



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

SKRB ZA UMIRAJOČEGA PACIENTA V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE

END-OF-LIFE PATIENT CARE IN AN INTENSIVE THERAPY UNIT

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, pred.

Kandidatka: Kaja Pohlin

Jesenice, november, 2017

ZAHVALA

Za vodenje pri pisanju diplomskega dela in pomoč se zahvaljujem mentorici Sedinii Kalender Smajlović, pred. Zahvalila bi se tudi recenzentu mag. Miranu Remsu, viš. pred.

Zahvaljujem se svoji družini, ki mi je ob študiju in pisanju diplomskega dela stala ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V današnjih časih se kaže vse večja potreba po skrbi za umirajoče paciente. Skrb za umirajoče paciente je prisotna tudi v enotah intenzivne terapije. Pomembno je znanje medicinskih sester o zdravstveni negi umirajočih. Namen diplomskega dela je preučiti skrb za umirajočega pacienta v enotah intenzivne terapije.

Metoda: Uporabili smo pregled literature v zbirkah podatkov PubMed, CINAHL, COBISS, Google učenjak in Obzornik zdravstvene nege. Ključne iskalne besedne zveze: »umiranje, duhovna oskrba«, »zdravljenje bolečine«, »duhovnost, paliativna nega«, »paliativna oskrba, intenzivna medicina«, »paliativna oskrba, etika« in »paliativna oskrba pacientov«, »icu, end-of-life care, spiritual«, »nursing palliative care in the icu«, »intensive care unit, palliative care«, »end of life care and pain« in »palliative care in the icu«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje od 2007 do 2017, celotno besedilo člankov, jezik besedila slovenščina in angleščina ter recenzija. S pomočjo ključnih iskalnih besed smo dobili 95 potencialno ustreznih zadetkov in v končno analizo vključili 19 zadetkov.

Rezultati: V končno vsebinsko analizo smo vključili 19 zadetkov, ki so ustrezali vsem kriterijem iskanja. Hierarhično so najvišje na lestvici 3 posamezne randomizirane klinične raziskave in 2 posamezni nerandomizirani raziskavi, sledijo ji 3 sistematični pregledi literature in 12 posameznih korelacijskih/opazovalnih raziskav. Identificirali smo 35 kod, ki smo jih glede na medsebojne povezave in lastnosti združili v 3 vsebinske kategorije: pomen skrbi za umirajočega pacienta, bolečina in etika.

Razprava: Paliativna oskrba je v svetu vedno pogostejša, tudi v enotah intenzivne terapije. Raziskave ugotavljajo, da je v enotah intenzivne terapije potrebna celovita obravnava pacientov, vendar to zaradi pomanjkanja časa včasih tudi ni vedno možno. Paliativna oskrba v enotah intenzivne terapije še ni dovolj razvita, ves čas so v odkrivanju novi programi. Pomembno je izobraževanje medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev.

Ključne besede: paliativna oskrba, intenzivna nega, simptomi ob umiranju in duhovna podpora

SUMMARY

Background: Today, there is a growing need for the care for dying patients. The care for dying patients is also found in intensive care units. The nurses' knowledge about nursing care for dying patients is an important factor. The purpose of our study is to study the care for dying patients in intensive care units.

Methods: The research is based on the literature review found in PubMed, CINAHL, COBISS, Google Scholar and Obzornik zdravstvene nege. We used the following search keywords: “umiranje, duhovna oskrba”, “zdravljenje bolečine”, “duhovnost, paliativna nega”, “paliativna oskrba, intenzivna medicina”, “paliativna oskrba, etika” in “paliativna oskrba pacientov”, “icu, end-of-life care, spiritual”, “nursing palliative care in the icu”, “intensive care unit, palliative care”, “end of life care and pain” and “palliative care in the icu”. The criteria for filtering search results were: peer-reviewed articles with the published date in the period from 2007 to 2017, full text articles in Slovenian and English language. Keywords provided us with 95 potentially relevant hits of which 19 were included in the analysis.

Results: The final content analysis included 19 results that met all the search criteria. Hierarchically, the highest on the scale are 3 individual randomized clinical studies and 2 individual non-randomized clinical studies, followed by 3 systematic literature reviews and 12 individual correlation/observational studies. In our research we identified 35 codes, which, in terms of interconnections and properties, have been grouped into 3 substantive categories: the importance of taking care for a dying patient, pain and ethics.

Discussion: Palliative care is increasingly common in the world, including intensive care units. Research has shown us that intensive care units require a holistic approach to the patient; however, this is sometimes impossible due to the lack of time. Palliative care in intensive care units is not yet developed enough and new programs are constantly being discovered. It is important to train nurses and other health professionals.

Key words: palliative care, intensive care, symptoms of dying and spiritual support

KAZALO

1	UVOD	1
2	EMPIRIČNI DEL	6
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	6
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	6
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	6
2.3.1	Metode pregleda literature	7
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov	8
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature	9
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature	9
2.4	REZULTATI	11
2.4.1	PRIZMA diagram	11
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	12
2.5	RAZPRAVA	22
2.5.1	Omejitve raziskave	29
2.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	29
3	ZAKLJUČEK	30
4	LITERATURA	32

KAZALO SLIK

Slika 1: Prizma diagram	11
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	12
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	21

SEZNAM KRAJŠAV

VAL

Vizualna analogna lestvica

IPAL-ICU

Izboljšanje paliativne oskrbe v enoti intenzivne terapije
(Improving Palliative Care in the ICU)

1 UVOD

Paliativna zdravstvena oskrba zaradi nenehnega soočenja z minljivostjo življenja predstavlja eno najboljčutljivejših področij dela v zdravstvenem sistemu (Simonič, 2009). Je vseobsegajoča in prav tako tudi aktivna oskrba pacienta z neobvladljivo in neozdravljivo boleznijo, s konceptom, da sta življenje in umiranje naravna procesa. Skrb za umirajočega ne pospešuje in ne zavlačuje smrti, vendar lajša in pomaga pri dostojanstvenem umiranju (Šeruga, 2011). Oskrba za umirajočega pacienta nastopi, ko v telesu potekajo fiziološki procesi umiranja, tj. odpoved notranjih organov. Življenja ne skrajšuje in ne podaljšuje. Cilji skrbi za umirajočega pacienta so neboleča, dostojna in spokojna smrt brez podaljševanja življenja (Benedik, 2011).

Za paliativno zdravstveno oskrbo je značilno dvoje: celostno obravnavo in lajšanje simptomov pacienta in pacientove družine na vseh ravneh življenja v času obravnave ter uspešno preprečevanje trpljenja z istočasnim načrtovanjem ukrepov v pričakovanem poteku z možnostjo poslabšanja bolezni. Glavne naloge so ublažitev trpljenja, obvladovanje simptomov bolezni ter zadovoljevanje pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih, duhovnih in negovalnih potreb (Šeruga, 2011).

Ećimović, et al. (2009) navajajo, da se v enotah intenzivne terapije zdravijo odrasli pacienti, ki so v življenjsko ogrožajočih situacijah, zaradi odpovedi enega ali več organov oziroma organskih sistemov. Za sprejem v enoto intenzivne terapije poznamo dva najpomembnejša razloga: zapleti pri zdravljenju osnovne kritične bolezni ali zaradi nekaterih spremljajočih bolezni. V enotah intenzivne terapije se po navadi odločajo o življenjsko podpornih zdravljenjih. Vendar pri teh pacientih težko določimo, kdaj je boljše indicirati paliativno oskrbo kot kurativno zdravljenje (El Hage Meyer de Barros Gulini, et al., 2017). Največkrat se v enotah intenzivne terapije srečamo paciente, ki potrebujejo umetno predihavanje ali so umetno ventilirani. Za odločitev, da je boljše indicirati paliativno oskrbo v enotah intenzivne terapije, se po navadi odločijo, ko se prične hitrejši razvoj bolezni, s tem pa se pogojuje tudi slabša prehranjenost (Slak, 2011). Po ukinitvi kurativnega zdravljenja, je smiselno, da se določeni postopki intenzivnega zdravljenja, ki ugodno vplivajo na pacientovo počutje, nadaljujejo. Te postopki so:

podporno predihavanje in oksigenacija za lajšanje dispneje ter zdravljenje z antibiotiki pri bolečih okužbah (Ećimović, et al., 2009).

V terminalnem stadiju se pacienti niso zmožni več premikati, so nepokretni. Zaradi bolečin pri obračanju, le-to omejimo na najnujnejše primere. V terminalni fazi lahko pride pri pacientih tudi do nezavesti. Pri nezavestnih pacientih medicinske sestre in zdravstveni delavci svetujejo, naj se njihovi svojci z njimi pogovarjajo, naj povedo, kar čutijo, saj nezavestni pacienti so sposobni slišati in razumeti. Zato nezavestnim pacientom želimo ustvariti čimbolj domače okolje, zaželeni so nežni dotiki in podobno izkazovanje naklonjenosti (Slak, 2011).

