oskrbi, izobraževanje medicinskih sester, ter naslednjih v angleškem jeziku: geriatric palliative care, gerontopsyhiatry, communication in palliative care, education in palliative nursing.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskovalni del diplomske naloge smo zbirali podatke s pomočjo vprašalnika zaposlenih medicinskih sester s 5., 6. in 7. stopnjo strokovne izobrazbe v Enoti za gerontopsihiatrijo v Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani. Raziskava je potekala od aprila 2015 do maja 2015. Izpolnitev vprašalnika je bila možna le v pisni obliki. Uporabili smo vprašalnik strukturiranega tipa. Vprašalnik je bil anonimen. Sestavili

smo ga na podlagi pregleda slovenske literature (Skela Savič, 2005; Globočnik Papuga, 2007; Červek, 2009; Lunder, 2009–2011; Benedik, 2011). Vprašalnik je bil razdeljen na vsebinske sklope. V prvem sklopu so bila demografska vprašanja, v drugem sklopu pa vprašanja, vezana na prepoznavanje in znanje medicinskih sester o paliativni oskrbi v Enoti gerontopsihiatrije. V drugem sklopu je bilo 17 vprašanj zaprtega tipa, kjer so anketiranci izbirali med tremi možnostmi, možen je bil le en pravilen odgovor. Pri treh vprašanjih smo uporabili Likertovo lestvico stališč: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Pri enem vprašanju so bile podane enakovredne trditve, kjer so anketiranci podali kvantitativno vrednost odgovora. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa. Vrednost tega je v vprašalniku znašala 0,78, kar predstavlja zmerno zanesljivost.

### 3.3.3 Opis vzorca

Vprašalnik je bil namenjen medicinskim sestram s 5., 6. in 7. stopnjo izobrazbe, zaposlenim v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, v Enoti za gerontopsihiatrijo. Vsem 60 zaposlenim so bili razdeljeni vprašalniki. Vrnjenih je bilo 52 vprašalnikov, kar predstavlja 87-odstotno realizacijo vzorca. Vzorec, ki smo ga uporabili v raziskavi, je bil nenaključni in namenski, saj smo izbrali in zajeli vse profile medicinskih sester, katere delajo v Enoti gerontopsihiatrije.

**Tabela 1: Demografski podatki anketirancev**

	Spol		Starost				Stopnja izobrazbe			
	Moški	Ženski	20 do vključno 30 let	31 do vključno 40 let	41 do vključno 50 let	51 do vključno 60 let	Srednja šola	Visoka šola	Univerzitetna izobrazba	Magisterij
N	13	39	22	22	6	2	38	12	1	1
%	25,00	75,00	42,31	42,31	11,54	3,85	73,08	23,08	1,92	1,92

N = velikost vzorca, % = odstotek

Iz tabele 1 je razvidno, da je sodelovalo 52 anketirancev. Večina 39 (75 %), je bila ženskega spola, 13 (25 %) pa je bilo moškega spola. 22 (42,31 %) anketirancev je bilo



starih od 20 do vključno 30 let in isto število anketirancev od 31 do vključno 40 let. Od 41 do vključno 50 let je bilo starih 6 anketiranih (11,54 %) in od 51 do vključno 60 let 2 (3,85 %). Tri četrtine anketirancev je imelo 5. stopnjo izobrazbe, približno četrtina 6. stopnjo izobrazbe ter 2 anketiranca sta imela 7. stopnjo strokovne izobrazbe.

Tabela 2 prikazuje, da ima 26 anketiranih (50 %) delovno dobo na področju zdravstvene nege od 1 do 10 let. Ostali anketiranci imajo delovno dobo od 11 do več kot 30 let. Največ anketirancev je bilo z delovno dobo v zdravstveni negi od 6 do 20 let. Delovna doba anketiranih medicinskih sester v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana je najpogostejša od 1 do 5 let (N = 29; 59,2 %), prav tako pa se podoben rezultat pojavi tudi pri medicinskih sestrah v Enoti za gerontopsihiatrijo, kjer ima največ medicinskih sester delovno dobo od 1 do 5 let (N = 38; 73 %).

**Tabela 2: Delovna doba**

Delovna doba na področju zdravstvene nege	Delovna doba na področju zdravstvene nege		Delovna doba v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana		Delovna doba v Enoti za gerontopsihiatrijo	
	N	%	N	%	N	%
1 do 5 let	8	15,4	29	59,2	38	73,1
6 do 10 let	18	34,6	13	26,5	9	17,3
11 do 20 let	17	32,7	4	8,2	3	5,8
21 do 30 let	5	9,6	3	6,1	2	3,8
več kot 30 let	4	7,7	49	100,0	52	100,0
Skupaj	52	100,0				

N = velikost vzorca; % = odstotek

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik smo razdelili med zaposlene aprila 2015, in sicer po predhodni odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomske zadeve Fakultete za zdravstvo Jesenice in po predhodni pridobitvi soglasja s strani vodstva Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost pri izpolnitvi vprašalnika. Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, smo statistično obdelali s pomočjo programa za kvantitativno obdelavo podatkov (SPSS 20.0). Za analizo podatkov smo

uporabili opisno in bivariatno statistiko. Rezultate smo vrednotili s pomočjo t-testa, pri spremenljivkah pa smo uporabili frekvence, odstotke, povprečno vrednost in standardni odklon. Dobljeni rezultati so prikazani s pomočjo tabel in slike. Za stopnjo značilnosti smo izbrali vrednost  $p \leq 0,05$ .

### 3.4 REZULTATI

Rezultate smo razdelili na dva tematska sklopa. Prvi tematski sklop je obsegal demografske podatke, ki so predstavljeni v opisu vzorca ter prikazani tabeli 1. in 2. Drugi tematski sklop pa je zajemal rezultate, glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

#### 3.4.1 Rezultati drugega tematskega sklopa

Tabela 3 prikazuje trditve o prepoznavnosti paliativne oskrbe – v kolikšni meri se anketiranci strinjajo s podanimi trditvami. Anketiranci trdijo, da je zelo pomembno sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom (PV = 4,71; SO = 0,46), saj so se s to trditvijo najbolj strinjali. Iz tabele lahko razberemo, da so se anketiranci v veliki meri strinjali, da bi ustanovitev paliativnega tima obogatilo Univerzitetno psihiatrično kliniko Ljubljana (PV = 4,14; SO = 0,89). Najmanj pa so se strinjali, da bomo vsi umrli s potrebo po paliativni oskrbi (PV = 2,76; SO = 1,44).

