



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOSI MED MEDICINSKO SESTRO IN
DRUŽINSKIMI ČLANI KRITIČNO BOLNEGA
V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE**

**RELATIONSHIP BETWEEN NURSES AND
FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL
PATIENTS AT THE INTENSIVE CARE UNIT**

Mentor: Mateja Bahun, pred.

Kandidat: Petra Valjavec

Jesenice, november, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici ga. Mateji Bahun, pred., za potrpežljivost in pripravljenost svetovati, njeni predlogi so bili izredno dobrodošli.

Zahvaljujem se recenzentoma, ki sta s svojimi komentarji močno vplivala na končno vsebino pričujočega diplomskega dela.

Posebna zahvala gre tudi mojim kolegom iz poklicnih vrst, s katerimi smo skupaj »gulili« klopí na FZJ, še posebej Renati, Danetu in Ireni, saj so mi bili navdih in motivacija ves čas študija.

Tudi podpora in potrpljenje vodstva Splošne bolnišnice Jesenice zaslužita izraz moje hvaležnosti.

Hvala sestrici Anji za pomoč pri oblikovanju končne podobe diplomskega dela, ker mi računalništvo ni ravno v krvi.

Hvala celotni družini, za podporo in potrpljenje.

Hvala Gregu za vztrajanje pri odločanju, sicer še danes ne bi izpolnila vpisne pole za študij.

Še posebej hvala pa mojima dekletoma, Lii in Nii, ki sta del svojega otroštva odstopili za moj študij.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Delo medicinske sestre v enoti intenzivne terapije, poleg fizične obremenjenosti prinaša tudi določen psihološki pritisk, katerega dobršen del izhaja iz odnosov z družinskimi člani kritično bolnih pacientov. V teh odnosih je potrebno ne samo znanje komunikacijskih veščin, temveč tudi spopadanje z lastnimi dilemami in stresom. V naših zdravstvenih ustanovah še vedno ni urejena psihološka podpora.

Cilj: Opredeliti kolikšen je med zaposlenimi v enotah intenzivne terapije nivo zavedanja o potrebah družinskih članov kritično bolnega pacienta, s katerimi etičnimi dilemami se srečujejo pri svojem delu in do katerih konfliktov najpogosteje prihaja v odnosih s pacientovimi svojci ter ugotoviti potrebo po nudenju strokovne psihološke pomoči tako pacientom, kot tudi njihovim svojcem in zaposlenim.

Metoda: Uporabili smo kvalitativno raziskovalno metodo. Podatke smo zbirali s pomočjo pol strukturiranega intervjuja. Vzorec je zajemal 12 zaposlenih diplomiranih medicinskih sester v obeh enotah intenzivne terapije Splošne bolnišnice Jesenice. Besedila intervjujev smo analizirali z metodo odprtega kodiranja.

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali zavedanje zaposlenih v enotah intenzivne terapije o potrebah svojcev kritično bolnih/poškodovanih pacientov, hierarhično razporeditev teh potreb, pa tudi stopnjo stresa in pojav etičnih dilem pri delu s svojci. Poleg tega so pokazali tudi potrebo po uvedbi psihološke pomoči. S transkripcijo intervjujev smo v procesu kvalitativnega raziskovanja dobili 95 kod, ki smo jih oblikovali v 6 podkategorij in 18 kategorij.

Razprava: Medicinske sestre v enotah intenzivne terapije se v odnosih s svojci kritično bolnih pacientov, zavedajo potreb le teh in jih tudi poskušajo zadovoljevati v okviru svojih zmožnosti. V teh odnosih se pogosto srečujejo z različnimi težavami, ki pa jih rešujejo večinoma v okviru tima, saj nimajo zagotovljene nobene strokovne pomoči. Potrebe po tej niti ne izražajo, se jim pa zdi nujna uvedba psihološke pomoči za paciente in njihove svojce. V ta namen bi bile potrebne nadaljnje raziskave, ki bi dodatno potrdile potrebo po ureditvi takšne pomoči v splošnih bolnišnicah.

Ključne besede: kritično bolan pacient, enota intenzivne terapije, odnosi s svojci pacienta, etične dileme v odnosih, komunikacija

ABSTRACT

Background: In addition to the physical demands brought on by nursing work in intensive care units (ICU), there is also a certain amount of psychological pressure mostly stemming from relationships with family members of critically ill patients. In managing these relationships, it is necessary for nurses to not only have communication skills, but also to deal with their own dilemmas and stress. In Slovenian healthcare institutions, expert psychological support is still not regulated.

Aims: The aim of the thesis was to identify, in ICU employees, the level of awareness about the needs of family members of critically ill patients, which ethical dilemmas ICU employees encounter and which conflicts most often arise in relationships with patient's family members, and to determine the need for offering professional psychological help to everyone involved—patients, their relatives and employees.

Methods: A qualitative research design was employed. Data were collected using a semi-structured interview. The sample included 12 RNs employed in both intensive care units of the Jesenice General Hospital. The interview materials were analysed with the method of open coding.

Results: The results revealed that ICU nursing employees are aware of the needs of relatives of critically ill/injured patients, of the hierarchy of these needs, the level of stress involved, and the emergence of ethical dilemmas in working with family members. Moreover, respondents also expressed the desire for the introduction of psychological assistance. Interview transcription conducted in the process of qualitative research yielded 95 codes that generated 6 sub-categories and 18 categories.

Discussion: In their relationships with family members of critically ill patients, ICU nurses are aware of family members' needs and also try to meet them as much as possible, particularly concerning work organization and staffing. In these relationships, nurses often face different problems, including ethical dilemmas. When settling them, they rely mainly on the healthcare team because they do not have any professional help available. Despite not expressing the desire for such help for themselves, they feel that it would be necessary for patients and their family members. Further research is required to substantiate the need for introducing psychological support for everyone involved in general hospitals.

Keywords: critically ill patient, intensive care unit, relationships with patient's relatives, ethical dilemmas in relationships, communication

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 POTREBE DRUŽINSKIH ČLANOV PACIENTA	3
2.1.1 Umirajoči pacient in njegova družina	7
2.1.2 Otroci kot pacienti v enotah intenzivne terapije	8
2.2 ETIČNE DILEME IN STRES	8
2.2.1 Etika in etične dileme	8
2.2.2 Stres	12
2.2.3 Psihološka pomoč	12
2.3 NA DRUŽINO USMERJENA ZDRAVSTVENA NEGA	13
3 EMPIRIČNI DEL	16
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	18
3.4 REZULTATI	19
3.5 RAZPRAVA	26
4 ZAKLJUČEK	34
5 LITERATURA	35
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	
6.1.1 Intervju- vodilna vprašanja	

KAZALO TABEL

Tabela 1: V kolikšni meri se zaposleni v enotah intenzivne terapije Splošne bolnišnice Jesenice zavedajo potreb svojcev kritično bolnega/poškodovanega pacienta?	19
Tabela 2: Katere so najpogostejše potrebe svojcev kritično bolnega/ poškodovanega pacienta, po mnenju zaposlenih v enotah intenzivne terapije?.....	20
Tabela 3: Kolikšna je pojavnost etičnih dilem med zaposlenimi in v kolikšni meri zaposleni občutijo stres pri zdravstveni negi kritično bolnega/poškodovanega pacienta, predvsem v odnosih z njegovimi družinskimi člani?	22
Tabela 4: Kakšne so razlike v pojavljanju etičnih dilem med Enoto intenzivne terapije operativnih strok in Internistično intenzivno terapijo?.....	24
Tabela 5: Kakšna je po mnenju zaposlenih, potreba po nudenju psihološke pomoči svojcem kritično bolnega/poškodovanega pacienta, pacientu in zaposlenim?	25

1 UVOD

Ljudje se kritično poškodujejo ali zbolijo največkrat brez opozorila, zato se člani njihovih družin pogosto počutijo zapuščene, ranljive, predvsem pa nemočne, s pomanjkljivim vedenjem o tem, kaj lahko pričakujejo od same bolezni/poškodbe, samem poteku zdravljenja, možnih izidih in tudi od zaposlenih v enotah intenzivne terapije.

Enota intenzivne terapije je organizacijsko, kadrovsko in prostorsko samostojna enota v bolnišnici. Namenjena je kritično bolnemu/poškodovanemu pacientu in mu zagotavlja izkoristek vseh terapevtskih možnosti, za začasno nadomestitev motenih ali že prekinjenih funkcij posameznih organov, ob hkratnem zdravljenju osnovne bolezni, ki je te motnje povzročila (Kremžar, 2011). Okolje v enotah intenzivne terapije združuje delo osebja z visoko tehnologijo aparatov za potrebe pacientov. Tim je multidisciplinaren, sestavljajo ga zdravniki, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in zdravstveni tehniki ter fizioterapevti, od katerih ima vsak svoje formalno znanje in je kompetenten za svoje področje dela (Cerović, 2009). Glede na potrebe posameznega pacienta pa se v tim vključujejo tudi strokovnjaki drugih, specialnih področij, na primer laboranti, rentgenski tehniki, dietetik, ipd.

Kritično bolan/poškodovan pacient je v enoto intenzivne terapije sprejet zaradi nestabilnega zdravstvenega stanja, s pridruženo odpovedjo ali zmanjšanim delovanjem enega ali več življenjsko pomembnih organov in velike nevarnosti za pojav dodatnih, hujših zapletov. Pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih aktivnosti, je popolnoma ali delno odvisen od pomoči medicinskega osebja. Skrb za zadovoljevanje teh aktivnosti pa je v procesu zdravstvene nege potrebno načrtovati v skladu z medicinsko diagnozo in upoštevanjem timskega pristopa dela (Kodila, 2008).

Za pacientove bližnje pomeni sprejem svojca v enoto intenzivne terapije kaotično situacijo, saj se poleg skrbi za bližnjega soočajo še z lastnimi strahovi pred spremembo v življenju ali celo izgubo ljubljene osebe. Prav tako se srečajo še z visoko tehnološkimi aparaturnami in posebnimi pravili, ki veljajo v takšnih enotah (Hughes, et al., 2005). Poleg tega pa se pri pacientovih družinskih članih pojavljajo potrebe, ki jih mora

medicinsko osebje prepoznati in jih zadovoljevati v največji možni meri. Torej ne gre le za skrb za pacienta, temveč tudi njegovo družino. Med osnovnimi potrebami družine je možnost dostopa do pacienta, torej ohranjanje bližine in povezanosti. Poleg tega pa družinski člani potrebujejo občutek varnosti in zaupanja v zdravstvene delavce in njihovo delo. Hkrati pa je ena glavnih potreb družinskih članov pacienta informiranost o njegovem zdravstvenem stanju, poteku zdravljenja in prognozi (Mitchell & Chaboyer, 2010).

Skrb za kritično bolnega/poškodovanega pacienta je torej zahtevna in kompleksna, saj ne zadeva le samega zdravljenja in zdravstvene nege, temveč tudi vpliv družinskih članov na situacijo in obratno (Crunden, 2010 cited in Mitchell & Chaboyer, 2010). Zaradi vsega omenjenega torej za zaposlene ne pomeni samo fizičnih obremenitev, temveč predvsem velik psihološki pritisk in je pogosto tudi izvor stresa.

2 TEORETIČNI DEL

Osnovno poslanstvo medicinske sestre je zdravstvena nega pacienta in zadovoljevanje njegovih potreb, pa vendar se mora kot izvajalka holistične zdravstvene nege, posvečati tudi potrebam njegovih družinskih članov in jim nuditi podporo pri soočanju z situacijo v kateri so se nepričakovano znašli. Vse to pa lahko zagotovi le z dobrim obvladovanjem komunikacijskih veščin in predvsem veliko mero empatije (Lihteneker, 2012). Prav to je še posebej pomembno pri stikih s svojci kritično bolnega/poškodovanega pacienta v enotah intenzivne terapije. Pomanjkanje teh znanj lahko privede do motenj v odnosih, ki lahko vodijo v osebne stiske in so povzročitelji stresa pri vseh udeležencih v procesu zdravstvene nege.

