



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**STRAH ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRED
VKLJUČEVANJEM PACIENTOV V
PALIATIVNO OSKRBO – KVANTITATIVNA
RAZISKAVA**

**FEAR OF INCLUDING PATIENTS INTO
PALLIATIVE CARE IN HEALTHCARE
WORKERS — A QUANTITATIVE STUDY**

Mentorica: Marjana Bernot Pustišek, viš. pred. Kandidatka: Janja Oblak

Jesenice, september, 2026

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Marjani Bernot Pustišek, viš. pred., za vso strokovno pomoč, potrpežljivost in usmerjanje pri pripravi diplomskega dela. Njena podpora, nasveti ter spodbudne besede so mi bili v veliko pomoč skozi proces pisanja.

Zahvaljujem se tudi recenzentki, doc. dr. Saši Kadivec, za konstruktivne usmeritve, ki so obogatile moje delo. Veliko hvala tudi lektorici Janji Čenčič Gartner, prof. slov., za hitro in natančno lektoriranje dela.

Hvaležna sem tudi svojim sodelavcem, ki so me spodbujali in mi stali ob strani, ter prijateljem, ki so me ves čas podpirali, bodrili in verjeli vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Paliativna oskrba je celostna obravnava pacientov z neozdravljivimi boleznimi, ki vključuje obvladovanje simptomov, podporo pacientu in njegovi družini ter izboljšanje kakovosti življenja. Zdravstveni delavci imajo ključno vlogo pri pravočasnem prepoznavanju potreb pacientov in njihovem vključevanju v paliativno obravnavo, pri čemer se pogosto soočajo z etičnimi dilemami, komunikacijskimi izzivi ter psihološkimi obremenitvami.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti, kako dobro zdravstveni delavci poznajo opredelitev paliativne oskrbe, raziskati, kako se pri njih kaže strah pred paliativno oskrbo, ter opredeliti dejavnike, ki vplivajo na odločitev za vključitev pacienta v paliativno obravnavo.

Metoda: Raziskava je bila izvedena z uporabo kvantitativne metode, podatki pa so bili zbrani z vprašalnikom, ki je bil razdeljen med 195 zdravstvenih delavcev v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Izvedene so bile deskriptivne statistike, preverjena je bila notranja skladnost lestvic s Cronbachovim alfa koeficientom ter opravljene so bile primerjave med skupinami z Welchovim t-testom. Dodatno je bila preverjena povezanost starosti in delovne dobe z lestvicami s Pearsonovo korelacijo.

Rezultati: Zdravstveni delavci so pri obravnavanih postavkah večinoma prepoznali temeljne značilnosti paliativne oskrbe ($M = 4,06$; $SD = 0,80$), pri čemer se je največ udeležencev strinjalo s trditvijo, da mora imeti vsak zdravstveni delavec osnovno znanje o paliativni oskrbi ($n = 175$; 89,7 %). Elementi strahu pred vključevanjem pacientov v paliativno oskrbo so bili zmerno izraženi ($M = 3,18$; $SD = 0,81$), pri čemer je 170 udeležencev (87,2 %) izrazilo potrebo po dodatnem znanju in komunikacijskih veščinah.

Razprava: Raziskava poudarja potrebo po dodatnem izobraževanju zdravstvenih delavcev, razvoju podpornih programov za zmanjševanje strahu ter oblikovanju jasnih smernic za odločanje o vključevanju pacientov v paliativno oskrbo.

Ključne besede: paliativna obravnava, izobraževanje, stigma, komunikacija, odločanje

SUMMARY

Theoretical Background: Palliative care is a comprehensive approach for patients with incurable diseases, including symptom management, support for patients and their families, and improvement of quality of life. Healthcare professionals play a crucial role in the timely recognition of patients' needs and their inclusion in palliative care, while often facing ethical dilemmas, communication challenges, and psychological burdens.

Goals: The aim of the study was to determine how well healthcare professionals understand the definition of palliative care, to explore how fear of palliative care is expressed among them, and to identify factors influencing the decision to include patients in palliative care.

Methods: A quantitative research design was employed. Data were collected with a questionnaire distributed among 195 healthcare professionals from the University Medical Centre Ljubljana. Descriptive statistics were calculated, the internal consistency of the scales was assessed using Cronbach's alpha coefficient, and group comparisons were performed using Welch's t-test. Additionally, associations between age, years of work experience, and the scales were examined using Pearson's correlation coefficient.

Results: In the items assessing the basic definition of palliative care, healthcare professionals mostly recognised the fundamental characteristics of palliative care ($M = 4.06$, $SD = 0.80$), with the highest level of agreement found for the statement that every healthcare professional should have basic knowledge of palliative care ($n = 175$; 89.7%). Elements of fear related to including patients in palliative care were moderately expressed ($M = 3.18$, $SD = 0.81$), with 170 participants (87.2%) expressing the need for additional training and practice in communication skills.

Discussion: The study highlights the need for further education of healthcare professionals, the development of supportive programmes aimed at reducing fear, and the development of clear guidelines to support decision making about including patients in palliative care.