**Tabela 3: Prepoznavnost paliativne oskrbe**

TRDITVE - paliativna oskrba					
	N	min.	max.	PV	SO
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu s kronično in napredujajočo boleznijo.	50,00	1,00	5,00	4,28	0,95
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kvalitete življenja pacienta in njegovih svojcev.	51,00	2,00	5,00	4,43	0,88
Paliativni pristop zahteva orientiranost k pacientu in njegovi družini.	49,00	2,00	5,00	4,27	0,88
Vsi bomo umrli s potrebo po paliativni oskrbi.	51,00	1,00	5,00	2,76	1,44
Medicinske sestre izvajamo paliativno zdravstveno nego po načelih paliativne oskrbe, kot je navedeno v Državnem programu paliativne oskrbe.	50,00	1,00	5,00	3,64	1,01
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	51,00	3,00	5,00	4,45	0,73

TRDITVE - paliativna oskrba					
	N	min.	max.	PV	SO
Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	51,00	2,00	5,00	4,55	0,70
Medicinske sestre smo zagovornice pacienta tudi v času, ko mu le lajšamo težave.	51,00	3,00	5,00	4,57	0,64
Klinična pot obravnave paliativnega pacienta je načrt obravnave pacienta, ki temelji na strokovnih smernicah. Od nje ne smemo odstopati.	50,00	2,00	5,00	3,98	0,96
Pacienti v gerontopsihiatriji potrebujejo paliativno oskrbo.	51,00	1,00	5,00	3,51	1,17
V paliativni oskrbi je pomembno sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom.	51,00	4,00	5,00	4,71	0,46
Ustanovitev paliativnega tima v Psihiatrični kliniki Ljubljana bi predstavljala doprinos pri oskrbi pacientov.	51,00	2,00	5,00	4,14	0,89

N = velikost vzorca; min. = minimum, max. = maksimum, PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

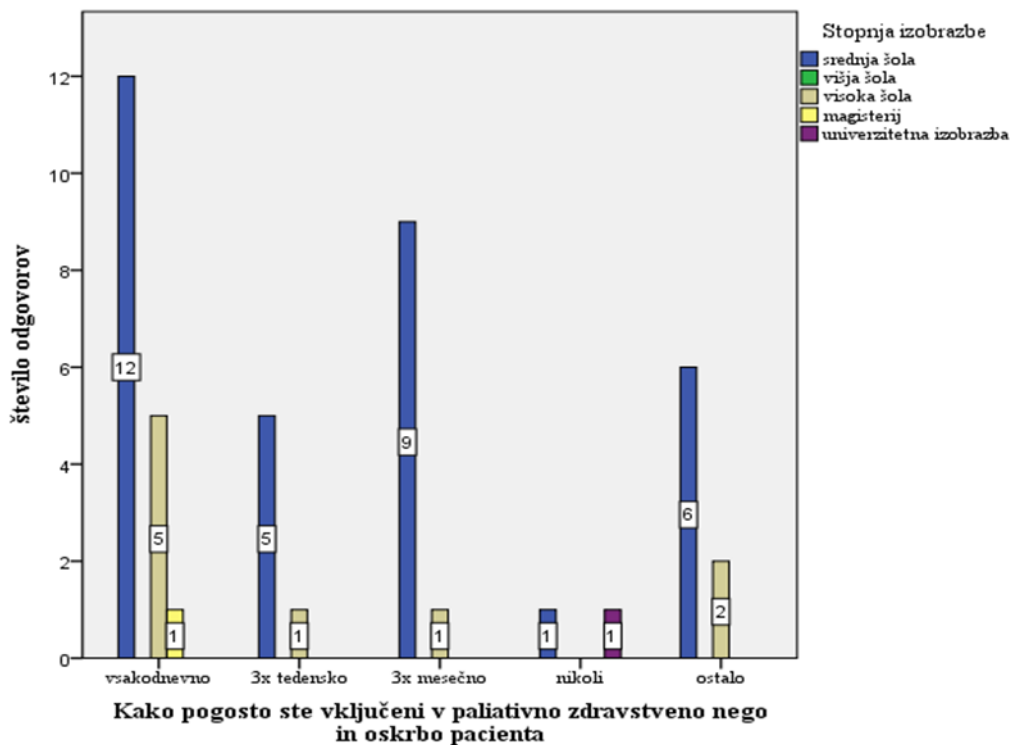
Iz tabele 4 je razvidno, da je na vprašanje; kako pogosto ste vključeni v paliativno zdravstveno nego in oskrbo pacienta pri svojem delu, odgovorilo največ anketirancev (n = 18; 40,9%) »vsakodnevno«. Le 2 anketiranca (4,5%) sta odgovorila »nikoli«.

**Tabela 4: Pogostost izvajanja paliativne oskrbe**

Kako pogosto ste vključeni v paliativno zdravstveno nego in oskrbo pacienta?		
	n	%
vsakodnevno	18	40,9
3x tedensko	6	13,6
3x mesečno	10	22,7
Nikoli	2	4,5
Ostalo	8	18,2
Skupaj	44	100,0

N = velikost vzorca; % = odstotki

Iz slike 1 je razvidno, da so najbolj pogosto »vsakodnevno« v paliativno zdravstveno nego in oskrbo pacienta vključene medicinske sestre z srednjo izobrazbo. Prav tako se v dobri meri v izvajanje paliativne oskrbe pacienta vključujejo diplomirane medicinske sestre.



**Slika 1: Pogostosti izvajanja paliative po izobrazbeni strukturi zaposlenih**

Tabela 5 ugotavlja znanje medicinskih sester za izvajanje paliativne oskrbe. Iz tabele je razvidno, da so anketiranci na večino vprašanj odgovorili pravilno (14) ter na dva vprašanja nepravilno. Pri dveh vprašanjih je vseh 52 (100%) anketirancev odgovorilo pravilno, da je cilj paliativne zdravstvene nege izboljšati kakovost posameznikovega življenja ter mu omogočiti dostojno smrt in, da je dotik zelo pomembna neverbalna komunikacija. Pri vprašanju, če paliativna oskrba spoštuje življenje in sprejema umiranje kot naravni proces, je bilo 50 (96,2%) nepravilnih odgovorov. Prav tako smo dobili nepravilne odgovore pri vprašanju, če je potrebno pri umirajočih pacientih za dovajanje kisika bolje uporabiti obrazno masko kakor nosni kateter, saj so tu anketiranci odgovorili 27 (51,9%) nepravilnih odgovorov. Popolnoma enak rezultat smo dobili pri vprašanju, če je subkutan način dovajanja zdravil najbolj primeren pri pacientih v terminalni fazi, saj smo tu dobili enako število 18 (34,6%) pravih in nepravilnih odgovorov anketirancev.