2.1 POTREBE DRUŽINSKIH ČLANOV PACIENTA

V kompleksnosti zdravstvene nege kritično bolnega/poškodovanega pacienta, ko je le ta usmerjena na pacienta, so njegovi družinski člani in njihove potrebe pogosto spregledani. Agard in Harder (2007) v svoji raziskavi ugotavljata, da do tega prihaja tudi zato, ker družinski člani pacienta svojih potreb pogosto ne morejo izraziti, se jih sami niti ne zavedajo ali jih celo zatrejo, ker tudi sami v ospredje postavljajo pacienta. Prav tako pri zaposlenih v enotah intenzivne terapije te potrebe niso postavljene v ospredje, saj zaradi fizičnih obremenitev pogosto zmanjkuje časa za ukvarjanje s pacientovimi družinskimi člani. Poleg tega za zaposlene stik s svojci pomeni veliko vprašanj, na katere pogosto zaradi svojih omejenih kompetenc ne morejo oziroma ne smejo odgovoriti, kar pomeni dodaten stres, družinski člani pacienta pa izmikanje odgovorom pogosto povezujejo s slabo profesionalnostjo in tudi pomanjkljivim znanjem zaposlenih. V proces informiranja je medicinska sestra vključena s svojimi osebnimi in poklicnimi vrednotami, moralno občutljivostjo, sposobnostjo presoje in intuicijo (Bohinc, 2003). Medicinska sestra v okviru svojih kompetenc lahko svojcem podaja informacije o fizičnem stanju pacienta ter o načrtu in intervencijah zdravstvene nege, za vse ostale informacije v povezavi z zdravljenjem, pa je pristojen zdravnik, kar v 51. členu določa tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti (2004). Hasse (2013) pa poudarja, da je medicinska sestra pri posredovanju informacij tista, od katere svojci pacienta pričakujejo razlago nerazumljivega medicinskega žargona, enostavno razlago

preiskav ter tudi mnenje o spremembah kvalitete življenja, glede na bolezen ali poškodbo. V teh pogovorih medicinska sestra lahko pridobiva na zaupanju, seveda s strokovnim znanjem, saj je za svojce pacienta to pokazatelj kakovostne in strokovne oskrbe, ki jih pomirja in krepi zaupanje v celoten zdravstveni tim.

Plakas, et al. (2009) so z raziskavo v Grčiji prišli do rezultatov, da družinski člani pacienta najbolj potrebujejo informacije o zdravstvenem stanju in prognozi, stalen kontakt z zdravnikom, možnost pogostejših obiskov ter zavedanje, da je za njihovega svojca dobro poskrbljeno, predvsem pa, da le ta ne trpi bolečin. Podobno potrebe razvrščata tudi Agard in Harder (2007) za Dansko, ki pa obenem poudarjata tudi potrebo svojcev čutiti upanje. Hkrati si želijo takojšnje obveščenosti ob spremembi zdravstvenega stanja, predvsem pa, da so informacije podane na preprost in razumljiv način. V raziskavi na Poljskem pa so avtorji prišli do zaključka, da družinske člane kritično bolnega/poškodovanega pacienta večkrat zmoti tudi podajanje informacij s strani različnih zdravnikov, kar zmanjšuje njihovo zaupanje. Moteče je tudi to, da z zdravnikom ne morejo govoriti na samem, v krogu družine, v prostoru namenjenem pogovoru, temveč po navadi ob pacientu (Basinska, et al., 2011).

Družinski člani kritično bolnega/poškodovanega pacienta, potrebujejo čas in tudi pomoč pri prilagajanju novo nastali situaciji. V procesu prilagajanja so ključni trije elementi in sicer vzdrževanje družinske povezanosti, tolažba ter prizadevanje za obnovitev družinskega življenja pod novimi pogoji. Podpora in vzpodbujanje odprte komunikacije, je ključnega pomena za dobro prilagoditev družine, ki je pacientovim družinskim članom lahko v pomoč ne le med bivanjem pacienta v enoti intenzivne terapije, temveč tudi kasneje po njegovem odpustu ali celo v primeru smrti (Soderstrom & Saveman, 2009). Maxwelova, et al. (2007) ugotavljajo, da je zelo pomembno strategijo v odnosih z družinskimi člani kritično bolnega/poškodovanega pacienta, usmeriti v izboljšanje komunikacije med zaposlenimi v enotah intenzivne terapije in svojci pacienta, saj prijateljski odnos, ki temelji na zaupanju, lahko izboljša vpogled v potrebe družinskih članov pacienta in s tem pomembno vpliva tudi na kakovost zdravstvene nege ter ne nazadnje na zadovoljstvo pacientovih družinskih članov.

Williamsova (2005) raziskava o prispevku vključevanja družinskih članov v zdravstveno nego pacientov v enoti intenzivne terapije na Irskem, poleg uvodoma omenjenega ugotavlja povečan psihološki pritisk na pacientovo družino, kot posledico spremembe socialnega in ekonomskega položaja ter potrebnih prilagoditev na nastalo situacijo. Za pacientove družinske člane predstavlja velik stres že sama bolezen/poškodba svojca in sprejem v bolnišnico, še posebej kadar gre za enoto intenzivne terapije. Avtor izpostavlja tudi strukturne spremembe v družini ter poudarja dodatno obremenitev, ki jo predstavlja potrebno prevzemanje odgovornosti in odločanja v imenu pacienta. To je posebej očitno v situacijah, ki se lahko končajo s smrtjo ali trajnimi posledicami. Po sprejemu pacienta v enoto intenzivne terapije pogosto družinski člani postanejo edini glas pacienta, kar pomeni, da so postavljeni v vlogo, ko postanejo njegovi varuhi, s čimer pa prevzemajo tudi odgovornost. Pri tem se srečujejo z dilemami, saj so razpeti med lastnimi željami in pričakovanji in tem, kakšne bi bile potrebe in želje pacienta, če bi jih lahko izrazil (Maxwell, et al., 2007). Hasse (2013) v svojem članku o na pacienta usmerjeni zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije tako ugotavlja, da je še posebej prisotna prizadetost družine pri kritično poškodovanih pacientih, ko do izgube nadzora pride nenadoma, zaradi česar je izkušnja z enoto intenzivne terapije zanje še posebej travmatična. Prav zato poudarja pomen psihološke podpore, ne samo pacientu in svojcem, temveč tudi zaposlenim. Garrouste-Orgeas s sodelavci (2010) so tako z raziskavo med družinskimi člani kritično bolnih/poškodovanih pacientov v Franciji ugotovili, da jih kar 33% kaže simptome depresije, anksioznosti in celo posttravmatskega stresa in sicer še tri mesece po zaključku hospitalizacije.

V raziskavi o izkušnjah svojcev umetno ventiliranih pacientov na Švedskem avtorji Karlsson, et al., (2010) zaključujejo, da je za družinske člane pacienta najpomembnejši osebni stik, saj kljub povzročanju trpljenja ohranja upanje. Svojci imajo občutek, da bodo razbrali dobre znake, ko bodo ob pacientu, pomaga jim prenašati negotovost, hkrati pa s tem ohranjajo povezanost družine. Tako ugotavljajo, da so zato svojci ob nezavestnih, umetno ventiliranih pacientih prestrašeni, saj zaradi nezmožnosti komuniciranja z njim, izgubljajo upanje. Dreyer in Nordvedt (2007, cited in Karlsson, et al., 2010) preko intervjujev s svojci pacientov v enoti intenzivne terapije ugotavljata, da

je svojcem težko doumljivo, da je pogosto potrebna sedacija pacienta z zdravili, saj mu ventilacija pri zavesti lahko povzroča dodatno trpljenje, tu pa gre za presojo zaposlenih, čigave potrebe, pacientove ali potrebe njegovih svojcev, postavijo na prvo mesto. Medicinske sestre, ki so največ ob pacientu so tiste, ki lahko vzpodbujajo svojce h komunikaciji s pacientom in jim pri tem pomagajo. Hkrati pa je zelo pomembno zagotavljanje zasebnosti v največji možni meri, saj je to ena od potreb pacientovih svojcev, ki je najpogosteje prezrta, hkrati pa jo je v enotah intenzivne terapije zaradi organizacijske in prostorske ureditve, največkrat težko zadovoljiti.

Zelo pomembna je psihična priprava svojcev pred prvim obiskom pri pacientu, ki je spremenjen fizično, ima moteno zavest, predvsem pa se nahaja v okolju, ki v svojih zbuja strah zaradi nepoznavanja. Svojcem je potrebno predstaviti možnosti sporazumevanja, jim odvzeti strah pred dotikom, jih pripraviti na stik s pacientom. Tu veliko vlogo odigrajo medicinske sestre zaposlene v enoti intenzivne terapije (Ivanušič & Železnik, 2000 cited in Lihteneker, 2011).

Odnosi s svojci kritično bolnega/poškodovanega pacienta, so zato za zaposlene v enotah intenzivne terapije poseben izziv, saj morajo poleg pacientovih potreb, ugotavljati in zadovoljevati tudi potrebe njegove družine (Lautrette, et al., 2007). Predvsem mora medicinska sestra pri svojem delu upoštevati dejstvo, da je situacija soočanja družine z enoto intenzivne terapije in stanjem pacienta unikatna, zato pri svojem delu ne more načrtovati procesa zdravstvene nege po nekem standardiziranem postopku in ne postavljati splošnih ciljev. Proces zdravstvene nege mora načrtovati individualno, glede na potrebe družine pacienta in v kolikor je možno skupaj z njo. Predpogoj pa je, da družino čim bolj spozna (Todorovič, 2014).

Globočnik Papugova (2007) v diplomskem delu ugotavlja, da že sama komunikacija s svojci kritično bolnega pacienta pri medicinskih sestrah sproža negotovost, čustvene stiske, predvsem pa strah pred reakcijo na bolezen oziroma stanje pacienta. Izrazi bolečine, žalosti, strahu in jeze s strani družinskih članov pacienta praviloma niso usmerjeni na medicinsko sestro, vendar povzročajo dodaten psihološki pritisk. Kadar

medicinska sestra nima zadostnega znanja v komunikaciji in odnosih, pa takšne situacije vodijo v stres in osebno prizadetost.

2.1.1 Umirajoči pacient in njegova družina

Posebno pripravo pa zahtevajo situacije, ko se življenje kritično bolnega/poškodovanega pacienta izteka. V Ameriški raziskavi o pripravi družinskih članov na smrt pacienta Kirchhoff in sodelavci (2003) tako navajajo, da je to še posebej pomembno, kadar je na družinskih članih pacienta odločitev o prenehanju umetne ventilacije. V takih primerih svojci najprej potrebujejo čas, da odločitev lahko sprejmejo, saj so do tega trenutka imeli upanje. Potrebno jim je ponuditi informacije o postopku, upoštevati njihove potrebe in želje, četudi niso neposredno izražene, vloga zaposlenih v enotah intenzivne terapije pa je, da jih pripravijo na sam proces umiranja, še posebej, če želijo biti v teh trenutkih ob pacientu. Navaja tudi, da sam proces pri družinskih članih sproža strah in je zanje stresen, saj se težko psihično pripravijo na smrt drage osebe.

Skrb za umirajoče paciente je poseben izziv za medicinske sestre v enotah intenzivne terapije, saj dejstvo, da kljub prizadevanjem celotnega zdravstvenega tima, pacient ne bo preživel, stresno vpliva na psihično stanje medicinskih sester in tudi na sam odnos s pacientom in njegovimi svojci. Smrt je pogosto sestavni del delovanja medicinskih sester, še posebej v enotah intenzivne terapije. Na medicinske sestre vpliva tako socialno, kot tudi psihološko. Izguba pacienta privede tudi pri medicinskih sestrah do žalovanja, ki pa je pogosto prikrito. Povzroča tudi občutke krivde, vprašanja o lastni strokovni usposobljenosti, dvom o lastni identiteti. Zaradi časovne obremenjenosti in občutka, da izrazov žalovanja ne sme pokazati, prihaja pri medicinskih sestrah pogosto do preobremenjenosti z žalostjo in smrtjo (Valiee, et al., 2012). To poudarja v svoji raziskavi o smrti in empatiji tudi Staytova (2008) in sicer, da pri pomanjkljivi podpori in vodenju, takšno zatajevano žalovanje pri medicinskih sestrah pogosto vodi v moralni stres in izgorevanje.

