



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZUMEVANJE PALIATIVNE OSKRBE Z  
VIDIKA MEDICINSKIH SESTER –  
KVANTITATIVNA RAZISKAVA**

**NURSES' UNDERSTANDING OF  
PALLIATIVE CARE: A QUANTITATIVE  
STUDY**

Mentorica:  
mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka:  
Snežana Freljih

Jesenice, maj, 2024

## **ZAHVALA**

Predvsem in najprej bi se rada zahvalila vsem medicinskim sestram, ki so vsi vzele čas in izpolnile vprašalnik, kajti brez njih ne bi mogla napisati diplomskega dela. Zahvaljujem se mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. za čas in trud, ki mi ju je namenila. Ravno tako se zahvaljujem recenzentki diplomskega dela Marjani Bernot, viš. pred. in lektorici Moniki Mlakar, univ. dipl. slov., prof. ped za ves njen trud.

Zahvalila bi se rada tudi mojemu vodji Thorstenu Fercherju, ki je ves čas mojega študija skrbel, da so moji urniki dela ustrezali študijskim obveznostim.

Nazadnje bi se rada zahvalila še moji družini za vso potrpežljivost ob moji odsotnosti in sošolcem ter prijateljem za vso spodbudo in pomoč na moji poti.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Paliativna oskrba je pomemben, nepogrešljiv sestavni del zdravstvene oskrbe pacientov z neozdravljivo boleznijo in se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Razumevanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester je temelj za izvajanje celostne, varne in kakovostne paliativne oskrbe.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je ugotoviti razumevanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester

**Metoda:** Izvedli smo kvantitativno raziskavo med medicinskimi sestrami, zaposlenimi na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva v socialno-varstvenih zavodih ( $n = 359$ ), med novembrom 2023 in januarjem 2024. Uporabljen je bil strukturiran vprašalnik, ki je bil zmerno zanesljiv (koeficient Cronbach alfa = 0,721). Pridobljene podatke smo kvantitativno analizirali s pomočjo programa IBM SPSS Statistics 29.0. Pri tem smo odgovore analizirali z opisno statistiko in rezultate predstavili z univariatno statistično analizo (frekvenčne distribucije in opisne statistike). V zadnjem sklopu vprašalnika (Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN)) smo merili odstotek pravih in nepravilnih odgovorov in s tem znanje.

**Rezultati:** Ugotovili smo, da ne moremo trditi, da se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na njihovo stopnjo izobrazbe in število let delovnih izkušenj v paliativni oskrbi ( $p > 0,05$ ). Poleg tega medicinske sestre menijo, da je cilj paliativne oskrbe doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev (PV = 4,78; SO = 0,52), ter da ta združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta (PV = 4,78; SO = 0,52).

**Razprava:** V prihodnjih raziskavah bi bilo smotrno preučiti tudi ustreznost orodij za oceno kompetentnosti in razumevanja paliativne oskrbe s strani medicinskih sester v Sloveniji, saj bi tako lahko ugotovili, katero orodje je ustrezno in s tem posledično nakazuje, katera so tista področja, kjer je potreben napredek.

**Ključne besede:** stopnja izobrazbe, delovne izkušnje, izvajanje, zdravstvena nega

## SUMMARY

**Theoretical background:** Palliative care is an important and indispensable part of health care for patients with terminal illnesses and is provided across all levels of the health system. Nurses' understanding of palliative care is the foundation for the delivery of holistic, safe and high-quality palliative care.

**Aims:** The thesis aims to determine nurses' understanding of palliative care.

**Methods:** A quantitative survey was conducted among nurses employed in primary, secondary and tertiary healthcare settings and in social care institutions (n = 359) between November 2023 and January 2024. We used a structured questionnaire with moderate reliability (Cronbach alpha = 0.721). The obtained data were quantitatively analysed using the IBM SPSS Statistics 29.0 program. The answers were analysed with descriptive statistics and the results presented with univariate statistical analysis (frequency distributions and descriptive statistics). In the last part of the questionnaire (Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN)) we measured the percentage of correct and incorrect answers and thus knowledge.

**Results:** We found no significant difference in the understanding of palliative care among nurses based on their level of education and number of years of experience in palliative care ( $p > 0.05$ ). In addition, nurses believe that palliative care aims to achieve the best possible quality of life for the patient and their family (AV = 4.78; SD = 0.52) and that it integrates social, psychological, and spiritual aspects of patient care (AV = 4.78; SD = 0.52).

**Discussion:** Future research could benefit from examining the effectiveness of tools for assessing the competence and understanding of palliative care by nurses in Slovenia. This would help identify which tools are appropriate and therefore highlight areas for improvement.

**Key words:** level of education, work experience, implementation, nursing

## KAZALO

<b>1 UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2 PALIATIVNA OSKRBA .....</b>	<b>4</b>
2.1 ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO IZVAJANJA PALIATIVNE OSKRBE....	6
2.2 IZVAJANJE PALIATIVNE OSKRBE V SLOVENIJI.....	8
<b>3 EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>12</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	12
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	12
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	13
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	13
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	13
3.3.3 Opis vzorca .....	14
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	16
3.4 REZULTATI.....	17
3.4.1 Preverjanje raziskovalnih vprašanj .....	17
3.5 RAZPRAVA .....	29
3.5.1 Omejitve raziskave .....	34
3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo .....	35
<b>4 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>36</b>
<b>5 LITERATURA.....</b>	<b>37</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 MERSKI INSTRUMENT	

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Obdobja paliativne oskrbe.....	5
---	---

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Nivoji izvajanja paliativne oskrbe v Sloveniji.....	8
Tabela 2: Zanesljivost vprašalnika .....	14
Tabela 3: Demografski podatki anketiranih .....	15
Tabela 4: Starost in delovna doba anketiranih v paliativni oskrbi .....	16
Tabela 5: Razumevanje paliativne oskrbe glede na stopnjo izobrazbe .....	18
Tabela 6: Razumevanje paliativne oskrbe glede na stopnjo izobrazbe .....	19
Tabela 7: Razumevanje paliativne oskrbe glede na število let delovnih izkušenj.....	22
Tabela 8: Razumevanje paliativne oskrbe glede na delovno dobo v paliativni oskrbi...	24
Tabela 9: Povezava med leti delovnih izkušenj in razumevanjem paliativne oskrbe ....	26
Tabela 10: Razumevanje paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester.....	28
Tabela 11: Poznavanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester .....	28

## 1 UVOD

Paliativna oskrba je pomemben, nepogrešljiv sestavni del zdravstvene oskrbe pacientov z neozdravljivo boleznijo, ki se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega sistema in je zaradi naraščanja števila pacientov z neozdravljivimi, smrtonosnimi boleznimi našla pomembno mesto med drugimi področji medicine, čeprav gre za nov koncept (Ebert Moltara, 2014; Gulcan Bahcecioglu, 2017). Prepoznava pacientov, ki potrebujejo zgodnje vključevanje v paliativno oskrbo, je največja pomanjkljivost sedanjega zdravstvenega sistema v Sloveniji. Pozen začetek vstopa v paliativno oskrbo ali začetek paliativne oskrbe ob zapleteni situaciji pacienta in njegovih bližnjih lahko zagotovi le delno kakovostno paliativno oskrbo ob koncu življenja (Draginc, 2021). V slovenskem prostoru je paliativna oskrba mlada stroka. Z njenim razvojem so se začeli uporabljati številni izrazi, ki so včasih nejasno in nenatančno opredeljeni, posledica tega pa je, tako med strokovnjaki kot na splošno v družbi, njeno neustrezno razumevanje. Občasno zato prihaja do nesporazumov in strokovnih napak. Vsekakor pa je namen izvajanja paliativne oskrbe zagotoviti čim boljše kakovost življenja pacientov z napredujočimi neozdravljivimi boleznimi ter nuditi podporo njihovim bližnjim v času pacientove bolezni in po smrti (Ebert Moltara, et al., 2020). Umirajočemu je najverjetneje najpomembnejše, da ima v zadnjih urah svojega življenja nekoga ob sebi. Najraje nekoga, ki mu je blizu, čeprav vemo, da vedno ni tako. Umirajoči imajo različne potrebe: fizične, čustvene, socialne in duhovne. Predvsem si želijo ob sebi nekoga, ki bi jih spremljal, jih tolažil in bil njihov sopotnik na najtežji poti v neznano, na poti strahu in negotovosti (Sluga, 2013). Medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki so velikokrat zadolžene za zagotavljanje paliativne oskrbe ter so del osnovnega paliativnega tima, so osrednjega pomena za kakovost zagotovljene oskrbe in posledično za dostojanstvo ob smrti, ki je zagotovljeno tem ljudem. Če gledamo na ta način, lahko trdimo, da so medicinske sestre v patronažnem varstvu pomemben člen pri zagotavljanju paliativne oskrbe umirajočim ljudem ter njihovim družinam in prijateljem v domačem okolju (Nyatanga, 2022).

Za celostno oskrbo paliativnih pacientov skrbi interdisciplinaren tim, ki zagotavlja razreševanje fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih težav, s katerimi se soočajo paliativni pacienti ter njihovi svojci. Glavni cilj je skrb za čim boljše kakovost življenja.

Paliativna oskrba priznava življenje in umiranje kot naraven proces. Pričela naj bi se zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se neprekinjeno izvajala skozi vsa obdobja neozdravljive bolezni (tudi med specifičnim zdravljenjem) vse do smrti in žalovanja (Ebert Moltara, 2014). Za pravočasno in kakovostno obravnavo pacientov mora usklajeno delovati celoten zdravstveni sistem na vseh nivojih od preventive, presejalnih programov, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in končno do paliativne oskrbe. V obravnave pacientov z neozdravljivimi boleznimi se aktivno vključujejo in prepletajo specifično, podporno in paliativno zdravljenje (Ebert Moltara, et al., 2020).

Slovenski in mednarodni raziskovalci (Knuplež, 2015; Draginc, et al., 2017; Salins, 2018; Rapin, et al., 2019; Zarei, et al., 2019; King, et al., 2020; Privošnik, 2023) opredeljujejo naslednje aktivnosti ocene ravni razumevanja paliativne oskrbe in njenega izvajanja:

- Pridobivanje povratnih informacij o pacientih od družin in pacientov: te lahko zagotovijo dragocen vpogled v komunikacijske spretnosti medicinskih sester, njihove kulturne kompetence (razumevanje kulturnega ozadja pacienta), empatijo in sposobnost prepoznavanja/obravnavanja telesnih, čustvenih in duhovnih potreb pacientov.
- Klinični nadzor in mentorstvo: s tem medicinske sestre dobijo smernice, podporo in povratne informacije o svojem delovanju in možnostih za izboljšave. Klinični nadzor in mentorstvo lahko medicinskim sestram pomagata razviti veščine kritičnega razmišljanja, izpopolniti klinično presojo in obvladovati zapletene etične dileme v paliativni oskrbi.
- Refleksivna praksa in samooskrba: z vključitvijo v dejavnosti (samo)refleksivne prakse in samooskrbe se izboljšata razumevanje in izvajanje paliativne oskrbe. Reflektivna praksa vključuje sistematično analizo in vrednotenje lastnih izkušenj, stališč in predpostavk pri izvajanju paliativne oskrbe, medtem ko dejavnosti samooskrbe pomagajo medicinskim sestram ohranjati telesno, čustveno in duhovno dobro počutje med izzivi, ki jih prinaša skrb za paciente s hudimi boleznimi.
- Vzajemno preverjanje in povratne informacije: medicinske sestre lahko od svojih sodelavcev, vključno z drugimi člani interdisciplinarnega paliativnega tima, pridobijo povratne informacije o svojem delu in interakcijah s pacienti in



družinami. Medsebojno ocenjevanje in konstruktivne povratne informacije lahko medicinskim sestram pomagajo opredeliti področja, na katerih so odlične, in področja, na katerih morda potrebujejo dodatno podporo ali usposabljanje.

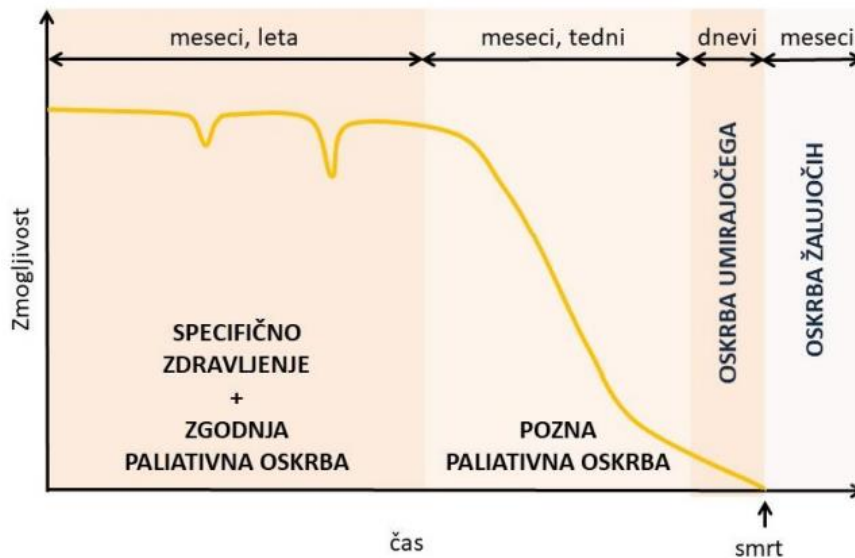
Področje paliativne oskrbe je, kot smo že ugotovili na podlagi pregleda literature, zelo mlado, sama terminologija in na dokazih podprta praksa pa še dokaj neuveljavljena. Temu priča tudi slaba zakonodajna, finančna in kadrovska okrepljenost, ob tem pa je še pomembnejše znanje, na podlagi katerega bodo medicinske sestre uspešno izvajale paliativno oskrbo. Razumevanje in znanja s paliativne oskrbe so torej temelj za izvajanje celostne, varne in kakovostne paliativne oskrbe, zato bomo to področje raziskali, saj bodo izsledki raziskave pomemben doprinos k temeljem paliativne oskrbe v Sloveniji.