**Tabela 5: Znanje medicinskih sester za izvajanje paliativne oskrbe**

Vprašanje – Znanje medicinskih sester		N	%
Cilj paliativne zdravstvene nege je izboljšati kakovost posameznikovega življenja in omogočiti dostojno smrt.	Nepravilen odgovor	0	0,0
	Ne vem	0	0,0
	Pravilen odgovor	52	100,0
Paliativni pristop upošteva načrtovani razmislek o koristi in bremenu diagnostičnih preiskav in terapevtskih aktivnosti.	Nepravilen odgovor	6	11,5
	Ne vem	2	3,8
	Pravilen odgovor	44	84,6
Paliativna oskrba spoštuje življenje in sprejema umiranje kot naravni proces.	Nepravilen odgovor	50	96,2
	Ne vem	0	0,0
	Pravilen odgovor	2	3,8
Duhovna oskrba je del paliativne oskrbe.	Nepravilen odgovor	4	7,7
	Ne vem	1	1,9
	Pravilen odgovor	47	90,4
Terminalna skrb je sinonim za paliativno oskrbo.	Nepravilen odgovor	3	5,8
	Ne vem	8	15,4
	Pravilen odgovor	41	78,8
Komunikacija v zadnjem obdobju življenja postane najpomembnejši pripomoček medicinske sestre.	Nepravilen odgovor	5	10,0
	Ne vem	2	4,0
	Pravilen odgovor	43	86,0
Dotik je zelo pomembna neverbalna komunikacija.	Nepravilen odgovor	0	0,0
	Ne vem	0	0,0
	Pravilen odgovor	52	100,0
Bolečina je pogost in obremenjujoč simptom v paliativni oskrbi.	Nepravilen odgovor	2	4,0
	Ne vem	0	0,0
	Pravilen odgovor	48	96,0
Dispneja je pogost in mučen simptom pri umirajočem pacientu.	Nepravilen odgovor	1	1,9
	Ne vem	3	5,8
	Pravilen odgovor	48	92,3
Opiati učinkovito lajšajo dispneo.	Nepravilen odgovor	18	34,6
	Ne vem	12	23,1
	Pravilen odgovor	22	42,3
Glavni cilj paliativne obravnave pacienta z dispnejo je, da mu zmanjšamo občutek težkega dihanja.	Nepravilen odgovor	2	3,8
	Ne vem	4	7,7
	Pravilen odgovor	46	88,5
Pri umirajočih pacientih je za dovajanje kisika bolje uporabiti obrazno masko kakor nosni kateter.	Nepravilen odgovor	27	51,9
	Ne vem	15	28,8
	Pravilen odgovor	10	19,2
Delirij je zelo pogost pojav pri pacientih v terminalnem obdobju življenja.	Nepravilen odgovor	11	21,2
	Ne vem	9	17,3
	Pravilen odgovor	32	61,5
Občutek žeje uspešno ublažimo z vlaženjem ustnic in nego ust.	Nepravilen odgovor	3	5,8
	Ne vem	2	3,8
	Pravilen odgovor	47	90,4
Umetna hidracija izboljša težave s suhimi usti pri umirajočem pacientu.	Nepravilen odgovor	11	21,2
	Ne vem	8	15,4
	Pravilen odgovor	33	63,5
Subkutan način dovajanja zdravil je najbolj primeren pri pacientih v terminalni fazi.	Nepravilen odgovor	18	34,6
	Ne vem	16	30,8
	Pravilen odgovor	18	34,6
Skrb za pacienta v zadnjih tednih življenja je enako pomembna kot skrb v času aktivnega zdravljenja.	Nepravilen odgovor	3	5,8
	Ne vem	0	0,0
	Pravilen odgovor	49	94,2

N = velikost vzorca; % = odstotki.

Poleg znanja o paliativni oskrbi med medicinskimi sestrami smo želeli poiskati razlike o znanju med starostnima skupinama. Primerjali smo dve največji starostni skupini anketirancev. V prvo starostno skupino so zajeti anketiranci od 20 do vključno 30 let in v drugi starostni skupini od 31 do vključno 40 let. Uporabili smo Studentov t-test in primerjali povprečne vrednosti odgovorov.

**Tabela 6: Primerjava po starostnih skupinah medicinskih sester o paliativnem znanju**

Trditvev	Starost	N	PV	SO	p	t
Paliativni pristop upošteva načrtovani razmislek o koristi in bremenu diagnostičnih preiskav in terapevtskih aktivnosti.	20 do 30 let	22,00	2,95	0,21	0,02	2,41
	31 do 40 let	22,00	2,50	0,86		
Komunikacija v zadnjem obdobju življenja postane najpomembnejši pripomoček medicinske sestre.	20 do 30 let	20,00	2,55	0,83	0,05	-2,13
	31 do 40 let	22,00	2,95	0,21		
Umetna hidracija izboljša težave s suhimi usti pri umirajočem pacientu.	20 do 30 let	22,00	2,14	0,83	0,01	-2,89
	31 do 40 let	22,00	2,77	0,61		

N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p = statistična razlika; t = vrednost t-testa.

Statistično pomembne razlike o znanju o paliativni oskrbi smo dobili le pri treh trditvah (Tabela 6). Pri trditvi, če paliativni pristop upošteva načrtovani razmislek o koristi in bremenu diagnostičnih preiskav in terapevtskih aktivnosti, je bila statistično značilna razlika ( $t = 2,41$ ;  $p = 0,02$ ) med primerjanima starostnima skupinama medicinskih sester. V skupini od 20 do vključno 30 let so imeli višje povprečje ( $PV = 2,95$ ;  $SO = 0,21$ ) kot v starostni skupini od 31 do vključno 40 let ( $PV = 2,5$ ;  $SO = 0,86$ ). Pri trditvi ali komunikacija v zadnjem obdobju življenja postane najpomembnejši pripomoček medicinske sestre, je starejša starostna skupina statistično značilno ( $t = -2,13$ ;  $p = 0,05$ ) bolj pravilno odgovorila ( $PV = 2,95$ ;  $SO = 0,21$ ) kot mlajša starostna skupina ( $PV = 2,55$ ;  $SO = 0,83$ ). Pri trditvi ali umetna hidracija izboljša težave s suhimi usti pri umirajočem pacientu, je starejša skupina medicinskih sester bolj pravilno odgovorila ( $PV = 2,77$ ;  $SO = 0,61$ ) kot mlajša skupina ( $PV = 2,14$ ;  $SO = 0,83$ ) medicinskih sester. Tudi v tem primeru je statistično značilna razlika med primerjanima starostnima skupinama ( $t = -2,89$ ;  $p = 0,01$ ).

V tabeli 7 smo ugotavljali potrebe medicinskih sester po dodatnem izobraževanju iz področij paliativne oskrbe. Glede na trditve v tabeli 8 je razvidno, da so se medicinske sestre najbolj strinjale pri trditvi, da je prihodnost paliativne zdravstvene nege odvisna od kakovosti izobraževanja medicinskih sester, pri kateri smo dobili rezultat (PV = 4,08; SO = 0,95). Ne strinjajo se s trditvami, da je za izobraževanje medicinskih sester o paliativni zdravstveni negi dovolj možnosti (PV = 2,37; SO = 0,69), da so v času šolanja pridobili temeljna znanja o paliativni oskrbi (PV = 2,47; SO = 0,81) in da imamo medicinske sestre na področju paliativne zdravstvene nege dovolj znanja (PV = 2,60; SO = 0,82).