Kljub vsem tehnološkim napredkom v medicini smrt in umiranje ostaja realnost v enotah intenzivne terapije. Največkrat je umiranje povezano z odločitvijo opustitve zdravljenja zaradi izčrpanosti vseh možnosti zdravljenja ali neodzivanja pacienta na zdravljenje (Vanderspank-Wright, et al., 2011 cited in Efstathiou & Walker, 2014, p. 3). Pacientu se mora kljub opustitvi zdravljenja začeti zagotavljati paliativno zdravstveno nego. Ob umiranju mora medicinska sestra poskrbeti za zagotavljanje zasebnosti pacienta in ohranjati pacientovo dostojanstvo (Grosek, et al., 2015). Prav delo medicinskih sester, ki skrbijo za umirajoče, se dotika ranljivih ljudi v najbolj intimnem smislu, zato je zdravstvena nega na nek način tudi etična praksa (Červ, 2009).

Najpogostejši izzivi, ki jih srečamo v enotah intenzivne terapije ob paliativni zdravstveni negi, so: interdisciplinarno sodelovanje, vključno z različnimi mnenji o pacientovem potencialu za preživetje, s komunikacijskimi težavami v interdisciplinarnem timu in pomanjkanjem zdravstvene nege – procesih odločanja (El Hage Meyer de Barros Gulini, et al., 2017). V članku, ki se nanaša na raziskave, izvedene v enotah intenzivne terapije v Severni Ameriki in Evropi, podatki kažejo na pomembne priložnosti za izboljšanje vseh ključnih komponent paliativne zdravstvene oskrbe v enotah intenzivne terapije. Več raziskav potrjuje, da je pri kritično bolnih pacientih še vedno prisotna stiska pri komunikaciji med zdravstvenim osebjem in družinami. Komuniciranje je pogosto zapoznelo in nerazumljeno (Aslakson, et al., 2015).

Simonič (2009) navaja, da so medicinske sestre gotovo eden najpomembnejših virov podpore in pomoči pacientu ter njegovim svojcem, saj običajno preživijo največ časa z

njimi. Slak (2011) navaja, da je naloga medicinske sestre vzpostavljanje komunikacijo med pacientom, timom in družino ter po večini uresničuje načrte ob bolniški postelji s pomočjo izvajanja aktivnosti zdravstvene nege. Proces zdravstvene nege zajema: ugotavljanje potreb, izvajanje zdravstvene nege in vrednotenje glede na zastavljene cilje ter dokumentiranje.

Angleška raziskava, na vzorcu 13 medicinskih sester kaže, da medicinske sestre ob koncu življenja storijo vse, kar zagotavlja najboljšo zdravstveno nego. Najboljša zdravstvena oskrba ob koncu življenja vsebuje fizično oskrbo pacienta, ohranjanje dostojanstva in udobja umirajočega pacienta. Zagotavljanje udobja in lajšanje bolečine ob koncu življenja sta samo dodatek k fizični oskrbi (Efstathiou & Walker, 2014).

Za izboljšano splošno zavedanje osnovnih načel paliativne zdravstvene oskrbe v enotah intenzivne terapije je potreben postopek za hitrejše prepoznavanje pacientov, ki so potrebni paliativne zdravstvene nege. Vsaka intenzivna enota ima različne specifične pristope in zdravstvene procese. Najboljši pristop za vse intenzivne enote opredeljuje program IPAL-ICU (Improving Palliative Care in the ICU), ki se je izkazal za uspešnega. Za oceno programa IPAL-ICU so izbrali tim, v katerem so bili zdravniki, zdravstveni tehniki in medicinske sestre, specializirani na področju paliativne zdravstvene nege in intenzivne terapije. Program vsebuje 4 glavne priporočene kategorije: model integracije, presejanje in sprožilna merila, smernice oblikovanja ukrepov, procesov in izidov. S programom IPAL-ICU so prispevali k uspešni izvedbi nove pobude za paliativno zdravstveno nego v enotah intenzivne terapije na Havajih (Mun, et al., 2017).

Benedik (2011) navaja, da so osnovna načela lajšanja posameznih simptomov vzdrževanje kakovosti življenja do smrti. Pri lajšanju simptomov vedno poskušamo uporabiti tudi nefarmakološke ukrepe, ki so ponavadi manj primerni zaradi pacientovega stanja. Duhovna podpora pacientu in svojcem, usklajenost med pacientom, družino, timom in drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, blagodejno vpliva tudi na nekatere povsem telesne simptome. Najpogostejši telesni simptomi, ki se pojavijo pri umirajočem pacientu, so dispneja, bolečina in okrnjen vnos hrane in pijače.

Duhovnost so dinamična obstoječa načela in prepričanja, ki se razvijajo skozi celotno življenje. Skozi življenje nas motivira in vodi k iskanju našega namena in pomena življenja. Duhovnost nas spodbuja k interakciji in odnosi z drugimi ljudmi, ki naj bi bili pozitivni (Toman & Skela Savič, 2013). Duhovnost je razsežnost naše človečnosti in večina naših razsežnosti ni samo naša, vendar jih delimo z drugimi bitji. Pri oskrbi umirajočega pacienta se čedalje bolj zavedamo, da je duhovnost temeljnega pomena, tako za umirajoče paciente kot tudi za njihove žalujoče svojce. Izvajanje duhovne podpore ni samo stvar posamezne medicinske sestre, temveč mora biti vanjo vključen celotni tim. S tem se zagotavlja doslednost in kontinuiteta v zdravstveni negi. Raziskava, izvedena v Splošni bolnišnici Jesenice, na področju izvajanja duhovne podpore pri umirajočih pacientih je pokazala, da samo 7 % medicinskih sester pogosto izvaja duhovno oskrbo. Več kot polovica (53 %) medicinskih sester meni, da se duhovna oskrba omogoči, kadarkoli se izkaže potreba po tem, ker je to želja umirajočega. Prišlo je do deljenih mnenj, da je duhovna oskrba prioriteta. Nekateri zdravstveni delavci menijo, da naj bi se duhovna oskrba opravljala po opravljenih ostalih aktivnostih (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

Na osnovi proučene strokovne in znanstvene literature in na podlagi izkušenj v času kliničnega usposabljanja, preko pogovorov z medicinskimi sestrami ugotavljamo, da je pri skrbi za umirajočega pacienta najbolj pomemben holističen pristop k pacientu, kar pomeni, da zdravstveno osebje obravnava fizične, psihične in duhovne vrednote pacientov. V enotah intenzivne terapije je skrb za umirajočega pacienta dokaj pomanjkljiva tema in tudi premalo raziskana, kar večkrat omenja literatura. V tujini se proti temu borijo z iskanjem priložnosti za razvijanje novih programov, ki bi bile v pomoč zdravstvenim delavcem, za čimprejšnje odkrivanje umirajočih pacientov ter vse več izobraževanj zdravstvenih delavcev v enotah intenzivne terapije o skrbi za umirajočega pacienta. V Sloveniji izvajajo izobraževanja na temo paliativne oskrbe, vendar ne v sklopu intenzivnih enot.

Pri skrbi za umirajočega pacienta smo v literaturi naleteli na ugotovitve, da svojcem in pacientom ob koncu življenja največ pomeni duhovna podpora. Pri duhovnosti se večkrat srečamo z neznanjem in nerazumevanjem sester glede le-te vrednote. Strmimo k temu,

da bi se med izobraževanjem medicinskih sester razvila tudi uvidevnost do vrednote duhovnosti.

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo temelji na podlagi sistematičnega pregleda literature in vključuje dve raziskovalni vprašanji. Predstavljeni pregled literature temelji na analizi raziskav in na pregledu drugih raziskovalcev.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je preučiti skrb za umirajočega pacienta v enotah intenzivne terapije.

Cilji so:

C1: Ugotoviti namen paliativne oskrbe pacientov v enotah intenzivne terapije.

C2: Ugotoviti razumevanje medicinskih sester o skrbi ob umiranju v enotah intenzivne terapije in pomembnosti duhovne podpore.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo opredelili naslednji raziskovalni vprašanji:

R1: Kakšen je namen paliativne oskrbe pacientov v enotah intenzivne terapije?

R2: Kakšno je znanje medicinskih sester o skrbi ob umiranju v enotah intenzivne terapije in o duhovni podpori?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili sistematičen pregled strokovne in znanstvene literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

V diplomskem delu smo uporabili raziskovalni dizajn pregleda znanstvene in strokovne literature, pisane v slovenskem in angleškem jeziku.

Literaturo v slovenskem jeziku smo iskali v Obzorniku zdravstvene nege, Google učenjaku in COBISS-u.

V podatkovni bazi Obzornik zdravstvene nege smo iskali s ključnimi besednimi zvezami: »umiranje, duhovna oskrba«. Omejitveni kriteriji so bili: celotno besedilo člankov, jezik besedila slovenščina.