## 2 PALIATIVNA OSKRBA

Paliativna oskrba je aktivna celostna pomoč pacientom različnih starostnih skupin z napredovano neozdravljivo boleznijo. Samo izvajanje paliativne oskrbe ni omejeno le na paciente, temveč je ta namenjena tudi njihovim svojcem oz. skrbnikom, katerim je paliativna oskrba nudena predvsem v procesu žalovanja. Temelji na oceni pacientovega stanja z neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb pacienta in njegovih svojcev. Ta se lahko začne izvajati zgodaj – po diagnozi neozdravljive bolezni – nadaljuje pa se v procesu umiranja, smrti in žalovanja (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Obravnava v paliativni oskrbi se deli na štiri obdobja (slika 1) (Hui & Bruera, 2013; Higginson, et al., 2014; Hui, et al., 2014; Bakitas, et al., 2015; Hočevar & Strojjan, 2018; Ebert Moltara & Bernot, 2023):

- Zgodnja paliativna oskrba: obdobje, v katerem se prepletata specifično zdravljenje in paliativna oskrba. Prvo, specifično zdravljenje, predstavlja osrednji del pacienta v paliativni oskrbi, namen slednje pa je, da izboljša kakovost življenja, dolžino preživetja in učinkovitost zdravljenja.
- Pozna paliativna oskrba: obdobje, ko ni več mogoče izboljšanje kakovosti življenja ter preživetja. Breme bolezni se skozi obdobje stopnjuje, odvisna pa je od vrste osnovne bolezni.
- Oskrba umirajočega: obdobje, opredeljeno tudi kot zadnji dnevi/tedni življenja. Je čas, ko se skrbi za zagotavljanje pacientovega dostojanstva in udobja ter njegovim svojcem.
- Oskrba žalujočih: Obdobje poslavljanja od umrlega, nemudoma ob smrti.



**Slika 1: Obdobja paliativne oskrbe**  
(Ebert Moltara & Bernot, 2023, p. 24).

Paliativna oskrba je ključni del integriranih zdravstvenih storitev, osredotočenih na pacienta. Lajšanje resnega trpljenja, povezanega z zdravjem, ki je bodisi fizičnega, psihološkega, socialnega ali duhovnega izvora, je globalna etična odgovornost. Ne glede na to, ali je vzrok trpljenja srčno-žilna bolezen, rak, odpoved večjih organov, na zdravila odporna tuberkuloza, hude opekline, končna kronična bolezen, akutna travma, ekstremna prezgodnji porod ali ekstremna starostna šibkost, bo morda potrebna paliativna oskrba in mora biti na voljo na vseh ravneh zdravstvene (institucionalne) oskrbe (World Health Organization (WHO), 2020). Mednarodno združenje hospic in paliativne oskrbe (International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), 2019) označuje paliativno oskrbo kot aktivno celostno oskrbo pacientov vseh starosti, ki imajo resne zdravstvene težave zaradi hude bolezni, še zlasti pa tistih, ki so na koncu svojega življenja. Njen cilj je izboljšati kakovost življenja pacientov, njihovih družin in negovalcev.

Paliativna zdravstvena nega je proces nudenja celostne zdravstvene nege pacientu v paliativni oskrbi. Izvajajo jo medicinske sestre, ki imajo specialna znanja, ustrezne komunikacijske veščine, pozitivne osebnostne in vedenjske lastnosti. Te imajo tudi veščine vodenja, ki so pomembne za sodelovanje v interdisciplinarnem timu. Samo poslanstvo medicinske sestre v paliativni oskrbi ni le skrb za pacienta, čeprav je ta

prevladujoča. Ta je tudi družbena zagovornica, promotorka sprejemanja paliativne oskrbe v družbi, nosilka znanstveno-raziskovalnega razvoja svojega področja ter edukatorica bodočim izvajalcem paliativne zdravstvene nege (Bernot, 2021).

Medicinska sestra v paliativni oskrbi skrbno načrtuje vse aktivnosti, pred tem pa pacientove potrebe prepoznava in oceni. Ker se zaveda, da je slehernik individuum, aktivnosti prilagaja potrebam in željam pacienta in njegovim svojcem oz. skrbnikom. Prav s slednjimi mora odnos temeljiti na sodelovanju, skupno delovanje pa na zaupanju in želji, da se pacientu omogoči udobno umiranje (Hökkä, et al., 2020; Pereira, et al., 2020).

## **2.1 ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO IZVAJANJA PALIATIVNE OSKRBE**

Odnos medicinskih sester do paliativne oskrbe ima ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostne in celostne oskrbe pacientov ob koncu življenja. V več raziskavah so preučevali znanje, stališča in učinkovitost medicinskih sester v različnih državah in zdravstvenih ustanovah. Raziskave so izpostavile precejšnjo vrzel v znanju medicinskih sester in izvedeni paliativni oskrbi, ki je pogosto pomanjkljiva, necelostna in za umirajočega manj ugodna. Poleg tega so medicinske sestre poročale tudi o nizki stopnji učinkovitosti pri komuniciranju z umirajočimi pacienti in njihovimi družinami ter pri obvladovanju delirija. Raziskava, izvedena na Kitajskem, je pokazala, da ima večina medicinskih sester negativen odnos do paliativne oskrbe ob koncu življenja, kontinuirano se spopadajo z negativnimi čustvi in se ob smrti in umiranju počutijo neprijetno (Shi, et al., 2019; Vu, et al., 2019; Kim, et al., 2020).

Raziskava v Sloveniji, ki jo je izvedla Leskovic (2023), je ugotovila, da imajo pacienti v paliativni oskrbi veliko nezadovoljenih, prezrtih potreb s strani medicinskih sester. Pri tem jim slednje premalokrat zagotavljajo potrebe na področju socialnih stikov (na primer druženje z družinskimi člani) in duhovnih potreb (pravica do miru, upanja in vere). Medicinske sestre pri zagotavljanju paliativne oskrbe težko komunicirajo s samimi pacienti, še težje pa z njihovimi svojci o njihovih potrebah, kljub temu, da se zavedajo,

da je poznavanje pacientovih potreb pomemben dejavnik pri zagotavljanju celostne in kakovostne paliativne oskrbe.

Gnezda (2018) ugotavlja, da medicinske sestre prepoznavaajo umiranje in smrt pacienta kot nekaj naravnega oz. del življenja, del službe. Njihovo doživljanje in sprejemanje umiranja ter smrti pacienta sta odvisni od značilnosti pacienta ter načina umiranja. Nepričakovano smrt, težko smrt, smrt mlajšega pacienta in pacienta, s katerim so oblikovale tesnejši osebni stik, pa medicinske sestre lahko doživljajo bolj stresno. Avtor (Gnezda, 2018) izpostavlja, da se medicinske sestre nemalokrat soočajo s stiskami in negativnimi občutenji, vendar morajo biti taka afektivna stanja kratkotrajna. Poleg tega ugotavlja, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo in dovolj znanja pri procesu umiranja in nudenju oskrbe za zagotavljanje ugodnega umiranja pacienta v paliativni oskrbi.

Pozitiven odnos medicinskih sester do paliativne oskrbe je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne, sočutne in uspešne oskrbe pacientov in njihovih družin. Pozitivna stališča medicinskih sester v paliativni oskrbi so povezana z večjim zadovoljstvom pacientov, boljšim obvladovanjem simptomov ter boljšo psihosocialno podporo pacientom in njihovim družinam (Schroeder & Lorenz, 2018). Pri medicinskih sestrah s pozitivno naravnostjo je večja verjetnost, da bodo sodelovale v učinkoviti komunikaciji, ki je ključna pri obravnavi celostnih potreb pacientov v paliativni oskrbi (Zamanzadeh, et al., 2015). Mohammed in sodelavci (2019) dodajajo, da so medicinske sestre, ki imajo pozitiven odnos do nujenja paliativne oskrbe, tudi bolj proaktivne pri uvajanju zgodnje paliativne oskrbe, kar je povezano z izboljšano kakovostjo življenja pacientov z življenjsko omejujočimi boleznimi. Pozitiven odnos je bistvenega pomena pri spodbujanju na pacienta osredotočenega pristopa k oskrbi, ki zagotavlja, da se spoštujejo in upoštevajo individualne potrebe in želje pacientov (Kmetec, et al., 2019). Ravno tako pa pripravljenosti medicinskih sester za aktivno vključevanje v paliativno oskrbo, v okviru pobud za paliativno oskrbo, kjer se zavzemajo za vključevanje le te v prakso zdravstvene nege in njenemu napredku (Zhu, et al., 2022). Nenazadnje pozitiven odnos vpliva tudi na samokompetentnost medicinskih sester pri zagotavljanju paliativne oskrbe, kar na koncu izboljša oskrbo pacienta in njegove družine (Parajuli, et al., 2022).

## 2.2 IZVAJANJE PALIATIVNE OSKRBE V SLOVENIJI

Ministrstvo za zdravje (2010) v Državnem programu paliativne oskrbe, kot temeljnem dokumentu razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji, deli izvajanje te na dva načina, in sicer kot:

- Osnovno paliativno oskrbo, ki se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega in socialnega varstva (bolnišnice, zdravstveni domovi, v okviru aktivnosti medicinskih sester v patronažnem varstvu, dnevne klinike, centri za rehabilitacijo itd.). Osnovno paliativno oskrbo izvajajo zdravstveni delavci.
- Specialistično paliativno oskrbo, ki obsega dejavnosti, ki zadovoljujejo specifične potrebe pacientov v paliativni oskrbi. Specialistična obravnava pacienta v paliativni oskrbi podpira oz. dopolnjuje osnovno glede na specifičnost ter kompleksnost ugotovljenih potreb in težav. Izvajana je s strani specialistično izobraženega tima za paliativno oskrbo. Ta se izvaja bodisi v zdravstvenih zavodih bodisi na pacientovem domu.

Oskrba pacienta v paliativni oskrbi mora potekati kontinuirano, ne glede na to, kje je in kdaj potrebuje pomoč. Poteka povsod, kjer se pacient nahaja, pri čem pa je potrebno zagotoviti optimalno izrabo razpoložljivih virov za izvajanje celostne in kakovostne paliativne oskrbe (tabela 1) (Ministrstvo za zdravje, 2010; Federal office of public health (FOPH), 2014; Palliativne care Australia, 2018; Ebert Moltara, 2019).

**Tabela 1: Nivoji izvajanja paliativne oskrbe v Sloveniji**

Nivoji oskrbe	Mesto izvajanja	Izvajalec paliativne oskrbe
Primarni nivo paliativne oskrbe (osnovna paliativna oskrba)	Zdravstveni dom	Družinski zdravnik
	Domovi pacientov	Medicinska sestra v patronažnem varstvu
	Bolnišnice – negovalni oddelki	Medicinska sestra v ambulanti
	Dom starejših občanov Centri za rehabilitacijo	Izvajalci institucionalnega varstva
Sekundarni nivo paliativne oskrbe (bolnišnična paliativna oskrba)	Specializirane bolnišnične enote	Multidisciplinarni paliativni tim
	Hospici	Mobilni paliativni tim (če je vključen zdravnik s specialnimi znanji)

Nivoji oskrbe	Mesto izvajanja	Izvajalec paliativne oskrbe
		Izvajalci hospic oskrbe
Terciarni nivo paliativne oskrbe (specializirana paliativna oskrba v terciarnih centrih)	Akutni oddelki paliativne oskrbe	Interdisciplinarni paliativni tim

(Ebert Moltara & Bernot, 2023, p. 28).

V paliativni oskrbi pristopamo k celostni oskrbi pacientovih potreb in potreb njegovih bližnjih timsko. Sestava paliativnega tima in obseg pomoči sta odvisna od potreb posameznega pacienta ter njegovih bližnjih in od stanja, ki se spreminja v času bolezni. Jedro paliativnega tima sestavljata zdravnik specialist in medicinska sestra z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe, dodatno pa se glede na potrebe vključujejo še: medicinska sestra v patronažnem varstvu, magister farmacije, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci. Za ustrezno medsebojno sodelovanje skrbi koordinator paliativne oskrbe (Ebert Moltara, 2014). Obravnava mora potekati neprekinjeno ne glede na to, kdaj in kje je pacient oskrbovan. Osnovno paliativno oskrbo lahko večinoma zelo dobro nudi izbrani družinski zdravnik skupaj z medicinsko sestro v patronažnem varstvu, le v 20 % pa so potrebni postopki, ki zahtevajo bolnišnično obravnavo (Furman & Lapuh, 2017).

Pri zdravstveni obravnavi pacienta so medicinske sestre tista skupina zdravstvenih delavcev, ki največ časa preživijo ob pacientu. Tako pri obravnavi pacienta medicinska sestra prispeva pomembne informacije o socialnih okoliščinah pacienta in njegovih potrebah, katere pripomorejo k poteku oskrbe (Lokar, 2014). V kolikor želijo medicinske sestre izvajati kakovostno paliativno oskrbo potrebujejo ustrezno znanje, veščine ter empatičen odnos do pacienta in njegovih bližnjih. Pomembno je, da poznajo bolezenska stanja in njihov potek, prepoznajo za pacienta neprijetne simptome, poznajo zdravila ter njihovo varno uporabo ter storitve, ki so na voljo pacientom v paliativni oskrbi. Zelo pomembne za kakovostno zdravstveno nego so tudi komunikacijske veščine, ki se vpletajo v vsakdan (Gnezda, 2018). Medicinska sestra je pri svojem delu v partnerskem odnosu s pacienti, njihovimi bližnjimi in drugimi negovalci. Medicinske sestre velikokrat sodelujejo z drugimi strokovnjaki kot član multidisciplinarnega tima. Lahko vodijo tim, predpisujejo, organizirajo in nadzirajo delo drugih ali pa sodelujejo v timu pod vodstvom

drugih. Vsaka medicinska sestra je osebno in poklicno odgovorna za lastne odločitve in delo (Lokar, 2014).

Tako ima medicinska sestra v multidisciplinarni obravnavi podporno, sodelovalno in koordinacijsko vlogo. Sodeluje lahko pri informiranju, izobraževanju in zdravstveni vzgoji pacientov. Medicinske sestre opolnomočijo paciente z znanjem in spodbujajo k samooskrbi in opolnomočenju. Ravno tako sodelujejo pri pripravi raznih zdravstveno-vzgojnih materialov za paciente (Lokar, 2014).