**Tabela 7: Ugotavljanje potrebe po dodatnem izobraževanju medicinskih sester s področij paliativne oskrbe**

TRDITVE – Izobraževanje					
	N	Min.	Max.	PV	SO
Na področju paliativne zdravstvene nege imamo medicinske sestre dovolj znanja.	52,00	1,00	4,00	2,60	0,82
Za izobraževanje medicinskih sester o paliativni zdravstveni negi imamo dovolj možnosti.	52,00	1,00	4,00	2,37	0,69
V času šolanja sem pridobila temeljna znanja o paliativni oskrbi.	51,00	1,00	4,00	2,47	0,81
Primanjkuje mi znanj o oskrbi umirajočih pacientov.	52,00	1,00	5,00	3,12	0,96
Medicinske sestre, ki imamo pridobljeno znanje o veščinah komunikacije z umirajočimi pacienti, smo pri svojem delu bolj samozavestne in lažje opravimo delo.	52,00	1,00	5,00	3,77	0,94
Prihodnost paliativne zdravstvene nege je odvisna od kakovosti izobraževanja medicinskih sester.	52,00	1,00	5,00	4,08	0,95

N = velikost vzorca; min. = minimum, max. = maksimum, PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

V raziskavi nas je zanimalo v kolikšni meri so medicinske sestre, ki delajo z umirajočimi pacienti, pod stresom. Iz tabele 8 lahko razberemo, da so se anketiranci strinjali s trditvami, da delo z umirajočimi pacienti predstavlja veliko obremenitev za medicinske sestre, kar ima za posledico psihično izčrpanost in stres (PV = 4,25; SO = 0,88), saj se v paliativni oskrbi pacienta pogosto srečujejo z etičnimi dilemami (PV = 4,29; SO = 82). Pri anketirancih smo dobili najbolj enotne odgovore, da je za medicinske sestre zelo pomembno, da pravočasno prepoznajo znake stresa, s katerim se vsakodnevno srečujejo (PV = 4,35; SO = 0,71).

**Tabela 8: Ugotavljanje, v kolikšni meri so medicinske sestre, ki delajo z umirajočimi v gerontopsihiatriji, pod stresom**

TRDITVE - Stres					
	N	Min.	Max.	PV	SO
Ob paliativni oskrbi pacienta se pogosto srečujemo z etičnimi dilemami.	52,00	1,00	5,00	4,29	0,82
Ob svojem delu medicinske sestre pogosto podoživljamo trpljenje pacientov.	52,00	2,00	5,00	3,85	0,92
Zelo pomembno je, da medicinske sestre pravočasno prepoznamo znake stresa s katerim se vsakodnevno srečujemo.	52,00	2,00	5,00	4,35	0,71
Oskrba umirajočih pacientov za medicinske sestre predstavlja veliko obremenitev, kar ima za posledico psihično izčrpanost in stres.	52,00	1,00	5,00	4,25	0,88
Zaradi dolgotrajnega dela z umirajočimi pacienti medicinske sestre doživljamo osebne stiske.	52,00	1,00	5,00	3,83	1,00
Medicinske sestre smo v stresu, ko se srečujemo s pacienti in z njegovimi svojci, ki jim je bila sporočena slaba novica.	52,00	1,00	5,00	4,31	0,96

N = velikost vzorca; min. = minimum, max. = maksimum, PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

### 3.5 RAZPRAVA

Temeljna naloga paliativne oskrbe je vzdrževanje kakovostnejšega življenja neozdravljivo bolnega pacienta, katerega obravnava je celostna. Poleg obvladovanja telesnih simptomov je pomembna tudi obravnava psihičnih, duhovnih in socialnih težav. Paliativna oskrba je tako neprekinjena obravnava pacienta in njegovih bližnjih med postopnim napredovanjem bolezni ter umiranjem (Ebert Moltara, 2013). Ena temeljnih resnic je, da vsi ljudje umremo. Človeku ni dano, da bi dajal ali jemal življenje, lahko pa ga do neke meje podaljšuje ali skrajšuje (Benedik, 2011).

Za ustrezno zdravljenje je pomembno prepoznavanje kliničnih znakov, ki pomagajo pri oceni predvidenega preživetja, ter tudi pravočasno prepoznavanje kliničnih znakov aktivnega umiranja, ki omogoča ustrezno obravnavo umirajočega pacienta in njegovih bližnjih (Ebert Moltara, 2013).

Večina anketirancev se najbolj strinja, da je pri paliativni oskrbi pomembno sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom. Pri tem ugotavljamo, da so medicinske sestre



zagovornice pacienta tudi v času, ko mu le lajšamo težave. Prav tako so bili anketiranci tudi večinskega mnenja, da mora paliativna oskrba biti individualna, da mora temeljiti na klinični presoji, znanju in izkušnjah. Skela Savič (2005) ugotavlja, da ko postane jasno, da bolezni ne moremo zdraviti, se morajo vsi člani zdravstvenega tima osredotočiti na izboljšanje kakovosti življenja pacienta. Specifično vlogo v timu ima medicinska sestra, ki vzpostavlja medsebojno komunikacijo med timom, pacientom in njegovo družino. Anketiranci so se dobro opredelili pri trditvah, da je cilj paliativne oskrbe doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev. Lunder (2011) navaja, da je pomanjkljiva identifikacija pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo v bolnišničnem okolju, pravzaprav ena glavnih ovir v vpeljevanju paliativne oskrbe v bolnišnicah. Od 52 anketirancev jih je večina odgovorila, da so v izvajanje paliativne zdravstvene nege vključeni vsakodnevno. Ta podatek nam da vedeti, da v gerontopsihiatriji obstaja potreba po paliativnem oddelku, prav tako pa so se anketiranci v dobri meri strinjali s trditvijo, da bi ustanovitev paliativnega tima v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana obogatila Enoto gerontopsihiatrije.

Od vseh 17 trditev o znanju medicinskih sester so se pri treh trditvah pojavile statistične razlike med dvema starostnima skupinama anketirancev. Naredili smo primerjalni t-test in pri trditvi ali umetna hidracija izboljša težave s suhimi usti pri umirajoče, je skupina starejših medicinskih sester (od 31 do vključno 40 let) v večjem številu pravilno odgovorila kot skupina mlajših medicinskih sester (od 20 do vključno 30 let). Dobljeni rezultat nakazuje, da imajo starejše medicinske sestre na tem področju več znanja, so bolj strokovne in izkušene. Pri pregledu literature smo ugotovili, da je v zdravstveni stroki opredeljeno stališče o nadomeščanju tekočin pri pacientih z napredovalo neozdravljivo boleznijo. Za to sta glavna dva razloga, in sicer premalo raziskav in dokazov, ki bi podpirali smernice in splošna načela o dehidraciji v paliativni oskrbi, ter etično-moralni, verski in kulturni pomisleki, ki lahko odločilno vplivajo na stališča zdravstvenih delavcev o odločitvi, ali je nadomeščanje tekočin primerno ali ne. Tako nekatere medicinske sestre kot tudi zdravniki pogosto čutijo potrebo, da bi pacientom nudili hrano in tekočine vse do konca življenja. O dehidraciji in nadomeščanju tekočin še ni enotnega stališča, saj ni dovolj raziskav o tem, vendar razvoj paliativne oskrbe gre v smeri neuporabe umetnega nadomeščanja tekočin (Lunder, 2008). S pomočjo

raziskave smo ugotovili, da se razlike med skupinama pojavljajo. V mlajši skupini medicinskih sester (od 20 do vključno 30 let) je bilo presenetljivo več pravih odgovorov kot pri skupini starejših medicinskih sester (od 31 do vključno 40 let), ki so pritrdele, da paliativni pristop upošteva načrtovani razmislek o koristi in bremenu diagnostičnih preiskav in terapevtskih aktivnosti. Pri pacientih z demenco se namreč ob koncu življenja pogosto izvajajo agresivne zdravstvenonegovalne intervencije, ki ne pripomorejo k večjemu učinku zdravljenja in še manj k boljši kakovosti življenja (Tratar & Bobnar, 2015).