V podatkovni bazi Google učenjak smo iskali s ključnimi besednimi zvezami: »paliativna oskrba«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje zadnjih 10 let, celotno besedilo člankov, jezik slovenščina.

V podatkovni bazi COBISS smo iskali s ključnimi besednimi zvezami: »zdravljenje bolečine«, »duhovnost, paliativna nega«, »paliativna oskrba, intenzivna medicina«, »paliativna oskrba, etika« in »paliativna oskrba pacientov«. Omejitveni kriteriji za iskanje v podatkovni bazi COBISS so bili: celotno besedilo člankov, jezik slovenščina in tiskane izdaje.

Za iskanje literature v angleškem jeziku smo uporabili podatkovno bazo PubMed in CINAHL.

V podatkovni bazi PubMed smo iskali s ključnimi iskalnimi besednimi zvezami: »icu, end of life care, spiritual«, »nursing palliative care in the icu« in »intensive care unit, palliative care«. Omejitveni kriteriji so bili: celotno besedilo člankov, jezik angleščina, recenzija in obdobje zadnjih 10 let.

V podatkovni bazi CINAHL smo iskali s ključnimi besednimi zvezami: »end of life care and nutrition«, »end of life care and pain« in »palliative care in the icu«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje zadnjih 10 let, celotno besedilo člankov, jezik angleščina in recenzija.

Pregledana je bila večina izvlečkov. Ponovni pregled je omogočil izločitev potencialno primernih prispevkov in izbor ustreznih, ki so bili večkrat prebrani. Na podlagi pregleda

literature smo izbrali naslednje vsebinske konstrukte: paliativna oskrba, enota intenzivne terapije, skrb za umirajočega pacienta, prehranjevanje in pitje, bolečina ter duhovna podpora pacientu in svojcem.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V tabeli 1 so omenjene ključne besedne zveze, s katerimi smo pregledali podatkovne baze in na podlagi tega smo podatke vpisali v PRIZMA diagram; nahaja se v poglavju rezultati. Za uvrstitev zadetkov v nadaljnjo analizo smo bili pozorni, da je vsebinsko ustrezen in aktualen, vključili smo članke z dostopnim celotnim besedilom. Strategija iskanja v podatkovnih bazah je skupaj dala $n = 1232$ zadetkov, elektronski viri raziskovalnih člankov v polnem besedilu $n = 1156$ in ostali viri v polnem besedilu $n = 76$. Na osnovi pregleda naslovov je bilo izključenih $n = 1109$ zadetkov. $N = 123$ zadetkov je bilo ustreznih glede na naslov in izvleček. Zaradi neustreznosti vsebine smo izključili $n = 28$ zadetkov. Začetna merila za vključitev v raziskavo in natančno analizo je izpolnjevalo $n = 95$ potencialno ustreznih zadetkov, glede na ustreznost vsebine. Za pregled literature smo uporabili $n = 19$ ustreznih člankov, ki so ustrezali vsem vključenim kriterijem. Rezultati pregleda literature so vključeni in prikazani v tabeli 1, ki prikazuje ključne besede, po katerih smo iskali število zadetkov in število izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zasedki za pregled v polnem besedilu
PubMed	»icu, end of life care, spiritual«, »nursing palliative care in the icu« in »intensive care unit, palliative care«	484	3
CINAHL	»end of life care and nutrition«, »end-of-life care and pain« in »palliative care in the icu«	99	3
Obzornik zdravstvene nege	»umiranje, duhovna oskrba«	85	1
COBISS	»intenzivno zdravljenje«, »zdravljenje bolečine«, »duhovnost, paliativna nega«, »paliativna oskrba, intenzivna medicina«, »paliativna oskrba, etika« in »paliativna oskrba pacienta«	76	10
Google učenjak	»paliativna oskrba« in »allintitle: intensive care nurses experiences«	488	2
Skupaj:		1232	19

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pri pregledu literature smo uporabili kvalitativno analizo podatkov. Na osnovi pridobljenih člankov smo pripravili vsebinsko analizo. Uporabili smo tehniko kodiranja in vsebinske kategorije. V PRIZMA diagramu je predstavljen potek obdelave podatkov.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Izbor literature temelji na vsebinski ustreznosti in aktualnosti. Vključili smo raziskave in pregledne članke, ki temeljijo na temo o skrbi umirajočega pacienta v enotah intenzivne terapije. Vključili smo raziskave na dokazih podprte prakse, ki obravnavajo kakovost zdravstvene oskrbe in klinične raziskave. Na temo skrbi umirajočega pacienta je v slovenskem prostoru malo opravljenih raziskav. Vključene so večinoma raziskave in

pregledi literature v angleškem jeziku. Oceno kakovosti vključenih zadetkov prikazujemo po hierarhiji dokazov (Skela Savič & Emedi, 2015). V končno vsebinsko analizo smo vključili 19 zadetkov, ki so ustrezali vsem kriterijem iskanja. Hierarhično so najvišje na lestvici 3 posamezne randomizirane klinične raziskave in 2 posamezni nerandomizirani raziskavi, sledijo ji 3 sistematični pregledi literature in 12 posameznih korelacijskih/opazovalnih raziskav.

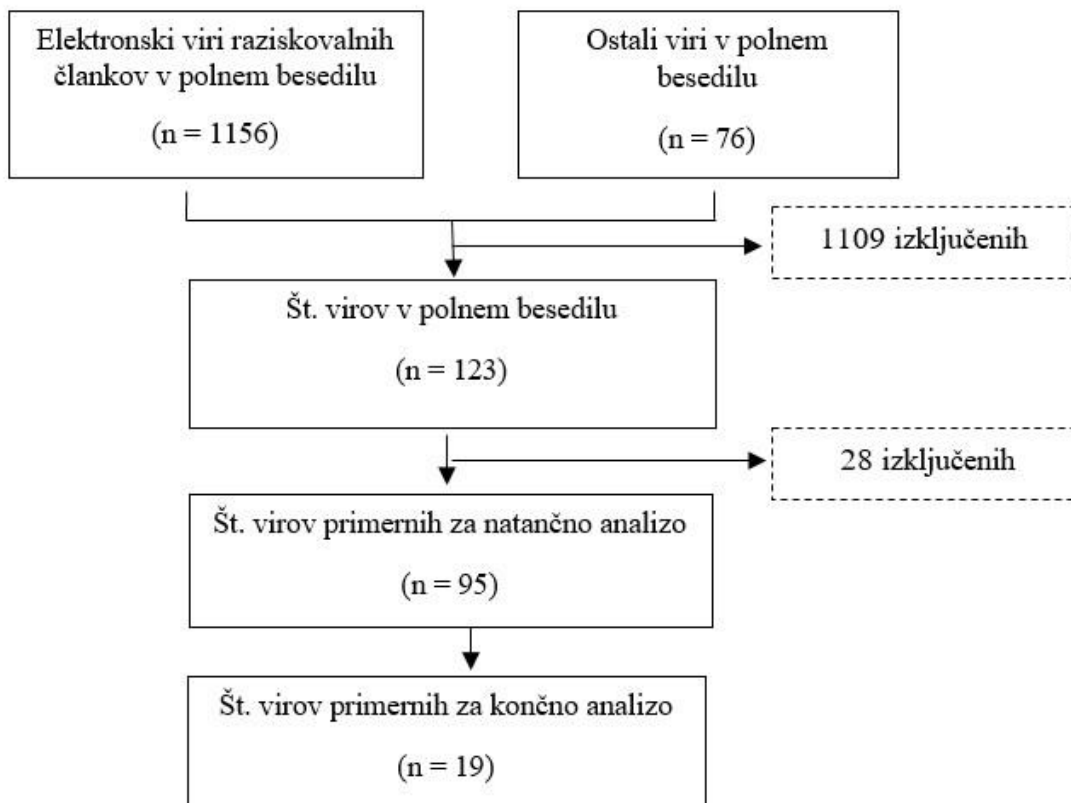
Tabela 2: Hierarhija dokazov

Nivo 1
a) Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij = 0 b) Sistematični pregled nerandomiziranih študij = 0
Nivo 2
a) Posamezne randomizirane klinične študije = 3 b) Posamezne nerandomizirane študije = 2
Nivo 3
Sistematični pregled korelacijskih/opazovalnih študij = 3
Nivo 4
Posamezne korelacijske/opazovalne študije = 12
Nivo 5
Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij = 0
Nivo 6
Posamične opisne/kvalitativne/fiziološke študije = 0
Nivo 7
Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij = 0

Vir: Skela Savič & Emedi (2015, p. 308)