Key words: palliative care, education, stigma, communication, decision making

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 PALIATIVNA OSKRBA.....	3
2.2 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO PALIATIVNE OSKRBE.....	6
3 EMPIRIČNI DEL.....	9
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	9
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	9
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	9
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	10
3.3.2 Opis merskega instrumenta	10
3.3.3 Opis vzorca	11
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	13
3.4 REZULTATI	14
3.5 RAZPRAVA.....	21
3.5.1 Omejitve raziskave	28
3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	29
4 ZAKLJUČEK	32
5 LITERATURA	37
6. PRILOGE	
6.1 MERSKI INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Znanje zdravstvenih delavcev o opredelitvi paliativne oskrbe.....	15
Tabela 2: Čustvena obremenitev pri delu s pacienti v paliativni oskrbi.....	16
Tabela 3: Strah pred vključitvijo v paliativno oskrbo	17
Tabela 4: Lestvice znanja in stališč, čustvenih obremenitev ter elementov strahu pri vključevanju pacientov v paliativno oskrbo	19
Tabela 5: Primerjava rezultatov po spolu z lestvicami znanja, čustvenih obremenitev ter strahu v paliativni oskrbi	19
Tabela 6: Primerjava rezultatov po poklicu na treh lestvicah	20
Tabela 7: Povezanost starosti in delovne dobe z lestvicami vprašalnika	21

SEZNAM KRAJŠAV

QR KOD	Quick response kod (hitro odzivni kod)
UKC Ljubljana	Univerzitetni klinični center Ljubljana

1 UVOD

Ko slišimo izraz paliativna oskrba, ga po besedah avtoric Furman in Lopuh (2017) številni ljudje razumejo kot sinonim za obdobje umiranja. Njen pomen pa je vendar drugačen. Paliativna oskrba je opredeljena kot aktivna in celostna pomoč pacientom, ki so v stanju napredovane kronično neozdravljive bolezni, ter njihovim bližnjim. Začne se zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni ter se izvaja neprekinjeno skozi vsa obdobja bolezni, tudi med specifičnimi zdravljenji in vse do obdobja umiranja, smrti in žalovanja. Vedno je glavni namen paliativne oskrbe izboljšati kakovost življenja pacienta in bližnjih s pravočasnimi ukrepi za lajšanje težav, ki so lahko telesne, psihične, duhovne ali socialne narave (Ebert Moltara, et al., 2020).

V Sloveniji se področje paliativne oskrbe še vedno pogosto dojema kot manj zanimivo karierno področje zdravstvenih delavcev, saj v praksi prevladuje prepričanje, da lahko to delo opravlja vsakdo. Vendar se v težjih situacijah pokaže, da paliativna oskrba zahteva visoko stopnjo fleksibilnosti in kompleksno znanje. K nezanimanju prispevajo tudi številne ovire, kot so strah in nezaupanje zdravstvenih delavcev do oskrbe umirajočih (Bernot & Ebert Moltara, 2019). Avtorici ob tem opozarjata, da se bo treba s temi izzivi soočiti in jih premagati, saj je le vprašanje časa, kdaj bomo tudi sami postali ne le izvajalci, temveč uporabniki teh storitev.

Kot ugotavlja Macleod (2017), sta strah in tesnoba podobni, vendar različni klinični stanji. Strah je neprijetna čustvena reakcija na nepričakovano ali na zavedanje o nevarnosti, ki povzroča željo po izogibanju grožnjam. Tesnoba nastopi zaradi splošnih in nespecifičnih nevarnosti za 'sebe', kar privede do povečane senzacije in potrebe po ohranjanju bližine do opazovane grožnje. Poleg tega, da oboleli ljudje med soočanjem z rakom doživijo trenutke strahu in tesnobe, te občutke lahko zaznamo tudi med zdravstvenimi delavci pred vključevanjem pacientov v paliativno oskrbo. Niederhauser, et al. (2025) pravijo, da je prepoznavanje teh čustev ena od ključnih dejavnosti izvajanja paliativne oskrbe, saj je vedno treba poudariti pomembnost obravnave čustev kot integralnega dela poklicne prakse. Na tak način se lahko optimizirajo zdravstveni rezultati za paciente v paliativni oskrbi ter njihove bližnje, hkrati pa naredi najboljše za njihove

trenutne skrbnike oziroma zdravstvene delavce (Furman & Lopuh, 2017; Macleod, 2017; Niederhauser, et al., 2025).