Velika večina anketirancev se je strinjala, da je komunikacija v zadnjem obdobju življenja najpomembnejši pripomoček medicinske sestre. Škufca Smrdel (2011) pravi, da bi bilo smiselno razvijati veščine komunikacije pri zdravstvenih delavcih, saj so oni najpomembnejši vir informacij o bolezni in njenem zdravljenju ter prav tako pomemben vir čustvene podpore pri spoprijemanju z boleznijo. Vsi anketiranci so potrdili, da je dotik pomembna neverbalna komunikacija. Neverbalna komunikacija je govornica celega človeka, zato moramo biti pozorni na vsako kretnjo, na vsak pogled, vsak dotik, ton glasu. Dobra komunikacija je še prav posebno pomembna takrat, ko je človek bolan in umira, saj je pomembna zanj in njegove svojce ter za vse, ki ga spremljajo (Klevišar, 1996 cited in Mravljak, 2011, pp. 42–58). Zanimiv je bil rezultat oz. število nepravilnih odgovorov pri trditvi, da paliativna oskrba spoštuje življenje in sprejema umiranje kot naravni proces, saj so se tu anketiranci v večini opredelili, da se s tem ne strinjajo. Pri takšnem rezultatu lahko sklepamo, da se zaposleni v Enoti za gerontopsihiatrijo v Ljubljani pri svojem delu v veliki meri srečujejo ravno z agresivnimi ukrepi. O tem govori Benedik (2011), ki pravi, da je pravilna odločitev o prenehanju agresivnih postopkov vzdrževanja življenja, ko ne koristijo več, in omogočanju zdravljenja, ki izboljšuje pacientovo udobje in lajša težave, večšina, ki pa je največkrat ne obvladamo.

Glede na strokovno usposobljenost zdravstvenih delavcev je Evropsko združenje paliativne oskrbe (EAPC) izdelalo vodilo za oblikovanje nacionalnih programov izobraževanja na področju paliativne oskrbe, tako so v Sloveniji na voljo podiplomska osnovna izobraževanja za vse zdravstvene delavce, za medicinske sestre, ki prihajajo pri svojem delu v stik s pacienti, ki potrebujejo paliativno oskrbo, tudi dodiplomska

osnovna znanja (Lunder, 2011). Rezultati naše raziskave kažejo, da je v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana v Enoti za gerontopsihiatrijo strokovno znanje medicinskih sester o izvajanju paliativne oskrbe zadovoljivo, vendar bi se ga dalo še pomembno izboljšati. Anketiranci so se povsem strinjali s pravilno trditvijo, da je cilj paliativne zdravstvene nege izboljšati kakovost posameznikovega življenja in omogočiti dostojno smrt.

V naši raziskavi ugotavljamo, da medicinske sestre, zaposlene v Enoti za gerontopsihiatrijo v Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani, menijo, da s formalnimi in neformalnimi oblikami izobraževanja niso pridobile dovolj znanj, saj tudi priznavajo, da je izobraževanje na tem področju pomanjkljivo. Rezultati raziskave so pokazali, da je za medicinske sestre pomembno izobraževanje. V vprašalniku je bilo eno vprašanje odprtega tipa, na katero pa nihče od anketirancev ni podal odgovora. Izvedeti smo želeli, kje vse so anketiranci do sedaj pridobivali znanje s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe. Iz naše raziskave je torej razvidno, da so se v večji meri strinjale, da je od kakovosti izobraževanj medicinskih sester odvisna prihodnost paliativne oskrbe. Skela Savič (2005) navaja, da morajo biti medicinske sestre s področja paliativne zdravstvene nege izobražene tako na dodiplomskem kot podiplomskem izobraževanju. Izobraževanje pa bi moralo biti zasnovano z izhodiščnim dejstvom, da se vse medicinske sestre v večjem ali manjšem obsegu v svoji karieri srečajo s pacienti, ki potrebujejo paliativno zdravstveno nego. Izobražena medicinska sestra s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe ima specialna znanja, veščine in osebnostno držo, kar ji omogoča celovito, koordinirano in sočutno zdravstveno nego in oskrbo pacientov (Červek, 2005). Za izvajanje paliativne oskrbe so potrebni znanje in veščine medicinskih sester, slednje pa so v naši raziskavi potrdile, da jim teh primanjkuje. To se odraža pri njihovem delu, kjer so bile deljenih mnenj, da so pri delu s pacienti v paliativni oskrbi samozavestne. Pri tem raziskovalnem vprašanju smo želeli ugotoviti potrebo po dodatnem izobraževanju, saj je iz naše raziskave razvidno, da so bile medicinske sestre različnih mnenj, predvsem pa se niso strinjale z dejstvom, da imajo dovolj pridobljenega znanja o paliativni oskrbi. Program medicinskega izobraževanja ter izobraževanja v zdravstveni negi vsebuje minimalno učenje o temah paliativne oskrbe (Lunder, 2006). Tratar in Bobnar (2015) navajata, da imajo

oskrbovalci pacientov, obolelih z demenco, pomanjkljivo dodatno znanje o paliativni oskrbi. Obravnava v enotah paliativne oskrbe omogoča skrbnikom in pacientom z demenco sodelovanje z organizacijami v skupnosti in interdisciplinarnim timom ter je alternativa agresivnim zdravljenjem pacientov z demenco ob koncu življenja. Večina dostopnih člankov oziroma informacij na temo paliativne oskrbe pacientov z demenco je nastala v državah, kjer je paliativna oskrba najbolj razvita (Združene države Amerike, Avstralija, Anglija). Izboljšanje paliativne oskrbe v bolnišničnem okolju temelji na organizaciji več ravni izobraženih zdravstvenih delavcev, ki zagotavljajo osnovno, napredno in specialistično paliativno oskrbo (Lunder, 2011). Zdi pa se, da le izobraževanje še ni dovolj. Izkušnje v tujini namreč kažejo, da na spremembo obnašanja zdravstvenih delavcev v paliativni oskrbi poleg znanja vpliva še sprememba stališč in veščin. Predvsem je potrebna tudi skupna odločitev stroke, da je cilj medicine ob koncu napredovale, neozdravljive bolezni mirna in dostojanstvena smrt in ne podaljševanje življenja za vsako ceno (Lunder, 2006). Zaradi praktičnih, moralnih in etičnih težav, ki bi spremljale raziskovanje v paliativni zdravstveni negi, imamo na voljo siromašno znanje, ki je podlaga za reševanje dilem, s katerimi se soočajo izvedenci za paliativno zdravstveno nego (Pahor & Rasmussen, 2009).

Anketiranci so v raziskavi ocenili, da so pri svojem delu z umirajočimi pacienti v gerontopsihiatriji izpostavljeni stresu. Ugotovili smo, da so si enotni pri tem, da se ob paliativni oskrbi pacientov srečujejo z etičnimi dilemami, kar za njih predstavlja stres ter tudi veliko obremenitev, kar posledično lahko pripelje do izčrpanosti medicinskih sester pri svojem delu. Bregar in sodelavci (2011) pravijo, da stres lahko vpliva na posameznikovo psihofizično ravnovesje in na osebnost kot celoto. Posledice stresa pri zaposlenih v zdravstvu so vidne na osebnem področju, na fizični, čustveni, duševni in socialni ravni ter tudi pri njihovem odnosu do pacienta. Stres, ki ga zaposleni v zdravstveni negi doživljajo, ne vpliva le na počutje v delovnem okolju, ampak tudi na njihovo osebno življenje.