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram



Slika 1: Prizma diagram

Prizma diagram na sliki 1 prikazuje natančen potek dobljenega končnega števila zadetkov. S ključnimi besedami smo pridobili $n = 1156$ elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu in $n = 76$ ostalih virov v polnem besedilu. Najprej smo izločili $n = 1109$ virov in nam je za nadaljnjo raziskavo ostalo $n = 123$ virov v polnem besedilu. Po pregledu izvlečkov smo izključili $n = 28$ virov in tako prišli do $n = 95$ virov, ki so bili primerni za natančno analizo. $N = 95$ virov smo natančneje vsebinsko pregledali in po pregledu smo v končno analizo uvrstili $n = 19$ virov, ki so predstavljeni v tabeli 3.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 predstavlja ključna spoznanja člankov, ki smo jih natančneje analizirali. V tabeli 3 so navedeni podatki avtorjev, leto objave, raziskovalni vzorec in ključna spoznanja avtorjev.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Abu-El-Noor	2016	Kvalitativna metoda	13 medicinskih sester Palestina	Z izvedeno raziskavo so želeli od medicinskih sester izvedeti: razlago in razliko med duhovnostjo in duhovno oskrbo, kako prepoznavajo duhovne potrebe in kakšne aktivnosti uporabljajo za prepoznavanje duhovnih potreb. Medicinske sestre, ki so želele pojasniti koncept duhovnost in duhovna oskrba, niso dosegle skupnega odgovora, večina jih je opredelila duhovnost in duhovno oskrbo v kontekstu religije in verskega zdravljenja. Večina medicinskih sester je opisala zagotavljanje duhovne oskrbe v smislu vključevanja verskih praks ali prepričanj v njihovo vsakodnevno zagotavljanje celovite zdravstvene nege. Ena izmed medicinskih sester navaja, da je duhovnost religija in da duhovna oskrba vključuje uporabo verskih običajev, da bi pacientom pomagali postati boljši. Za prepoznavanje duhovnih potreb medicinske sestre uporabljajo komunikacijo s pacienti

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>in družinskimi člani, preverjanje zdravstvenega stanja in diagnoze, natančno opazovanje okolice in neposredno izražanje čustev. Medicinske sestre, ki so sodelovale v raziskavi, po ukinitvi zdravljenja prilagodijo cilje na lajšanje in zagotavljanje udobja pacientom. Prav tako pri skrbi za umirajočega postajajo bolj pozorne na psihološke in duhovne potrebe pacientov in njihovih svojcev. Medicinske sestre bi si želele več časa preživeti s pacienti, vendar zaradi pomanjkanja časa in zasedenosti oddelka to včasih ni možno. Po navadi družinskim članom omogočajo, da ostanejo dlje časa pri umirajočem svojcu.</p>
Aslakson, et al.	2015	Pregled literature	/	<p>Paliativna oskrba je medprofesionalna prvina in bistvena sestavina celovite oskrbe kritično bolnih pacientov od vstopa v enoto intenzivne terapije. V članku se osredotočijo na pregledu dokazov o možnostih za izboljšanje paliativne zdravstvene nege. Paliativna zdravstvena nega ni medsebojno izključujoča alternativa niti preprosto nadaljevanje neuspešnih poskusov za podaljševanje življenja, temveč sestavni del celovite oskrbe. Eden pomembnih dejavnikov je terapevtska komunikacija. V večini smo zasledili pomanjkanje znanja o</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				terapevtski komunikaciji v enotah intenzivne terapije pri pacientih, ki paliativno zdravstveno oskrbo potrebujejo.
Benedik	2011	Pregled literature	/	Pri paliativni zdravstveni negi moramo pacientu omogočiti najboljšo kakovost življenja (umiranja) in poskrbeti za svojce. V paliativni zdravstveni negi se moramo osredotočiti na lajšanje najpogostejših telesnih simptomov, ki se pojavijo ob umiranju. Oskrba svojcev se mora nadaljevati tudi po pacientovi smrti.
Creedon & O'Regan	2010	Pregled literature	/	Bolečina je večinoma pomemben vir tesnobe in stiske ter najbolj izčrpavajoč simptom pacientov. Medicinske sestre v paliativni oskrbi morajo imeti napredna znanja o zdravljenju in obvladovanju simptomov za odpravo in lajšanje bolečine.
Červ	2009	Pregled literature	/	Medicinske sestre se v paliativni oskrbi srečujejo z etičnimi problemi, kot so (ne)lajšanje bolečin, (prisilno)umetno hranjenje in aplikacijo tekočine, sporočanje slabe novice, itd. Etična dolžnost je, da medicinske sestre spoštujejo vsako kritično bolno osebo.
Ećimović, et al.	2009	Študija primera	1 oseba z napredovalim rakom hipofarinksa na Onkološkem inštitutu Ljubljana Slovenija	Zaradi kritičnega stanja pacientov je smrt v enotah intenzivne bolezni pogosta. Ker je pacientov v kritičnem stanju čedalje več, postaja potreba po paliativni oskrbi v enotah intenzivne terapije čedalje večja.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Efstathiou & Walker	2014	Opisna raziskovalna kvalitativna študija (interpretacijska fenomenološka analiza)	13 medicinskih sester v enoti intenzivne terapije Velika Britanija	<p>Bistvo izkušenj medicinskih sester pri prenehanju zdravljenja, je »narediti« najboljše za lažjo, udobno in dostojanstveno smrt. Negotovosti so bile očitne pri procesih in ukrepih, povezanih s prenehanjem zdravljenja, kako učinkovito povezati paciente in njihovo družino. Večina anketirancev se je nanašala na zagotavljanje osnovne nege telesa in osnovnih fizioloških potreb ter lajšanje v prizadevanju za udobno in dostojanstveno smrt. Intervencije zdravstvene nege so vsebovale kopanje, oskrbo preležanin in aplikacijo analgetikov ter sedativov. Pri skrbi za umirajočega pacienta je bilo za medicinske sestre pomembna prisotnost družine med fazo umiranja. Predlagale so, da morajo medicinske sestre biti prisotne ob času umiranja, če so družinski člani odstotni. Glede umiranja v enoti intenzivne terapije, si medicinske sestre tega ne želijo in ni zaželena prekinitve zdravljenja brez prisotnosti družinskih članov. Zaradi pomanjkanja jasnih navodil glede skrbi za umirajočega v enotah intenzivne terapije, se postavijo medicinske sestre v položaj, ko ne vedo kaj bi bilo najbolje ob ukinitvi zdravljenja. Medicinske sestre niso prepričane v proces</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				prekinitve zdravljenja.
El Hage Meyer de Barros Gulini, et al.	2017	Opisna kvalitativna in kvantitativna metoda	37 zdravstvenih delavcev zaposlenih v enoti intenzivne terapije Brazilija	S kvantitativno analizo so ugotovili, da 12 (30,7 %) anketirancev meni, da je paliativna oskrba kot oskrba ob koncu življenja, kjer se izogibamo neupravičenemu zdravljenju. 27 (69,23 %) je menilo, da je paliativna oskrba zagotavljanje udobja ob koncu življenja.
Gillespie & Raftery	2014	Pregled literature	/	Članek se osredotoča na pomen prehranjevanja in zgodnjega prehranjevanja, ki dajejo smernice za delo medicinskih sester pri skrbi pacientov, ki so v paliativni oskrbi. Najpomembnejša je jasna, občutljiva komunikacija o dogovorjenih prehranskih ciljih s pacientom in njihovimi svojci. Da bi zmanjšali anksioznost in strah pacientov ob koncu življenja, je potrebno redno pregledovanje ciljev in jih prilagajati glede na pacientovo bolezen.
Grosek, et al.	2015	Pregled literature	/	Pri etičnem odločanju ob koncu življenja so pomembna tri načela: načelo spoštovanja avtonomije, načelo neškodljivosti in dobrotelosti ter načelo pravičnosti. Ob koncu življenja pacienti največkrat želijo, da medsebojno sodelujejo pacient, svojci, zdravnik in drugi zdravstveni delavci.
Jakovljević & Puh	2014	Pregled literature	/	Bolečina je najpogostejši simptom pacientov. Pri ocenjevanju bolečine moramo biti pozorni, da ne le poleg