2.1.2 Otroci kot pacienti v enotah intenzivne terapije

Posebno poglavje zdravljenja kritično bolnih/ poškodovanih pacientov so otroci. Kritično bolni otroci imajo posebne potrebe, prav tako posebne pa so tudi potrebe njihovih družin. Otrokova bolezen povzroča pri starših negotovost, strah, pogosti pa so tudi občutki krivde, da za otroka nista dobro skrbela in ga varovala. Ti občutki so še bolj poudarjeni, ko se otrok znajde v enoti intenzivne terapije, priključen na aparate in je ogroženo njegovo življenje. Zaradi anatomskih, fizioloških, psiholoških in socialnih posebnosti, so spremembe pri otrocih pogosto hitrejše pa tudi usodnejše in zahtevajo hitro ukrepanje. Poleg otrokovih potreb pa morajo biti medicinske sestre v otroških intenzivnih terapijah še posebej pozorne na potrebe staršev, predvsem pa imeti dovolj znanja, da le tem nudijo potrebno podporo. Lubejeva (2014) navaja, da imajo starši otroka, ki je sprejet v enoto intenzivne terapije specifične potrebe, ki jih mora medicinska sestra prepoznati in jim ugoditi, kar staršem pomaga pri soočanju s situacijo. Cilj zdravstvene nege v otroških enotah intenzivne terapije, mora biti usmerjen na vzpostavitev partnerskega odnosa med medicinsko sestro, otrokom in njegovimi starši. Zdravstvena nega mora biti usmerjena na družino, saj je ta stalnica v otrokovem življenju. Staršem je potrebno omogočiti stik z otrokom, hkrati pa tudi skrb zanj, v tolikšni meri, kot je le mogoče, saj s tem ohranjajo starševsko vlogo (Baznik, 2005).

2.2 ETIČNE DILEME IN STRES

Pri delu medicinske sestre, kjer je opazen velik vpliv na življenje soljudi, je poleg velike odgovornosti, pomembna tudi etična drža, ki pa izhaja iz osebnih moralnih vrednot posameznika. Poseganje v človeško intimo zahteva vzpostavitev zaupnega, profesionalnega odnosa s pacientom, upoštevanje etičnih in moralnih načel, osnovnih človekovih pravic ter občutka za odgovornost (Lihteneker, 2012).

2.2.1 Etika in etične dileme

Zaposleni v zdravstveni negi so stalno razpeti med skrbjo za pacienta, izvajanjem posegov in intervencij, sodelovanjem z drugimi člani zdravstvenega tima ter svojci

pacienta. Pogosto se znajdejo v situaciji, ko se strokovno delo ne sklada s potrebami pacienta in/ali njegovih svojcev. Družinski člani pacienta težko razumejo nekatere postopke in posege, prestraši jih že sam pogled na svojca ter seveda okolje, predvsem pa pričakujejo stalno informiranost in odgovore na vprašanja, ki pa jim jih medicinska sestra v okviru svojih kompetenc ne more in ne sme posredovati. Svojci pacienta so zato pogosto nezaupljivi, nezadovoljni, včasih celo jezni, kar pa zaposlene dodatno obremeni s stresom, pojavijo se etične dileme (Buckley, 2011; McKiernan & McCarthy, 2010).

Etika se prepleta v vse vidike človeškega vedenja, nanaša se na standarde, ki vedenje upravljajo in vključuje pravila, ki ga opravičujejo. Osebna etika je skupek moralnih vrednot posameznika, potem pa je tu še profesionalna etika, pri kateri pa gre za dogovorjene standarde in pričakovano vedenje vseh članov določene poklicne skupine (Todorović, 2014). Etika v zdravstveni negi se v teoretičnih izhodiščih naslanja na etiko vrlin in etiko skrbi (Škerbinek, 2009). Za opravljanje kakovostne in varne zdravstvene nege je potrebno stalno dopolnjevati znanja, saj le tako lahko zdravstveni delavci zagotavljajo kompetentno in z etičnimi načeli skladno zdravstveno nego (Maze, 2009).

V zdravstveni negi ima etika pomembno vlogo, ki je posebej v ospredju pri kritično bolnih/ poškodovanih pacientih in umirajočih. Skozi zgodovino so se oblikovale različne etične teorije, katere zagovarjajo etične pristope zelo različno. Za zdravstveno nego sta v ospredju etika pravičnosti in etika skrbi. Etika pravičnosti je na načelih temelječa etika, ki poudarja samostojnost in avtonomijo posameznika. Združuje načela spoštovanja avtonomije, dobrodelnosti, neškodljivosti, pravičnosti, poleg tega pa vključuje tudi načela resnicoljubnosti, zaupnosti in zvestobe. Etiko skrbi prav tako določajo štirje elementi in sicer pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost (Kemp, 1999 cited in Červ & Klančnik Gruden, 2006). Prav tako Bratianu (2013) navaja štiri temeljne koncepte, ki so pomembni za profesionalno etiko v zdravstveni negi: spoštovanje pacientove avtonomije, vedenje v korist pacientu, ne škodovanje pacientu ter pravičnost do le tega. Na področju zdravstvene nege glavna etična načela opredeljuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Kodeks etike), ki ga je sprejela Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (Kodeks etike, 2014). Kodeks profesionalne etike je zbirka predpisov o etičnem

delovanju in zapis vodil, ki odražajo filozofijo zdravstvene nege. Vsako posamezno načelo opredeljujejo in pojasnjujejo standardi ravnanja. Namen kodeksa etike je pomagati medicinskim sestram pri oblikovanju etičnih vrednot in je vodilo in vzpodbuda pri delu v zdravstveni negi. Zaposlenim v zdravstveni negi nudi oporo pri oblikovanju moralnih stališč, je vir znanja in refleksije (Grbec, 2003).

Etične dileme se pojavijo predvsem v primerih, ko svojci pacienta niso zadostno informirani o zdravstvenem stanju pacienta, zdravljenju in prognozi, kar je še posebej v ospredju ob smrti pacienta (Pivač, et al., 2011). Podobno ugotavlja tudi Fanth (2013 cited in Todorovič, 2013), ki navaja, da se medicinske sestre pri svojem delu dnevno srečujejo z etičnimi dilemami, ne glede na področje dela. Največje etične dileme se prav gotovo pojavljajo v primerih, ko v poteku ali razpletu zdravljenja pride do navzkrižja etičnih načel, ki jih opredeljuje Kodeks etike ter osebnih prepričanj. To dobro opiše Todorovič (2014) v svojem diplomskem delu in sicer v primeru možganske smrti pacienta. Avtorica navaja, da v teh primerih pogosto prihaja do etičnih dilem, zaradi tehtanja o vzdrževanju življenja in na drugi strani kvalitete le tega. Ugotavlja, da se pri etični dilemi o vprašanju nadaljevanja ali opustitve zdravljenja, medicinska sestra že znajde v navzkrižju s prvim načelom Kodeksa, ki pravi: *»Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne navade, potrebe in vrednote (Kodeks etike, 2014)«*. Prav tako lahko pride do navzkrižja pri drugem načelu, ki pravi: *»Medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja (Kodeks etike, 2014)«*. Pri možganski smrti pacienta so njegovi družinski člani tisti, ki sprejmejo odločitev o nadaljevanju zdravljenja, četudi je bila pacientova vnaprej izražena volja drugačna.

Podobno tudi Červ in Klančnik Gruden (2006) v svoji raziskavi o etičnih razmišljanjih v zdravstveni negi umirajočih, za vsako etično načelo Kodeksa podata primere kršitve le teh, ki se dogajajo pri kritično bolnih in umirajočih pacientih in se jih niti ne zavedamo. Načelo avtonomije je vprašljivo že v trenutku, ko pacient ni več zmožen samo odločanja, o njem odloča zdravstveno osebje in njegovi bližnji. Kljub želji delati dobro, je pogosto prizadeto pacientovo dostojanstvo ali pa so mu v tej želji povzročene dodatne

bolečine. Tudi načelo pravičnosti je težko zagotoviti, saj kljub standardizaciji postopkov, nihče ni sposoben za vsakogar skrbeti enako dobro. Resnicoljubnost v zdravstveni negi ima še posebno grenak priokus. Prvi razlog je neznanje o komunikaciji, ko se medicinske sestre izogibajo pogovorom o neprijetnih temah in jih zaključujejo z dajanjem večkrat lažnega upanja in vzpodbudo. Drugi razlog pa so pomanjkljivosti v timski obravnavi pacienta, ko medicinske sestre nimajo podatka o količini informacij, ki so jih prejeli pacient in njegovi družinski člani, zaradi česar so v stalnem strahu, da v pogovoru z njimi, ne bodo razkrile preveč in s tem prekoračile svojih pooblastil in kompetenc. Zaupnost pa je pogosto kršena prav zaradi osebnih stisk medicinskih sester, ko nimajo primerne podpore in znanj, da bi svoje tesnobne občutke in dileme razreševale na delovnem mestu, zato se pogosto zatekajo po pomoč in podporo v krog družine in prijateljev in nezavedno razkrivajo podatke o pacientih, za katere skrbijo.

Fošnarič (2010) v svojem magistrskem delu navaja, da medicinske sestre pri svojem delu pogosto naletijo na situacije, ko morajo sprejeti odločitve, ki so lahko vodstvene in strokovne. Največ pa je etičnih odločitev, zato mora biti medicinska sestra emocionalno zrela in stabilna oseba. Modelov etičnega odločanja je veliko, cilj procesa etičnega odločanja je spoznati in ločiti pravilno od nepravilnega v situacijah, ki nam niso znane. V zdravstveni negi sta najbolj pomembna dva modela etičnega odločanja in sicer:

- model štirih načel bioetike, ki temelji na spoštovanju avtonomije, ne škodovanju in spoštovanju dobrodelnosti in pravičnosti;
- model pravilnega sprejemanja odločitev katerega osnova je dogovor med medicinsko sestro in pacientom in poudarja neodvisnost, resnicoljubnost, dobrodelnost, svobodo, zasebnost in zvestobo (Tschudin, 2004).

Medicinska sestra je med vsemi člani zdravstvenega tima največ časa prisotna ob pacientu, pri čemer je v stalni interakciji tako z njim, kot tudi z njegovimi družinskimi člani. Pozna želje in potrebe družine, ki pa se ne skladajo vedno z odločitvami zdravnika, zaradi česar se pri medicinski sestri lahko pojavljajo moralne stiske (Kacin, 2012). To so razlogi, da se pri oskrbi pacientov, še posebej kritično

bolnih/poškodovanih, medicinske sestre pogosto srečujejo z etičnimi dilemami, ki ob ne zavedanju in ne reševanju, lahko vodijo v poklicni stres in izgorevanje.

2.2.2 Stres

Stres je odziv teles na določen stresni dejavnik, ki je lahko katerakoli sprememba v življenju, na katero se človek ne uspe prilagoditi. Stres se pogosto nalaga in s časoma lahko v telesu povzroči določene spremembe in celo bolezni (Balfour, et al., 2012). Delo v zdravstveni negi sodi med poklice z največ stresnimi dejavniki (Hutinski, 2014). Vzroki povezani s stresom pri teh poklicih so predvsem posledica obvladovanja človeških stisk, kadar je v nevarnosti zdravje ali celo življenje pacienta. Gre za situacije, ko zahteve delovnega okolja presegajo zmožnosti zaposlenih. V večini primerov gre za psihosocialni stres, kot posledica dela z ljudmi. Stalni stres pri zaposlenih v zdravstveni negi pa vpliva tudi na njihovo delo in s tem tudi na pacienta, saj zaradi upada motivacije lahko zdravstvena nega postane rutinska (Fidler, et al., 2010). Poleg tega vpliva na zdravstveno stanje zaposlenega, s tem tudi na manjšo koncentracijo in posledično privede lahko tudi do napak pri delu. Neuspešno spoprijemanje s ponavljajočim stresom pa pogosto privede do izgorevanja na delovnem mestu (Servan, 2010 cited in Hutinski, 2014). V svoji raziskavi o smrti in empatiji Staytova (2007) ugotavlja, da medicinske sestre svoje delo ocenjujejo kot čustveno, predvsem pa poudarjajo pomen vzpostavitve zaupanja s pacienti in svojci, informiranje le teh, empatijo, intimnost odnosov in pomen smrti. Iz tega izhaja, da so slabe novice, medosebni odnosi z družino pacienta in stalna prisotnost smrti, glavni viri stresa medicinskih sester v enotah intenzivne terapije. Bloomer s sodelavci (2013) v svoji raziskavi o skrbi za pacientove svojce pred in po smrti ugotavlja, da je delo v intenzivni terapiji ne samo fizično in umsko zahtevno, temveč prinaša predvsem tudi velike psihične obremenitve.