Hagan in sodelavci (2018) navajajo naloge, ki jih ima medicinska sestra v paliativni zdravstveni negi:

- Prepoznavati mora simptome napredovane bolezni in glede na te načrtovati aktivnosti zdravstvene nege.
- Bližnje mora opolnomočiti in spodbuditi k iskreni komunikaciji s pacientom.
- Načrtovati mora paliativno zdravstveno nego in v njo aktivno vključiti vse vpletene.
- Načrtuje in izvaja postopke, ki so potrebni za podporno zdravljenje in zdravstveno nego.
- Prepoznava in načrtuje vse aktivnosti ob bližajoči se smrti.
- Bližnjim nudi podporo, pozna proces žalovanja in ob pojavu patoloških načinov žalovanja, le te prepozna in ustrezno ukrepa.
- Sodeluje v paliativnem timu, kjer predstavlja pacientove fizične in psihosocialne težave. Cilj reševanja pacientovih simptomov je timski in celovit pristop.
- Zagovarja pacienta in poudarja njegova stališča ter stališča njegovih bližnjih.
- Opravlja zdravstveno vzgojno delo, opolnomoči pacienta in njegove bližnje o sodelovanju v procesu paliativne oskrbe.
- Povezuje se z izvenbolnišničnim paliativnim timom.
- Izvaja holistično in z dokazi podprto zdravstveno nego.

Paliativna oskrba v Sloveniji je slabo razvita, saj so tudi temelji slabi – slaba ozaveščenost o paliativni oskrbi v slovenski družbi. Del slednje so tudi medicinske sestre, ki so s svojimi znanji in veščinami praviloma najbolj usposobljene za delo s pacienti v paliativni oskrbi. Pa vendar slednjo oskrbo izvajajo redko, še posebej premalo na domovih



umirajočega. Specialna znanja medicinskih sester za izvajanje paliativne oskrbe so premalokrat prepoznana kot poglobitna za razvoj družbe, pa čeprav slednja prav ta znanja vse bolj potrebuje – oporo in zaupnika v najtežjih trenutkih življenja. Žal pa se tudi vse pogosteje dogaja, da vlogo medicinskih sester prepogosto zamenjujejo svojci, ki pa nimajo strokovnega znanja ali pa jih prevzame strah, kar vpliva na trpeče poslavljanje pacienta v paliativni oskrbi (Saje & Filej, 2014).

### 3 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo uporabili kvantitativno metodo dela s tehniko anketiranja.

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti razumevanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester.

Cilji diplomskega dela so bili:

- ugotoviti razlike v razumevanju paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami glede na stopnjo izobrazbe;
- ugotoviti razlike v razumevanju paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami glede na število let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi;
- ugotoviti ocenjevanje ravni razumevanja paliativne oskrbe in njenega izvajanja z vidika medicinskih sester.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V diplomskem delu smo z raziskavo odgovorili na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na stopnjo izobrazbe?
2. Kako se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na število let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi?
3. Kako medicinske sestre ocenjujejo raven razumevanja paliativne oskrbe in njenega izvajanja?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo delo s pristopom pregleda literature. Pregledali smo mednarodno in domačo literaturo s področja razumevanja paliativne oskrbe s strani medicinskih sester. Pregled literature smo naredili v naslednjih podatkovnih zbirkah: PubMed, CINAHL in Web of Science in na spletnem portalu Google Scholar. Vključitveni kriteriji so bili: recenzirane objave v znanstvenih in strokovnih revijah, leto objave med 2013 in 2023 ter polna dostopnost besedila. Ključne besede v slovenskem jeziku so bile »razumevanje«, »medicinska sestra«, »paliativna oskrba«. Pri iskanju tuje literature smo iskali z naslednjimi ključnimi besedami: »understanding«, »nurse«, »palliative care«. Za pridobivanje primarnih podatkov, ki so predstavljeni v empiričnem delu diplomskega dela, smo uporabili kvantitativni pristop s strukturiranim vprašalnikom.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument je bil spletni vprašalnik. Vseboval je dva vsebinsko ločena sklopa vprašanj. Prvi sklop je bil namenjen pridobivanju demografskih podatkov, kot so spol, stopnja izobrazbe in zavod zaposlitve. Ta vprašanja so bila zaprtega tipa. Ob tem smo pridobili tudi podatke o starosti in letih delovnih izkušenj na področju izvajanja zdravstvene nege in izvajanja paliativne zdravstven nege.

Drugi sklop je bil namenjen raziskovanju razumevanja paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester. Ta je bil sestavljen na podlagi pregleda literature (Ministrstvo za zdravje, 2010; Srša, 2016; Kilbertus, et al., 2022; Xue, et al., 2023) in iz dvanajstih trditvev. Pri tem so sodelujoči imeli ponujene trditve, ki so opisovala koncepte, definicije in stališča do paliativne oskrbe. Nanje so vprašanci odgovarjali s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice, pri čemer 1 pomeni *sploh se ne strinjam*, 2 *se ne strinjam*, 3 *niiti se strinja*, 4 *se strinjam* ter 5 *popolnoma se strinjam*.

Tretji sklop je predstavljal standardiziran in validiran vprašalnik, ki meri znanje o paliativni oskrbi s strani medicinskih sester (Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN), Ross, et al., 1996). Ta sklop je bil sestavljen iz dvajsetih trditev. Vprašanci so se do slednjih opredelili na podlagi 5-stopenjske Likertove lestvice odgovorov. V predhodnih raziskavah je bila ugotovljena sprejemljiva stopnja zanesljivosti – vrednost Cronbach alfa je bila pri Chover-Sierra in sodelavcih (2017) 0,7, pri Marinić in sodelavcih (2021) pa 0,691.

Zanesljivost podatkov smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alfa. Zanesljivost vprašalnika je slaba, če vrednost ne preseže 0,60, vprašalnik je zmerno zanesljiv, če je vrednost med 0,60 in 0,80, in zelo zanesljiv, če je vrednost koeficienta 0,80 ali več (Bujang, et al., 2018). Na podlagi vrednosti Cronbach alfa koeficienta sklepamo, da je naš vprašalnik v obeh sklopih zmerno zanesljiv, saj pri obeh sklopih presega vrednost 0,7 (tabela 2).

**Tabela 2: Zanesljivost vprašalnika**

Posamezni sklop	Število trditev	Cronbach Alfa
Razumevanje paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester	12	0,721
Poznavanje paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester	20	0,757

### 3.3.3 Opis vzorca

Vzorec raziskave je bil namenski in predstavljale so ga medicinske sestre, zaposlene na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva ter socialno-varstvenih zavodih. Pridobili smo odgovore 359 vprašancev, od tega jih je 54 (15,0 %) deloma pomanjkljivo odgovorilo na vprašanja, vendar so bili kljub temu upoštevani v raziskavi.

Tabela 3 prikazuje demografske podatke anketiranih. Anketiranih je bilo 93,3 % žensk (n = 280) in 6,7 % moških (n = 20). Nekoliko več kot polovica anketiranih je imela zaključeno visokošolsko izobrazbo (n = 173; 57,9 %). Manj (n = 55; 18,4 %) jih je imelo zaključeno srednješolsko izobrazbo. Univerzitetno izobrazbo ali magisterij je imelo 44

(14,7,0 %) anketiranih, nihče ni imel zaključenega doktorata. Največ anketiranih je imelo dodatna izobraževanja s področja paliativne oskrbe v obliki seminarja 1 dan vsaj 6 ur (n = 135; 54,0 %), manj jih je imelo dodatna izobraževanja v obliki seminarja do 20 ur (n = 80; 32,0 %). Najmanj anketiranih pa je opravilo dodatna izobraževanja s področja paliativne oskrbe v obliki specialnih znanj s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe (več kot 60 ur) (n = 35; 14,0 %). Skoraj polovica anketiranih je zaposlenih na Zavodu primarnega nivoja zdravstvenega varstva (n = 167; 46,5 %), nekaj manj jih je zaposlenih na Zavodu sekundarnega (n = 67; 18,7 %) in Zavodu terciarnega nivoja zdravstvenega varstva (n = 100; 27,8 %). Najmanj anketiranih pa je zaposlenih v socialno-varstvenem zavodu (n = 25; 7 %) (tabela 3).

**Tabela 3: Demografski podatki anketiranih**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Spol</b>		
Ženski	280	93,3
Moški	20	6,7
<b>Izobrazba</b>		
Srednješolska izobrazba	55	18,4
Višješolska izobrazba	27	9,0
Visokošolska izobrazba	173	57,9
Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	14,7
Doktorat	0	0,0
<b>Dodatna izobraževanja s področja paliativne oskrbe</b>		
Seminar 1 dan vsaj 6 ur	135	54,0
Seminar do 20 ur	80	32,0
Specialna znanja s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe (več kot 60 ur)	35	14,0
<b>Zavod zaposlitve</b>		
Zavod primarnega nivoja zdravstvenega varstva	167	46,5
Zavod sekundarnega nivoja zdravstvenega varstva	67	18,7
Zavod terciarnega nivoja zdravstvenega varstva	100	27,8
Socialno-varstveni zavod	25	7

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V tabeli 4 so prikazani starost, delovna doba anketiranih ter trajanje zaposlitve na področju paliativne zdravstvene nege. Starost anketiranih je bila v razponu 20 let do najstarejšega, starega 72 let (PV = 42,7 leta; SO = 10,4 leta). Povprečna delovna doba anketiranih na področju zdravstvene nege je bila v razponu od manj kot eno leto do največ 50 let (PV = 20,1 leta; SO = 11,0 leta). Anketirani so imeli od manj kot 1 leto delovnih izkušenj na področju paliativne zdravstvene nege do največ 39 let (povprečna delovna doba v paliativni oskrbi je bila PV = 8,2 let; SO = 7,3 let) (tabela 3).

**Tabela 4: Starost in delovna doba anketiranih v paliativni oskrbi**

	<b>n</b>	<b>min</b>	<b>maks</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>
Starost (leta)	299	20	72	42,7	10,4
Število let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege (leta)	300	0	50	20,1	11,0
Število let delovnih izkušenj na področju paliativne zdravstvene nege (leta)	282	0	39	8,2	7,3

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za namen izvedbe raziskave smo, po potrditvi dispozicije s strani Komisije za diplomska in podiplomska zaključna dela Senata, pridobili dovoljenje Komisije za raziskovalno in razvojno delo Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Raziskava je potekala elektronsko, zato smo najprej ustvarili spletni vprašalnik na spletišču Ika, nato pa smo vprašancem poslali povezavo do vprašalnika. K sodelovanju smo jih povabili v obliki snežne kepe, in sicer najprej sodelavce, prijatelje ter te prosili, da povabijo svoje sodelavce, prijatelje in znance. Povezavo do ankete smo delili tudi na družbenem omrežju. K sodelovanju smo povabili tudi zaposlene medicinske sestre domov za starejše občane, zdravstvenih domov, splošnih bolnišnic in kliničnega centra, kjer smo s strani vodstva posameznih enot prejeli pozitivno soglasje k izvedbi raziskave in anketiranja.

Vprašanci so pri reševanju ankete sodelovali prostovoljno in anonimno. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Raziskava je potekala med novembrom 2023 in januarjem 2024.

Pridobljene podatke smo kvantitativno analizirali s pomočjo programa IBM SPSS Statistics 29.0. Pri tem smo odgovore analizirali z opisno statistiko: opisne spremenljivke s frekvenco (n) in pripadajočimi odstotki (%), številske spremenljivke pa z aritmetično sredino (PV), standardnim odklonom (SO), minimumom (min) in maksimumom (maks) odgovorov. Rezultate smo predstavili z univariatno statistično analizo (frekvenčne distribucije in opisne statistike). Za ugotavljanje porazdelitve podatkov smo s pomočjo Shapiro-Wilkov testa zaznali normalno porazdelitev podatkov ( $p > 0,05$ ) in iz tega razloga uporabili parametrične statistične teste. Bivariatne metode smo uporabili glede na to, ali smo iskali povezanosti ali razlike. Povezanost smo iskali s Pearsonovim

korelacijskim koeficientom, razlike pa z enofaktorsko analizo variance (ANOVA). Če je bila p-vrednost manjša od 0,05, smo sklepali, da prihaja do statistično značilnih razlik. Če je p-vrednost višja od 0,05, pomeni, da med danimi podatki ni statistično pomembnih razlik. V diplomskem delu smo rezultate prikazali tabelarično, grafično in opisno, pri tem pa smo upoštevali le veljavne odgovore.

V zadnjem sklopu vprašalnika (Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN)) smo merili odstotek pravih in nepravilnih odgovorov ter znanje, kjer 4-5 – (se strinjam, se popolnoma strinjam) kažeta na *dobro znanje (vsaj 75 % točnih odgovorov)*, 3 – (Se niti ne strinjam niti strinjam) kažeta na *zadovoljivo znanje* in 1 in 2 (Se ne strinjam, sploh se ne strinjam) kažeta *da znanja ni*.

### 3.4 REZULTATI

V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave.

#### 3.4.1 Preverjanje raziskovalnih vprašanj

V nadaljevanju smo podali odgovore na raziskovalna vprašanja. Prvo raziskovalno vprašanje se je glasilo »Kako se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na stopnjo izobrazbe?«

Tabela 5 prikazuje razumevanje standardiziranega vprašalnika medicinskih sester glede na stopnjo izobrazbe, ali so medicinske sestre podale pravilen odgovor na vprašanje. Ugotavljamo, da ni velike statistične razlike glede na stopnjo izobrazbe medicinskih sester, v nekaterih primerih je stopnja znanja višja pri medicinskih sestrah z nižjo izobrazbo in obratno.