V diplomskem delu smo želeli preveriti znanje zdravstvenih delavcev v izbrani zdravstveni ustanovi o paliativni oskrbi, prepoznati ter opredeliti strahove in zadržke zdravstvenih delavcev do dela na področju paliativne oskrbe. Ugotoviti smo hoteli, kako strahovi vplivajo na pripravljenost zdravstvenih delavcev za vključevanje pacienta v paliativno oskrbo.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PALIATIVNA OSKRBA

Po definiciji Združenja za paliativno oskrbo Avstralije je paliativna oskrba obravnava, ki pomaga posameznikom živeti čim bolj polno in udobno v obdobju, ko se soočajo z neozdravljivo boleznijo (Palliative Care Australia, 2024). Gre za pristop, ki izboljšuje kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev v času napredovanja bolezni, ob koncu življenja in v obdobju žalovanja (Ebert Moltara, et al., 2020; Palliative Care Australia, 2024). Kakovost življenja se povečuje s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja z zgodnjim prepoznavanjem, oceno ter obravnavo bolečine in drugih težav, vključno s telesnimi, psihičnimi, socialnimi in duhovnimi področji (Ebert Moltara, et al., 2020; Palliative Care Australia, 2024).

Paliativna oskrba je namenjena pacientom vseh starosti in ni omejena le na paciente z rakom, saj se vse bolj uveljavlja tudi pri pacientih z drugimi napredovanimi kroničnimi boleznimi ter v zgodnejših obdobjih neozdravljive bolezni (Ebert Moltara, et al., 2020; Ryan, et al., 2020). Izraz »paliativni pristop« označuje oskrbo, ki jo lahko zagotavlja kateri koli ustrezno usposobljen zdravstveni delavec, pri čemer vključuje prilagajanje strokovnega znanja s področja medicine, zdravstvene nege in drugih zdravstvenih strok potrebam posameznikov s kroničnimi neozdravljivimi boleznimi skozi potek njihove bolezni (Ebert Moltara, et al., 2020).

Tudi Swami in Case (2018) paliativno oskrbo povzameta kot specializiran zdravstveni pristop, namenjen izboljšanju kakovosti življenja posameznikov s hudimi, kroničnimi ali življenjsko ogrožajočimi boleznimi. Osredotočenost paliativne oskrbe je po njihovih besedah na lajšanju simptomov, obvladovanju bolečine ter naslavljanju čustvenih, psiholoških in duhovnih potreb ne glede na pacientovo prognozo ali stadij bolezni. Takšna oblika zdravstvene oskrbe je običajno zagotovljena z interdisciplinarnimi timi, ki vključujejo zdravnike, medicinske sestre, socialne delavce, psihologe in duhovnike, da bi celostno podprli tako paciente kot njihove družine.

Po drugi strani definicijo paliativne oskrbe Svetovne zdravstvene organizacije v slovenskem prostoru povzema Ebert Moltara (2024), ki navaja, da se paliativna oskrba opredeli kot pristop v zdravstvu. Ta priznava življenje in smrt kot naravna dogodka – ne pospešuje niti ne odlaga smrti in si prizadeva za izboljšanje kakovosti življenja pacienta. Avtorica tudi izhaja iz svojih ugotovitev, da večina pacientov s kroničnimi neozdravljivimi boleznimi ob koncu življenja potrebuje paliativno oskrbo. Paliativna oskrba v Sloveniji ni enakomerno razporejena po regijah in ima slabo strukturirano ter neusklajeno omrežje izvajalcev dejavnosti na tem področju. Razlike v dostopnosti so vidne predvsem na dostopnosti specializirane paliativne oskrbe (Ebert Moltara, 2024).

Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji temelji na dveh ravneh. Na osnovni ravni se oskrba izvaja s strani osebnih zdravnikov skupaj s patronažnimi medicinskimi sestrami na pacientovem domu. Izvajajo jo tudi zdravstveni delavci v domovih za starejše občane in na oddelkih splošnih bolnišnic. Na ravni specializirane paliativne oskrbe se izvaja po specializiranih enotah bolnišnic, hospica in oddelkih za akutno paliativno oskrbo. Ta vključuje tudi obravnave mobilnih paliativnih timov (Bernot & Ebert Moltara, 2019; Ebert Moltara, 2024).

Pri opredelitvi ključnih načel paliativne oskrbe se moramo zavedati izrazov celostne obravnave posameznika, izboljšanja kakovosti življenja ter sprejemanja umiranja kot naravnega dela življenjskega procesa vsakega živega bitja. To poudarja dejstvo, da paliativna oskrba ni omejena zgolj na oskrbo ob koncu življenja, temveč jo je mogoče vključiti že v zgodnjih obdobjih neozdravljive bolezni, kar lahko pomembno izboljša izide zdravljenja. Pomembno je poudariti, da paliativna oskrba vključuje skupno odločanje, pri čemer naj cilji zdravljenja čim bolj odražajo življenjske in družinske vrednote ter osebne želje pacienta (Touzel & Shadd, 2018; Ryan, et al., 2020; Cohen & Wein, 2023).

Proces umiranja lahko poteka po dveh poteh. Ena je mirnejša, s postopnim umirjanjem čustev in zanimanja za okolico, prehodom v spanje ter kasneje v komo. Druga je težja, saj jo lahko spremljajo tesnoba, delirij in včasih tudi epileptični napadi. V teh primerih je bistvenega pomena nadzorovanje simptomov in zagotavljanje čim večjega udobja. Glavni

cilj je omogočiti mirno odhajanje brez nepotrebnih posegov in zdravljenja brez ustreznega vpliva na kakovost življenja pacientov (Cherny, et al., 2021).