2.2.3 Psihološka pomoč

Delo v zdravstveni negi je emocionalno, saj temelji na delu z ljudmi. Čustva pomenijo človečnost ter vplivajo na pridobivanje lastnih izkušenj zaposlenega, kot tudi na uporabnike. Vendar je emocionalno delo kot segment zdravstvene nege v praksi pogosto prezrto, kar pa vodi v izpostavljenost stresu, ki se lahko odraža tako v

poklicnem kot tudi zasebnem življenju posameznika. Emocionalno delo ima pogosto negativne psihološke posledice na izvajalca le tega, predvsem gre za čustveno izčrpanost, otopelost, samo odtujenost in izgorelost (Hvalec, et al., 2012). Prav zaradi tega je pomembno, da imajo zaposleni v zdravstveni negi čas in možnost podpornega okolja, kjer lahko izrazijo svoja doživljanja in čustva v zvezi z delom (Huynh, 2008 cited in Hvalec, et al., 2012).

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2015) psihosocialne obremenitve na delovnem mestu vplivajo na izostajanje od dela, manjšo delovno storilnost in motivacijo za delo. Najpogostejše zdravstvene težave, ki se izražajo pa so stres, depresija in anksioznost. Poklice v zdravstvu raziskave uvrščajo med najbolj stresne, poleg vojakov, policistov, gasilcev, torej poklicev, kjer ne gre le za delo z ljudmi, temveč tudi za odgovornost za le te. Nacionalni inštitut za javno zdravje med najpogostejšimi vzroki za pojav stresa na delovnem mestu navaja naravno delo, kjer za čustveno obremenjujoča delovna mesta delodajalcem pri možnih ukrepih predlaga pomoč zunanje terapevtske službe.

V Sloveniji imata sistem pomoči urejen tako policija kot tudi vojska, uvedene pa so tudi smernice psihološke pomoči za reševalce v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. Smernice predlagajo tri stopnje psihološke pomoči in sicer kaj lahko stori posameznik zase, kako mu lahko pomagajo sodelavci, tako imenovani zaupniki in kakšno psihološko pomoč mu lahko dajejo strokovnjaki npr. psiholog, psihoterapevt (Lavrič, 2014). Za področje zdravstvene nege v javnih zdravstvenih zavodih pa to področje ni urejeno. Obstajajo le priporočila strokovnjakov delodajalcem in zaposlenim, tudi Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Ta je v okviru smernic za promocijo zdravja izdal tudi priročnik Duševno zdravje na delovnem mestu. Področje ureja Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011), ki delodajalcem nalaga zmanjševanje psihosocialnih dejavnikov tveganja in uvaja programe za promocijo zdravja. Tako za čustveno obremenjene poklice, kar poklici v zdravstvu vsekakor so, predvideva oziroma priporoča treninge sproščanja, asertivne komunikacije ter tudi pomoč zunanje terapevtske službe, predvsem v obliki supervizij zaposlenih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

2.3 NA DRUŽINO USMERJENA ZDRAVSTVENA NEGA

Sodobna zdravstvena nega je usmerjena na pacienta, kar pomeni zagotavljanje oskrbe ob spoštovanju pacientovih individualnih potreb, želja in prepričanj, ki so vodilo pri vseh kliničnih odločitvah (Ameriški inštitut za medicino, 2009 cited in Hasse, 2013). V enotah intenzivne terapije pa se pogosto pojavijo ovire, saj pacienti večinoma niso zmožni odločanja o sebi, zato je potrebno vključiti njihove bližnje, ki prevzamejo tudi del odgovornosti pri sprejemanju odločitev v imenu pacienta.

Na družino usmerjena zdravstvena nega (Family-centered care) je nov filozofski pristop, pri katerem celostna obravnava zajema ne le pacienta, temveč tudi njegovo družino, kar vodi v zadovoljstvo in dobro počutje vseh, hkrati pa omogoča aktivno udeležbo družinskih članov pacienta pri oskrbi svojca. Razvijati se je začela predvsem v enotah intenzivne terapije za nedonošenčke in otroke (Just Cushing, 2005) in na področjih paliativne oskrbe, torej na področjih, kjer je sodelovanje družine v procesu zdravljenja najtesnejše. Uspešno pa jo je mogoče uvajati tudi na ostala področja zdravstvene nege, tudi v enote intenzivne terapije za odrasle, saj gre za partnerstvo med pacientom, družino in medicinskim osebjem (Institute for patient and family-centered care, 2009). Na družino usmerjena zdravstvena nega je model oskrbe pacienta, ki temelji na načelu, da ima posameznikova družina velik vpliv na njegovo tako fizično, kot tudi psihično zdravje. Zajema tri glavne elemente in sicer medsebojno spoštovanje, sodelovanje in podporo (Shields & Tanner, 2004 cited in Mitchell & Chaboyer, 2010). Tako družina postane partner v skrbi za pacienta (Henneman & Cardin, 2002 cited in Mitchell & Chaboyer, 2010), zato je pomembno tudi spodbujanje izmenjave informacij med družinskimi člani pacienta in zaposlenimi. V raziskavi Huffines in sodelavci (Huffines, et al., 2013) poudarjajo velik pomen partnerstva med zdravstvenim timom, ki skrbi za kritično bolnega/poškodovanega pacienta in njegovimi družinskimi člani in sicer tudi pri odločitvah o zdravljenju ter načrtovanju intervencij zdravstvene nege. Pogoj za tako partnerstvo pa je odprta, odkrita obojestranska komunikacija in sicer že od prvega stika po sprejemu pacienta v enoto intenzivne terapije, krepiti in vzdrževati pa jo je potrebno ves čas hospitalizacije, zato so priporočljivi sestanki z družinskimi člani pacienta, v rednih časovnih terminih. Prav tako ista raziskava ugotavlja, da so družinski člani pacienta tudi opazovalci in je njihovo zadovoljstvo močno povezano z

občutki, ki jih dobijo z opazovanjem komunikacije in sodelovanja med člani zdravstvenega tima, ki skrbi za njihovega svojca. Dobra medsebojna komunikacija in odnosi med sodelavci, družinskim članom pacienta vlivajo zaupanje v celoten tim.

Francoska študija o mnenjih vseh udeležencev v procesu zdravstvene nege pacientov v enoti intenzivne terapije je pokazala, da je v družino usmerjena oskrba dobro sprejeta tako pri zaposlenih, kot tudi pri svojcih in pacientih. Družinski člani so se aktivno vključevali v manjše negovalne intervencije, kot so vlaženje ust in ustne votline ter preprečevanje razjed zaradi pritiska z masažo. Takšno vključevanje družinskih članov pacienta v zdravstveno nego, pri le teh zmanjšuje občutke nemoči in neuporabnosti, da jim resničen občutek, da so za svojega svojca naredili nekaj koristnega, da so doprinesli k izboljšanju njegovega počutja. Krepi se tudi občutek povezanosti družine (Mitchell & Chaboyer, 2010). Raziskava je tako dokazala ugoden vpliv vključevanja družine na počutje pacienta, pa tudi družinskih članov in zdravstvenega osebja. Ravno ta vključenost bi v sodobni zdravstveni negi morala stopiti v ospredje (Garrouste-Orgeas, et al., 2010). Vendar pa je za izvajanje takšne zdravstvene nege v praksi potrebna dobra organizacija dela v enoti intenzivne terapije, več časa za posamezno intervencijo in tudi potrpljenja, zato je pri zaposlenih pogosto slabše sprejeta.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil predstaviti delo medicinske sestre v enoti intenzivne terapije ter odnose in komunikacijo zaposlenih z družinskimi člani kritično bolnega/poškodovanega pacienta. Raziskati smo želeli, katera so tista področja v omenjenih odnosih, s katerimi imajo diplomirane medicinske sestre/ zdravstveniki v enotah intenzivne terapije težave, katere se najpogosteje pojavljajo in ali se v odnosih s svojci pacienta srečujejo z etičnimi dilemami in katerimi. Prav tako smo želeli preučiti odnos zaposlenih do uvedbe nudenja psihološke pomoči pacientu, svojcem in zaposlenim s strani strokovnjaka.

Cilji raziskave:

- ugotoviti nivo zavedanja o potrebah svojcev kritično bolnih/poškodovanih pacientov med zaposlenimi v obeh enotah intenzivne terapije v Splošni bolnišnici Jesenice, internistični intenzivni terapiji in enoti intenzivne terapije operativnih strok
- raziskati najpogostejše etične dileme do katerih prihaja v odnosih s svojci kritično bolnega/poškodovanega pacienta in pojavnost moralnega stresa pri zaposlenih v obeh enotah intenzivne terapije
- raziskati razlike v pojavnosti moralno-etičnih dilem med Enoto intenzivne terapije operativnih strok in Internistično intenzivno terapijo
- ugotoviti v kolikšni meri zaposleni v enotah intenzivne terapije izražajo potrebo po nudenju strokovne psihološke pomoči svojcem in zaposlenim

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. V kolikšni meri se zaposleni v enotah intenzivne terapije Splošne bolnišnice Jesenice, zavedajo potreb svojcev kritično bolnega/poškodovanega pacienta?
2. Katere so najpogostejše potrebe svojcev kritično bolnega/ poškodovanega pacienta, po mnenju zaposlenih v enotah intenzivne terapije?

3. Kolikšna je pojavnost etičnih dilem med zaposlenimi in v kolikšni meri zaposleni občutijo stres pri zdravstveni negi kritično bolnega/poškodovanega pacienta?
4. Kakšne so razlike v pojavljanju etičnih dilem med Enoto intenzivne terapije operativnih strok in Internistično intenzivno terapijo?
5. Kakšna je po mnenju zaposlenih, potreba po nudenju psihološke pomoči svojcem kritično bolnega/poškodovanega pacienta, pacientu in zaposlenim?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Diplomsko delo temelji na kvalitativni, neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja z izvedbo intervjujev in analizo le teh. Teoretični del zajema pregled literature iz pisnih virov domače in tuje strokovne literature ter strokovnih člankov in podatkov dostopnih preko svetovnega spleta. Iskanje smo časovno omejili na prispevke objavljene med leti 2005 do 2015. Za iskanje podatkov smo uporabili bibliografsko-kataložno bazo podatkov Cobiss.si ter mednarodne baze podatkov Science Direct, Chinahl in Medline. Ključne besede za iskanje po bazah podatkov so bile: enota intenzivne terapije, kritično bolan pacient, kritično poškodovan pacient, medicinska sestra in odnosi s svojci pacienta, komunikacija, medicinska sestra in etične dileme v odnosih. Ključne besede za pridobivanje literature v tujih bazah podatkov pa so bile: intensive care unit, critical ill patient, nurs and patient relatives, communication with patient relatives, etical dilemmas in nursing care.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Na osnovi ugotovitev pregleda domače in tuje strokovne literature, smo za raziskavo definirali vprašanja za nestandardiziran, pol strukturiran intervju, pri čemer nam je za vodilo služila iranska študija o doživljanjih medicinskih sester ob koncu življenja pri pacientih v enotah intenzivne terapije (Valiee, et al., 2012). Pri definiranju vprašanj smo se opirali tudi na članke Garrouste-Orgeas (2010), Crunden (2010) in Maxwell et al., (2007). Pol strukturiran intervju pomeni neposredno obliko spraševanja, pri čemer smo

si pomagali s seznamom vodilnih vprašanj na teme, o katerih smo želeli govoriti. V prvem delu smo pridobili podatke o delovnem mestu in delovni dobi intervjuvanca. V nadaljevanju pa so sledila vprašanja odprtega tipa, saj so tako imeli sodelujoči možnost prostih odgovorov, kljub temu pa smo dobili mnenja o vseh temah, ki so nas zanimale. Namenjena so bila ugotavljanju posebnosti v odnosih s svojci kritično bolnega/poškodovanega pacienta v okolju intenzivne terapije in zaznavanju potreb svojcev, prisotnosti etičnih dilem v odnosih ter psihični obremenjenosti ter morebitnem pojavu stresa in sicer na podlagi osebnih izkušenj in mnenj posameznega zaposlenega.