Tabela 5: Razumevanje paliativne oskrbe glede na stopnjo izobrazbe

Trditev	P/N	Oce na	SŠ		VŠ		VIŠ		UI ali M	
			št. odg.	%	št. odg.	%	št. odg.	%	št. odg.	%
<b>Število izpolnjenih anket</b>			<b>55</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
Paliativna oskrba je primerna le v primerih, kjer je prišlo do poslabšanja bolezni oz. je poslabšanje očitno.	N	1, 2	29	52,7	20	40,7	103	59,5	29	65,9
		3	12	21,8	3	11,1	39	22,5	10	22,7
		4, 5	14	25,5	4	14,8	30	17,3	5	11,4
Morfin je standard, ki se uporablja za primerjavo analgetičnega učinka drugih opioidov.	P	1, 2	10	18,1	12	44,4	32	18,5	6	13,6
		3	20	36,4	6	22,2	63	36,4	16	36,4
		4, 5	25	45,4	8	29,6	77	44,5	22	50
Od obsega bolezni je odvisno, kako se bo bolečina zdravila.	N	1, 2	10	18,2	6	22,2	37	21,4	10	22,5
		3	12	21,8	5	18,5	25	14,5	9	20,5
		4, 5	33	60	15	55,5	111	64,2	25	56,8
Pri zdravljenju bolečine je bistvenega pomena adjuvantno zdravljenje.	P	1, 2	2	3,6	3	11,1	25	14,7	10	22,7
		3	32	58,2	7	25,9	59	34,1	20	45,5
		4, 5	21	38,2	16	59,3	85	49,1	14	31,5
Zelo pomembno je, da so družinski člani ob pacientu dokler ne nastopi smrt.	N	1, 2	0	0	0	0	4	2,3	1	2,3
		3	11	20	2	7,2	28	16,2	8	18,2
		4, 5	44	80	25	92,6	141	81,5	22	79,5
V zadnjih dneh življenja lahko zaspanost, povezana z elektrolitskim neravnovesjem, zmanjša potrebo po sedaciji.	P	1, 2	8	14,5	6	22,2	20	11,5	11	25
		3	22	40	6	22,2	52	30,1	9	20,5
		4, 5	25	45,5	14	51,8	101	58,4	24	54,6
Zasvojenost z zdravili je velika težava, kadar se morfin dolgoročno uporablja za zdravljenje bolečin.	N	1, 2	9	16,4	6	22,2	50	28,9	18	40,9
		3	7	12,7	7	25,9	57	32,9	8	18,2
		4, 5	38	69,1	14	51,8	66	38,1	18	40,9
Ljudje, ki jemljejo opioide, morajo jemati tudi odvajala.	P	1, 2	7	12,7	1	3,7	13	7,5	8	18,2
		3	12	21,8	9	33,3	53	30,6	12	27,3
		4, 5	36	65,5	17	62,9	106	61,2	24	54,6
Zagotavljanje paliativne oskrbe zahteva čustveno odtujenost.	N	1, 2	23	41,8	16	59,2	102	59	26	59,1
		3	17	30,9	7	25,9	47	27,2	11	25
		4, 5	15	27,3	4	14,8	24	13,9	7	15,9
Zdravila, ki lahko povzročijo depresijo dihanja, so primerna za zdravljenje hude dispneje pri terminalni fazi bolezni.	P	1, 2	17	30,9	6	22,2	48	27,7	17	38,6
		3	24	43,6	13	48,1	51	29,5	16	36,4
		4, 5	14	25,5	8	29,6	71	41	11	25
Moški se lažje spopadajo z žalovanjem kot ženske.	N	1, 2	39	70,9	23	85,1	114	65,9	34	77,3
		3	13	23,6	2	7,4	45	26	10	22,7
		4, 5	3	5,5	2	7,4	13	7,5	0	0
Filozofija paliativne oskrbe je združljiva s filozofijo zdravljenja.	P	1, 2	7	12,7	3	11,1	39	22,5	11	25
		3	27	49,1	13	48,1	71	41	13	29,5
		4, 5	21	38,2	11	40,7	61	35,3	20	45,5
	P	1, 2	16	29,1	8	29,6	54	31,4	17	38,6
		3	16	29,1	9	33,3	57	33,1	17	38,6



Trditev	P/N	Oce na	SŠ		VŠ		VIŠ		UI ali M	
			št. odg.	%	št. odg.	%	št. odg.	%	št. odg.	%
<b>Število izpolnjenih anket</b>			<b>55</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
Uporaba placeba je primerna pri zdravljenju nekaterih vrst bolečine.		4, 5	23	41,8	9	33,3	61	35,5	10	22,7
V velikih odmerkih kodein povzroča več slabosti in bruhanje kot morfin.	P	1, 2	7	12,7	5	18,5	16	9,3	9	20,5
		3	33	60	16	59,3	106	61,6	29	65,9
		4, 5	14	25,4	5	18,5	50	29,1	6	13,4
Trpljenje in fizična bolečina sta eno in isto.	N	1, 2	26	65,5	18	66,6	122	70,5	32	72,8
		3	13	23,6	5	18,5	18	10,4	6	13,6
		4, 5	6	11	3	11,1	33	19,1	6	13,6
Demerol/dolantin ni učinkovito zdravilo pri zdravljenju kronične bolečine.	P	1, 2	10	18,2	3	11,1	22	12,8	8	18,2
		3	33	60	17	63	106	62	27	61,4
		4, 5	12	21,8	6	22,2	43	25,2	9	20,4
Zaradi kopičenja izgub, je izgorelost neizogibna za tiste, ki delajo v paliativni oskrbi	N	1, 2	11	20	10	37	62	36,1	17	38,6
		3	18	32,7	10	37	66	38,4	17	38,6
		4, 5	26	47,3	7	25,9	44	25,6	10	22,8
Kronična bolečina se razlikuje od akutne bolečine.	P	1, 2	3	5,5	3	11,1	10	5,8	2	4,5
		3	6	10,9	3	11,1	23	13,4	4	9,1
		4, 5	46	83,6	21	77,8	139	80,8	37	84
Izgubo osebe, ki nam ni blizu, je lažje prenašati kot izgubo bližnje osebe.	N	1, 2	10	18,2	6	22,2	14	8,1	9	20,9
		3	12	21,8	5	18,5	35	20,2	12	27,9
		4, 5	33	60	16	59,2	124	71,6	22	51,2
Anksioznost ali utrujenost znižujeta prag bolečine.	P	1, 2	25	45,4	16	59,3	74	43	22	50
		3	16	29,1	5	18,5	45	26,2	9	20,5
		4, 5	14	25,5	6	22,2	53	30,9	13	29,5

Legenda: P = pravilen odgovor, N = nepravilen odgovor, št. odg. – število odgovorov, % - odstotek, n = število odgovorov, ocena 1, 2 – se ne strinjam s trditvijo, ocena 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, ocena 4, 5 – se strinjam s trditvijo, SŠ – srednješolska izobrazba, VŠ – višješolska izobrazba, VIŠ – visokošolska izobrazba, UI ali M – univerzitetna izobrazba ali magisterij

Iz tabele 6 je razvidno, da se razumevanje paliativne oskrbe ne razlikuje med medicinskimi sestrami ne glede na stopnjo izobrazbe, saj pri nobeni izmed trditev ni prišlo do statistično značilne razlike v razumevanju le-te ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 6: Razumevanje paliativne oskrbe glede na stopnjo izobrazbe**

Trditev	Stopnja izobrazbe	n = 359	min	maks	PV	SO	F	p
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu s kronično in napredovalo boleznijo.	Srednješolska izobrazba	55	1	5	4,56	0,76	1,019	0,385
	Višješolska izobrazba	27	3	5	4,70	0,54		
	Visokošolska izobrazba	173	2	5	4,70	0,60		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	2	5	4,77	0,57		

Trditev	Stopnja izobrazbe	n = 359	min	maks	PV	SO	F	p
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev.	Srednješolska izobrazba	55	1	5	4,67	0,70	1,616	0,186
	Višješolska izobrazba	27	2	5	4,78	0,64		
	Visokošolska izobrazba	173	3	5	4,84	0,38		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	2	5	4,82	0,58		
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	Srednješolska izobrazba	55	2	5	4,73	0,56	1,014	0,387
	Višješolska izobrazba	27	4	5	4,89	0,32		
	Visokošolska izobrazba	173	2	5	4,79	0,49		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	3	5	4,86	0,41		
Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	Srednješolska izobrazba	55	3	5	4,67	0,61	1,123	0,340
	Višješolska izobrazba	27	4	5	4,78	0,42		
	Visokošolska izobrazba	173	1	5	4,82	0,50		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	2	5	4,73	0,73		
Za osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je potreben interdisciplinaren timski pristop.	Srednješolska izobrazba	54	4	5	4,69	0,47	1,706	0,166
	Višješolska izobrazba	27	3	5	4,67	0,55		
	Visokošolska izobrazba	173	3	5	4,82	0,40		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	3	5	4,75	0,53		
Komunikacija je najpomembnejša večina oziroma orodje medicinske sestre v PO.	Srednješolska izobrazba	55	2	5	4,38	0,76	0,446	0,720
	Višješolska izobrazba	27	4	5	4,52	0,51		
	Visokošolska izobrazba	173	3	5	4,47	0,66		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	1	5	4,39	0,87		
Medoseben odnos med pacientom in medicinsko sestro je pomemben dejavnik paliativne oskrbe.	Srednješolska izobrazba	55	3	5	4,69	0,50	1,386	0,763
	Višješolska izobrazba	27	4	5	4,78	0,42		
	Visokošolska izobrazba	172	3	5	4,66	0,52		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	2	5	4,66	0,68		

Trditev	Stopnja izobrazbe	n = 359	min	maks	PV	SO	F	p
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege.	Srednješolska izobrazba	55	1	5	3,20	0,99	0,291	0,832
	Višješolska izobrazba	27	2	5	3,30	0,91		
	Visokošolska izobrazba	173	1	5	3,28	0,97		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	1	5	3,39	1,08		
Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov.	Srednješolska izobrazba	55	4	5	4,80	0,40	1,109	0,346
	Višješolska izobrazba	26	3	5	4,69	0,55		
	Visokošolska izobrazba	173	3	5	4,83	0,42		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	2	5	4,73	0,62		
Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester.	Srednješolska izobrazba	55	2	5	4,33	0,77	0,626	0,598
	Višješolska izobrazba	27	3	5	4,48	0,64		
	Visokošolska izobrazba	173	1	5	4,44	0,68		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	3	5	4,50	0,63		
Dodatno izobraževanje za medicinske sestre iz paliativne zdravstvene nege je zelo pomembno za razumevanje paliativne oskrbe.	Srednješolska izobrazba	55	3	5	4,64	0,56	0,568	0,638
	Višješolska izobrazba	27	4	5	4,74	0,45		
	Visokošolska izobrazba	172	1	5	4,69	0,55		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	43	2	5	4,67	0,71		
Paliativna zdravstvena nega me izčrpuje in utruja.	Srednješolska izobrazba	55	1	5	2,80	1,10	0,568	0,638
	Višješolska izobrazba	27	1	5	2,67	0,96		
	Visokošolska izobrazba	171	1	5	3,08	1,03		
	Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	1	5	3,18	1,04		

Legenda: n = število odgovorov, min = minimalna vrednost, maks = maksimalna vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = analiza varianc; p = statistična značilnost v višini 0,05. Ocena 1 – sploh se ne strinjam, ocena 2 – se ne strinjam, ocena 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, ocena 4 – se strinjam, ocena 5 – popolnoma se strinjam.

Drugo raziskovalno vprašanje se je glasilo »Kako se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na število let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi?

Iz tabele 7 lahko vidimo, da se razumevanje paliativne oskrbe ne razlikuje glede na število let delavne dobe, se pa medicinske sestre z več let delovnih izkušenj večkrat odločijo za nevtralen odgovor, kadar o odgovoru niso prepričane.

**Tabela 7: Razumevanje paliativne oskrbe glede na število let delovnih izkušenj**

Trditev	P/ N	Oce na	5		6 - 10		11 - 20		21 - 30		30	
			št. odg.	%	št. odg.	%	št. odg.	%	št. odg.	%	št. odg.	%
<b>Število izpolnjenih anket</b>			<b>161</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
Paliativna oskrba je primerna le v primerih, kjer je prišlo do poslabšanja bolezni oz. je poslabšanje očitno.	N	1, 2	90	56,3	30	71,5	33	64,7	12	66,6	7	70
		3	36	22,5	7	16,7	11	21,6	3	16,7	2	20
		4, 5	34	21,3	5	11,8	7	13,7	3	16,7	1	10
Morfin je standard, ki se uporablja za primerjavo analgetičnega učinka drugih opioidov.	P	1, 2	22	19,9	11	26,8	7	13,7	2	11,1	2	20
		3	48	29,8	14	34,1	25	49	6	33,3	6	60
		4, 5	81	50,4	16	39,1	19	37,3	10	55,6	2	20
Od obsega bolezni je odvisno, kako se bo bolečina zdravila.	N	1, 2	24	14,9	15	35,7	12	23,5	7	38,9	2	20
		3	23	14,3	8	19	8	15,7	3	16,7	4	40
		4, 5	114	70,9	18	45,3	31	60,7	8	44,4	4	40
Pri zdravljenju bolečine je bistvenega pomena adjuvantno zdravljenje.	P	1, 2	18	11,2	10	25	6	12	3	16,7	1	10
		3	70	43,8	13	32,5	15	30	7	38,9	6	60
		4, 5	72	45	17	42,5	29	58	8	44,5	3	30
Zelo pomembno je, da so družinski člani ob pacientu dokler ne nastopi smrt.	N	1, 2	4	2,5	0	0	0	0	1	5,6	0	0
		3	28	17,4	7	16,7	8	15,6	1	5,6	0	0
		4, 5	129	80,1	35	83,3	43	84,4	16	88,9	10	100
V zadnjih dneh življenja lahko zaspanost, povezana z elektrolitskim neravnovesjem, zmanjša potrebo po sedaciji.	P	1, 2	27	16,3	4	9,5	8	15,7	2	11,1	2	20
		3	49	30,4	14	33,3	10	19,6	7	38,9	3	30
		4, 5	84	52,2	24	57,1	33	64,7	9	50	5	50
Zasvojenost z zdravili je velika	N	1, 2	39	24,2	18	43,9	15	29,4	8	44,5	1	10
		3	36	22,6	11	26,8	20	39,2	3	16,7	4	40