Pomembno je opustiti nepotrebna zdravila brez koristi za pacientovo počutje ali brez takojšnjih učinkov ter ohranjati povezavo s pacientom in njegovimi svojci v času soočanja s stisko. Skrb za osebno higieno ter nego kože in ustne votline ter nadzor nad izločanjem urina in blata so ključni del skrbi za ohranjanje dostojanstva in udobja pacientov. V tem obdobju je značilno zmanjšanje sposobnosti za osnovne življenjske aktivnosti, kot sta hranjenje in hidracija. V okviru omejenega vnosa hrane in tekočin je ključno natančno spremljanje in prilagajanje potreb pacientov (Trontelj Zavratnik & Červek, 2016).

Obravnavanje pogostih simptomov, kot so bolečina ter težave pri dihanju in zmedenost, ter preprečevanje zapletov, kot so razjede zaradi pritiska ali končna dispneja, so fokus paliativne oskrbe. V primeru neobvladljivih simptomov z drugimi metodami se lahko v skrajnih primerih izkoristi paliativna sedacija kot zadnja možnost za zagotavljanje udobja, ko drugi pristopi niso več uspešni (Trontelj Zavratnik & Červek, 2016).

Ko govorita o delu zdravstvenih delavcev na področju paliativne oskrbe, avtorja Schroeder in Lorenz (2018) poudarjata, da ta zahteva visoko stopnjo znanja, dobro psihološko pripravljenost ter sposobnost obvladovanja kompleksnih veščin, kot so obvladovanje simptomov in učinkovita komunikacija s pacienti ter njihovimi bližnjimi.

Zdravstveni delavci se v tej stroki pogosto srečujejo s kompleksnimi situacijami in težkimi čustvenimi stanji, ki so povezani s smrtjo in žalovanjem. Pomembno je izkazovanje sočutja, saj to pomaga preprečevati izgorelost in vzpostavlja zaupanja vreden odnos s pacienti ter njihovimi družinami. To pa postane še posebej ključno ob napredovanju bolezni in soočenju s smrtjo (Schroeder & Lorenz, 2018).

Paliativna oskrba zajema ne le tehnične naloge, temveč tudi umetnost skrbi, ki poudarja tolažbo in podporo. Medicinske sestre morajo jasno komunicirati, poznati simptome in zdravljenje ter izkazovati sočutje v najbolj ranljivih trenutkih pacientov ter njihovih bližnjih (Schroeder & Lorenz, 2018).

2.2 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO PALIATIVNE OSKRBE

Zdravstveni delavci pogosto kažejo različna stališča, odnos in mnenja do paliativne oskrbe, kar je odvisno od njihovega znanja, izkušenj, kompetentnosti in kulturološkega okvirja, iz katerega izhajajo. Odnos zdravstvenih delavcev do paliativne oskrbe izhaja predvsem iz njihovega izobraževanja na tem področju, kar potrjuje tudi raziskava, ki so jo izvedli Bista, et al. (2024) v Nepal. Le-ta poudarja, da se številni zdravstveni delavci zavedajo pomena paliativne oskrbe, vendar jim primanjkuje znanja in praktičnega usposabljanja, kar je pogosto pripeljalo do negativnih stališč do tega področja. Med 174 udeleženci raziskave so ugotovili, da je 39 % zdravstvenih delavcev imelo zadovoljivo znanje o paliativni oskrbi, medtem ko jih je 36 % izrazilo neugodna oziroma negativna stališča, kar poudarja potrebo po boljšem izobraževanju in usposabljanju na tem področju. Podobna raziskava je bila izvedena v Južni Afriki, kjer so McMillan, et al. (2024) ugotovili, da so imeli zdravniki nezadostno znanje o paliativni oskrbi, saj je le 25 % od njih imelo formalno izobraževanje s tega področja.

O problematiki in (ne)znanju o paliativni oskrbi ter odnosu zdravstvenih delavcev do paliativne oskrbe na evropskem nivoju govori tudi nekaj raziskav znotraj Evrope. Na Švedskem so Westerlund, et al. (2018) izvedli obsežno raziskavo o javnem zavedanju o paliativni oskrbi. Rezultati opravljene raziskave med prebivalci Švedske v starostni skupini od 18 do 66 let so pokazali, da večina udeležencev izkazuje zelo malo ali nič znanja o paliativni oskrbi. Večino informacij o tem pridobijo iz medijev ali iz lastnih izkušenj ter izkušenj svojih družinskih članov in prijateljev, ki so bili deležni paliativne oskrbe. Ugotovitve raziskave kažejo na to, da je višja ozaveščenost o paliativni oskrbi povezana s starejšo populacijo, ženskim spolom, visokošolsko izobrazbo, delom v zdravstvenem sektorju ali s tem, da je bila paliativna oskrba že prejeta s strani prijatelja ali družinskega člana. Analiza odgovorov udeležencev je razkrila glavne ovire za boljše ozaveščanje in odprto razpravo o pomembnih temah: tabuji, strahovi, občutki sramote ter neizogibno odmikanje od tematik, povezanih s smrtjo in umiranjem. Poleg tega pa tudi pomanjkanje dostopa do informacij ob koncu življenja in paliativni oskrbi.