3.3.3 Opis vzorca

Za potrebe raziskave smo uporabili nenaključni, namenski vzorec intervjuvancev. S predhodno privolitvijo s strani vodstva Splošne bolnišnice Jesenice, smo individualno intervjuvali diplomirane medicinske sestre/ zdravstvenike zaposlene v obeh enotah intenzivne terapije v bolnišnici. Intervju smo izvedli s šestimi zaposlenimi iz posamezne enote, ko je prišlo do zasičenosti vzorca in so se odgovori pričeli ponavljati. Vsi sodelujoči so bili stari od 25-45 let, z dokončano vsaj visokošolsko izobrazbo in na tem delovnem mestu zaposleni najmanj 8 let. Med vsemi sodelujočimi so bili trije moški, žensk je bilo devet. Med sodelujočimi pri odgovorih ni bilo zaslediti razlik v povezavi z demografskimi podatki, zato le teh v rezultatih nismo prikazali. Za sodelovanje smo pridobili ustno soglasje sodelujočih. Anonimnost sodelujočih smo zagotovili s kodiranjem posameznega intervjuja za potrebe obdelave podatkov, prav tako pa v rezultatih nismo podali demografskih podatkov posameznika, temveč smo jih povzeli za skupino. Intervjuje smo snemali, o čemer so bili sodelujoči tudi predhodno obveščeni. Posnetke smo po končani transkripciji uničili.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

S pridobljenim Soglasjem zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela s strani vodstva Splošne bolnišnice Jesenice ter privolitvijo bolnišnične etične komisije za raziskavo, smo vabilo za intervju z obrazložitvijo in okvirnimi vprašanji razdelili zaposlenim osebno ter se dogovorili za termin izvedbe. Intervjuje smo s soglasjem sodelujočih posneli, da bi preprečili izgubo podatkov. Po opravljenih intervjujih smo

izvedli transkripcijo le teh. Z analizo vsebine smo v pridobljenih prepisih s ponavljajočim branjem iskali kode, bistvene sestavine podatkov in jih nato združili v skupine, oziroma oblikovali kategorije, kar nam je kasneje služilo za utemeljeno analizo dobljenih podatkov in interpretacijo rezultatov. Analiza vsebine pomeni strukturiranje podatkov in sicer na podlagi podatkov o posamezni kategoriji. Dobljeni podatki služijo kot izhodišče za povzemanje ugotovitev za posamezno kategorijo, hkrati pa jih v rezultatih služijo kot primerjava s teoretičnimi izhodišči (Kordež & Smrdu, 2015). Raziskava je potekala od februarja 2015 do julija 2015.

3.4 REZULTATI

Tabela 1 vključuje izjave intervjuvanih zaposlenih v obeh enotah intenzivne terapije na raziskovalno vprašanje: V kolikšni meri se zaposleni v enotah intenzivne terapije Splošne bolnišnice Jesenice zavedajo potreb svojcev kritično bolnega/poškodovanega pacienta? Izjave smo kodirali in te kode razvrstili v kategorije. Dobili smo 10 kod in jih združili v 3 kategorije. Iz izjav je razvidno, da se potreb družinskih članov zaposleni sicer zavedajo, da pa dajejo prednost zadovoljevanju potreb pacienta. Potrebe družinskih članov se pogosto prepletajo s pacientovimi, oziroma jih svojci izražajo v pacientovem imenu. Za ugotavljanje potreb družinskih članov pacienta je najpomembnejša vzpostavitev zaupljivega odnosa med medicinsko sestro in svojci.

Tabela 1: V kolikšni meri se zaposleni v enotah intenzivne terapije Splošne bolnišnice Jesenice zavedajo potreb svojcev kritično bolnega/poškodovanega pacienta?

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
/C1: Potrebe družine so enake potrebam pacienta.../ C3: Potreb večinoma ne izražajo, razberemo jih iz pogovora./ C4: Po navadi potrebujejo le pogovor, tolažbo./ C5: Poudarek dajemo pogovoru s svojci, dodatnim razlagam.../ C6: Ne upajo izraziti svojih potreb, želja, zahtev./ I1: Iščejo potrditev optimističnega pogleda na nadaljevanje zdravljenja./ I2: Ponavljajo enaka vprašanja, včasih po mojem zato, da bi dobili drugačen, bolj pozitiven odgovor./ I4: Skrbi jih ekonomski vpliv na družino, za službo.../ I6: Pogost je strah, kako naprej, kako se bodo prilagodili na nov način življenja, če se bo zdravstveno stanje svojca trajno spremenilo./	neizražene potrebe, pogovor, razlaga, potrditev, ekonomski vidik, strah pred prihodnostjo	družina

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
/C3: Mi se bolj posvečamo potrebam pacienta./ I2: Usmerjeni smo k pacientu, pogosto pozabimo na potrebe družine./ I5: S svojci je včasih težko vzpostaviti zaupljiv odnos in težje prepoznaš potrebe./	prioriteta je pacient, ignoriranje potreb svojcev, odnosi	pacient
/C5: Če zadovoljimo potrebam pacienta, so zadovoljene tudi potrebe njegovih svojcev./I4: Zdi se mi, da so potrebe svojcev zelo podobne potrebam pacienta, oziroma jih svojci želijo zadovoljiti preko svojih./	nejasna meja, prenos potreb pacienta	prepletanje potreb

Tabela 2 prikazuje izjave zaposlenih v enotah intenzivne terapije na raziskovalno vprašanje: Katere so najpogostejše potrebe svojcev kritično bolnega/ poškodovanega pacienta, po mnenju zaposlenih v enotah intenzivne terapije? Tudi tu smo izjavam oblikovali kode in kategorije. Dobili smo 24 kod in jih oblikovali v 7 kategorij. Iz izjav lahko razberemo, da se potrebe družinskih članov kritično bolnega/ poškodovanega pacienta odražajo predvsem v njihovi skrbi za pacienta. Med najpomembnejše potrebe sodelujoči uvrščajo informiranost, bolečino, udobje pacienta in upanje. Sledijo pa pacientovo okolje (naprave, alarmi), odnos do pacienta in potreba po pogovoru in tolažbi. Prav vsi sodelujoči zaposleni, so prve štiri potrebe razvrstili v enakem zaporedju, tako jih lahko razvrstimo v hierarhično lestvico, kar je razvidno tudi v tabeli.

Tabela 2: Katere so najpogostejše potrebe svojcev kritično bolnega/ poškodovanega pacienta, po mnenju zaposlenih v enotah intenzivne terapije?

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
/C1: Na prvem mestu je sigurno informiranost./ C3: Želijo biti stalno informirani./I4: Potreba po informiranosti je prva./ I5: Večkrat jim rečem, da lahko pokličejo, če jih skrbi./	stalno spremljati stanje, telefonske informacije	informacije
/C2: Skrbi jih glede bolečine./C5: Zanima jih ali pacienta boli, ali dobiva analgetike./I2: Bolečina je bistvena, če vedo, da svojca ne boli, so mirnejši./ I6: Odsotnost bolečine pri pacientu jih pomiri./	bolečina, strah,	bolečina

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
/C4: Hočejo vedeti ali svojca zebe./ C5: Pogosto želijo dodatno odejo.../ I2: Ali dobi kaj jesti, da ne bo lačen.../ I4: Zanima jih, kako in kaj je njihov svojec./	hrana, toplota, žeja, preležanine	udobje pacienta
/C1: Želijo ohraniti upanje, to je njihova potreba./ C2: Želijo pregnati strah za svojca./ C6: Upanje je za družino zelo pomembno./ I3: Včasih se zatekajo k lažnemu upanju, ampak jim to nekako pomaga./	ohranjanje upanja, lažno upanje, slabi občutki	upanje
/C3: Zanimajo jih podatki na monitorju, kaj katera krivulja pomeni, sprašujejo o ventilatorju.../ C6: Naprave v enoti jih strašijo, kadar se vklopi kakšen alarm pa še posebej./ I5: Pogosto sprašujejo, če so prikazani podatki normalni in koliko bi morali biti./	monitor, ventilator, alarmi, cevke	okolje
/C2: Potrebujejo vodenje, kako se obnašati ob takšnem pacientu./ C3: Strah imajo pred okoljem v enoti, ne vedo, kako bi se obnašali ob pacientu./ C5: Bojijo se dotakniti svojca, ne vedo, ali lahko govorijo./ C6: Sprašujejo, če jih pacient sliši in razume./ I1: Zaradi cevk jih skrbi, da ne bodo česa pokvarili, kaj narobe naredili./ I4: Pri budnih pacientih včasih ne upajo dati piti, potrebujejo pomoč ali vsaj našo prisotnost, da so mirnejši./ I5: Skrbi jih, da bi pacientu lahko škodovali./	strah pred okoljem, dotiki, komunikacija s pacientom, skrb pred škodovanjem	odnos do pacienta
/C3 Potrebujejo pogovor in tolažbo./ I4: Pri nas iščejo psihično oporo, ker smo ves čas tam. Nekako se lažje pogovarjajo z nami, ker smo bolj dostopni kot zdravniki, pred njimi imajo strahospoštovanje./ I5: Lažje govorijo z nami, ker smo jim nekako enakovredni./	komunikacija, tolažba, stalna prisotnost, dostopnost, enakovrednost	pogovor in tolažba

Tabela 3 prikazuje izjave zaposlenih v enotah intenzivne terapije na raziskovalno vprašanje: Kolikšna je pojavnost etičnih dilem med zaposlenimi in v kolikšni meri zaposleni občutijo stres pri zdravstveni negi kritično bolnega/poškodovanega pacienta, predvsem v odnosih z njegovimi družinskimi člani? Tu smo dobili 28 kod. Te smo zaradi večje preglednosti oblikovali v 6 podkategorij, te pa združili v 2 glavni kategoriji. Iz tabele je razvidno, da so etične dileme pri delu v enotah intenzivne terapije precej pogoste, predvsem se pojavljajo ob bodisi intenzivnem zdravljenju pacientov s zelo slabo prognozo in hkrati obratno, kadar gre za opustitev zdravljenja. Posebna kategorija etičnih dilem pa je darovanje organov. Ugotovili smo, da je pojavnost stresa v enotah intenzivne terapije povezana predvsem z odnosi z družinskimi člani kritično bolnega/poškodovanega pacienta in ne toliko z zdravstveno nego. Tu so zaposleni izpostavili predvsem strah pred preseganjem svojih kompetenc v pogovoru s svojci ter izgubljanjem zaupanja in kredibilnosti, kadar se le teh držijo.

Tabela 3: Kolikšna je pojavnost etičnih dilem med zaposlenimi in v kolikšni meri zaposleni občutijo stres pri zdravstveni negi kritično bolnega/poškodovanega pacienta, predvsem v odnosih z njegovimi družinskimi člani?

Izjave intervjuvancev	Kode	Podkategorije	Kategorije
<p>/C3: Vedno se sprašuješ, ali so izčrpane vse možnosti./ I2: Ko nastopi čas za blažilno oskrbo, pa ne bi rekel temu ravno etična dilema, bolj neka tesnoba, vedno nekje v ozadju kljuva kakšen pomislek/</p> <p>/C1: Kadar se svojci odločijo za darovanje organov, se nekako vedno sprašujem o tem, kako bi se odločila na njihovem mestu - ne vem, če bi temu lahko rekla etična dilema, ampak tu nekje bi to »popredalčkala«./ C5: Donorstvo, tu je vedno precej vprašanj, ki potujejo po možganih, saj je hkrati tako zelo dobro in reši mnogo življenj, po drugi strani pa je to do ključnega trenutka nekako živ človek./</p> <p>/C4: Se je že zgodilo, da se v svoji notranjosti nisem strinjala z določenimi posegi, intervencijami, ker se mi je zdelo, da samo podaljšujejo trpljenje./ I5: Vztrajanje pri aktivnem zdravljenju pri pacientih z izredno slabo prognozo prinaša dodatno trpljenje njemu in podaljševanje agonije njegovi družini./ I6: Včasih se v nekaterih primerih zaveš, da bi smrt prinesla samo odrešitev, ne samo pacientu ampak tudi njegovim bližnjim./</p>	<p>možnosti, blažilna oskrba, pomisleki, tesnoba</p> <p>darovanje organov, empatija, vprašanja, dokončna izguba, reševanje življenj</p> <p>podaljševanje trpljenja, agonija družine, prognoza, odrešitev</p>	<p>opustitev zdravljenja</p> <p>donorstvo</p> <p>podaljševanje zdravljenja</p>	<p>Etične dileme</p>
<p>/C1: Že samo naše delo je stresno.../C4: Nezadovoljstvo svojcev mi povzroča stres, ne več kako pristopiti, pa čeprav se zavedam, da je po</p>	<p>Stresno delo, nezadovoljstvo, ponavljajoča vprašanja, slabše razumevanje, motnje</p>	<p>odnosi s pacientovimi družinskimi člani</p>	<p>Stres</p>