Trditev	P/ N	Oce na	5		6 - 10		11 - 20		21 - 30		30	
			št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg.	%	št. odg	%
<b>Število izpolnjenih anket</b>			<b>161</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
težava, kadar se morfin dolgoročno uporablja za zdravljenje bolečin.		4, 5	86	53,6	12	29,3	16	31,4	7	38,9	5	50
Ljudje, ki jemljejo opioide, morajo jemati tudi odvajala.	P	1, 2	14	8,7	9	21,5	3	5,9	2	11,1	0	0
		3	47	29,4	14	33,3	10	19,6	5	27,8	5	50
		4, 5	99	41,9	19	45,3	38	74,5	11	61,2	5	50
Zagotavljanje paliativne oskrbe zahteva čustveno odtujenost.	N	1, 2	74	46	23	54,8	40	78,5	14	77,8	7	70
		3	53	32,9	14	33,3	7	13,7	1	5,6	2	20
		4, 5	34	21,1	5	11,9	4	7,9	3	16,7	1	10
Zdravila, ki lahko povzročijo depresijo dihanja, so primerna za zdravljenje hude dispneje pri terminalni fazi bolezni.	P	1, 2	40	25,2	11	26,1	18	36	9	50	1	10
		3	62	39	14	33,3	13	26	6	33,3	5	50
		4, 5	57	35,8	17	40,4	19	38	3	16,7	4	40
Moški se lažje spopadajo z žalovanjem kot ženske.	N	1, 2	105	65,6	27	64,3	42	82,4	13	72,2	9	90
		3	45	28,1	11	26,2	6	11,8	5	27,8	1	10
		4, 5	10	6,3	4	9,6	3	5,9	0	0	0	0
Filozofija paliativne oskrbe je združljiva s filozofijo zdravljenja.	P	1, 2	33	20,4	6	15	13	25,4	4	22,2	1	10
		3	64	39,8	17	42,5	21	41,2	7	38,9	9	90
		4, 5	64	39,8	17	42,5	17	33,3	7	38,9	0	0
Uporaba placeba je primerna pri zdravljenju nekaterih vrst bolečine.	P	1, 2	39	24,4	16	38,1	19	37,2	9	50	4	40
		3	53	33,1	11	26,2	18	35,3	8	44,4	4	40
		4, 5	68	42,5	15	35,7	14	27,5	1	5,6	2	20
V velikih odmerkih kodein povzroča več slabosti in bruhanje kot morfin.	P	1, 2	21	13,1	6	14,3	5	9,8	1	5,6	2	20
		3	94	58,4	23	54,8	35	68,6	15	83,3	6	60
		4, 5	46	28,6	11	26,2	11	21,5	2	11,1	2	20
Trpljenje in fizična bolečina sta eno in isto.	N	1, 2	106	65,8	30	73,2	38	74,5	16	88,9	8	80
		3	27	16,8	5	12,2	5	9,8	1	5,6	2	20
		4, 5	28	17,4	6	14,6	8	15,7	1	5,6	0	0
Demerol/dolanti n ni učinkovito zdravilo pri zdravljenju	P	1, 2	26	16,1	7	16,7	8	15,7	1	5,6	0	0
		3	99	61,5	23	54,8	32	62,7	12	66,7	6	60
		4, 5	35	21,7	12	28,6	11	21,6	5	27,8	4	40

Trditev	P/ N	Oce na	5		6 - 10		11 - 20		21 - 30		30	
			št. odg	%	št. odg	%	št. odg	%	št. odg.	%	št. odg	%
<b>Število izpolnjenih anket</b>			<b>161</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
kronične bolečine.												
Zaradi kopičenja izgub, je izgorelost neizogibna za tiste, ki delajo v paliativni oskrbi	N	1, 2	41	25,5	16	39	25	49,1	10	55,6	3	30
		3	61	37,9	15	36,6	19	37,3	6	33,3	5	50
		4, 5	59	36,7	10	24,4	7	13,7	2	11,1	2	20
Kronična bolečina se razlikuje od akutne bolečine.	P	1, 2	7	4,3	2	4,8	6	12	2	11,1	1	10
		3	13	8,1	4	9,5	7	14	4	22,2	4	40
		4, 5	141	87,6	36	85,8	37	74	12	66,7	5	50
Izgubo osebe, ki nam ni blizu, je lažje prenašati kot izgubo bližnje osebe.	N	1, 2	18	11,2	7	16,7	7	14	3	19,7	0	0
		3	34	21,1	10	23,8	13	26	4	22,2	1	10
		4, 5	109	67,7	25	59,5	30	60	11	61,2	9	90
Anksioznost ali utrujenost znižujeta prag bolečine.	P	1, 2	70	43,5	21	50	29	58	4	22,2	6	60
		3	49	30,4	10	23,8	7	14	5	27,8	2	20
		4, 5	43	26,1	11	26,2	14	28	9	50	2	20

Legenda: P = pravičen odgovor, N = nepravilen odgovor, št. odg. – število odgovorov, % - odstotek, ocena 1, 2 – se ne strinjam s trditvijo, ocena 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, ocena 4, 5 – se strinjam s trditvijo, 5 – medicinske sestre z manj kot 5 let delavne dobe, 6 – 10 – medicinske sestre z 6 do 10 leti delavne dobe, 11 – 20 – medicinske sestre z 11 do 20 let delovne dobe, 21 – 30 – medicinske sestre z 21 do 30 let delovne dobe, 31 – medicinske sestre z več kot 31 let delovnih izkušenj

Pri trditvi »Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege« je prišlo do statistično značilne razlike v razumevanju paliativne oskrbe glede na leta delovnih izkušenj v paliativni oskrbi ( $F = 6,734$ ;  $p < 0,001$ ). Medicinske sestre z manj kot 5 let delovnih izkušenj so se manj strinjale z omenjeno trditvijo ( $PV = 3,06$ ;  $SO = 1,00$ ) medtem ko so se medicinske sestre z več kot 31 let delovnih izkušenj bolj strinjale ( $PV = 4,10$ ;  $SO = 0,74$ ). Pri vseh ostalih trditvah ni prišlo do statistično značilne razlike v razumevanju paliativne oskrbe ne glede na število let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi ( $p > 0,05$ ) (tabela 8).

**Tabela 8: Razumevanje paliativne oskrbe glede na delovno dobo v paliativni oskrbi**

Trditev	Delovna doba	n = 359	min	maks	PV	SO	F	p
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu	< 5 let	161	2	5	4,64	0,65	1,133	0,341
	6 - 10	42	1	5	4,64	0,85		
	11 - 20	51	3	5	4,84	0,42		

Trditev	Delovna doba	n = 359	min	maks	PV	SO	F	p
s kronično in napredovalo boleznijo.	21 - 30	18	4	5	4,67	0,49		
	> 31 let	10	4	5	4,80	0,42		
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev.	< 5 let	161	2	5	4,80	0,49	0,619	0,649
	6 - 10	42	1	5	4,74	0,70		
	11 - 20	51	2	5	4,84	0,50		
	21 - 30	18	4	5	4,78	0,43		
	> 31 let	10	5	5	5,00	0,00		
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	< 5 let	161	3	5	4,80	0,45	0,539	0,707
	6 - 10	42	2	5	4,76	0,62		
	11 - 20	51	2	5	4,82	0,52		
	21 - 30	18	4	5	4,78	0,43		
	> 31 let	10	5	5	5,00	0,00		
Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	< 5 let	161	1	5	4,71	0,66	1,884	0,113
	6 - 10	42	4	5	4,88	0,33		
	11 - 20	51	4	5	4,92	0,27		
	21 - 30	18	3	5	4,78	0,55		
	> 31 let	10	4	5	4,80	0,42		
Za osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je potreben interdisciplinaren timski pristop.	< 5 let	161	3	5	4,74	0,48	1,785	0,132
	6 - 10	42	4	5	4,83	0,38		
	11 - 20	51	4	5	4,88	0,33		
	21 - 30	18	4	5	4,67	0,49		
	> 31 let	10	3	5	4,60	0,70		
Komunikacija je najpomembnejša večina oziroma orodje medicinske sestre v PO.	< 5 let	161	1	5	4,42	0,73	0,908	0,460
	6 - 10	42	2	5	4,48	0,71		
	11 - 20	51	3	5	4,55	0,67		
	21 - 30	18	3	5	4,22	0,65		
	> 31 let	10	4	5	4,60	0,52		
Medoseben odnos med pacientom in medicinsko sestro je pomemben dejavnik paliativne oskrbe.	< 5 let	161	2	5	4,67	0,53	1,735	0,142
	6 - 10	42	3	5	4,57	0,67		
	11 - 20	51	4	5	4,76	0,43		
	21 - 30	18	4	5	4,72	0,46		
	> 31 let	10	5	5	5,00	0,00		
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege.	< 5 let	161	1	5	3,06	1,00	6,734	<0,001
	6 - 10	42	2	5	3,74	0,80		
	11 - 20	51	1	5	3,43	1,01		
	21 - 30	18	2	4	3,33	0,77		
	> 31 let	10	3	5	4,10	0,74		
Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov.	< 5 let	161	2	5	4,75	0,53	1,448	0,218
	6 - 10	42	4	5	4,86	0,35		
	11 - 20	51	4	5	4,88	0,33		
	21 - 30	18	4	5	4,89	0,32		
	> 31 let	10	4	5	4,90	0,32		
Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester.	< 5 let	161	1	5	4,34	0,75	2,092	0,082
	6 - 10	42	3	5	4,57	0,63		
	11 - 20	51	4	5	4,59	0,50		
	21 - 30	18	4	5	4,56	0,51		
	> 31 let	10	3	5	4,40	0,70		
Dodatno izobraževanje za medicinske sestre iz paliativne zdravstvene nege	< 5 let	161	1	5	4,67	0,62	0,416	0,797
	6 - 10	42	4	5	4,73	0,45		
	11 - 20	51	4	5	4,76	0,43		

Trditev	Delovna doba	n = 359	min	maks	PV	SO	F	p
je zelo pomembno za razumevanje paliativne oskrbe.	21 - 30	18	3	5	4,61	0,70		
	> 31 let	10	4	5	4,70	0,48		
Paliativna zdravstvena nega me izčrpuje in utruja.	< 5 let	161	1	5	4,69	0,57	1,581	0,180
	6 - 10	42	1	5	3,01	1,00		
	11 - 20	51	1	5	2,78	0,94		
	21 - 30	18	1	5	2,90	1,28		
	> 31 let	10	2	5	3,39	0,70		

Legenda: n = število odgovorov, min = minimalna vrednost, maks = maksimalna vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = analiza varianc; p = statistična značilnost v višini 0,05. Ocena 1 – sploh se ne strinjam, ocena 2 – se ne strinjam, ocena 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, ocena 4 – se strinjam, ocena 5 – popolnoma se strinjam.

V nadaljevanju smo preverili tudi povezanost med razumevanjem paliativne oskrbe in številom let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi. Rezultate smo prikazali v tabeli 9 v nadaljevanju.

Rezultati so pokazali, da je povezava med leti delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi in razumevanjem paliativne oskrbe bila pri trditvi »Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege« statistično značilna, nizka in pozitivno usmerjena ( $r = 0,249$ ;  $p = 0,001$ ). Slednje pomeni, da so se medicinske sestre z več let delovnih izkušenj na področju paliativne oskrbe bolj strinjale, da imajo tudi znanje.

Povezava med leti delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi in razumevanjem paliativne oskrbe je bila pri trditvi »Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov« statistično značilna, nepomembne moči in pozitivno usmerjena ( $r = 0,129$ ;  $p = 0,031$ ).

Povezava med leti delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi in razumevanjem paliativne oskrbe je bila pri trditvi »Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester« statistično značilna, nepomembne moči in pozitivno usmerjena ( $r = 0,118$ ;  $p = 0,047$ ) (tabela 9).

**Tabela 9: Povezava med leti delovnih izkušenj in razumevanjem paliativne oskrbe**

Trditev		Leta delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu s kronično in napredovalo boleznijo.	r	0,076
	p	0,204



Trditev		Leta delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev.	r	0,025
	p	0,670
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	r	0,024
	p	0,685
Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	r	0,091
	p	0,127
Za osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je potreben interdisciplinaren timski pristop.	r	0,006
	p	0,925
Komunikacija je najpomembnejša večšina oziroma orodje medicinske sestre v PO.	r	0,009
	p	0,881
Medoseben odnos med pacientom in medicinsko sestro je pomemben dejavnik paliativne oskrbe.	r	0,086
	p	0,152
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege.	r	0,249
	p	<b>0,001</b>
Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov.	r	0,129
	p	<b>0,031</b>
Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester.	r	0,118
	p	<b>0,047</b>
Dodatno izobraževanje za medicinske sestre iz paliativne zdravstvene nege je zelo pomembno za razumevanje paliativne oskrbe.	r	0,029
	p	0,628
Paliativna zdravstvena nega me izčrpuje in utruja.	r	0,066
	p	0,269

Legenda: r = Pearsonov korelacijski koeficient; p = statistična značilnost v višini 0,05

Tretje raziskovalno vprašanje se je glasilo »Kako medicinske sestre ocenjujejo raven razumevanja paliativne oskrbe in njenega izvajanja?«

V nadaljevanju smo prikazali v tabeli 10 razumevanje paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester. Rezultati so pokazali, da so najvišjo stopnjo strinjanja anketiranci navedli pri trditvah »Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev« (PV = 4,78; SO = 0,52), »Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta« (PV = 4,78; SO = 0,52) in »Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah« (PV = 4,78; SO = 0,53). Sledi trditev »Za osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je potreben interdisciplinaren timski pristop« (PV = 4,74; SO = 0,47).

Anketirani so se najmanj strinjali z trditvijo »Paliativna zdravstvena nega me izčrpuje in utru« (PV = 2,99; SO = 1,07) (tabela 10).

**Tabela 10: Razumevanje paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester**

Trditev	n	min	maks	PV	SO
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu s kronično in napredovalo boleznijo.	358	1	5	4,67	0,63
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev.	359	1	5	4,78	0,52
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	357	2	5	4,78	0,52
Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	356	1	5	4,78	0,53
Za osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je potreben interdisciplinaren timski pristop.	355	3	5	4,76	0,47
Komunikacija je najpomembnejša večina oziroma orodje medicinske sestre v PO.	356	1	5	4,47	0,68
Medoseben odnos med pacientom in medicinsko sestro je pomemben dejavnik paliativne oskrbe.	355	2	5	4,70	0,52
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege.	356	1	5	3,29	0,99
Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov.	355	2	5	4,82	0,44
Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester.	356	1	5	4,44	0,70
Dodatno izobraževanje za medicinske sestre iz paliativne zdravstvene nege je zelo pomembno za razumevanje paliativne oskrbe.	354	1	5	4,69	0,56
Paliativna zdravstvena nega me izčrpuje in utru.	354	1	5	2,99	1,07

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Ocena 1 – sploh se ne strinjam, ocena 2 – se ne strinjam, ocena 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, ocena 4 - se strinjam, ocena 5 – popolnoma se strinjam.

Prav tako smo preverili poznavanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester. Rezultate smo predstavili v tabeli 11. Trditev, na katero je največ anketirancev odgovorilo pravilno, je »Kronična bolečina se razlikuje od akutne bolečine« (PV = 4,07; SO = 0,83). V tabeli 11 je razvidno, da je na pet trditev večina anketirancev napačno odgovorila. Med temi najbolj izstopa trditev, s katero se je največ anketirancev strinjalo, vendar trditev velja za napačno »Zelo pomembno je, da so družinski člani ob pacientu dokler ne nastopi smrt« (PV = 4,26; SO = 0,79).