Raziskave, ki so bile vključene v sistematični pregled (Zanatta, et al., 2020), so prinesle pomembne kvantitativne podatke o odpornosti zdravstvenih delavcev do dela v paliativni oskrbi. Tri raziskave (Mehta, et al., 2016; Oginska-Bulik, 2018; Rink, et al., 2023) so pokazale, da je odpornost do dela tesno povezana z anksioznostjo pred smrtjo, sekundarnim travmatičnim stresom, izgorelostjo, stresom med delom, samopodobo in upanjem. Dve raziskavi (Mehta, et al., 2016; Klein, et al., 2018) sta predstavili specifične ukrepe za izboljšanje odpornosti, ki so privedli do zmanjšanja izgorelosti zdravstvenih delavcev, zmanjšanja sekundarnega travmatičnega stresa, prinesli pa so več zadovoljstva s sočutjem in razumevanjem. Raziskava avtorjev Pangallo, et al. (2016) je razvila ter potrdila test za merjenje odpornosti do dela v paliativni oskrbi. Delavci na tem področju se vsakodnevno soočajo s smrtjo in umiranjem, kar lahko vpliva na njihovo počutje ter na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov in njihovih bližnjih. Višja stopnja vzdržljivosti je povezana z manjšo stopnjo anksioznosti pred smrtjo ter tako lahko pomaga pri obvladovanju izgub in žalosti. Poleg tega pa lahko interakcija s takimi situacijami ponuja možnost za osebno rast. Nenehna izpostavljenost smrti in trpljenju lahko pri zdravstvenih delavcih povzroči razvoj sekundarnega travmatičnega stresa. Kljub temu pa se lahko pri posamezniku pojavijo tudi pozitivne spremembe na psihološkem področju, kot so boljša samopodoba, boljši medosebni odnosi ter dobra življenjska filozofija. Temu rečemo nadomestna posttravmatska rast (Westerlund, et al., 2018; Zanatta, et al., 2020).

Zanatta, et al. (2020) ugotavljajo, da ima vzdržljivost pomembno funkcijo kot zaščitni dejavnik proti sekundarnemu travmatskemu stresu, tako da preprečuje razvoj sekundarnega travmatičnega stresa ter spodbuja pozitivne spremembe. Stres pri delavcih v paliativni oskrbi lahko privede do bolniških odsotnosti, več napak pri delu ter slabe komunikacije in slabega sodelovanja. Visoka raven stresa lahko privede do izčrpanosti, ki zajema čustveno izčrpanost, občutek oddaljenosti in zmanjšanih osebnih dosežkov. Čustvena izčrpanost je pomemben dejavnik pri razvoju izgorelosti, saj se šteje za začetni korak v tem procesu. Večja vzdržljivost in upanje spodbujata razvijanje strategij za zmanjšanje ranljivosti na področju čustvene izčrpanosti ter s tem prispevata k večjemu zadovoljstvu pri delu. Raziskava, ki so jo izvedli Kamnik, et al. (2018) v Sloveniji, je pokazala, da izpostavljanje potreb po paliativni oskrbi, ustrezno znanje in pozitiven odnos do paliativne oskrbe lahko zdravstvenim delavcem pomaga, da se lažje spoprijemajo s

strokovnimi in osebnimi izzivi, povezanimi z izvajanjem paliativne oskrbe. Dobro znanje, jasno izražena stališča do paliativne oskrbe ter čustveno stabilni zdravstveni delavci so ključ za kakovostno paliativno oskrbo, ki jo bodo pacienti deležni in bodo tako mirno zaključili svojo življenjsko pot (Kamnik, et al., 2018; Zanatta, et al., 2020).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil preveriti znanje zdravstvenih delavcev o paliativni oskrbi, prepoznati njihove strahove pred delom na področju paliativne oskrbe ter ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na odločitev za vključevanje pacienta v paliativno oskrbo.

Cilji so:

1. Preveriti znanje zdravstvenih delavcev o opredelitvi paliativne oskrbe.
2. Prepoznati in opredeliti strahove zdravstvenih delavcev do paliativne oskrbe.
3. Ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na odločitev za vključevanje pacienta v paliativno oskrbo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja so:

R1: Kako dobro zdravstveni delavci poznajo opredelitev paliativne oskrbe?

R2: Kako se kaže strah pred paliativno oskrbo med zdravstvenimi delavci?

R3: Katere dejavnike zdravstveni delavci zaznavajo kot pomembne pri odločanju o vključevanju pacienta v paliativno oskrbo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Za oblikovanje teoretičnega izhodišča smo uporabili znanstveno in strokovno literaturo, ki je bila dostopna v celotnem besedilu ter je ustrezna za področje paliativne oskrbe in zdravstvene nege.