Izjave intervjuvancev	Kode	Podkategorije	Kategorije
<p>navadi to zaradi stresa pri njih samih, ko so soočeni s težko situacijo./ I1: Ponavljajoča vprašanja svojcev, ko jih postavljajo vsem članom tima, to se mi zdi stresno- lahko dajemo enake odgovore pa si jih razlagajo drugače in pride do konfliktov./ I3: Stiki s svojci so stresni, kadar so slabo informirani, ali pa informacij ne sprejmejo, jih nočejo, ne zmorejo razumeti./</p> <p>/C2: Srečujemo se s težkimi primeri, s smrtjo- vse to so stresorji./C5: Vsako izgubljeno življenje je stres za vse vpletene, tudi za nas, zaposlene./ C6: Ko izgubiš pacienta te prizadene, še posebej kadar si zanj skrbel dalj časa, takrat si bolj povezan tudi z njegovo družino./ I3: Predajanje osebnih stvari in izrekanje sožalja svojcem- to mi je pri delu največji stres, ker nekako na silo posegaš v njihovo intimo, zdi se mi kot vdor v zasebnost, tega se ne navadiš./</p> <p>/C2:Stres mi povzroča,kadar svojcem ne morem odgovoriti na njihova vprašanja, ker bi s tem presegel kompetence-izpadeš neveden, izgubiš zaupanje./C3: V stikih s svojci pacienta me stalno skrbi, da z odgovori ne bi preseгла svojih kompetenc- mi dajemo informacije le o zdravstveni negi, oni pa pogosto sprašujejo o zdravljenju, terapiji./ I4: Svojci težko razumejo, da jim nekaterih stvari pač ne smeš povedati, ker vedo, da veš, saj si stalno ob pacientu./</p>	<p>v komunikaciji</p> <p>Težki primeri, smrt, stresorji, izguba pacienta, povezanost z družino, izrekanje sožalja, vdor v zasebnost</p> <p>Preseganje kompetenc, izguba zaupanja, izguba kredibilnosti</p>	<p>izguba pacienta</p> <p>kompetence</p>	

Tabela 4 prikazuje izjave zaposlenih glede na enoto intenzivne terapije v Splošne bolnišnice Jesenice, ki oriše odgovor na raziskovalno vprašanje: Kakšne so razlike v pojavljanju etičnih dilem med Enoto intenzivne terapije operativnih strok in Internistično intenzivno terapijo? Tu smo dobili 12 kod in oblikovali 2 kategoriji in sicer glede na enoto. Prišli smo do zaključka, da se v enoti intenzivne terapije operativnih strok zaposleni pogosteje srečujejo z dilemo o opuščanju zdravljenja in darovanjem organov, nasprotno pa v internistični intenzivni terapiji pogosteje prihaja do dilem, ko gre za vztrajanje pri zdravljenju in podaljševanju življenja.

Tabela 4: Kakšne so razlike v pojavljanju etičnih dilem med Enoto intenzivne terapije operativnih strok in Internistično intenzivno terapijo?

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
/C4: Vedno, ko izgubiš pacienta, ostane vprašanje, ali ne bi bilo možno še kaj narediti./ C5: Včasih izčrpamo vse možnosti, pa ni uspeha....seveda pa je tudi obratno- občasno so primeri, ko bi si želeli, da pacientu končno dovolimo oditi./C6: Ko gre za darovanje organov, me vedno gloda vprašanje, ali je to prav, kljub vsem potrditvam možganske smrti, včasih si pač želiš, da bi človek imel še možnost./	Izčrpane možnosti, možganska smrt, mirna smrt, želje, upanje	Enota intenzivne terapije operativnih strok
/I1: Pogosto se mi zdi, da predolgo vztrajajo pri zdravljenju, ko je že povsem jasno, da ne bo nekega napredka./ I2: Zdi se mi, da je medicina pozabila na naravo,včasih pač smrt zmaga in ni potrebe, da podaljšuješ življenje, ko je jasno, da se to izteka./ I3: Družini pacienta ni nič lažje, če tedne obiskujejo svojca, za katerega ni rešitve, še vedno pa dobiva polno zdravljenje in se ga podpira z aparati./ I4: Zdravniki pogosto nočejo priznati poraza proti naravi./I5: Včasih bi bilo potrebno pogledati, koliko je pacient star in kakšna je kvaliteta življenja na aparatih./ I6: Vsi, ki delamo v intenzivnih	Vztrajanje, naravna smrt, poraz medicine, mehanska podpora, kvaliteta življenja, lažno upanje, empatičen odnos	Internistična intenzivna terapija

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
terapijah, bi se morali kdaj vprašati, kaj bi mi želeli na pacientovem mestu....ali pa na mestu njegovih svojcev./		

Tabela 5 vključuje izjave zaposlenih o potrebi po psihološki pomoči in podaja odgovor na raziskovalno vprašanje: Kakšna je po mnenju zaposlenih, potreba po nujenju psihološke pomoči svojcem kritično bolnega/poškodovanega pacienta, pacientu in zaposlenim? Dobili smo 21 kod in jih oblikovali v 4 kategorije. Ugotovili smo, da se zaposlenim uvedba strokovne pomoči psihologa zdi smiselna in nujna, predvsem za paciente ter hkrati za njihove svojce, kjer so izpostavili predvsem primere težkih poškodb in tiste, kjer se kvaliteta življenja pacienta in njegove družine drastično spremeni. Manj potrebe pa so izražali glede te potrebe pri njih samih, vendar se jim vseeno zdi, da bi bili vsaj občasni pogovori s strokovnjakom dobrodošli. Izkazalo se je, da o tej potrebi večinoma niso razmišljali.

Tabela 5: Kakšna je po mnenju zaposlenih, potreba po nujenju psihološke pomoči svojcem kritično bolnega/poškodovanega pacienta, pacientu in zaposlenim?

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
/C2: ...nujna bi bila za paciente pred oziroma po amputaciji, ko dobijo stoma, po hudih poškodbah./ C4: Po hudih poškodbah, ko se spremeni način in kvaliteta življenja, bi jo takšni pacienti nujno potrebovali./ I4: Ob sporočanju slabe novice, ko pacient izve za hudo diagnozo, bi bilo dobro, če bi bil poleg zdravnika psiholog, saj teh veččin komunikacije večina naših zdravnikov nima./	težke poškodbe, stoma, amputacije, hude diagnoze	Pacient
/C1: Ob sporočanju smrti.../ C3: Kadar zdravniki govorijo z družino o prenehanju zdravljenja in možnem darovanju organov.../ C5: Družinski člani pacienta bi lažje sprejeli določene informacije, če bi se lahko z nekom pogovorili v miru,	Smrt, prenehanje zdravljenja, darovanje organov, sprejemanje informacij, potreba družine	Družinski člani

Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
zdravniku pa se vedno nekam mudi./ I2: Zgodí se da ob hudih dogodkih svojci sprašujejo s kom bi se lahko pogovorili, pa jim ne moreš dati odgovora, sam ne veš kaj reči./ I5: Lahko bi imeli vsaj nekega zunanjšega sodelavca, da družinskim članom lahko daš vsaj kontakt./		
/C3: Na tem področju smo zadaj, morali bi imeti to urejeno z zakonom./ C4: Vsaj znotraj bolnišnice bi to morali imeti urejeno, če že na državni ravni ni./ I1: Če pogledamo Ameriko, tam ima vsak svojega psihologa ali psihiatra, pa rešuje z njim "banalne" vsakodnevne težave, ti se pa ob tako stresnih situacijah, kot jih prinaša delo v intenzivni terapiji, ne moreš pogovoriti z nekom, ki je strokovno podkovan./ I5: Ne vem kako je s tem zakonsko, verjetno bi moralo biti to urejeno s strain države./	Zakon, notranja ureditev, strokovna pomoč, supervizija	Zakonska ureditev

3.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo raziskovali obseg zavedanja o potrebah družinskih članov kritično bolnega/poškodovanega pacienta med zaposlenimi medicinskimi sestrami v enotah intenzivne terapije Splošne bolnišnice Jesenice. Zanimalo nas je tudi, če se v odnosih s pacientovimi svojci srečujejo z etičnimi dilemami in katerimi ter kako se z njimi soočajo. Predmet raziskave pa je bilo tudi ugotavljanje potrebe po strokovni psihološki pomoči vsem udeleženiim v procesu zdravljenja in rehabilitacije kritično bolnega/ poškodovanega pacienta.

Raziskava je pokazala, da se zaposleni sicer zavedajo potreb družinskih članov kritično bolnega/poškodovanega pacienta in jih tudi hierarhično zelo podobno razvrščajo. Vendar pa le te pogosto spregledajo in sicer predvsem naračun zadovoljevanja pacientovih potreb in same organizacije dela, ki precej omejuje delo s svojci. To je

nekoliko bolj očitno v internistični intenzivni terapiji, verjetno na račun slabše podpore s strani zdravnikov.

Dolžnost medicinske sestre je, da se poleg zdravstvene nege pacienta, osredotoči tudi na potrebe njegovih družinskih članov in jim pomaga pri soočanju s situacijo, saj potrebujejo psihično podporo in občutek, da so razumljeni. V enotah intenzivne terapije se pogosto zgodi, da za delo s svojci zmanjkuje časa in sicer zaradi obilice nalog, ki izhajajo iz zadovoljevanja osnovnih življenjskih potreb pacienta, nujnih intervencij in pomanjkljive kadrovske zasedbe. Vse to pa lahko vodi v nezadovoljstvo in tudi konflikte (Lihteneker, 2012). Se pa tudi v slovenskem prostoru vse bolj potrjuje pomembnost vključevanja družinskih članov v proces zdravstvene nege pacientov. Pungartnikova (2011) v svojem magistrskem delu povzame po pregledu literature, da so najpomembnejše potrebe svojcev prav po informacijah, upanju in podpori zdravstvenega osebja, kar smo z raziskavo ugotovili tudi mi, so pa intervjuvanci med temi potrebami izpostavili tudi potrebo po udobju pacienta in odsotnosti bolečine.

Med potrebami družinskih članov pacienta je informiranost na prvem mestu, pri čemer pa je jasnost in enostavnost podanih informacij ključnega pomena, saj le to preprečuje proces zanikanja in nudi vzpodbudo k aktivnemu spoprijemanju z realnostjo. Stayt (2008) ugotavlja, da je element podajanja informacij družini kritično bolnega/poškodovanega pacienta eden glavnih temeljev za graditev dobrih odnosov in komunikacije med medicinsko sestro in svojci pacienta. Prvi stik svojcev z zaposlenimi v intenzivni terapiji je zelo pomemben, zato se je temu stiku potrebno posvetiti, dobrodošle so tudi informativne zloženke z osnovnimi informacijami in kontaktnimi številkami. Basinska, et al. (2011) poudarjajo tudi velik pomen prostora, kjer se informacije posreduje in tudi to, da jih, v kolikor je možno, podaja vedno isti zdravnik. Tekom raziskave smo ugotovili, da je glede prvega stika s svojci kritično bolnega/poškodovanega pacienta in podajanja informacij, organizacija procesa v intenzivni enoti operativnih strok v precejšnji prednosti pred internistično, saj v prvi svojce sprejmeta tako zdravnik kot tudi timska medicinska sestra, predstavita enoto samo, potek dela, protokol vstopanja v enoto in tudi sistem informiranja in stikov s svojci. Na voljo jim je tudi zloženka s podatki o času obiskov, informacij in tudi predstavitvijo posteljne enote,

nekaterih osnovnih aparatov in z viri za dostop do podrobnejših informacij. Za pogovore jim služi tako imenovani vstopni filter, ki nudi družinskim članom tudi potrebno zasebnost pri pogovoru z zdravnikom. V internistični intenzivni enoti je ta postopek otežen, saj se v enoto vstopa neposredno iz hodnika, prostorsko je tudi precej manjša, zaradi česar je v bližnji prihodnosti predvidena tudi selitev v nove, modernejšje prostore. Zaposleni pogrešajo predvsem vzpostavitev sistema za informiranje svojcev, zdravniki se več menjajo, niso stalno prisotni v enoti in ni neke konstantnosti pri stikih z družinskimi člani pacientov.