Menimo, da je bil odziv na raziskavo dober, vendar pa obstaja možnost, da anketiranci niso zbrano odgovarjali na zastavljena vprašanja, saj smo vprašalnik razdelili med delovnim časom. Raziskavo bi lahko izboljšali, in sicer tako, da bi vključili več

anketirancev iz ostalih enot Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana. V prihodnje bi bilo dobro narediti primerjalno raziskavo z zaposlenimi v domovih starejših občanov, kjer izvajajo paliativno oskrbo pacientov.

## 4 ZAKLJUČEK

Paliativna oskrba v ospredje postavlja človeka z napredujočo neozdravljivo boleznijo in prav tako njegove bližnje. Ko pride do situacije, da ne bo prišlo do izboljšanja bolezni, je pacient v terminalni fazi paliativne oskrbe. Potrebe pacientov z demenco so prav takšne kot potrebe ostalih pacientov z neozdravljivo boleznijo. Kakovostno oskrbo pacienta z demenco lahko nudijo le zdravstveni delavci z znanjem. Raziskava je pokazala, da imajo medicinske sestre, zaposlene v Enoti gerontopsihiatrije, vendarle kar nekaj znanja o paliativni oskrbi, pa kljub temu čutijo potrebo po razširitvi in nagraditvi znanja o paliativni oskrbi, saj se pri svojem delu velikokrat srečujejo s pacienti, ki sodijo v paliativno oskrbo. Glede na to, da se paliativna oskrba v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana ne izvaja po klinični poti, so medicinske sestre pri delu z umirajočimi pacienti velikokrat izpostavljene stresu, saj se srečujejo z etičnimi dilemami. Raziskava daje odgovore vodstvu Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, da bi lahko v prihodnosti načrtovali izobraževanja zdravstvenih delavcev o paliativni oskrbi. Paliativna oskrba in paliativna zdravstvena nega sta dokaj mladi in zahtevni zdravstveni zvrsti, zato je nujno potrebno nenehno izobraževanje in spremljanje ter spreminjanje prakse za vse zdravstvene delavce, ki delajo s pacienti z neozdravljivo napredujočo boleznijo. Za kakovostno paliativno oskrbo je zato potreben dobro izobražen tim, ki med seboj sodeluje, kar posledično privede tudi do boljših rezultatov. Menimo, da so paliativne enote v bolnišnicah potrebne za izobraževanja in raziskovanja na področju paliativne oskrbe.

## 5 LITERATURA

Benedik, J., 2011. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija za prakso*, XV(1), p. 52–56.

Brumec, M., 2006. Etične dileme ob umirajočem bolniku. In: M. Brumec, ed. *10. seminar o bolečini. Paliativna medicina z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj. Maribor, 9. –10. junij 2006*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, p. 13.

Brumec, M., 2009. Oskrba umirajočih je nenehen vir etičnih razmislekov. *Glasilo slovenskega društva Hospic*, 19(1), pp. 11–15.

Bregar, B., Peterka Novak, J. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp.253-254.

Červek, J., 2005. Principi paliativne oskrbe. In: S. Novaković, eds. *18. onkološki vikend: zbornik paliativna oskrba bolnikov z rakom. Laško, 10. –11. junij 2005*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, pp. 9–12.

Červek, J., 2009. Bolnik ob koncu življenja. In: S. Novaković, J. Zakotnik & J. Žgajnar. *22. onkološki vikend: zbornik predavanj. Ljubljana, 2009*. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, pp. 5–9.

Červek, J. & Zakotnik, B., 2009. Paliativna (blažilna) oskrba in obvladovanje najpogostejših simptomov. In: S. Novaković, eds. *Onkologija-raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 202–204.

Ebert Moltara, M., 2013. *Paliativna oskrba bolnikov z rakom debelega črevesa in danke*. [pdf]. Available at:

[http://www.onko-i.si/.../Onkologija\\_junij\\_2013\\_16\\_paliativna\\_oskrba.pdf](http://www.onko-i.si/.../Onkologija_junij_2013_16_paliativna_oskrba.pdf)

[Accessed 4 april 2015]

Elo, S., & Tervalu, J., 2014. The good palliative care and environment for people with advanced dementia – some examples from Finland. In: B.M. Kaučič, eds. 5. *Stiki zdravstvene nege, Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: zbornik predavanj z recenzijo. Celje, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 59–62.

European Alzheimer's Alliance (EAA), 2014. European Alzheimer's Alliance: making dementia a European priority. *Dementia in Europe, The Alzheimer Europe Magazine*, 2014,(18) pp. 10-11.

Fringer, A., 2014. Development and challenges of palliative care in Switzerland and our master's degree program. In: B.M. Kaučič, ed. 5. *Stiki zdravstvene nege, Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: zbornik predavanj z recenzijo. Celje, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, p. 72.

Globočnik Papuga, P., 2007. Pomen izobraževanja o komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(33–6), pp. 33–35.

Gnezda, S., 2009. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett, d. o. o., pp. 14–18.

Grčar, H. & P. Kosi, 2009. Osebna higiena kot negovalni problem pri bolniku s frontotemporalno demenco: psihiatrična zdravstvena nega. In: A. Kogoj, eds. *V korak z demenco – poti in stranpoti. Laško, 23.–24. april*. Ljubljana: Spominčica-Slovensko združenje za pomoč pri demenci, p. 46.



Grobelšek, B., 2009. *Medsebojni odnosi med negovalnim in zdravstvenim timom: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Hall, S., 2011. *Palliative care for older people: Better practices*. [pdf] WHO/ Europe-World Health Organization. Available at: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/.../e95052.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/.../e95052.pdf) [Accessed 24 March 2014].

Jaušovec, P., 2009. *Pravno-etične dileme-izziv za profesijo zdravstvene nege*. [pdf] Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/.../kardio\\_zbornik\\_11\\_2009.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/.../kardio_zbornik_11_2009.pdf) [Accessed 9 marec 2015].

Jelen Jurič, J., 2009. Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja. In: S. Novaković & B. Zakotnik, eds. *22. onkološki vikend: Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja. Ljubljana, 2009*. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, pp. 41–47.

Jošt, J. & Triller, N., 2007. Paliativni tim v bolnišnici Golnik-kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo. In: Z. Kramar, ed. *I. strokovni seminar, Dan Angele Boškin: zbornik predavanj. Jesenice, 5 april 2007*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 66–67.

Klevišar, M., 2006. *Spremljanje umirajočih, 3 dop. izd.* [pdf]. Available at: [http://www.druzina.si/icd/...nsf/O/.../SPREMLJANJE%20UMIRAJOCIH\\_M.PD](http://www.druzina.si/icd/...nsf/O/.../SPREMLJANJE%20UMIRAJOCIH_M.PD) [Accessed 8 april 2015].

Kogoj, A., 2009. Demenca – javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. *JAMA-SI* 17(6): pp. 251–252.

Kogoj, A., 2010. Duševne motnje zaradi zdravil in njihovih medsebojnih vplivov. In: M. Mencej, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 4*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, p. 59.