V empiričnem delu je raziskava zasnovana na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, saj je takšen pristop najprimernejši za preverjanje zastavljenih raziskovalnih vprašanj in merjenje pojavov v večji populaciji. Za zbiranje podatkov je bila uporabljena metoda

anketiranja, ki omogoča sistematično zbiranje podatkov neposredno od udeležencev ter primerljivost in statistično obdelavo njihovih odgovorov.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za potrebe teoretičnega dela smo zbrali in pregledali znanstveno in strokovno literaturo s področja paliativne oskrbe. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah CINAHL, Medline, PubMed, spletnem brskalniku Google Učenjak in drugih virih. Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenskem jeziku »paliativna obravnava«, »izobraževanje«, »stigma«, »komunikacija«, »odločanje«. V angleškem jeziku pa »palliative care«, »education, stigma«, »communication«, »decision-making«. Iskanje literature je bilo časovno omejeno na obdobje med 2015 in 2025.

Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja med zaposlenimi izvajalci zdravstvene nege in zdravniki v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKC Ljubljana). Za izvedbo anketiranja smo uporabili spletno orodje 1ka.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Na podlagi pregleda literature (Mehta, et al., 2016; Furman & Lopuh, 2017; Greer, et al., 2017; Klein, et al., 2018; Oginska-Bulik, 2018; Westerlund, et al., 2018; Bernot & Ebert Moltara, 2019; Zanatta, et al., 2020; Zhang, et al., 2022; Kim & Flieger, 2023; Kim & Kwon, 2023; Mengual, et al., 2023; Rink, et al., 2023; Palliative Care Australia, 2024) smo sestavili vprašalnik za izdelavo empiričnega dela diplomskega dela. Vprašalnik je sestavljen iz treh delov. V uvodnem delu smo postavili vprašanja o demografskih podatkih, ki so nam pomembna za raziskavo. Vprašali smo o spolu, starosti, delovni dobi v letih in poklicu.

V prvem delu smo ocenjevali znanje zdravstvenih delavcev o opredelitvi paliativne oskrbe. Pri tem smo izhajali iz švedske raziskave (Westerlund, et al., 2018) glede poznavanja pomena paliativne oskrbe med zdravstvenimi delavci. Predstavili smo pet trditev, ki so ocenjene po Likertovi lestvici. Udeleženci so odgovarjali s stopnjo

strinjanja: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – delno se ne strinjam, 3 – strinjam se, 4 – večinoma se strinjam ter 5 – popolnoma se strinjam. Z oblikovanjem prvih treh trditev smo preverjali splošno znanje o paliativni oskrbi (Furman & Lopuh, 2017). Četrta trditev se je nanašala na pomen paliativne oskrbe za pacienta (Palliative Care Australia, 2024). Peta trditev pa se je nanašala na zdravstvene delavce in njihovo oceno potrebe po znanju (Bernot & Ebert Moltara, 2019).

V drugem delu smo preverili prisotnost strahu med zdravstvenimi delavci do dela v paliativni oskrbi. Uporabili smo Likertovo lestvico kot merski instrument ter oblikovali trditve, s katerimi smo želeli meriti prisotnost strahu med zdravstvenimi delavci. Na podlagi raziskave (Zanatta, et al., 2020) smo sestavili pet trditev, ki so kot odgovor imele možnosti: 1 – sploh ne, 2 – verjetno ne, 3 – niti da niti ne, 4 – verjetno da, 5 – sploh da.

V tretjem delu smo opredelili elemente strahu, ki vplivajo na odločitev za vključevanje pacienta v paliativno oskrbo. Na podlagi raziskav (Greer, et al., 2017; Rabben, et al., 2024) smo oblikovali štiri trditve, s katerimi smo zajeli elemente strahu (komunikacijske veščine, negotovost izida bolezni, čustvenost oziroma empatija, primanjkljaj znanja) pred vključevanjem pacienta v paliativno oskrbo iz zgoraj navedenih raziskav. Uporabili smo odgovore: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – delno se ne strinjam, 3 – strinjam se, 4 – večinoma se strinjam ter 5 – popolnoma se strinjam.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo priložnostni vzorec, saj smo raziskavo izvedli znotraj UKC Ljubljana. Priložnostni vzorec smo izbrali zaradi praktičnega razloga – omogoča hitro in učinkovito zbiranje podatkov znotraj ene ustanove, hkrati pa predstavlja omejitev pri posploševanju rezultatov na širšo populacijo zdravstvenih delavcev. V raziskavi so sodelovali zdravstveni delavci, zaposleni na različnih internističnih oddelkih: klinični oddelek (KO) za diabetes in endokrinologijo, KO za pulmologijo, KO za hematologijo; in kirurških oddelkih: KO za abdominalno kirurgijo, KO za torakalno kirurgijo, KO za travmatologijo, KO za kirurške okužbe. V raziskavi so lahko sodelovali zaposleni izvajalci zdravstvene nege in zdravniki, ki pri svojem delu prihajajo v stik s pacienti v

paliativni obravnavi. V raziskavo smo vključili 184 izvajalcev zdravstvene nege in 11 zdravnikov, zaposlenih na izbranih oddelkih oziroma enotah zdravstvene ustanove.