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>intenzivnosti bolečine, ocenimo tudi opis lokacije bolečine, kakovost, sprožilne dejavnike in čas trajanja bolečine. Največkrat uporabljena lestvica v klinični praksi je vizualna analogna lestvica (VAL). VAL uporabljamo za samoocenjevanje intenzivnosti bolečine. Je zanesljiv, veljaven in enostaven merilni instrument. Priporočljivo jo je kombinirati tudi z drugimi metodami ocenjevanja.</p>
Lahajnar Čavlovič, et al.	2015	Pregled literature	/	<p>Bolečina je najpogostejši simptom, zaradi katerega pacienti iščejo pomoč v zdravstvenih ustanovah. Z ustreznimi zdravili lahko bolečino lajšamo v 80 do 90 %. Redko pa bolečine ne moremo ustrezno nadzorovati z zdravili. Pacientova ocena resnosti bolečine mora biti izhodišče našega dela. Medicinske sestre se moramo zavedati, da bolečina ni samo telesna, vendar lahko je še psihična in socialna. Pri ocenjevanju bolečine moramo najprej oceniti vrsto bolečino, nato šele ugotavljamo jakost te bolečine.</p>
Mun, et al.	2017	Pregled literature	Havaji	<p>Za izboljšanje paliativne oskrbe v enotah intenzivne terapije so s pomočjo pregleda literature, prišli do programa IPAL-ICU (Improving Palliative Care in the ICU), izboljšanje paliativne oskrbe v enoti intenzivne</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				terapije). Program naj bi bil najboljši pristop pri izvajanju paliativne zdravstvene oskrbe. S pomočjo programa lažje in hitreje identificirano paciente, ki so potrebni paliativne zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije.
Simonič	2009	Pregled literature	/	Psihološke potrebe pacientov in njihovih bližnjih so še vedno premalo prepoznane in pogosto zanemarjene. Najpomembnejši aspekt za odkrivanje psiholoških potreb so medicinske sestre, ki največ preživijo čas s pacienti in njihovimi bližnjimi.
Slak	2011	Pregled literature	/	Pri zdravstveni negi pacienta ob koncu življenja se vloge članov tima prepletajo. Najpomembnejšo vlogo v timu dobi medicinska sestra, ki je pobudnica za komunikacijo med pacientom in zdravnikom. Medicinska sestra, ki ima ustrezno znanje o potrebah pacienta lahko zagotavlja celostno in kakovostno zdravstveno nego umirajočega pacienta.
Šeruga	2011	Pregled literature	/	Paliativna zdravstvena nega temelji na konceptu, da sta življenje in umiranje naravna procesa. Namen je zagotoviti kakovost življenja in umiranje z dostojanstvom. Pri paliativni zdravstveni negi so v tim vključeni različni poklici, ki skrbijo za dobrobit pacientov. Potrebno je sprotno obveščanje svojcev in pacienta za boljše sodelovanje s

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>tímom. Paliativna zdravstvena nega ne pospešuje smrti niti je ne zavlačuje. Z vse večjim številom starejših pacientov s kroničnimi in neozdravljivimi boleznimi se paliativna oskrba širi in razvija.</p>
Šolar & Mihelič Zajec	2007	Deskriptivna kvantitativna in kvalitativna metoda	120 medicinskih sester zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice Slovenija	<p>Z raziskavo so želeli ugotoviti, kakšna je vloga medicinskih sester v procesu paliativne zdravstvene oskrbe pacienta. 54 % anketirancev se na delovnem mestu pogovarja o umiranju. V 78 % primerov se omogoči spremljanje umirajočih na željo svojcev. Prisotnost duhovne oskrbe in informiranost svojcev na oddelkih je potrdila dobra tretjina (33 %). Potreba po duhovni oskrbi je zaželen le redko, kar trdi 53 % anketirancev. Zagotovitev duhovnih potreb pri skrbi za umirajoče paciente medicinske sestre ocenjujejo različno. 53 % anketirancev trdi, da poskrbi za nudenje duhovne oskrbe, kadarkoli se pokaže potreba po tem. Od 103 anketirancev jih je 28 % prispevalo predloge za večjo prepoznavnost vloge medicinskih sester v procesu umiranja. Medicinske sestre naj v procesu paliativne oskrbe poskrbijo, da vpletejo svoje pridobljeno znanje, empatijo in človeški odnos v oskrbo umirajočega pacienta. V holistični obravnavi umirajočega pacienta</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				moramo biti pozorni na individualna prepričanja pacientov. Upoštevanje duhovnih potreb umirajočega pacienta in njegovih bližnjih bi lahko postavili bolj v ospredje.
Toman & Skela Savič	2013	Opisna kvantitativna metoda	138 medicinskih sester zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice Slovenija	Največ je bilo anketiranih s srednješolsko izobrazbo (58,7 %). Več kot 16 let je zaposlenih v zdravstveni negi (26,8 %). Ob koncu življenja je temeljna duhovna oskrba pacientov. Duhovna oskrba v paliativni oskrbi nam omogoča zagotavljanje umiranja z dostojanstvom. Pacientom pomaga pri soočanju z neozdravljivo boleznijo, premagovanju občutkov nesmiselnosti in deluje kot podporni sistem pri iskanju smisla ob koncu življenja. Razumevanje duhovne podpore medicinskim sestram omogoča nudenje celostne obravnave umirajočih pacientov. Medicinske sestre se v času zaposlitve z duhovnimi potrebami sreča 89,1 % anketirancev. Največkrat so v paliativni oskrbi zaznane potrebe po druženju (46,4 %), potreba po ljubezni in harmoničnih odnosih (45,7 %) in potreba po odpuščanju (44,2 %).
Vogrinčič Černezel	2011	Pregled literature	/	Paliativna zdravstvena nega bi morala biti nepogrešljiv zdravstvene nege, prav zato, ker se medicinske sestre kar velikokrat lahko znajdejo pri delu s težko bolnimi pacienti

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				ali umirajočimi. Posebno vlogo v timu ima medicinska sestra, ker največ sodeluje z vsemi člani paliativnega tima, člani tima na oddelku in tudi s pacientom in svojci. Medicinske sestre, ki sodelujejo z umirajočimi pacienti, morajo imeti specialna znanja s področja paliativne oskrbe. Imeti morajo znanje o načrtovanju ciljev pri paliativni zdravstveni negi ter s tem tudi olajšamo pacientovo trpljenje.

Iz pridobljenih člankov smo pridobili 35 kod, ki smo jih glede na njihove medsebojne povezave združili v 3 kategorije. Te kategorije so: paliativna zdravstvena nega, enote intenzivne terapije, pacient, simptomi ob umiranju in duhovnost. V tabeli 4 so prikazane kategorije, kode in podatki o avtorjih.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Pomen skrbi za umirajočega pacienta	»oskrba ob koncu življenja«, »kvaliteta življenja«, »paliativna oskrba«, »vzdrževanje kvalitete življenja«, »oskrba pacienta ob koncu življenja«, »umirajoči pacient«, »ocena pacientovega preživetja«, »cilji oskrbe ob koncu življenja«, »tim za paliativno oskrbo«, »lajšanje simptomov ob umiranju«, »izboljšanje splošnega zavedanja boleznih«, »interdisciplinarno sodelovanje«, »proces odločanja«, »specifični pristopi« in »program IPAL-ICU«	Abu-El-Noor, 2016; Aslakson, et al., 2015; Benedik, 2011; Creedon & O'Regan, 2010; Ećimović, et al., 2009; Efstathiou & Walker, 2014; El Hage Meyer de Barros Gulini, et al., 2017; Mun, et al., 2017; Slak, 2011; Šeruga, 2011; Šolar & Mihelič Zajec, 2007.
Bolečina	»zdravljenje z zdravili«, »fizična podpora«, »osnovna načela lajšanja simptomov«, »nefarmakološki ukrepi«,	Benedik, 2011; Creedon & O'Regan, 2010; Gillespie & Raftery, 2014; Jakovljević & Puh, 2014; Lahajnar Čavlovič, et al., 2015.

Kategorija	Kode	Avtorji
	»blagodejni vplivi«, »telesni simptomi«, »pacientovo trpljenje«, »obravnavna simptomov«, »ocena intenzivnosti bolečine«, »ocena vrste in jakosti bolečine« in »VAL«	
Etika	»komunikacija«, »etika skrbi«, »podpora celotnega spektra človeških potreb«, »izboljšanje pacientovega počutja«, »etično odločanje o paliativni oskrbi«, »pacientove želje, vrednote in cilji«, »duševna stiska«, »duhovno blagostanja« in »dostojanstveno umiranje«.	Abu-El-Noor, 2016; Benedik, 2011; Červ, 2009; Gillespie & Raftery, 2014; Grosek, et al., 2015; Simonič, 2009; Toman & Skela Savič, 2013; Vogrinčič Černezel, 2011.

2.5 RAZPRAVA

Z diplomskim delom, ki temelji na pregledu literature, smo želeli ugotoviti, kakšen je namen skrbi umirajočega pacienta v enotah intenzivne terapije. Poglobiti smo se želeli v samo znanje medicinskih sester glede skrbi za umirajočega in razumevanje v enotah intenzivne terapije. Med iskanjem po literaturi smo ugotovili, da je glede na aktualnost skrbi za umirajočega v enotah intenzivne terapije, le malo literature o tem. Kar je omejilo poglobljenost ugotovitev.

Namen paliativne zdravstvene nege je spoštovanje življenja, pomembno je, da ga ne skrajšuje in niti ne podaljšuje. S to vejo se skušajo upoštevati in zadovoljiti vse potrebe umirajočega pacienta in njegovih svojcev (Benedik, 2011). Skrb za umirajočega pacienta je bistvena sestavina celovite oskrbe kritično bolnih v enotah intenzivne terapije, ne glede na diagnozo in prognozo (Aslakson, et al., 2015). Povpraševanje po paliativni oskrbi v enotah intenzivne terapije se hitro povečuje. Zato je tudi to območje, ki se hitro razvija. Tovrstna oskrba je namenjena lajšanju simptomov, trpljenja in zagotavlja boljšo kakovost življenja. Kakovostna paliativna oskrba pomeni, da se osredotočimo na holistično oskrbo v vednosti, da pacient potrebuje fizično, psihološko, socialno in duhovno podporo (Creedon & O'Regan, 2010).