Kydd, A. & Sharp, B., 2015. Palliative care and dementia-A time and place? *Maturitas*, 2015(84), pp. 5-7.

Lipič Baligač, M. & Flisar, M., n. d. *Paliativna oskrba za boljšo oskrbo starostnika*. [pdf]. Available at:  
<http://www.drustvo-mszt-pomurja.si/zbornik/starejsi/datoteke/assets/.../page0031.pdf>  
[Accessed 18 marec 2014].

Lopuh, M., 2014. Kompleksnost paliativnega pristopa. In: M. Ebert Moltara, ed. *Posvet o paliativni oskrbi - na stičišču poti – paliativna oskrba in urgentna služba*. Ljubljana, 7. oktober 2014. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne medicine, Onkološki inštitut Ljubljana, p. 2.

Lopuh, M., 2015. *Paliativna oskrba je boj za življenje*. [online]. Available at:  
<http://mojaleta.si/Clanek/Paliativna-oskrba-je-boj-za-zivljenje> [Accessed 25 maj 2015].

Lugton, J. & McIntyre, R., 2005. Stress. In: J. Lugton & R. McIntyre, eds. *Palliative care, the nursing role*. Edinburgh: Elsevier Churchill Living Stone, p. 230.

Lunder, U., 2006. Možnosti organizacije paliativne oskrbe v Sloveniji. In: M. Brumec, ed. *10, seminar o bolečini. Paliativna medicina z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj*. Maribor, 9. –10, junij 2006. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, p. 19.

Lunder, U., 2008. Umetno dovajanje tekočin bolnikom z napredovalo neozdravljivo boleznijo-lahko bolnikovo odklanjanje pitja tekočin upoštevamo kot naraven proces umiranja? In: M. Mencej, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 2*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 105–112.

Lunder, U., 2009. Paliativna oskrba bolnika z demenco. [online] Available at:  
[http://www.klinika-golnik.si/.../paliativna\\_oskrba-v-zadnjih-dneh-zivljenja-93](http://www.klinika-golnik.si/.../paliativna_oskrba-v-zadnjih-dneh-zivljenja-93)  
[Accessed 18 marec 2014].

Lunder, U., 2011. Predgovor. Paliativna oskrba v bolnišnici-organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. In: U. Lunder, ed. *Zbornik srečanja: Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Ljubljana, 3. februar 2011.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, Bolnišnica Golnik-klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 4.

Mahin-Babaei, F., Hilal, J. & C.Hughes, J., 2015. The basis, ethics and provision of palliative care for dementia: A review. *Maturitas*, 2016(83), pp. 3-4.

Ministrstvo za zdravje, 2010. *Državni program paliativne oskrbe.* [online] Available at: [http://www.mz.gov.si/.../Državni\\_program\\_paliativne\\_oskrbe\\_190410.doc](http://www.mz.gov.si/.../Državni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc). [Accessed 3 februar 2014].

Mlakar, L., 2012. *Sindrom izgorevanja medicinskih sester v splošni ambulanti zdravstvenega doma: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

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

Muršec, M., 2005. Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? In: M. Muršec, ed. *Starostnik na psihogeriatrskem oddelku Splošne bolnišnice Maribor. 1. večdisciplinarno psihogeriatrično srečanje: zbornik referatov. Maribor, 27. maja 2005.* Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo, p. 11.

Noč, D., 2007. Predstavitev projekta: Paliativni tim v Splošni bolnišnici Jesenice. In: Z. Kramar, ed. *1. strokovni seminar, Dan Angele Boškin: zbornik predavanj. Jesenice, 5. april 2007.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, p. 58.

Novak, T., Šprah, L. & Sedlar, N., 2012. Primerjava različnih poklicnih virov glede doživljanja stresa na delovnem mestu in z njim povezanih pojavov v pilotnih podjetjih,

vklučenih v projekt PPDZ-S. In: L. Šprah & F. Bertancel, eds. *Obvladajmo poklicni stres, preden on obvlada nas: zbornik prispevkov konference. Ljubljana, 17. maj 2012.* Ljubljana: Združenje delodajalcev Slovenije, pp. 29–40.

Ouldred, E. & Bryant, C., 2008. Dementia care. Part 3: end-of-life care for people with advanced dementia. *British Journal of Nursing*, 17(5), p. 309-313.

Pahor, M. & Rasmussen, B., 2009. *Kaj delajo medicinske sestre pri bolnikih v zadnjih dneh življenja?*. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. [pdf]. Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn.../311C-SLO.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn.../311C-SLO.pdf) [Accessed 8 April 2015].

Peternej, A., 2010, Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji: prednosti in ovire. In: A. Duratović, eds. *37. strokovni seminar, 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, pp. 43–48.

Rebolj, A., 2010, *Znanje in stališča medicinskih sester o paliativni oskrbi: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Rexach, L., 2012. Palliative care in dementia. *European Geriatric Medicine* 3, 2012, p. 131.

Saje, M. & Filej, B., 2014. Terminalna oskrba – vidik kakovosti ob izteku življenja. In: B.M. Kaučič, ed. *5. Stiki zdravstvene nege, Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: zbornik predavanj z recenzijo. Celje, 3. april 2014.* Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, p. 122.

Simonič, A., 2010. Interdisciplinarni timski pristop kot srce paliativne oskrbe. In: A. Simonič & M. Košnik, ed. *Pljučnik, glasilo bolnišnice Golnik-klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. Golnik, 1. marec 2010*, pp. 16–17.

Skela Savič, B., 2005. Od besed k dejanju: zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(245–53), pp. 245–249.

Škufca Smrdel, A., 2011. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. In: M. Matković & B. Petrijevčanin, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: 38. strokovni seminar. Maribor, 1. april 2011*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 7–15.

Šolar, B. & Mihelič Zajec, A., 2007. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v splošni bolnišnici Jesenice. *Obzornik zdravstvene nege*, 41 (2-3), pp. 137–138.

Štrancar, K., 2005. Paliativni tim. In: M.M. Logonder, B. Skela Savič & K. Lokar, eds. *32. strokovni seminar, Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 41–43.

Štajner, K., 2012. *Izgorevanje v zdravstvu*. [online] Available at: <https://sites.google.com/site/izgorevanjezdravstvenegaosebja/> [Accessed 12 april 2015].

Štrukelj, B.K., 2010, Zgodnje odkrivanje demenc. *Spominčica, glasilo Slovenskega združenja za pomoč pri demenci*, 8(1), p. 6.

Tratar, P. & Bobnar, A., 2015. Izzivi izvajanja paliativne oskrbe pri bolnikih z demenco. *10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene nege. Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015*. Brdo pri Kranju: Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic.

Velepič, M., 2011. Spoštovanje zasebnosti in dostojanstva onkoloških bolnikov. In: M. Matkovič & B. Petrijevcčanin, eds. *38. strokovni seminar, Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom. Maribor, 1. april 2011.* Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 17–21.