Udeležence smo izbrali z nenaključnim priložnostnim vzorčenjem. K sodelovanju so bili povabljeni osebno, preko sodelavcev oziroma notranjih komunikacijskih kanalov. Del vzorca je bil pridobljen tudi po načelu snežne kepe, saj so sodelujoči povezavo do vprašalnika posredovali drugim zaposlenim na istih oziroma vključenih oddelkih. Vključeni so bili zaposleni, ki so bili v času zbiranja podatkov dosegljivi, ustrezali so vključitvenim kriterijem in so prostovoljno pristali na sodelovanje. Pred izpolnjevanjem vprašalnika so bili seznanjeni z namenom in vsebino raziskave, načinom varovanja podatkov ter možnostjo prostovoljne prekinitve sodelovanja kadar koli brez posledic. Natančnega podatka o skupnem številu vseh zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov na izbranih oddelkih v času izvedbe raziskave nismo imeli na voljo, kar predstavlja eno izmed omejitev raziskave.

Pri zbiranju in obdelavi podatkov smo dosledno upoštevali načela anonimnosti in zaupnosti. Vsi podatki so bili obravnavani v agregirani obliki, kar pomeni, da identifikacija posameznikov ni bila mogoča.

Za vključitev v vzorec je bil pogoj, da je bil udeleženec v času zbiranja podatkov zaposlen v UKC Ljubljana, da je ustrezal vključitvenim kriterijem ter da je imel dostop do spletnega vprašalnika po službeni elektronski pošti ali QR kodi.

V vzorcu je večina udeležencev žensk ($n = 168$; 86,1 %). Glede na poklicno strukturo je večina udeležencev izvajalcev zdravstvene nege ($n = 184$; 94,3 %), manjšino pa predstavljajo zdravniki ($n = 11$; 5,7 %). Povprečna starost udeležencev je znašala 39,6 leta ($SD = 10,7$), z razponom od 18 do 66 let, mediana pa je bila 40 let. Povprečna delovna doba je znašala 17,4 leta ($SD = 10,7$), z razponom od 0 do 42 let, mediana pa je bila 18 let, kar nakazuje na heterogenost vzorca – od začetnikov do zelo izkušenih strokovnjakov.

Podatke smo zbirali po službenih elektronskih naslovih, v katerih je bila posredovana povezava do spletnega vprašalnika v orodju 1ka, ter z dodatno distribucijo QR kod, ki so

bile po odobritvi komisije nameščene na oglasnih tablah izbranih organizacijskih enot UKC Ljubljana v sobah za rekreacijo.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala med 1. 8. 2025 in 25. 8. 2025. Pred začetkom glavnega zbiranja podatkov smo izvedli pilotno raziskavo na 10 zdravstvenih delavcih (izvajalcih zdravstvene nege) v UKC Ljubljana, s katero smo preverili razumljivost vprašalnika, čas reševanja ter logiko zaporedja vprašanj. Na podlagi pilotiranja smo popravili tri vprašanja, tako da smo naredili jasnejšo opredelitev odgovorov pri Likertovi lestvici in preoblikovali dve nejasni formulaciji trditev. Pilotni vprašalniki niso bili vključeni v končno analizo.

Vprašalnik smo v ciljno skupino razdelili na dva načina: po službenih elektronskih naslovih zaposlenih v UKC Ljubljana (direktna distribucija z uradnih administrativnih naslovov organizacijskih enot) ter z dodatno objavo QR kod na oglasnih tablah oddelkov. Tako smo zagotovili dostopnost vprašalnika vsem zaposlenim znotraj ciljnih enot. Raziskava je bila izvedena po predhodni odobritvi Kolegija za medicinsko etiko ter Komisije za protokole UKC Ljubljana.

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim alfa koeficientom. Bližje kot je koeficient Cronbach α številki 1, bolj zanesljiv je vprašalnik (Taber, 2017). Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabili opisno statistiko (frekvence, odstotke, srednje vrednosti in standardne odklone) ter inferenčno statistiko. Za primerjavo skupine smo uporabili Welchov t-test, ki je primeren pri neenakih velikostih skupin in heterogenih variancah. Povezanost med starostjo oziroma delovno dobo in lestvico smo ocenili s Pearsonovo korelacijo. Statistična analiza je bila izvedena v programskem okolju R (R Core Team, 2025). Pred izračunom skupnih rezultatov lestvic so bile negativno formulirane postavke rekodirane, tako da je višji rezultat pri vseh postavkah pomenil pravilnejše znanje, bolj pozitivna stališča oziroma večjo izraženost merjenega konstrukta. Statistično značilnost smo določili pri $p < 0,05$ (Field, 2018).