**Tabela 11: Poznavanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester**

Trditev	P/N	n	min	maks	PV	SO
Paliativna oskrba je primerna le v primerih, kjer je prišlo do poslabšanja bolezni oz. je poslabšanje očitno.	N	312	1	5	2,40	1,11

Trditev	P/N	n	min	maks	PV	SO
Morfin je standard, ki se uporablja za primerjavo analgetičnega učinka drugih opioidov.	P	310	1	5	3,26	1,03
Od obsega bolezní je odvisno, kako se bo bolečina zdravila.	N	312	1	5	3,52	1,11
Pri zdravljenju bolečine je bistvenega pomena adjuvantno zdravljenje.	P	305	1	5	3,38	0,92
Zelo pomembno je, da so družinski člani ob pacientu dokler ne nastopi smrt.	N	313	1	5	4,26	0,79
V zadnjih dneh življenja lahko zaspanost, povezana z elektrolitskim neravnovesjem, zmanjša potrebo po sedaciji.	P	309	1	5	3,55	1,00
Zasvojenost z zdravili je velika težava, kadar se morfin dolgoročno uporablja za zdravljenje bolečin.	N	311	1	5	3,19	1,09
Ljudje, ki jemljejo opioide, morajo jemati tudi odvajala.	P	311	1	5	3,73	0,93
Zagotavljanje paliativne oskrbe zahteva čustveno odtujenost.	N	311	1	5	2,46	1,08
Zdravila, ki lahko povzročijo depresijo dihanja, so primerna za zdravljenje hude dispneje pri terminalni fazi bolezní.	P	307	1	5	3,04	1,08
Moški se lažje spopadajo z žalovanjem kot ženske.	N	310	1	5	2,06	1,00
Filozofija paliativne oskrbe je združljiva s filozofijo zdravljenja.	P	308	1	5	3,20	1,02
Uporaba placeba je primerna pri zdravljenju nekaterih vrst bolečine.	P	309	1	5	2,96	1,09
V velikih odmerkih kodein povzroča več slabosti in bruhanje kot morfin.	P	306	1	5	3,16	0,72
Trpljenje in fizična bolečina sta eno in isto.	N	308	1	5	2,29	1,17
Demerol/dolantin ni učinkovito zdravilo pri zdravljenju kronične bolečine.	P	306	1	5	3,11	0,76
Zaradi kopičenja izgub, je izgorelost neizogibna za tiste, ki delajo v paliativni oskrbi	N	308	1	5	2,96	1,02
Kronična bolečina se razlikuje od akutne bolečine.	P	307	1	5	4,07	0,83
Izgubo osebe, ki nam ni blizu, je lažje prenašati kot izgubo bližnje osebe.	N	308	1	5	3,69	1,01
Anksioznost ali utrujenost znižujeta prag bolečine.	P	308	1	5	2,80	1,17

Legenda: P = pravilen odgovor; N = nepravilen odgovor; n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Ocena 1 – sploh se ne strinjam, ocena 2 – se ne strinjam, ocena 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam, ocena 4 - se strinjam, ocena 5 – popolnoma se strinjam.

### 3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil ugotoviti razumevanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester. Ugotovili smo, da ne moremo trditi, da se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na njihovo stopnjo izobrazbe in števila let delovnih izkušenj v paliativni oskrbi. Poleg tega medicinske sestre menijo, da je cilj paliativne oskrbe doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev ter da ta združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta. Z vidika poznavanja

paliativne oskrbe pa so medicinske sestre najbolj pravilno odgovorile na trditev, da se kronična bolečina razlikuje od akutne bolečine.

Rezultati raziskave, ki smo jo opravili med medicinskimi sestrami na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, so pokazali, da se razumevanje paliativne oskrbe ne razlikuje med medicinskimi sestrami glede na stopnjo izobrazbe. Do nasprotnih ugotovitev so prišle druge tuje raziskave (Pan, et al., 2017; Hagan, et al., 2018), ki so dokazale, da se poznavanje in stališča medicinskih sester do paliativne oskrbe lahko razlikujejo glede na njihovo stopnjo izobrazbe. Poleg tega sta raziskavi pokazali, da so dejavniki, kot so udeležba v izobraževalnih programih paliativne oskrbe in posebno usposabljanje na področju storitev hospica in paliativne oskrbe, pozitivno povezani z razumevanjem medicinskih sester o paliativni oskrbi. Khraisat in sodelavci (2017) pri tem dodajajo, da je vključevanje izobraževanja o paliativni oskrbi v programe zdravstvene nege bistveno za izboljšanje znanja študentov zdravstvene nege na tem področju. To dejstvo je še posebej pomembno, saj se študenti kasneje vključujejo v bolnišnična oz. klinična okolja, kjer se paliativna oskrba vse pogosteje izvaja, pri čemer lahko s svojim razumevanjem in stališči vplivajo na razvoj paliativne oskrbe ter razumevanje starejših kolegov, ki tovrstnih izobraževanj v preteklosti niso bili deležni. Avtorji raziskave menimo, da je prav zadnja ugotovitev pomembna, saj imajo starejše medicinske sestre praviloma nižjo, srednješolsko izobrazbo, ki pa v preteklosti paliativne oskrbe niso imeli v študijskem kurikulumu. To je logično, saj je paliativna oskrba relativno mlada veda, o kateri se vedno več govori šele v zadnjih letih, pri čemer se krepi zavedanje, ne pa nujno razumevanja paliativne oskrbe kot take. Kot pravijo O'Shea in sodelavci (2017), je prav krepitev zmogljivosti zdravstvene nege za paliativno oskrbo prek dodiplomskih programov prepoznana kot ključni korak pri pripravi prihodnjih strokovnjakov zdravstvene nege za zagotavljanje kakovostne paliativne oskrbe.

Medicinske sestre, ki so končale podiplomske programe paliativne zdravstvene nege (v okviru študija napredne zdravstvene nege), so pokazale pozitivne spremembe v svojem odnosu do razumevanja pacientove bolečine, trpljenja, zdravljenja in oskrbe pacienta v paliativni oskrbi (Berndtsson, et al., 2019). Ugotovljeno, da paliativno izobraževanje koristi izvajalcem zdravstvene nege, saj izboljša njihovo razumevanje vlog, poveča

samozavest pri komunikaciji v zdravstvenem timu in izboljša njihovo sposobnost interakcije s pacienti in družinami (Pesut & Greig, 2018). Poleg tega se je izkazalo, da izvajanje izobraževalnih programov zdravstvene nege, ki se osredotočajo na paliativno oskrbo, poveča znanje medicinskih sester na tem področju in poveča njihovo samozavest pri priporočanju ustreznih posvetov o paliativni oskrbi (Hurteau, 2019), vendar pa je prepoznana potreba po nadaljnjih raziskavah, da bi bolje razumeli, kako izobraževanje o paliativni oskrbi vpliva na znanje in veščine študentov zdravstvene nege (Bassah, et al., 2016). Do podobnih ugotovitev je prišla tudi naša raziskava, kjer smo ugotovili, da so medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe, v večjem odstotku pravilneje odgovorile na trditve. Vendar se znanje med medicinskimi sestrami z visokošolsko in univerzitetno izobrazbo ali magisterijem, ni bistveno razlikovalo.

Wu in sodelavci (2023) poudarjajo pomen stalnega izobraževanja in usposabljanja na področju paliativne oskrbe za medicinske sestre, da bi izboljšale svojo razumevanje, ozaveščenost in znanje na tem področju. Glover in ostali raziskovalci (2019) se z navedenimi ugotovitvami strinjajo, pri čemer predlagajo, da lahko klinične izkušnje v okoljih paliativne oskrbe skupaj z didaktičnim izobraževanjem izboljšajo razumevanje, odnos in znanje zaposlenih v zdravstveni negi in študentov do paliativne oskrbe. Petursdottir in drugi (2018) dodajajo, da se je izkazalo, da izvajanje izobraževalnih intervencij, kot so programi naprednega coachinga, pozitivno vpliva na razumevanje in pristope medicinskih sester k paliativni oskrbi, zlasti v okoljih domače oskrbe (patronaža). Tako lahko ugotovimo, da lahko tudi *netradicionalne* metode izobraževanja, kot nasprotje formalnemu, prispevajo k boljšemu razumevanju paliativne oskrbe.

Izsledki raziskave so pokazali, da je mogoče trditi, da se razumevanje paliativne oskrbe rahlo razlikuje med medicinskimi sestrami glede na število let delovnih izkušenj v paliativni oskrbi. V prvem sklopu ni prišlo do statistično značilne razlike v razumevanju paliativne oskrbe ne glede na število let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi. V drugem sklopu vprašanj pa se rahlo pozna statistična razlika, kjer ugotovimo, da je pravilno na vprašanja odgovorilo 39,18 % medicinskih sester s pet ali manj let delovne dobe in 45,45 % medicinskih sester z 21 do 30 let delovne dobe. Medicinske sestre s 30 in več delovne dobe pa so le v 35,5 % odgovorile pravilno na vprašanja. Pri nekaterih

trditvah pa opazamo večja izstopanja, kot je pri trditvi »Zagotavljanje paliativne oskrbe zahteva čustveno odtujenost«. Kjer ugotavljamo, da je na trditev pravilno odgovorilo 77,8 % medicinskih sester z 21 do 30 leti delovne dobe in le 46 % medicinskih sester s 5 in manj leti delovne dobe. Ravno tako je raziskava Vu in sodelavcev (2019) pokazala, da so leta izkušenj v zdravstveni negi povezana z znanjem o paliativni oskrbi. Lindey in Cozad (2016) to dejstvo pojasnjujejo s tem, da medicinske sestre z več izkušnjami na področju paliativne oskrbe lahko bolje razumejo načela in prakse, povezane z zagotavljanjem oskrbe ob koncu življenja. Poleg tega je študija avtorjev (Lindey & Cozad, 2016) o znanju medicinskih sester, delovnem okolju in fluktuaciji v specializirani pediatrični oskrbi ob koncu življenja pokazala povezavo med znanjem medicinskih sester in delovnim okoljem, kar kaže na to, da izkušene medicinske sestre bolje razumejo kompleksnost paliativne oskrbe. Teh ugotovitev nismo mogli povsem dokazati, saj v slovenski praksi paliativne oskrbe primanjkuje medicinskih sester z dolgoletnimi izkušnjami, še posebej pa se je v naši raziskavi izkazalo, da je več kot polovica vprašanih z manj kot pet let delovne dobe, kar pomeni, da te niso mogle do sedaj razviti kompleksnih znanj.

Dwyer in McCarthy (2016) pišeta, da medicinske sestre z večletnimi izkušnjami razvijejo strategije in mehanizme spoprijemanja s čustvenimi in etičnimi dilemami, ki se lahko pojavijo v okolju paliativne oskrbe. Izkušnje medicinskih sester v paliativni oskrbi vplivajo tudi na to, kako uspešno bo ta pomirila pacienta v hospic okolju. Same izkušnje so torej temelj krmarjenje skozi zahtevne vidike in pojave paliativne oskrbe. Ti izsledki dokazujejo, da je število let delovnih izkušenj povezano z razumevanjem paliativne oskrbe, pri čemer tega ni mogoče zaslediti v slovenski raziskavi, kar je, po našem mišljenju, posledica malega števila medicinskih sester s specialnimi znanji, ki imajo malo let delovnih izkušenj, saj se tovrstna izobraževanja izvajajo šele v zadnjih letih. Prav slednja, specialna izobraževanja, omogočajo poglobljeno, kompleksnejše razumevanje paliativne oskrbe, kar pa ni mogoče povsem trditi za znanje, katero se prenaša znotraj timov paliativne zdravstvene nege, v praksi, katera temelji na učenju komunikacijskih in ostalih veščin.

Študija Temiz in drugih (2022) je pokazala, da so medicinske sestre z 1–10 leti izkušenj bolje seznanjene s paliativno oskrbo v primerjavi s tistimi z več izkušnjami. V

nadaljevanju študija, ki jo je izvedel Wake (2022) poudarja pomen usposabljanja in izobraževanja medicinskih sester za izboljšanje njihovega razumevanja o paliativni oskrbi ne glede na leta izkušenj. Raziskava Shigwedha in sodelavcev (2022), ki je ocenjevala znanje, odnos in prakso študentov zdravstvene nege do paliativne oskrbe, poudarila pomen ustreznega znanja, pozitivnega odnosa in dobre prakse bodočih medicinskih sester na področju paliativne oskrbe. Na drugi strani Getie in sodelavci (2021) izpostavljajo pomen *izobraževalnih pobud* (ang. educational initiatives), ki pomagajo medicinskim sestram, da ostanejo na tekočem z najnovejšimi dosežki na področju paliativne oskrbe ter izboljšajo svoje znanje in spretnosti pri zagotavljanju kakovostne oskrbe pacientom z življenjsko omejujajočimi boleznimi. Poleg tega se je treba osredotočiti na razvoj strategij za osnovno usposabljanje strokovnjakov zdravstvene nege na področju paliativne oskrbe, ne glede na njihova leta izkušenj (Martínez-Sabater, et al., 2021). S ponudbo celovitih programov usposabljanja lahko medicinske sestre pridobijo potrebno znanje in kompetence za zagotavljanje celostne in integrirane paliativne oskrbe pacientom in njihovim družinam (Campos, et al., 2022). Vključitev izobraževanja o paliativni oskrbi v učne načrte zdravstvene nege in zagotavljanje specializiranega usposabljanja o paliativni oskrbi pomagata zapolniti vrzeli v znanju in povečati zaupanje medicinskih sester pri zagotavljanju paliativne oskrbe (García-Salvador, et al., 2021). Nenazadnje je lahko ustvarjanje priložnosti za izkustveno usposabljanje in mentorstvo na področju paliativne oskrbe koristno, zlasti za medicinske sestre z različnimi ravni izkušenj (Tanzi, et al., 2023). Z vključevanjem v praktične izkušnje in sprejemanjem napotkov izkušenih strokovnjakov paliativne oskrbe lahko medicinske sestre razvijejo bistvene spretnosti na področju komunikacije, obvladovanja simptomov ter zagotavljanja psihosocialne podpore pacientom in družinam (DeFusco, et al., 2022).

Raziskave (Lin, et al., 2021; Ko, et al., 2023) so poudarile pomen ocenjevanja zaupanja, znanja, kompetenc in odnosa medicinskih sester do paliativne oskrbe in razumevanja slednje. Te ocene ponujajo dragocen vpogled v prednosti in področja za izboljšanje razumevanja in izvajanja praks paliativne oskrbe s strani medicinskih sester. Raziskave Duponta in drugih (2021) ter Zhonga in drugih (2022) so pri razumevanju paliativne oskrbe poudarjale pomen spremljanja izvajanja paliativne oskrbe s kazalniki kakovosti ter preučevanja spodbujevalcev in ovir, ki vplivajo na prakse medicinskih sester pri

izvajanju paliativne oskrbe. Prav razumevanje teh elementov lahko pomaga pri prepoznavanju izzivov in priložnosti za izboljšanje izvajanja paliativne oskrbe s strani medicinskih sester. Tako lahko ugotovimo, da je razumevanje paliativne oskrbe temelj za poznavanje te. Če bo medicinska sestra razumela kompleksnost paliativne oskrbe, ki obsega razumevanje različnih osebnosti, duhovnosti, nujenja holistične paliativne oskrbe itd., bo lahko tudi prepoznala potrebe pacienta v paliativni oskrbi.