Vindiš, A. & Brumec, M., 2009. *Odnos in komuniciranje z bolnikovimi bližnjimi v zadnjih dneh življenja.* [pdf] Available at:

<http://www.klinika-golnik.si/.../paliativna-oskrba-v-zadnjih-dneh-zivljenja-93>

[Accessed: 21 april]

Ziherl, S., 2013. Opredelitev in zgodovina psihiatrije. In: P. Pregelj, ed. *Psihiatrija.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 22–23.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### ANKETNI VPRAŠALNIK

Moje ime je Alenka Srša, sem absolventka dodiplomskega študija Zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo. V okviru diplomske naloge želim raziskati, kako medicinske sestre poznajo paliativno oskrbo, koliko se vključujejo v izvajanje paliativne oskrbe in koliko znanja s področja paliativne oskrbe imajo oziroma bi ga še potrebovale.

Vljudno Vas prosim za sodelovanje in izpolnitev vprašalnika. Vprašalnik vsebuje različne trditve, ki se nanašajo na delo medicinske sestre. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anonimno. Rezultati bodo uporabljeni za pripravo diplomske naloge.

Za vaše sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujem!

Alenka Srša

**Prosim, obkrožite ustrezen odgovor.**

**Spol:**                      moški                      ženski

**Starost:**

- a) 20 do vključno 30 let.
- b) 31 do vključno 40 let.
- c) 41 do vključno 50 let.
- d) 51 do vključno 60 let.

- c) 11 do 20 let.
- d) 21 do 30 let.
- e) Več kot 30 let.

**Stopnja izobrazbe:**

- a) Srednja šola.
- b) Višja šola.
- c) Visoka šola.
- d) Univerzitetna izobrazba.
- e) Magisterij.

**Delovna doba v Psihiatrični kliniki Ljubljana:**

- a) 1 do 10 let.
- b) 11 do 20 let.
- c) 21 do 30 let.
- d) več kot 30 let.

**Delovna doba v Enoti za gerontopsihiatrijo:**

- a) 1 do 10 let.
- b) 11 do 20 let.
- c) 21 do 30 let.
- d) Več kot 30 let.

**Delovna doba na področju zdravstvene nege:**

- a) 1 do 5 let.
- b) 6 do 10 let.

**Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo, pri čemer velja:  
1 – popolnoma se ne strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.**

<b>TRDITVE</b>	1 – popolnoma se ne strinjam	2 – se ne strinjam	3 – delno se strinjam	4 – se strinjam	5 – popolnoma se strinjam
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu s kronično in napredujajočo boleznijo.	1	2	3	4	5
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev.	1	2	3	4	5
Paliativni pristop zahteva usmerjenost k pacientu in njegovi družini.	1	2	3	4	5
Vsi bomo umrli s potrebo po paliativni oskrbi.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre izvajamo paliativno zdravstveno nego po načelih paliativne oskrbe, kot je navedeno v Državnem programu paliativne oskrbe.	1	2	3	4	5
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	1	2	3	4	5
Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre smo zagovornice pacienta tudi v času, ko mu le lajšamo težave.	1	2	3	4	5
Klinična pot obravnave paliativnega pacienta je načrt obravnave pacienta, ki temelji na strokovnih smernicah. Od nje ne smemo odstopati.	1	2	3	4	5
Pacienti v gerontopsihiatriji potrebujejo paliativno oskrbo.	1	2	3	4	5
V paliativni oskrbi je pomembno sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom.	1	2	3	4	5
Ustanovitev paliativnega tima v Psihiatrični kliniki Ljubljana bi obogatila oskrbo pacientov.	1	2	3	4	5



**Kako pogosto ste vključeni v paliativno zdravstveno nego in oskrbo pacienta (v povprečju)?**

1. Vsakodnevno.
2. 3-krat na teden.
3. 3-krat na mesec.
4. Nikoli.
5. Ostalo: \_\_\_\_\_

**Prosim, v tabeli označite ustrezeni odgovor:**

	Da	Ne	Ne vem
Cilj paliativne zdravstvene nege je izboljšati kakovost posameznikovega življenja in omogočiti dostojno smrt.			
Paliativni pristop upošteva načrtovani razmislek o koristi in bremenu diagnostičnih preiskav in terapevtskih aktivnosti.			
Paliativna oskrba spoštuje življenje in sprejema umiranje kot naravni proces.			
Duhovna oskrba je del paliativne oskrbe.			
Terminalna skrb je sinonim za paliativna oskrbo.			
Komunikacija v zadnjem obdobju življenja postane najpomembnejši pripomoček medicinske sestre.			
Dotik je zelo pomembna neverbalna komunikacija.			
Bolečina je pogost in obremenjujoč simptom v paliativni oskrbi.			
Dispneja je pogost in mučen simptom pri umirajočem pacientu.			
Opiati učinkovito lajšajo dispneo.			
Glavni cilj paliativne obravnave pacienta z dispnejo je, da mu zmanjšamo občutek težkega dihanja.			
Pri umirajočih pacientih je za dovajanje kisika bolje uporabiti obrazno masko kakor nosni kateter.			
Delirij je zelo pogost pojav pri pacientih v terminalnem obdobju življenja.			
Občutek žeje uspešno ublažimo z vlaženjem ustnic in nego ust.			
Umetna hidracija izboljša težave s suhimi usti pri umirajočem pacientu.			
Subkutan način dovajanja zdravil je najbolj primeren pri pacientih v terminalni fazi.			
Skrb za pacienta v zadnjih tednih življenja je enako pomembna kot skrb v času aktivnega zdravljenja.			

**Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo, pri čemer pomeni:  
1 – popolnoma se ne strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.**

<b>TRDITVE</b>	1 – popolnoma se ne strinjam	2 – se ne strinjam	3 – delno se strinjam	4 – se strinjam	5 – popolnoma se strinjam
Ob paliativni oskrbi pacienta se pogosto srečujemo z etičnimi dilemami.	1	2	3	4	5
Ob svojem delu medicinske sestre pogosto podoživljamo trpljenje pacientov.	1	2	3	4	5
Zelo pomembno je, da medicinske sestre pravočasno prepoznamo znake stresa, s katerim se vsakodnevno srečujemo.	1	2	3	4	5
Oskrba umirajočih pacientov za medicinske sestre predstavlja veliko obremenitev, kar ima za posledico psihično izčrpanost in stres.	1	2	3	4	5
Zaradi dolgotrajnega dela z umirajočimi pacienti, medicinske sestre doživljamo osebne stiske.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre smo v stresu, ko se srečujemo s pacienti in njegovimi svojci, ki jim je bila sporočena slaba novica.	1	2	3	4	5
Na področju paliativne zdravstvene nege imamo medicinske sestre dovolj znanja.	1	2	3	4	5
Za izobraževanje medicinskih sester o paliativni zdravstveni negi imamo dovolj možnosti.	1	2	3	4	5
V času šolanja sem pridobila temeljna znanja o paliativni oskrbi.	1	2	3	4	5
Primanjkuje mi znanj o oskrbi umirajočih pacientov.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre, ki imamo pridobljeno znanje o veščinah komunikacije z umirajočimi pacienti, smo pri svojem delu bolj samozavestne ter lažje opravimo delo.	1	2	3	4	5
Prihodnost paliativne zdravstvene nege je odvisna od kakovosti izobraževanja medicinskih sester.	1	2	3	4	5

**Prosim, napišite, kje vse ste pridobivali znanje s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe?**

---

---

---

**Hvala za vaše odgovore!**