Paliativna oskrba daje poudarek na celotni oziroma holistični obravnavi pacientov. Celostni pristop do pacientov pomeni, da so obravnavani vsi vidiki, psihološki, eksistencialni in duhovni (Simonič, 2009). Skrb za umirajočega pacienta je orientirana na pacienta z napredovalo neozdravljivo boleznijo ter lajša moteče telesne simptome in podpira tudi duhovno raven (Slak, 2011). Medicinske sestre s pomočjo pacienta in svojcev ter s pomočjo strokovnjakov poskušajo zagotoviti vse potrebe umirajočega pacienta. Za kakovostno paliativno oskrbo so ključnega pomena komunikacijske spretnosti, empatičen odnos, pravočasna vključitev pacienta in svojcev v paliativno oskrbo, poznavanje pacientovih potreb in simptomov v procesu umiranja ter neprekinjena paliativna oskrba (Slak, 2011).

Sprejemanje odločitve o poteku zdravljenja je težka, prav tako težko določimo točen trenutek, ko je paliativna oskrba bolj inducirana kot kurativna. Uspešna skrb za umirajočega pacienta je definirana kot skrb za posamezne fizične vidike, skupaj s psihološkimi, družbenimi in duhovnimi vidiki. V enotah intenzivne terapije se držijo reka: "Včasih zdraviti, pogosto lajšati in vedno poskrbeti za udobje". Odličen nadzor simptomov, stalna prizadevanja za ugodje pacientov in njihovih družin ter zagotavljanje fizične, psihološke in duhovne podpore so značilnosti visokokakovostne oskrbe ob koncu življenja« (El Hage Meyer de Barros Gulini, et al., 2017).

V enotah intenzivne terapije si pacienti, pri katerih je smrt neizogibna, želijo le lajšanje simptomov umiranja in spoštovanje njihovih želja. Njihova največja želja pa je, da so obkroženi s svojimi najbližjimi ob koncu življenja. Najpomembnejši dejavniki visokokakovostne oskrbe so zaupanje v tim, izogibanje življenjski podpori, ko ni več upanja, obveščenost pacientov in svojcev o bolezni, o stalnem zdravljenju in na koncu o opuščanju zdravljenja ter lajšanju bolečin. Strokovnjaki na področju intenzivne terapije bi morali obravnavati izzive, ki so povezani z oskrbo ob koncu življenja. To so interdisciplinarno sodelovanje, vključno z različnimi mnenji o možnostih za ozdravitev, komunikacijskimi težavami v interdisciplinarnem timu in s pomanjkanjem zdravstvene nege v procesih odločanja. Sedanje smernice vključujejo interdisciplinarnost ter lahko pripomorejo k razjasnitvi, opisovanju in o normah ukrepov odločanja in oskrbe. Komuniciranje zdravstvene ekipe mora biti okrepljeno. Komunikacija je bistvenega

pomena za zdravstvene delavce, saj izboljšuje dostop do čustvene dimenzije pacientov in izboljša skrb za paciente. Zdravniki se pogosto srečujejo z etičnimi dilemami, povezanimi s porastom tehnologije in večjimi možnostmi zdravljenja. Glavni vir konfliktov v enotah intenzivne terapije je zaradi težav, povezanih z odločitvami in komunikacijo v timu (El Hage Meyer de Barros Gulini, et al., 2017).

Za izboljšanje paliativne oskrbe v enotah intenzivne terapije se je najprej treba znebiti vseh ovir. Ovine, ki se največkrat pojavijo v paliativni oskrbi, so: nerealna pričakovanja pacientov, svojcev in zdravnikov od intenzivnega zdravljenja, pomanjkanje znanja na področju paliativne oskrbe, mišljenje, da paliativna nega pospešuje smrt, neustrezno usposabljanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev o terapevtski komunikaciji in potrebnih sposobnostih za zagotavljanje visoko kakovostne paliativne oskrbe, zahteve za izboljšanje preživetja v enotah intenzivne terapije (Aslakson, et al., 2015). Kljub številnim razpoložljivim virom so bile smernice projekta IPAL-ICU učinkovito orodje in zagotovila so posebna prilagojena priporočila za začetek programa paliativne oskrbe v enotah intenzivne terapije. Uspešna uporaba teh smernic je privedla do vključitve standardov paliativne oskrbe in vključitve osnovnih načel paliativne oskrbe v dnevno rutino v enotah intenzivne terapije na Havajih (Mun, et al., 2017). Zdi se, da so številne strategije za izboljšanje paliativne oskrbe pacientov učinkovite in da so na voljo sredstva za doseganje izboljšav. Ker intenzivna zdravstvena nega trenutno temelji in je usmerjena v dokumentiranje, lahko paliativna oskrba pomaga pri pripravi in podpori pacientov in njihovih svojcev do kakovostnega življenja in umiranja. Pri uvajanju paliativne oskrbe v enote intenzivne terapije je potrebnih še veliko izboljšav, da bi dosegli najbolj učinkovito zdravstveno nego (Aslakson, et al., 2015).

Po sprejetju odločitve o umiku zdravljenja se nadaljuje z zagotavljanjem oskrbe ob koncu življenja, kar je dokaj pogost vidik v enotah intenzivne terapije. Z raziskavo so ugotovili, da so medicinske sestre ob koncu življenja naredile vse, kar je možno za zagotovitev kakovostnega življenja ob koncu. Upoštevale so vse želje pacientov kot tudi njihovih svojcev (Efstathiou & Walker, 2014). Zdravstveno osebje v enotah intenzivne terapije, ki sodeluje z umirajočimi pacienti, se spopadajo s težavami, kot so pomanjkanje znanja, neustrezno izobraževanje, »nekomunikacija«, pogrešajo pa tudi interdisciplinarno sodelovanje. Čeprav je enota intenzivne terapije enota, kjer se srečujejo s smrtjo, pa

zdravstveno osebje ni ustrezno usposobljeno za oskrbo ob koncu življenja (El Hage Meyer de BarrosGulini, et al., 2017).

Z odgovorom na prvo vprašanje, ki se glasi, kakšen je namen paliativne oskrbe pacientov v enotah intenzivne terapije, smo ugotovili, da paliativna oskrba v enoti intenzivne terapije poskrbi predvsem za holističen pristop. V literaturi smo največkrat naleteli na oviro, uvajanje paliativne oskrbe v enote intenzivne terapije. Prvi problem je komunikacija in njeno pomanjkanje med timom in tudi pacientom. Za izboljšanje skrbi za umirajoče paciente v tujini odkrivajo programe, ki bi pripomogli k izboljševanju zdravstvene nege umirajočih pacientov v enotah intenzivne terapije. Prispevajo tudi v nenehno izobraževanje medicinskih sester na področju paliativne oskrbe, za kar pa je poskrbljeno tudi pri nas v Sloveniji.

Psihološki, eksistencialni ali duhovni vidiki ob koncu življenja niso dovolj dobro obravnavani. Medicinske sestre, ki največ časa preživijo s pacienti, morajo biti odprte za komunikacijo ter prepoznati, kdaj pacient doživlja duševno stisko ali trpljenje. Pomembno je, da medicinske sestre razumejo lasten odnos do izgube zato, da bi lahko pacienta kakovostno obravnavale (Simonič, 2009). Ključnega pomena za uspešno paliativno oskrbo je pravilna ocena preživetja, prepoznavanje umiranja in pravočasen začetek oskrbe. Najpomembnejši in največji del paliativne oskrbe predstavljata zdravstvena nega in vključenost medicinskih sester v oskrbo umirajočega. Cilj medicinskih sester pri paliativni oskrbi je, da moramo zagotoviti občutek varnosti, bližine in topline. Ker pa je paliativna oskrba naporna tudi za zdravstveno osebje, lahko pride tudi do izgorevanja. Izgorevanje zdravstvenega osebja preprečujemo s stalnim izobraževanjem na področju paliativne oskrbe in s supervizijo (Benedik, 2011).