Več avtorjev (Parajuli, et al., 2021; Cormack, et al., 2023) poudarja pomen oblikovanja orodij za ocenjevanje samokompetentnosti medicinskih sester pri izvajanju paliativne oskrbe in spodbujanje vloge medicinskih sester v paliativni oskrbi. Ta lahko pomagajo pri ocenjevanju pripravljenosti medicinskih sester in prepoznavanju področij, na katerih je potrebno dodatno usposabljanje ali podpora za izboljšanje njihovih praks paliativne oskrbe. Drugi avtorji (Mohammed, et al., 2019; Hemberg & Bergdahl, 2019) dodajajo, da prav orodja za oceno kompetentnosti omogočajo učinkovitejše naslavljanje mentorstva in pomagajo pri uvajanju paliativne oskrbe oziroma etične občutljivosti pri zagotavljanju paliativne oskrbe. Te ocene ponujajo vpogled v zmožnosti medicinskih sester za zagotavljanje kakovostne, celostne in varne paliativne oskrbe ter obravnavo etičnih izzivov pri oskrbi ob koncu življenja.

### 3.5.1 Omejitve raziskave

Paliativna oskrba je ena izmed ved, ki je relativno mlada, pri čemer se v Sloveniji v zadnjih letih, sodeč po pregledu literature, hitro postavljajo temelji za delovanje, izvajanje in izobraževalno dejavnost na področju paliativne oskrbe. Pri tem se temeljna literature ne osredotoča na kompleksnost in večplastnost delovanja medicinske sestre pri obravnavi pacienta v paliativni oskrbi, temveč se osredotoča na sam sistem delovanja vseh deležnikov, kar smatramo za omejitev raziskave. Druga omejitev raziskave, ki smo jo zaznali, je ta, da velika večina kakovostnih raziskav, ki so objavljene v slovenskem znanstveno-raziskovalnem prostoru, nastaja pod avtorstvom študentov, izsledki pa pogosto niso objavljeni v obliki članka ali prispevkov.



Pri izvedbi same raziskave smo naleteli na slabšo odzivnost medicinskih sester, zato smo te tudi večkrat pozvali k reševanju. Nekateri anketiranci niso v celoti izpolnili vprašalnika, kar štejemo za slabost, saj bi to lahko vplivalo na celotno sliko podatkov sodelujočih. Mestoma je bilo tudi pridobivanje soglasij zdravstvenih zavodov dolgotrajno, kar je podaljšalo čas izvedbe raziskave. Ravno tako so se za izpolnitev vprašalnika večinoma odločile medicinske sestre z manj leti delovne dobe.

### 3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Menimo, da so rezultati raziskave pomemben doprinos k poznavanju razumevanja paliativne oskrbe s strani medicinskih sester na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Izsledki so lahko tudi eden izmed temeljev za nadaljnji razvoj tega področja, saj podajajo uvid v večplastnost razumevanja in potreb medicinskih sester pri izvajanju paliativne oskrbe.

V prihodnjih raziskavah bi bilo smotrno preučiti tudi ustreznost orodij za oceno kompetentnosti in razumevanja paliativne oskrbe s strani medicinskih sester v Sloveniji, saj bi tako lahko ugotovili, katero orodje je ustrezno in s tem posledično nakazuje, katera so tista področja, kjer je potreben napredek. Menimo, da bi bila smotrna tudi preučitev uveljavitve kliničnih specializacij na področju paliativne oskrbe – prednosti, slabosti, vpliv na razumevanje in prakso paliativne oskrbe.

## 4 ZAKLJUČEK

Medicinska sestra v paliativni oskrbi ima kompleksno in večplastno vlogo, saj je zaupnica pacientov in njihovih svojcev, vodja in povezovalka zdravstvenega tima ter vir vseh informacij, ki so ključne za kakovostno, celostno in varno obravnavo pacientov v paliativni oskrbi. Tako lahko ugotovimo, da je njena vloga odgovorna, samo razumevanje teže njenega dela pa temelj za njeno učinkovito nudenje paliativne oskrbe.

Sicer pa lahko iz lastnih izkušenj povem, da je vsak pacient nova nepopisana knjiga, kjer si velikokrat želiš, da bi imel napotke, navodila kako ravnati v določeni situaciji. V paliativni oskrbi spremljamo pacienta in svojce skozi daljše obdobje in velikokrat so nezavedno ali zavedno v nego vpletena čustva. Ne glede na vse smo medicinske sestre le ljudje in v takih situacijah nam pomagajo primerna izobraževanja.

Na razumevanje paliativne oskrbe lahko vpliva več dejavnikov, in sicer število let delovnih izkušenj in stopnja izobrazbe, česar sicer nismo dokazali v naši raziskavi, so pa to naredili v drugih, tudi mednarodnih raziskavah. Poleg tega na razumevanje vplivajo tudi kontinuirana izobraževanja, vključenost znanj paliativne oskrbe v kurikulum do- in podiplomskega študija zdravstvene nege, povezovanje med medicinskimi sestrami, mentorstva, supervizije, interdisciplinarno sodelovanje itd. Razumevanje paliativne oskrbe pomeni tudi ponotranjenje etičnih načel, kar pomeni, da medicinska sestra odnos do paliativne oskrbe razvija z leti, pri čemer mora na tem delati aktivno in kontinuirano.

Ugotovitve raziskav na področju paliativne oskrbe so izjemnega pomena, še posebej, če se te izvajajo med izvajalci paliativne oskrbe. Še pomembneje je, da se zaključki prenesejo v izobraževalne dejavnosti in prakso izvajanja paliativne oskrbe, saj bo tako obravnavo pacienta v paliativni oskrbi kakovostnejša, samozavest, učinkovitost ter pogum medicinskih sester pa večja. Slednje se bodo počutile bolj kompetentne pri komunikaciji s svojci, skrbniki in ostalimi člani interdisciplinarnega tima, kar bo še spodbudilo napredek paliativne oskrbe kot vede.

## 5 LITERATURA

Bakitas, M.A., Tosteson, T.D., Li, Z., Lyons, K.D., Hull, J.G., Li, Z., Dionne-Odom, J.N., Frost, J., Dragnev, K.H., Hegel, M.T., Azuero, A. & Ahles, T.A., 2015. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13), pp. 1438-1445. 10.1200/JCO.2014.58.6362.

Bassah, N., Cox, K. & Seymour, J., 2016. A qualitative evaluation of the impact of a palliative care course on preregistration nursing students' practice in Cameroon. *BMC Palliative Care*, 15, p. 37. 10.1186/s12904-016-0106-7.

Berndtsson, I.E.K., Karlsson, M.G. & Rejnö, Å.C.U., 2019. Nursing students' attitudes toward care of dying patients: a pre- and post-palliative course study. *Heliyon*, 5(10), pp. 1-7. 10.1016/j.heliyon.2019.e02578.

Bernot, M., 2021. Zdravstvena nega v paliativni oskrbi in oskrba maligne rane. In: M. Ebert Moltara, S. Malačič & I. Gumilar, eds. *Priročnik paliativna oskrba*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospice oskrbe Slovenskega zdravniškega društva, pp. 35-48.

Bujang, M.A., Omar, E.D. & Baharum, N.A., 2018. A review on sample size determination for Cronbach's Alpha test: a Simple guide for researchers. *The Malaysian Journal Of Medical Sciences*, 25(6), pp. 85-99.

Campos, A.P., Levoy, K., Pandey, S., Wisniewski, R., DiMauro, P., Ferrell, B.R. & Rosa, W.E., 2022. Integrating palliative care into nursing care. *The American Journal Of Nursing*, 122(11), pp. 40-45. 10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7.

Chover-Sierry, E., Martínez-Sabater, A. & Lapeña-Moñux, Y.R., 2017. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version of

Palliative Care Quiz for Nurses. *PLoS ONE*, 12(5), pp. 1-15. 10.1371/journal.pone.0177000.

Cormack, C.L., Smith, W., Durham, C., Lindell, K. & Reinbeck, D., 2023. Advancing the role of the doctor of nursing practice in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 25(6), pp. 309-313. 10.1097/NJH.0000000000000984.

DeFusco, C., Lewis, A. & Cohn, T., 2023. Improving critical care nurses perceived self-efficacy in providing palliative care: a quasi-experimental study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 40(2), pp. 117-121. 10.1177/10499091221094313.

Draginc, A., 2021. Potrebe pacientov ob koncu življenja. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacientov. Novo mesto, 18. november*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 56-61.

Draginc, A., Laznik, G., Leskovic, L. & Zupančič, V., 2017. *Vodnik za klinične mentorje*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

Dupont, C., De Schreye, R., Cohen, J., De Ridder, M., Van den Block, L., Deliens, L. & Leemans, K., 2021. Pilot study to develop and test palliative care quality indicators for nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), p. 829. 10.3390/ijerph18020829.

Dwyer, I. & McCarthy, J., 2016. Experiences of palliative care nurses in the utilisation of palliative sedation in a hospice setting. *End-of-Life Journal, BMJ Journals*, 6, pp. 1-9. 10.1136/eoljnl-2015-000015.

Ebert Moltara, M., 2019. *Na stičišču: paliativna oskrba in onkologija*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe.

Ebert Moltara, M., 2014. Paliativna oskrba. *Onkologija*, 18(1), pp. 53-55.

Ebert Moltara, M., Bernot, M., Benedik, J., Žist, A., Golob, N., Malačič, S., Kolšek Šušteršič, M., Ivanetič Pantar, M., Koritnik, B., Meglič, A. & Krčevski Škvarč, N., 2020. *Temeljni pojmi in predlagano izrazoslovje v paliativni oskrbi*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe.

Ebert Moltara, M. & Bernot, M., eds. 2023. *Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji : temeljni pojmi in priporočila*. Ljubljana : Onkološki inštitut.

Federal office of public health (FOPH)., 2014. *Framework for palliative care in Switzerland*. Bern: Federal office of public health (FOPH).

Furman, B. & Lapuh, M., 2017. Paliativna oskrba - kaj to je? In: G. Prosen, ed., *Šola urgencye 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 146-150.

García-Salvador, I., Chisbert-Alapont, E., Antonaya Campos, A., Casaña Mohedo, J., Hurtado Navarro, C., Fernández Peris, S., Bonías López, J. & De la Rica Escuin, M.L., 2021. Design and validation of the INCUE Questionnaire: assessment of primary healthcare nurses' basic training needs in palliative care. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 18(20), pp. 1-13. 10.3390/ijerph182010995.

Getie, A., Wondmienen, A., Mengesha, A., Fitwi, A., Gedefaw, G. & Demis, A., 2021. Assessment of knowledge and attitude towards palliative care and associated factors among nurses working in North Wollo Hospitals. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(2), pp. 393-400. 10.4314/ejhs.v31i2.22.

Glover, T.L., Åkerlund, H., Horgas, A.L. & Bluck, S., 2019. Experiential palliative care immersion: student nurse's narratives reflect care competencies. *Western Journal Of Nursing Research*, 41(10), pp. 1465-1480. 10.1177/0193945919833061.

Gnezda, P., 2018. *Odnos medicinskih sester v paliativni oskrbi do umiranja in smrti: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Gulcan Bahcecioglu, T., 2017. Opinions of nurses about palliative care. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), pp. 176-184.

Hagan, T.L., Xu, J., Lopez, R.P. & Bressler, T., 2018. Nursing's role in leading palliative care: a call to action. *Nurse Education Today*, 61, pp. 216-219. 10.1016/j.nedt.2017.11.037.

Hemberg, J. & Bergdahl, E., 2019. Cocreation as a caring phenomenon: nurses' experiences in palliative home care. *Holistic Nursing Practice*, 33(5), pp. 273-284. 10.1097/HNP.0000000000000342.

Higginson, I.J., Bausewein, C., Reilly, C.C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C.J. & Moxham, J., 2014. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(12), pp. 979-987. 10.1016/S2213-2600(14)70226-7.

Hočevar, M. & Strojjan, P., 2018. *Onkologija: učbenik za študente medicine*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Hökkä, M., Melender, H., Lehto, J.T. & Kaakinen, P., 2021. Palliative nursing competencies required for different levels of palliative care provision: a qualitative analysis of health care professionals' perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 24(10), pp. 1516-1524. 10.1089/jpm.2020.0632.

Hui, D. & Bruera, E., 2013. Supportive and palliative oncology - a new paradigm for comprehensive cancer care. *Oncology & Hematology Review*, 9(1), pp. 68-74. 10.17925/OHR.2013.09.1.68.

Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S.H., Kwon, J.H., Hutchins, R., Liem, C. & Bruera, E., 2014. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic

review. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 47(1), pp. 77-89. 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021.

Hurteau, J., 2019. *Integration of early palliative care in oncology patients: improving nursing knowledge and confidence*. Rhode Island: Rhode Island College Library.

IAHPC, 2019. *Palliative care definition*. [online] Available at: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> [Accessed 9 March 2023].

Khraisat, O.M., Hamdan, M. & Ghazzawwi, M., 2017. Palliative care issues and challenges in Saudi Arabia: knowledge assessment among nursing students. *Journal of Palliative Care*, 32(3-4), pp. 121-126. 10.1177/0825859717743229.

Kilbertus, F., King, K., Robinson, S., Cristancho, S. & Burm, S., 2022. Understanding palliative care learning: a narrative inquiry exploring health care professionals' memorable experiences. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, pp. 1-9. 10.1016/j.ssmqr.2022.100098.

Kim, J.S., Kim, J. & Gelegjamts, D., 2020. Knowledge, attitude and self-efficacy towards palliative care among nurses in Mongolia: a cross-sectional descriptive study. *PloS One*, 15(7), pp. 1-15. 10.1371/journal.pone.0236390.

King, C., Edlington, T. & Williams, B., 2020. The "ideal" clinical supervision environment in nursing and allied health. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, pp. 187-196. 10.2147/JMDH.S239559.