Bolečina je tisto področje, ki ga vsi zaposleni med potrebami svojcev uvrščajo zelo visoko, verjetno zato, ker nam je strah pred bolečino ljudem skupen. Jagodic in Urbančič (2005) navaja, da je bolečina simptom pri večini pacientov v enotah intenzivne terapije, zato je prepoznavanje in lajšanje bolečin ena pomembnejših nalog medicinske sestre pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege. Težava nastane, kadar pacient ni zmožen komunikacije in bolečine ni sposoben izraziti niti s spremenjenim vedenjem. V takšnih primerih pa je zelo dobrodošla komunikacija s svojci, da si medicinska sestra lahko ustvari vtis o doživljanju bolečine pri pacientu v preteklosti, katere vrste analgetikov je užival, predvsem pa pogosto prisotnost svojcev pacienta tudi pomiri. Poleg tega pa pogovor o bolečini daje tudi jasen znak pacientovim družinskim članom, da se zaposleni zavedajo pacientove bolečine in se jo trudijo zmanjšati. Tu je raziskava pokazala, da se v obeh enotah zavedajo pomembnosti odsotnosti bolečine pri pacientu, bolečino redno ocenjujejo in skupaj z zdravniki skrbijo za vodenje le te, tako z zdravili kot tudi z uporabo različnih pripomočkov in razbremenilnih položajev.

Lakota, žeja in toplota, preležanine, skratka vse kar se tiče pacientovega čim večjega udobja, so naslednje potrebe, ki skrbijo družinske člane kritično bolnega/poškodovanega pacienta, saj se zavedajo, da jih ta sam ne more izraziti. Zaposleni v enotah intenzivne terapije te potrebe hitro začutijo, saj jih pacienti svojci tudi neposredno izrazijo. Pungrtnikova je (2011) v svojem magistrskem delu z raziskavo v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec ugotovila, da je med potrebami svojcev kritično bolnih pacientov v intenzivni terapiji na prvem mestu gotovost. Želijo vedeti, da njihov bližnji dobiva najboljšo zdravstveno obravnavo in oskrbo. Enako se je izkazalo v naši

raziskavi, saj sodelujoči navajajo, da se večina svojcev najprej pozanima kako pacient je, želijo prinesiti prigrizke, vitaminske napitke, ipd. Prav tako pogosto prosijo za dodatno odejo, blazino, skrbi jih, da bo pacient dobil pljučnico.

Kadar se laiki znajdejo v okolju intenzivne terapije, še posebej, če upoštevamo, da so takrat polni čustev, strahu in skrbi, je to okolje zanje lahko strašljivo. Vse aparature, alarmi, utripajoče lučke in razne cevke v bližini njihovega svojca, jim povzroča še dodatni stres. Prav zaradi tega je potrebno svojce na to okolje pripraviti, še preden vanj vstopijo. Tepeševa (2013) v svojem diplomskem delu opozarja, da se pacienti družinski člani znajdejo v okolju z visokotehnološko opremo, od katere je odvisno življenje njim drage osebe, hkrati pa se borijo z lastnimi strahovi, skrbjo za svojca in morebitno izgubo. Vseh informacij in podatkov, ki jih dobijo o sami enoti ob prvem stiku, se tako niti ne zapomnijo, zato je uvedba informativne zloženke, v kateri so tudi nekateri podatki o aparatih in cevkah, zelo dobrodošla, kar ugotavlja tudi omenjena avtorica v svoji raziskavi v Splošni bolnišnici Celje. Tako zloženko so v Enoti intenzivne terapije operativnih strok Splošne bolnišnice Jesenice zaposleni sami oblikovali in je precej pripomogla k spoprijemanju pacientovih svojcev z okoljem intenzivne terapije. V obeh intenzivnih enotah jeseniške bolnišnice pa ugotavljajo, da je topel osebni stik tisto, kar najbolj pripomore k prilagajanju družinskih članov kritično bolnega/ poškodovanega pacienta na situacijo.

Odnosi v družini so sestavni del našega vsakdana, vendar večina teh stikov poteka v intimnem okolju doma in najbližjih. Deliti te stike s tujci pa je pogosto težko, pojavijo se občutki sramu, nezaupanja. Prav to se dogaja družinskim članom kritično bolnega/ poškodovanega pacienta, saj v enotah intenzivne terapije najpogosteje ni možno zagotoviti neke zasebnosti. Pungartnikova (2011) navaja, da znanje in doživljanje svojcev vpliva tudi na dožemanje pri pacientu, kar mu daje podporo pri zdravljenju. Pomembno pa je, da medicinska sestra svojce pripravi na stik z ljubljeno osebo, jim pove, da se lahko z njim pogovarjajo, se ga dotikajo in jim odvzame strah. Prav tako pomen priprave poudari avtorica, saj imajo kritično bolni pogosto spremenjeno zaznavanje in spominske motnje, kar pa lahko vpliva na medsebojne odnose v družini. Enota intenzivne terapije je prostor, kjer popolne zasebnosti ni moč zagotoviti. V obeh

enotah SB Jesenice gre za pet posteljno enoto, ki pa je zaradi starejše gradnje umeščena v premajhne in nefunkcionalne prostore, ki so jih sicer z obnovo pred nekaj leti izboljšali, še vedno pa ne nudijo optimalnih pogojev dela. Določeno zasebnost pacientu in družini tako zagotavljajo s pregradami in paravani. Pacientove svojce spodbujajo h komunikaciji s pacientom, v času obiskov pa tudi k sodelovanju pri določenih intervencijah.

Potreba prizadetih svojcev kritično bolnega/ poškodovanega pacienta pa je tudi pogovor in tolažba, ki jo želijo dobiti prav pri medicinskih sestrah, saj so po pravilu dostopnejše in ves čas dosegljive. Zanimivo je, da so vsi sodelujoči to potrebo družinskih članov pacienta uvrstili med zadnje na lestvici. Po drugi strani pa to ni niti čudno, saj tudi družinski člani najprej izrazijo potrebe pacienta, sebe pa postavijo v ozadje. Svojci kritično bolnega/ poškodovanega pacienta si od zaposlenih v enotah intenzivne terapije želijo predvsem človeškega odnosa in dobre komunikacije. Medicinske sestre se morajo zavedati, da jim ti zaskrbljeni svojci zaupajo, zato se morajo potruditi, da jih pomirijo in so jim v pomoč ter oporo (Tepeš, 2013). Družinski člani pacienta so pomembni partnerji v zdravstveni obravnavi in vir informacij, zaradi česar je zelo pomembno ohraniti njihovo zaupanje. Svojce pacienta razbremeni že dejstvo, da je v dobrih rokah, pri prijaznih medicinskih sestrah (Roljić, 2012). Pungartnikova tako v zaključku svojega magistrskega dela ugotavlja, da bi bilo potrebno tudi v Sloveniji spodbuditi v družino usmerjen način oskrbe in svojcem kritično bolnih/poškodovanih pacientov nameniti aktivnejšo vlogo. Ugotavlja, da bi bilo potrebno urediti tudi primerne prostore za pogovore s svojci in jim po presoji zdravstvenih delavcev, ko ti nimajo dovolj strokovnega znanja za pomoč v stiski družinskim članom pacienta, zagotoviti tudi strokovno pomoč s strani psihologa. Raziskava je potrdila potrebo po takšni obliki pomoči za paciente in svojce, saj intervjuvanci navajajo, da se pri svojem delu pogosto znajdejo v situacijah, ko enostavno zmanjka besed. Tega ne pripisujejo pomanjkljivemu znanju v komunikaciji. Zavedajo se, da neprimerna reakcija ali beseda, lahko močno vpliva na vse prizadete. Večkrat se tudi zgodi, da potrebo po pomoči izrazijo svojci pacienta, pa jim zaposleni ne vedo svetovati, kam se lahko obrnejo.

Stres večini sodelujočih v raziskavi povzroča soočanje s težkimi primeri, s smrtjo, pri večini intervjuvancev pa je eden od vzrokov stresa tudi soočanje s svojci, njihovimi reakcijami in večkrat nezadovoljstvom, ki pa je večinoma odraz strahu, česar se zaposleni tudi zavedajo. Predvsem gre za informacije in pričakovanja svojcev, kjer so medicinske sestre omejene s kompetencami, ki jih imajo glede informiranja, zaradi česar pa imajo občutek, da izgubljajo na kredibilnosti in zaupanju družinskih članov pacienta.

Delo v enoti intenzivne terapije predstavlja stresno okolje. Križanova (2009) v svojem diplomskem delu navaja, da neposreden stik z življenjsko ogorženim pacientom, ki se mu kljub naporom celotnega zdravstvenega tima, zdravje slabša, vpliva na integriteto osebnosti in miselne procese pri vseh članih tima. Stres je stanje posameznikove psihične in fizične pripravljenosti soočanja z obremenitvijo, prilagajanja in obvladovanja le te. Nesoočanje, reševanje in obvladovanje stesa, predvsem v čustveno zahtevnih situacijah, pa lahko vodi v etične dileme.

Etična dilema je dilema, ki obravnava moralna in etična vprašanja. Za razliko od problema dilema nima potencialne rešitve, le izbiro med dvema težkima, slabima možnostima (Kacin, 2012). Podaljševanje in kakovost življenja, omejitvev ali opustitev zdravljenja, predstavljajo zapletena etična vprašanja pri odločitvah o zdravljenju. Etični in pravni vidiki so pogosto nasprotujoči (Marshall, 2001 cited in Lubej, 2014). Etične dileme so prisotne v obeh intenzivnih enotah, se pa očitneje razlikujejo po vsebini. V enoti operativnih strok gre predvsem za vprašanje opustitve zdravljenja, medtem, ko je v internistični intenzivni terapiji ravno obratno. To je verjetno pogojeno že z razliko v populaciji pacientov, saj gre v internistični enoti za starejše paciente, poleg tega pa je razlika tudi v bolezenskih stanjih. Medtem, ko je večina pacientov v enoti operativnih strok akutno obolelih ali poškodovanih, gre v internistični intenzivni terapiji pri večini pacientov za poslabšanje kroničnih bolezni, katerih napredovanje je pričakovano. Soočanje s takšnimi dilemami v obeh enotah poteka v okviru tima, predvsem v enoti intenzivne terapije operativnih strok pa tudi s podporo odgovornega zdravnika.

Raziskava je pokazala, da zaposleni v obeh enotah zagovarjajo potrebo po uvedbi psihološke pomoči in sicer predvsem za paciente in njihove bližnje, saj se jim zdi, do jo le ti resnično potrebujejo in bi takšna oblika pomoči zapolnila vrzeli v komunikaciji med zdravnikom, pacientom in njegovo družino. Pogosto se tudi znajdejo v situaciji, ko pacienti svoji izrazijo potrebo po takšni pomoči, pa jim ne morejo posredovati točnih informacij, kam se lahko obrnejo. Manj pomembna pa se jim zdi uvedba takšne pomoči za zaposlene, so pa zadovoljni, da se vodstvo bolnišnice zaveda takšnih potreb, zato so v zadnjih nekaj letih že dvakrat organizirali delavnice supervizije.

Medicinske sestre pri svojem delu razvijejo obrambne mehanizme, da se zaščitijo pred čustvenimi zahtevami povezanimi z delom. Kljub temu Lubejeva (2014) v raziskavi magistrske naloge ugotavlja, da si medicinske sestre v intenzivni terapiji želijo pogostejših skupinskih srečanj, kjer bi preko pogovora lahko izrazile svoja doživljanja in čustva ob smrti. Prav tako navaja pomen izobraževanj na področju soočanja s smrtjo in z družinskimi člani pacienta ob takšnih situacijah ter potrebno uvedbo strokovne pomoči zdravstvenim delavcem ob stresnih dogodkih in etičnih dilemah. Podobno predlaga tudi Pungartnikova (2011), ki predlaga tudi izobraževanje medicinskih sester na področju vzpostavljanja in vzdrževanja partnerskega odnosa s svojci in aktivnejšega vključevanja le teh v proces zdravstvene nege kritično bolnih pacientov. Tudi v Sloveniji obstajajo programi podpore zaposlenim, izvajajo jih različna podjetja, vendar so zaenkrat bolj v uporabi v menedžerskih vodah. Na področju zdravstva bi bilo verjetno potrebno razmišljati o uvedbi zaupnikov, kot v policiji, je pa dobrodošlo, da tudi intervjuvanci v pričujoči raziskavi poročajo, da so že imeli priložnost sodelovati na delavnicah supervizije. Namen supervizije je proces, v katerem si strokovni delavec pridobiva boljši vpogled v svoje poklicno delo, v podporo pri njem in s tem tudi večjo poklicno zmožnost. Zaposlenim pomaga, da s pomočjo izkušenj in teoretičnega znanja pridejo do rešitev problemov pri delu, s tem pa uspešneje obvladujejo tudi stres (Rozman, 2014).