Zaradi večanja števila starejših pacientov s kroničnimi in neozdravljivimi boleznimi se skrb za umirajoče paciente širi. V sedanjih časih se zato medicinske sestre kot tudi drugi zdravstveni delavci veliko zanimajo za pridobitev znanja o paliativni oskrbi. S pridobljenim znanjem lahko vplivamo na našo odgovornost do pacientov in njihovih svojcev. Paliativno oskrbo lahko začnemo uvajati, ko se nam zdi pravi čas za to. Pri nekaterih kroničnih neozdravljivih boleznih se lahko paliativne oskrbe lotimo že zelo zgodaj. Za paliativno oskrbo sta značilni dve stvari: lajšanje simptomov celostno v času

obravnave in ko pride do poslabšanja bolezni, da načrtujemo aktivnosti za preprečevanje trpljenja (Šeruga, 2011). To vključuje nadzorovanje simptomov, ki se pojavijo ob umiranju, da z nenadzorovanimi simptomi ne vplivamo na kakovost življenja in ne poslabšamo stanja ter povzročimo poznejši smrti. Z nadzorovanjem simptomov nadzorujemo bolečino. Nadzor bolečine ni samo zdravljenje z zdravili, ampak tudi več vidikov oskrbe s strani medicinskih sester. Za ustrezno nadzorovanje bolečine je potrebna skrbna ocena, da ne zgrešimo pravega vzroka bolečine. Prva ocena bolečine lahko v nadaljnje deluje kot merilo za določitev vpliva analgezije (Creedon & O'Regan, 2010).

Vloga medicinskih sester je pri temeljni življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje najpomembnejša, saj igra pomembno vlogo pri podpori in skrbi za umirajočega pacienta, od diagnoze do konca oskrbe. Zgodnje ugotavljanje prehranskega stanja in prehranske intervencije je treba izvajati v vseh zdravstvenih okoljih. Treba se je pogovoriti s pacientom in njegovimi svojci o postavljenih prehranskih ciljih. Cilje je treba pregledovati in prilagajati osnovni bolezni ter tako lahko zmanjšamo anksioznost in pacientovo stisko. Pri tem je potreben multidisciplinaren pristop. Pomembno je zgodnje odkrivanje podhranjenosti. Pregledovanje, svetovanje in podpiranje tistih pacientov, ki so izpostavljeni tveganju podhranjenosti, je naloga medicinskih sester. Večinoma zasledimo, da ob koncu življenja prehransko podporo agresivno dodajajo pacientom, ampak ob koncu življenja to pogosto ni primerno (Gillespie & Raftery, 2014).

Znanje in vloga medicinskih sester v paliativni zdravstveni negi sta zelo pomembni. Vendar ugotavljamo, da danes ob koncu življenja, umiranju še vedno preveč ljudi trpi. Za to sta kriva dva razloga. Prvi razlog je premalo znanja s strani medicinskih sester in zdravstvenih delavcev glede ukrepov, ki lajšajo moteče simptome in znake ob koncu življenja. Drugi razlog za to pa je, da zdravstveni delavci ne zmanjšujejo psihosocialnih težav pacienta in njegovih svojcev. Zaradi svojega neznanja in neizobraženosti, večkrat pride tudi do prepogostega izvajanja nekoristnih ali celo škodljivih postopkov (Slak, 2011).

V drugem raziskovalnem vprašanju smo si zastavili cilj, da poizvemo, kako in kakšna je duhovna podpora umirajočih pacientov v enotah intenzivne terapije. Pri skrbi za

umirajočega pacienta zagotavljamo celostno oskrbo pacientov, kar vključuje fizično, psihosocialno in duhovno podporo. Za paciente je pomemben del duhovna podpora. Namen duhovne podpore je pomoč pacientom pri premagovanju občutkov nesmiselnosti, razumevanje pacientovega stanja, soočenje z neozdravljivo boleznijo ter podpora. Duhovna podpora pomaga pacientom kot tudi svojcem skozi težko življenjsko obdobje (Toman & Skela Savič, 2013). Abu-El-Noor (2016) in Toman & Skela Savič (2013) skozi raziskavo ugotavljajo, da večina anketirancev prepoznava duhovno potrebe s poslušanjem in opazovanjem pacientov ter skozi slutnjo. S temi ugotovitvami dokazujemo pomen komunikacije in medosebnih odnosov s pacientom in svojci. Pri prepoznavanju duhovnih potreb ugotavljamo tudi, kako pomemben je čas, ki ga medicinska sestra preživi s pacientom (Toman & Skela Savič, 2013).

Abu-El-Noor (2013) je v študiji ugotovil, kako medicinske sestre v enotah intenzivne terapije razumejo in izvajajo duhovno oskrbo ob koncu življenja. Pogojev duhovnosti in duhovne oskrbe ni bilo možno opredeliti. V raziskavi so ugotovili, da so duhovne intervencije, ki so jih nudile medicinske sestre, izvirale predvsem iz religioznih praks. Primeri religioznih intervencij so vključevale molitev za paciente, pripravo in pomoč zavestnim pacientom za opravljanje vsakodnevne molitve. Primeri neverških intervencij so omogočili več obiskov, daljše bivanje za družinske člane in v nekaterih primerih so dovoljevali družinskim članom prenočitev čez noč.

Medicinske sestre se v Splošni bolnišnici Jesenice srečujejo z umiranjem tedensko in letno v enakem deležu (22 %). Več kot polovica medicinskih sester navaja, da se o smrti tudi pogovarja. Umiranje v bolnišničnih ustanovah postaja bolj vidno, predvsem zaradi vključevanja družine in svojcev v proces umiranja. Humana praksa narekuje, da se v ospredje postavi umirajočega človeka. Sedaj pa se vedno bolj uveljavlja spremljanje umirajočih s strani svojcev. Raziskava je pokazala, da se svojci velikokrat odločijo za spremljanje umirajočih pacientov. Informiranost pacienta in svojcev o bolezni in njihovi paliativni oskrbi je bolj slaba. Le tretjina odgovorov potrjuje zadovoljivo informiranost s strani zdravstvenih delavcev. V raziskavi smo se usmerili v duhovno oskrbo, ki jo izvaja duhovnik katoliške veroizpovedi. Celosten pristop k duhovni oskrbi pomeni, da se medicinska sestra seznanja z vero pacienta, duhovnikom, pozna njegove pristope in se osredotoči na duhovne potrebe pacienta. Vloga medicinskih sester ob opravljanju duhovne podpore je: omogočanje obiska duhovnika, možnost pogovora z njim na samem

ter omogočanje prejema zakramentov, če si le to želi pacient. Z raziskavo so ugotovili, da pri dobri petini anketirancev so prisotni predsodki o duhovnikih. Duhovna potreba je premalo prepoznavna v bolnišnici in zdravstveni tim ustrezno ne zadovoljuje potreb po duhovnosti, na kar kažejo rezultati raziskave. Več kot polovica zaposlenih (53 %) meni, da se duhovnost omogoča vedno, ko se izreče potreba po tem. Nekateri menijo, da se najprej izvedejo vse druge življenjske aktivnosti, na koncu šele duhovnost. Z raziskavo so ugotovili, da se duhovna oskrba zanemarija in se zagotavlja le redko (Šolar & Mihelič Zajec, 2007).

Duhovno podporo umirajočim pacientom naj nudijo vsi člani paliativnega tima ter podporo morajo izražati tudi svojcem pacienta. Za zagotavljanje kakovostne oskrbe naj duhovno oskrbo pacientu nudijo vsi zdravstveni delavci, bolnišnični duhovnik, prijatelji ter svojci pacienta. Medicinske sestre morajo vedeti, da duhovna oskrba ne pomeni samo izvajanja aktivnosti. Pri duhovni podpori je pomemben odnos medicinske sestre do pacienta. Anketiranci se pri izvajanju duhovne oskrbe največkrat srečujejo s pomanjkanjem časa in okoljem, ki ne podpira duhovne oskrbe. Paradoks zdravstvene industrije zahteva, da naredimo čim več s čim manj sredstvi in v čim krajšem času ter tako odriva duhovno oskrbo, ki zavzame kar dosti časa v kot. Področje duhovne podpore v Sloveniji ostaja največkrat spregledano (Toman & Skela Savič, 2013).

Znanje na področju paliativne nege lahko pri obravnavi kritično bolnih in umirajočih pacientov poenostavi delo medicinskih sester. Za učinkovito paliativno obravnavo je potrebno stalno izobraževanje in prenašanje prakse med medicinskimi sestrami obvezno. Pacienti in njihovi svojci si ob koncu življenja želijo kakovostno zdravstveno oskrbo. Zato moramo biti pozorni, da je paliativna oskrba umirajočega pacienta dobro vodena in tudi načrtovana. Če paliativna oskrba ne bi bila skrbno načrtovana, bi pacienti in svojci stremeli k nerealnim pričakovanjem in posledično tudi nerealnim odločitvam. Paliativna oskrba s pomočjo in znanjem tima želi doseči boljšo kakovost življenja in biti v podporo tako pacientu kot tudi njegovim svojcem (Vogrinčič Černezel, 2011).

2.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava se osredotoča na skrb za umirajočega pacienta v enotah intenzivne terapije glede doživljanja in lajšanja simptomov s strani medicinske sestre in znanje medicinskih sester o duhovni podpori. V svojo raziskavo niso vključene raziskave, ki bi bile v hierarhiji dokazov na najvišjem nivoju (nivo 1).