Kmetec, S., Štiglic, G., Lorber, M., Mikkonen, I., McCormack, B., Pajnikihar, M. & Fekonja, Z., 2020. Nurses' perceptions of early person-centred palliative care: a cross-sectional descriptive study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 34(1), pp. 157-166. 10.1111/scs.12717.

Knuplež, U., 2015. *Pomen empatije pri obravnavi pacienta v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Ko, E., Lowie, S. & Ni, P., 2023. Confidence in carrying out palliative care among intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 28(1), pp. 13-20. 10.1111/nicc.12735.

*Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi*, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 52/14.

Leskovic, L., 2023. Poznavanje potreb pacientov v paliativni oskrbi med izvajalci zdravstvene nege. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: 12. mednarodna znanstvena konferenca*. Novo mesto: Založba Univerze v Novem mestu, pp. 281-287.

Lin, H.Y., Chen, C.I., Lu, C.Y., Lin, S.C. & Huang, C.Y., 2021. Nurses' knowledge, attitude, and competence regarding palliative and end-of-life care: a path analysis. *PeerJ*, 9, pp. 1-17. 10.7717/peerj.11864.

Lindley, L.C. & Cozad, M.J., 2017. Nurse knowledge, work environment, and turnover in highly specialized pediatric end-of-life care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 34(6), pp. 577-583. 10.1177/1049909116649415.

Lokar, K., 2014. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarni obravnavi bolnikov v onkologiji. *Onkološki vikend*, 2014, pp. 24-27.

Marinić, R., Joka, A., Friganović, A., Ljubas, A. & Korent, V., 2021. Nurses' knowledge of palliative care at primary, secondary and tertiary levels of health care. *Croatian Nursing Journal*, 5(1), pp. 17-28.

Martínez-Sabater, A., Chover-Sierra, P. & Chover-Sierra, E., 2021. Spanish nurses' knowledge about palliative care. A national online survey. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 18(21), pp. 1-13. 10.3390/ijerph182111227.



Ministrstvo za zdravje, 2010. *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Mohammed, S., Savage, P., Kevork, N., Swami, N., Rodin, G. & Zimmermann, C., 2020. "I'm going to push this door open. You can close it": a qualitative study of the brokering work of oncology clinic nurses in introducing early palliative care. *Palliative Medicine*, 34(2), pp. 209-218. 10.1177/0269216319883980.

Nyatanga, B., 2022. Being the asset in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 27(6), pp. 278-278. 10.12968/bjcn.2022.27.6.278.

O'Shea, E.R., Kanarek, R.B., Kazer, M.W., Kelley, P.W. & Thomas, T., 2017. Building nursing capacity for palliative care at a jesuit catholic university: a model program. *Christian Journal for Global Health*, 4(3), pp. 40-46. 10.15566/cjgh.v4i3.192.

Palliative care Australia., 2018. *Palliative care service development guidelines*. Canberra: Palliative care Australia.

Pan, H.H., Shih, H.L., Wu, L.F., Hung, Y.C., Chu, C.M. & Wang, K.Y., 2017. Path modeling of knowledge, attitude and practice toward palliative care consultation service among Taiwanese nursing staff: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 16(1), p. 42. 10.1186/s12904-017-0228-6.

Parajuli, J., Hupcey, J. & Walsh, A., 2022. Validation of the palliative care nursing self-competence scale for oncology nurses in the United States. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 39(11), pp. 1288-1297. 10.1177/10499091211069077.

Parajuli, J., Hupcey, J.E., Kitko, L. & Birriel, B., 2021. Palliative care: oncology nurses' confidence in provision to patients with cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 25(4), pp. 449-455. 10.1188/21.CJON.449-455.

Pereira, S.M., Hernández-Marrero, P., Pasman, H.R., Capelas, M.L., Larkin, P. & Francke, A.L., 2020. Nursing education on palliative care across Europe: results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine*, 35(1), pp. 130-141. 10.1177/0269216320956817.

Pesut, B. & Greig, M., 2018. Resources for educating, training, and mentoring nurses and unregulated nursing care providers in palliative care: a review and expert consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 21(1), pp. 50-56. 10.1089/jpm.2017.0395.

Petursdottir, A.B., Haraldsdottir, E. & Svavarsdottir, E.K., 2019. The impact of implementing an educational intervention to enhance a family-oriented approach in specialised palliative home care: a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 33(2), pp. 342-350. 10.1111/scs.12628.

Privošnik, L., 2023. *Samoocenjena reflektivna praksa pri študentih zdravstvene nege: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Rapin, J., Pellet, J., Mabire, C., Gendron, S. & Dubois, C.A., 2019. How does feedback shared with interprofessional health care teams shape nursing performance improvement systems? A rapid realist review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), p. 182. 10.1186/s13643-019-1097-2.

Ross, M.M., McDonald, B. & McGuinness, J., 1996. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), pp. 126-37.

Saje, M. & Filej, B., 2014. Celostna obravnava paliativnega pacienta v domačem okolju. *Revija za zdravstvene vede*, 1(1), pp. 54-70.

Salins N., 2018. Reflective practice in palliative care. *Indian Journal Of Palliative Care*, 24(1), pp. 1-2. 10.4103/IJPC.IJPC\_211\_17.

Schroeder, K. & Lorenz, K., 2018. Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal Of Oncology Nursing*, 5(1), pp. 4-8. 10.4103/apjon.apjon\_43\_17.

Shi, H., Shan, B., Zheng, J., Peng, W., Zhang, Y., Zhou, X., Miao, X. & Hu, X., 2019. Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China: a cross-sectional study. *Medicine*, 98(45), pp. 1-8. 10.1097/MD.00000000000017683.

Shigwedha, N.N., Amakali-Nauseb, T. & Runone, K., 2022. Assessment of the knowledge, attitude and practice towards palliative care amongst the 4th year nursing degree students at Windhoek Campus, University of Namibia. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 9(6), pp. 2466-2473. 10.18203/2394-6040.ijcmph20221522.

Sluga, S., 2013. Zdravstvena nega umirajočega bolnika v Splošni bolnišnici Celje. In: A. Presker Planko & K. Esih, eds. *Paliativna zdravstvena nega*. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje, pp. 40-58.

Srša, A., 2016. *Prepoznavnost paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami v psihiatriji: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Tanzi, S., Peruselli, C. & Moroni, M., 2023. Palliative care is a complex care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2023. pp. 1-6. 10.1136/spcare-2023-004553.

Temiz, G., Bayram, Z., Akin, S., Donmez, E. & Salamanca Mapi, N., 2022. Early integration of palliative care among cancer patients: the perspective of oncology nurses in Turkey. *European Journal Of Cancer Care*, 31(6), pp. 1-9. 10.1111/ecc.13665.

Vu, H.T.T., Nguyen, L.H., Nguyen, T.X., Nguyen, T.T.H., Nguyen, T.N., Nguyen, H.T.T., Nguyen, A.T., Pham, T., Tat Nguyen, C., Tran, B.X., Latkin, C.A., Ho, C.S.H. & Ho, R.C.M., 2019. Knowledge and attitude toward geriatric palliative care among health

professionals in Vietnam. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(15), pp. 1-11. 10.3390/ijerph16152656.

Wake A.D., 2022. Knowledge and associated factors towards palliative care among nurses in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Medicine*, 10, pp. 1-12. 10.1177/20503121221092338.

WHO, 2020. *Palliative care*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Accessed 9 March 2023].

Wu, Y.H., Hsieh, H.Y., Kuo, Y.L. & Wu, C.Y., 2023. The experiences and needs of nurses providing home-based palliative care: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Palliative Care*, 38(4), pp. 490-502. 10.1177/08258597221105167.

Xue, B., Cheng, Q., Yue, S.W., Zhao, Z.H., Wang, R., Redding, S.R. & Ouyang, Y.Q., 2023. Attitudes and knowledge of palliative care of Chinese undergraduate nursing students: A multicenter cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 122, pp. 1-7. 10.1016/j.nedt.2023.105720.

Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. & Taleghani, F., 2015. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian Journal Of Palliative Care*, 21(2), pp. 214-224. 10.4103/0973-1075.156506.

Zarei, B., Salmabadi, M., Amirabadizadeh, A. & Vagharseyyedin, S.A., 2019. Empathy and cultural competence in clinical nurses: a structural equation modelling approach. *Nursing Ethics*, 26(7-8), pp. 2113-2123. 10.1177/0969733018824794.

Zhong, Y., Black, B.P., Kain, V.J., Sun, X. & Song, Y., 2022. Development of the Simplified Chinese version of neonatal palliative care attitude scale. *Frontiers in Pediatrics*, 10, pp. 1-8. 10.3389/fped.2022.962420.

Zhu, Y., Yang, B., Li, X., Wu, B., Guo, Q., Xu, L. & Zhao, Y., 2022. Development of the nurses' willingness to engage in palliative care scale. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 24(6), pp. 258-264. 10.1097/NJH.0000000000000898.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 MERSKI INSTRUMENT**

Spoštovani,

Sem Snežana Frelih, študentka dodiplomskega študija Zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Ob zaključku svojega študija pripravljam diplomsko delo z naslovom »Razumevanje paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester«, ki nastaja pod mentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, viš. pred.

Namen diplomskega dela je ugotoviti razumevanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester.

Vaši odgovori v vprašalniku bodo popolnoma zaupni in bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Snežna Frelih

## SKLOP 1: Demografski podatki

### 1. Spol

- a) Ženski
- b) Moški

2. Starost: \_\_\_\_\_ let (vpišete dopolnjena leta starosti)

3. Število let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege: \_\_\_\_\_ let

3. Število let delovnih izkušenj na področju paliativne zdravstvene nege: \_\_\_\_\_ let

### 4. Stopnja izobrazbe:

- a) srednješolska izobrazba
- b) višješolska izobrazba
- c) visokošolska izobrazba
- d) univerzitetna izobrazba ali magisterij
- e) doktorat

### 5. Dodatna izobraževanja s področja paliativne oskrbe

- a) Seminar 1 dan vsaj 6 ur
- b) Seminar do 20 ur
- c) Specialna znanja s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe (več kot 60 ur)

### 6. Zavod zaposlitve:

- a) Zavod primarnega nivoja zdravstvenega varstva
- b) Zavod sekundarnega nivoja zdravstvenega varstva
- b) Zavod terciarnega nivoja zdravstvenega varstva
- c) Socialno-varstveni zavod

**SKLOP 2: Razumevanje paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester**

**1. Na spodnji lestvici ocenite vaše strinjanje s podanimi trditvami glede lastnega razumevanja paliativne oskrbe. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, ocena 5 pa predstavlja, da se s trditvijo popolnoma strinjate (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).**

<b>Trditev</b>	<b>Sploh se ne strinjam</b>	<b>Se ne strinjam</b>	<b>Niti se strinjam niti se ne strinjam</b>	<b>Se strinjam</b>	<b>Popolnoma se strinjam</b>
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu s kronično in napredujajočo boleznijo.	1	2	3	4	5
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev.	1	2	3	4	5
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	1	2	3	4	5
Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	1	2	3	4	5
Za osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je potreben interdisciplinaren timski pristop.	1	2	3	4	5
Komunikacija je najpomembnejša veščina oziroma orodje medicinske sestre v PO.	1	2	3	4	5
Medoseben odnos med pacientom in medicinsko sestro je pomemben dejavnik paliativne oskrbe.	1	2	3	4	5
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov.	1	2	3	4	5
Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od	1	2	3	4	5



Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se strinjam niti se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester.					
Dodatno izobraževanje za medicinske sestre iz paliativne zdravstvene nege je zelo pomembno za razumevanje paliativne oskrbe.	1	2	3	4	5
Paliativna zdravstvena nega me izčrpuje in utruje.	1	2	3	4	5

### SKLOP 3: Poznavanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester

- 1. Na spodnji lestvici ocenite vaše strinjanje s podanimi trditvami glede lastnega poznavanja paliativne oskrbe. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, ocena 5 pa predstavlja, da se s trditvijo popolnoma strinjate (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).**

Trditev	Odgovor	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se strinjam niti se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Paliativna oskrba je primerna le v primerih, kjer je prišlo do poslabšanja bolezni oz. je poslabšanje očitno.	N	1	2	3	4	5
Morfin je standard, ki se uporablja za primerjavo analgetičnega učinka drugih opioidov.	P	1	2	3	4	5
Od obsega bolezni je odvisno, kako se bo bolečina zdravila.	N	1	2	3	4	5
Pri zdravljenju bolečine je bistvenega pomena adjuvantno zdravljenje.	P	1	2	3	4	5
Zelo pomembno je, da so družinski člani ob pacientu dokler ne nastopi smrt.	N	1	2	3	4	5
V zadnjih dneh življenja lahko zaspanost, povezana z elektrolitskim neravnovesjem, zmanjša potrebo po sedaciji.	P	1	2	3	4	5
Zasvojenost z zdravili je velika težava, kadar se morfin dolgoročno uporablja za zdravljenje bolečin.	N	1	2	3	4	5
Ljudje, ki jemljejo opioide, morajo jemati tudi odvajala.	P	1	2	3	4	5

Trditev	Odgovor	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se strinjam niti se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Zagotavljanje paliativne oskrbe zahteva čustveno odtujenost.	N	1	2	3	4	5
Zdravila, ki lahko povzročijo depresijo dihanja, so primerna za zdravljenje hude dispneje pri terminalni fazi bolezni.	P	1	2	3	4	5
Moški se lažje spopadajo z žalovanjem kot ženske.	N	1	2	3	4	5
Filozofija paliativne oskrbe je združljiva s filozofijo zdravljenja.	P	1	2	3	4	5
Uporaba placeba je primerna pri zdravljenju nekaterih vrst bolečine.	P	1	2	3	4	5
V velikih odmerkih kodein povzroča več slabosti in bruhanje kot morfin.	P	1	2	3	4	5
Trpljenje in fizična bolečina sta eno in isto.	N	1	2	3	4	5
Demerol/dolantin ni učinkovito zdravilo pri zdravljenju kronične bolečine.	P	1	2	3	4	5
Zaradi kopičenja izgub, je izgorelost neizogibna za tiste, ki delajo v paliativni oskrbi	N	1	2	3	4	5
Kronična bolečina se razlikuje od akutne bolečine.	P	1	2	3	4	5
Izgubo osebe, ki nam ni blizu, je lažje prenašati kot izgubo bližnje osebe.	N	1	2	3	4	5
Anksioznost ali utrujenost znižujeta prag bolečine.	P	1	2	3	4	5

Legenda: P – pravilno; N - nepravilno