Potrebno je zaključiti, da je raziskava imela določene omejitve, predvsem, ker je omejena na eno ustanovo, s samo dvema enotama intenzivne terapije, zaradi česar je tudi vzorec sodelujočih manjši. Rezultati raziskave zato ne morejo biti odraz dejanskega

stanja za vse enote intenzivne terapije v Sloveniji, lahko pa služijo kot vodilo za dodatno raziskovanje na tem področju. Smiselno bi bilo raziskavo razširiti ter zajeti tudi družinske člane pacienta, saj bi dobili relevantnejšo predstavo o njihovih potrebah.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da se zaposlene medicinske sestre v obeh intenzivnih terapijah v Splošni bolnišnici Jesenice sicer zavedajo potreb pacientovih družinskih članov, je pa zadovoljevanje le teh zelo odvisno ne samo od posameznika, temveč pogojeno tudi s kadrovsko zasedbo, poklicno obremenitvijo in pa tudi s samo organizacijo dela v posamezni enoti. Pogosto se izkaže, da zaradi skrbi za pacienta, potrebe njegovih družinskih članov zaposleni pogosto odrinejo na stranski tir ali celo spregledajo. V slovenskem prostoru je zdravstvena nega usmerjena predvsem na pacienta in zadovoljevanje njegovih potreb, med tem, ko je skrb za njegove svojce še vedno potisnjena v ozadje. Med potrebami svojcev je na prvem mestu informiranje, sledi pa bolečina, skrb za pacientovo ugodje in strah pred okoljem intenzivne terapije. Zaposleni se sicer trudijo vzpostavljati dobre odnose s pacientovo družino, je pa pogost problem posredovanje informacij, saj pacienti družinski člani le te pogosto pričakujejo od medicinskih sester. To in pa samo soočanje družine s težko preizkušnjo tudi najpogosteje privede do konfliktov in motenj v komunikaciji med svojci pacienta in zaposlenimi. Zaposlenim prav to predstavlja vir stresa, saj so pri podajanju informacij omejeni, hkrati pa imajo občutek, da so se svojcem izneverili. Še en pogost vir stresa pa je odločanje o prenehanju zdravljenja oziroma na drugi strani vztrajanje pri tem, ne glede na prognozo bolezni. Pojavljajo se etične dileme, ki pa jih zaposleni enčijo bolj s pomisleki in notranjimi trenji. Posebej izrazite so ob vprašanju darovanja organov, saj so mnenja posameznikov o tej temi precej različna. Zaposleni v obeh enotah intenzivne terapije Splošne bolnišnice Jesenice pa izražajo velik interes k dodatnem izobraževanju na področju odnosov z družinskimi člani pacienta, hkrati pa se jim zdi potrebna uvedba strokovne psihološke pomoči predvsem za paciente in njihove družinske člane, priznavajo pa, da bi bila dobrodošla tudi za njih same, kljub temu, da neke posebne potrebe po njej večina pri svojem delu še ni občutila.

5 LITERATURA

Agard, A.S. & Harder, I., 2007. Relatives experiences in intensive care: finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, pp. 170-7.

Balfour S., Idzikowski, C., Kersley, S., Meredith, S. & Blair, L., 2012. *Premagajmo stres in ostanimo zdravi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Basinska, K., Owczuk, R., Suchorzewska, J. & Wujtewicz, M., 2011. The relationship between family members of intensive therapy unit patients and medical staff. *Anesteziology Intensive Therapy*, 43(2), pp. 85-9.

Baznik, S., 2005. Podpora staršem ob izgubi kritično bolnih otrok v enotah intenzivne zdravstvene nege in terapije. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(1), pp. 47-53.

Bloomer, J., Morphet, J., O'Connor, M., Lee, S. & Griffiths, D., 2013. Nursing care of the family before and after a death in the ICU- an exploratory pilot study. *Australian Critical Care*, 26, pp. 23-28.

Bohinc, M., 2003. Izobraževanje za etično odločanje v zdravstveni negi. In: D. Klemenc, A. Kvas, M. Pahor & J. Šmitek, eds. *Zdravstvena nega v luči etike: zbornik predavanj*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 102-10.

Bratianu, P., 2013. *Nursing Ethics- Ethical dilemma faced by nurses everyday*. [online] Available at: <http://www.nursingexplorer.com/nursing-ethics-ethical-dilemma-faced-by-nurses-everyday> [Accessed 1 April 2015].

Buckley, P. & Andrews, T., 2011. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, pp. 263-272.

Cerović, O., 2009. Timsko delo na intenzivnem oddelku. In: G. Voga & A. Pernat, eds. *18. mednarodni kongres intenzivne medicine in 15. seminar intenzivne medicine za*

medicinske sestre in zdravstvene tehnike: zbornik predavanj. Bled, 2009. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, pp. 170-73.

Crunden, E., 2010. A re-fection from the other side of the bed an account of what it is like to be a patient and a relative in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), pp. 18-23.

Červ, B. & Klančnik Gruden, M., 2006. Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(2), pp. 99-106.

Fidler, L., Bezenšek, J. & Lahe, M., 2010. Stres pri medicinskih sestrah v zdravstvenem domu in bolnišnici. In: A. Bobnar & R. Vettorazzi, eds. *Partnerstvo znanje in razvoj na zdravstvenem področju. 2. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 2010.* Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 87-95.

Fošnarič, L., 2010. *Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J.F., Diaw, F., Brochon, S. & Vesin, A., 2010. Opinions of families, staff and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25, pp. 634-0.

Globočnik Papuga, P., 2007. Pomen izobraževanja v komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), pp. 33-6.

Grbec, V., 2003. Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: D. Klemenc, A. Kvas, M. Pahor & J. Šmitek, eds. *Zdravstvena nega v luči etike.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 123-6.

Hasse, G.L., 2013. Patient- Centered Care in Adult Trauma Intensive Care Unit. *Journal of Trauma Nursing*, 20(3), pp. 163-5.

Hvalec, Š. & Kobal Straus, K., 2012. Emocionalno delo v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), pp. 219-28.

Huffines, M., Johnson, K. L., Smitz Naranjo, L., Lissauer, E.M., Fishel, M., Angelo Howes, S., Panullo, D., Ralls, M & Smith, R., 2013. Satisfaction and participation in decision making in an intensive care unit. *Critical Care Nurs*, 33(5), pp.56-69.

Hughes, F., Bryan, K. & Robbins, I., 2005. Relatives experiences` of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(1), pp. 23-0.

Hutinski, B., 2014. *Vpliv stresa na delo medicinskih sester: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Institute for patient and family centered care, 2009. [online] Available at: <http://ipfcc.org>. [Accessed 7 May 2015].

Jagodic, V. & Urbančič, A., 2005. Lajšanje bolečine pri bolniku v enoti intenzivne terapije klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanje v Ljubljani. *Obzornik zdravstvene nege*, 39, pp. 215-9.

Just Cushing, A., 2005. Parent participation in care: bridging the gap in the pediatric ICU. *Newborn and infant nursing reviews*, 5(4), pp. 179-87.

Kacin, K., 2012. *Dostojanstvo bolnika ob koncu življenja: Pravni vidiki in etične dileme: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Karlsson, V., Forsberg, A. & Bergbom, I., 2010. Relatives experiences` of visiting a conscious mechanically ventilated patient- a hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, pp. 91-0.

Kirchhoff, K.T., Conradt, K.L. & Anumandla, P.R., 2003. ICU Nurses` Preparation of Families for Death of Patients Following Withdrawal of Ventilator Support. *Applied Nursing Research*, 16(2), pp.85-92.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 52.

Kodila V., 2008. *Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja- priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 1-77.

Kordež, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja- elektronska knjiga*. Koper: Založba univerze na Primorskem.

Kremžar, B., 2012. *Življenjsko ogrožen bolnik v enoti intenzivne terapije*. [online] Available at: <http://www.ztm.si/res/publication/1022.pdf>. [Accessed 7 February 2015].

Križan, P., 2012. *Poklicno zadovoljstvo medicinskih sester v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Lautrette, A., Darmon, M. & Megarbane, M., 2007. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *Australian Critical Care* 21, pp. 117-19.

Lavrič, A., 2014. Usposabljanje za psihološko pomoč v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. *Andragoška spoznanja*, 20(1), pp. 35-42.

Lihteneker, S., 2012. *Medicinska sestra in družinski člani kritično bolnega v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Lubej, V., 2014. *Soočanje medicinskih sester s smrtjo novorojenčkov v enoti intenzivne nege in terapije: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Maze, H., 2009. Znanje spretnosti in veščine medicinskih sester- temelji za premagovanje pravno-etičnih dilem. In: A. Kvas, ed. *Pravno-etične dileme- izziv za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, Velenje, 16. oktober 2009*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 19-24.

Maxwell, K.E., Stuenkel, D. & Saylor, C., 2007. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), pp. 367-76.

Mitchell, M.L. & Chaboyer, W., 2010. Family centred care- A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, pp. 154-160.

McKiernan, M. & McCarthy, G., 2010. Family members' lived experience in the intensiv care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, pp. 254-261.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Duševno zdravje na delovnem mestu*.

[online] Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz_na_delovnem_mestu.pdf [Accessed 28 January 2016].

Pivač, S., Skinder Savić, K. & Kalender Smajlović, S., 2011. Etični vidiki informiranja svojcev ob smrti pacienta v urgentni ambulanti. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo*. Maribor, 12.-14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 163-6.

Plakas, S., Cant, B. & Taket, A., 2009. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, pp. 10-20.

Pungartnik, J., 2011. *Ugotavljanje potreb svojcev kritično bolnega pacienta na Oddelku za intenzivno medicino: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Roljić, S., 2012. Pričakovanja svojcev in odgovornost medicinske sestre. In: M. Berkopec, ed. *Odgovornost v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 4. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 19.-20. januar, 2012*. Dolenjske Toplice: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu, pp. 13-27.

Soderstrom, I. & Saveman, B., 2009. Family adaptation in relation to a family members stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, pp. 251-57.

Rozman, T., 2014. *Supervizija v teoriji in praksi v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstveno nego.

Stayt, L.C., 2009. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 1267-75.

Tepeš, S., 2013. *Pomen komunikacije s svojci kritično bolnih v enoti intenzivne medicine: diplomsko delo*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.

Todorović, M., 2014. *Diagnostika možganske smrti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: DMSBZT Ljubljana.

Valiee, S., Negarandeh, R. & Nayeri, N. D., 2012. Exploration of Iranian intensive care nurses` experience of end-of-life care: a qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 17(6), pp. 309-15.

Williams, C.M., 2005. The identification of family members contribution to patients care in the ICU: a naturalistic inquiring. *Nursing in Critical Care*, 10(1), pp. 6-14.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1). Uradni list Republike Slovenije št.36.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Intervju- vodilna vprašanja

VODILNA VPRAŠANJA ZA INTERVJU ODNOSI MED MEDICINSKO SESTRO IN DRUŽINSKIMI ČLANI KRITIČNO BOLNEGA V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE

1. Kratka predstavitev z osnovnimi podatki o delovnem mestu in izkušnjah.
2. V enotah intenzivne terapije so stiki zaposlenih z družinskimi člani pacienta bolj tesni kot na drugih oddelkih. Kako doživljate te stike? Ali pri tem občutite nelagodje, stres, zadovoljstvo?
3. Ali vam organizacija dela v vaši enoti omogoča dovolj časa za delo s svojci?
4. Katere potrebe družinskih članov pacienta sami najpogostejše opazate pri svojem delu in v kolikšni meri jih poskušate zadovoljevati?
5. Katere so najpogostejše težave, na katere naletite pri svojem delu oziroma v osebnih stikih z družinskimi člani pacienta in zakaj? So krive zahteve in pričakovanja svojcev, pomanjkanje znanj o komunikaciji ali kaj drugega?
6. Etične dileme so pogost spremljevalec v vseh poklicih, kjer prihaja do stikov med ljudmi, kar še posebej velja za poklice v zdravstvu. Se tudi sami srečujete s katero od njih in na kakšen način se z njimi soočate in jih rešujete?
7. Pacientovi družinski člani psihično oporo pogosto iščejo pri zaposlenih. Se strinjate?
8. Kakšno je vaše mnenje o uvedbi psihološke pomoči tako za paciente, njihove svojce in pa zaposlene? Ste kdaj sami začutili potrebo po njej?