Splošno opisanega v slovenskem jeziku o paliativni oskrbi na oddelkih intenzivne terapije je bilo zelo malo. Več je napisanega na splošno o paliativni negi, bolj malo pa, kako to vrstno nego izvajajo v tujini. O znanju medicinskih sester pri prepoznavanju in lajšanju simptomov smo zasledili prav tako. Nekaj več smo našli o duhovni podpori in pomoči pacientu ob umiranju in zagotavljanju kakovostnega življenja. Dodatna omejitev raziskave je vključenost gradiv, ki so bila dostopna le v celotnem besedilu.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V diplomskem delu s sistematičnim pregledom literature smo obravnavali problematiko, ki je aktualna in s katero se čedalje več srečuje družba, zdravstveni sistem in zdravstveni delavci. Ugotovili smo, da je za kakovostno skrb umirajočega pacienta v enotah intenzivne terapije potreben holističen pristop. Potrebna je vse več izobraževanja zdravstvenih delavcev, ker je zahteva po paliativni oskrbi vse večja.

Za izboljšanje kakovosti paliativne oskrbe v enotah intenzivne nege bi lahko opravili veliko več raziskav o soočenju medicinskih sester s prepoznavanjem potreb, simptomov in etičnih dilem pri delu z umirajočimi pacienti.

3 ZAKLJUČEK

Neozdravljive bolezni vodijo paciente v proces umiranja, kar je temelj paliativne oskrbe, ki daje poudarek na celotni oziroma holistični obravnavi. V enotah intenzivne nege in terapije se večinoma izvaja akutna obravnava z agresivnimi postopki zdravljenja, kar povzroča nepotrebno trpljenje, zmanjša kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih svojcev, tudi ko so vse možnosti ozdravitve izčrpane.

S pregledom literature smo ugotovili, da skrb za umirajočega v enotah intenzivne terapije temelji na tem, da medicinske sestre storijo vse, kar je v njihovi moči, da zagotovijo kakovostno življenje. Za uvajanje paliativne oskrbe v enotah intenzivne nege in terapije v tujini pa tudi v nekaterih naših zdravstvenih ustanovah odkrivajo programe, ki bi pripomogli k izboljševanju zdravstvene nege umirajočih. Programi prispevajo k nenehnemu izobraževanju multidisciplinarnega tima pri poznavanju dovolj zgodnje in strokovne paliativne oskrbe. Eden od teh programov, ki smo jih zasledili, je IPAL-ICU. Ta program nam omogoča, da v enotah intenzivne terapije čim hitreje odkrijemo umirajočega pacienta.

Pri pregledu literature smo ugotovili, da skrb za umirajočega v enotah intenzivne terapije temelji na delu medicinske sestre, saj največ časa preživijo z njim. Pri izvajanju zdravstvene nege ob postavljanju negovalnih problemov, intervencijah z jasno postavljenimi cilji za zagotavljanje boljše kakovosti življenja se srečuje z etičnimi dilemami. Pri umirajočih pacientih v enotah intenzivne terapije moramo paciente obravnavati celostno. To pomeni, da poskrbimo za fizično, psihično in tudi duhovno podporo pacientov in tudi njihovih svojcev. Pri fizični podpori se srečamo s tremi najpogostejšimi simptomi umiranja: dispneja, bolečina in okrnjen vnos hrane in pijače. Bolečina je pri umirajočih pacientih pogosta kar v 50 do 70 %. Pri lajšanju bolečine so medicinske sestre najpomembnejši dejavnik, ker največ časa preživijo s pacientom. Pri fizični podpori se v enotah intenzivne terapije srečujejo z etičnimi dilemami. Etično dilemo največkrat srečamo pri okrnjenem vnosu hrane, ker umirajoči pacienti naj ne bi čutili lakote in je dokazano, da jim vnos hrane lahko stanje le poslabša. Po navadi vnašajo hranilne snovi in hidrirajo pacienta samo z razlogom, da zadovoljijo svojce. In do tega pride največkrat zato, ker medicinske sestre v enotah intenzivne terapije prav zaradi

pomanjkanja časa ne posvečajo dovolj pozornosti duhovni podpori pacienti in svojcem. Duhovna podpora pri umirajočem pacientu v zadnjih dnevih pomeni največ. Pri duhovni podpori se moramo posvetiti pacientu in se z njim pogovarjati, odkriti njegove strahove in mu pri tem pomagati. Pri svojcih pa je prav tako.

V diplomskem delu smo se v večini osredotočili na problem, ki je v današnjih časih čedalje več prisoten in potreba po njem se veča. Z vidika pomembnosti znanja in izobraževanja o paliativni negi v enotah intenzivne terapije in duhovni podpori ob koncu življenja, lahko z našimi ugotovitvami pripomoremo k izboljšanju. Zaposlene v zdravstveni negi moramo o tem problemu seznanjati in poučevati ter jih spodbujati k temu, da razvijamo programe, kjer bi v enotah intenzivne terapije lahko posvetili več pozornosti in časa umirajočim pacientom. Kljub temu menim, da bi na tem področju lahko izvedli še dodatne raziskave, z vidika razumevanja paliativne oskrbe in oskrbe ob koncu življenja intenzivnih medicinskih sester.

4 LITERATURA

Abu-El-Noor, N., 2016. ICU Nurses' Perceptions and Practice of Spiritual Care at the End of Life: Implications for Policy Change. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1), pp. 1091-1098.

Aslakson, R.A., Curtis, J.R. & Nelson, J.E., 2015. The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(11), pp. 2418-2428.

Benedik, J., 2011. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija*, XV(1), pp. 52-58.

Skela Savič, B. & Emedi, D., 2015. Povezave med razjedo zaradi pritiska in ohranjanjem integritete kože pacienta v intenzivni zdravstveni obravnavi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 306-319.

Creedon, R. & O'Regan, P., 2010. Palliative care, pain control and nurse prescribing. *Nurse Prescribing*, 8(6), pp. 257-264.

Červ, B., 2009. Etični vidiki paliativne oskrbe. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvorščak, eds. *Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo: Zbornik predavanj. Ljubljana, 23. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 56-64.

Ećimović, P., Lahajnar-Čavlovič, S. & Kompan, L., 2009. Paliativna oskrba v intenzivni medicini - Prikaz primera in pregled literature. *Zdravniški Vestnik*, 78(5), pp. 255-259.

Efstathiou, N. & Walker, W., 2014. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21/22), pp. 3188-3196.

El Hage Meyer de Barros Gulini, J., Pereira do Nascimento, E.R., Duarte Moritz, R., Martins da Rosa, L., Rippel Silveira, N. & Ambrosina de Oliveira Vargas, M., 2017. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51(25), pp. 3061-3067.

Gillespie, L. & Raftery, A., 2014. Nutrition in palliative and end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 19(7), pp. 15-20.

Grosek, Š., Grošelj, U. & Oražem, M., 2015. *Etična priporočila za odločanje o zdravljenju in paliativni oskrbi bolnika ob koncu življenja v intenzivni medicini*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Jakovljević, M. & Puh, P., 2014. Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z vidno analogno lestvico. *Fizioterapija*, 22(2), pp. 46-55.

Lahajnar Čavlovič, S., Krčevski Škvarč, N., Stepanovič, A. & Tavčar, P., 2015. *Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom*. Ljubljana: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine SZZB, Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, p. 8.

Mun, E., Nakatsuka, C., Umbarger, L., Ruta, R., Mccarty, T., Machado, C. & Ceria-Ulep, C., 2017. Use of Improving Palliative Care in the ICU (Intensive Care Unit) Guidelines for a Palliative Care Initiative in an ICU. *The Permanente Journal*, 21(11), pp. 16-37.

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

Slak, J., 2011. Zdravstvena nega bolnika ob koncu življenja. In: T. Žontar & A. Kvas, eds. *Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika: Zbornik prispevkov z recenzijo XXVIX. strokovno srečanje. Šmarješke Toplice, 11. november 2011.* Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 21-54.

Šeruga, M., 2011. Paliativna oskrba nerakavih kroničnih bolnikov. In: T. Žontar & A. Kvas, eds. *Zbornik prispevkov z recenzijo XXVIX. strokovno srečanje. Šmarješke Toplice, 11. november 2011.* Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 5-14.

Šolar, B. & Mihelič Zajec, A., 2007. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(3), pp. 137-146.

Toman, B. & Skela Savič, B., 2013. Razumevanje in pomen duhovnosti in duhovne oskrbe v paliativni zdravstveni negi. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc, eds. *Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi: Zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 6. –7. junij 2013.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 228-233.

Vogrinčič Černezel, A., 2011. Vloga medicinske sestre pri vključevanju bolnika s srčnim popuščanjem v paliativno oskrbo. In: T. Žontar & A. Kvas, eds. *Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika: Zbornik prispevkov z recenzijo XXVIX. strokovno srečanje. Šmarješke Toplice, 11. november 2011.* Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 15-16.