Pri raziskavi smo spoštovali načelo zaupnosti podatkov. Udeležencem smo zagotovili popolno anonimnost ter varovanje osebnih podatkov v skladu z etičnimi standardi in veljavno zakonodajo. Raziskava je bila opravljena skladno z načeli Helsinške deklaracije (World Medical Association, 2013) in načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2024).

3.4 REZULTATI

Trditev, da je paliativna oskrba aktivna in celostna pomoč pacientom z napredovanimi kroničnimi neozdravljivimi boleznimi ter njihovim bližnjim, je dosegla visoko stopnjo strinjanja. S to trditvijo se je v kakršni koli meri strinjalo 159 udeležencev (81,6 %). Prav tako se je 170 udeležencev (87,2 %) strinjalo s trditvijo, da se kakovost življenja pacientov povečuje s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja z zgodnjim prepoznavanjem, ocenjevanjem in obravnavo bolečine ter drugih težav, vključno s telesnimi, psihičnimi in duhovnimi vidiki. Največjo stopnjo strinjanja smo zaznali pri trditvi, da mora vsak zdravstveni delavec imeti osnovno znanje s področja paliativne oskrbe, saj je tej trditvi pritrdilo 175 udeležencev (89,7 %) (tabela 1).

Po drugi strani so udeleženci večinoma zavrnil trditev, da je glavni namen paliativne oskrbe izboljšati kakovost življenja pacienta brez vključevanja bližnjih, saj se s to trditvijo ni strinjalo 164 udeležencev (84,1 %). Prav tako je 112 udeležencev (57,4 %) zavrnilo napačno predstavo, da je paliativna oskrba povezana samo s pacienti z rakom in ne vključuje pacientov z drugimi kroničnimi boleznimi, kot je demenca, čeprav so bili odgovori pri tej trditvi nekoliko bolj razpršeni (tabela 1).

Tabela 1: Znanje zdravstvenih delavcev o opredelitvi paliativne oskrbe

Spremenljivka	Min -Max	M (SD)	Popolnoma se strinjam	Večinoma se strinjam	Strinjam se	Delno se ne strinjam	Popolnoma se ne strinjam
Paliativna oskrba je aktivna in celostna pomoč pacientom, ki so v stanju napredovane kronično neozdravljive bolezni ter njihovim bližnjim, tako v času pacientove bolezni kot tudi v procesu žalovanja bližnjih.	1 - 5	4,01 (1,49)	121 (62,1%)	18 (9,2%)	20 (10,3%)	7 (3,6%)	29 (14,9%)
Glavni namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacienta brez vključevanja bližnjih.	1 - 5	4,3 (1,17)	13 (6,7%)	10 (5,1%)	8 (4,1%)	40 (20,5%)	124 (63,6%)
Kakovost življenja se povečuje s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja z zgodnjim prepoznavanjem, natančno oceno ter obravnavo bolečine in drugih težav, vključno s telesnimi, psihičnimi in duhovnimi vidiki.	1 - 5	4,17 (1,30)	122 (62,6%)	19 (9,7%)	29 (14,9%)	6 (3,1%)	19 (9,7%)
Paliativna oskrba je tradicionalno povezana s pacienti z rakom, vendar ne vključuje ostalih pacientov s kroničnimi boleznimi, kot je npr. demenca.	1 - 5	3,55 (1,46)	23 (11,8%)	24 (12,3%)	36 (18,5%)	35 (17,9%)	77 (39,5%)
Vsak zdravstveni delavec mora imeti osnovno znanje s področja paliativne oskrbe.	1 - 5	4,26 (1,22)	128 (65,6%)	23 (11,8%)	24 (12,3%)	6 (3,1%)	14 (7,2%)

Legenda: *Min* = najmanjša vrednost; *Max* = največja vrednost; *M* = aritmetična sredina (povprečje); *SD* = standardni odklon; * Pri negativno formuliranih trditvah je bila vrednost *M* izračunana po rekodiranju, tako da višja vrednost pomeni pravilnejše znanje oziroma ustrežnejše stališče.

V nadaljevanju smo želeli preveriti stopnjo strinjanja zdravstvenih delavcev s petimi trditvami, ki merijo občutke strahu in čustvene obremenitve pri delu v paliativni oskrbi. Rezultati so prikazani v drugi tabeli (tabela 2).

Pri trditvi o čustveni izčrpanosti pri delu s pacienti v paliativni oskrbi se je s trditvijo strinjalo 86 udeležencev (44,1 %), 61 udeležencev (31,3 %) je ostalo neopredeljenih, 48 udeležencev (24,6 %) pa je trditev zavrnilo. Pri trditvi o izogibanju dela z umirajočimi pacienti zaradi občutka nevarnosti je večina udeležencev, in sicer 148 (75,9 %),

odgovorila nikalno. Manjši delež, 13 udeležencev (6,7 %), je trditvi pritrdil, 34 udeležencev (17,4 %) pa je ostalo neopredeljenih.

Podoben trend je bil zaznan tudi pri trditvi o strahu pred smrtjo in povečanem strahu pri delu z umirajočimi pacienti, pri kateri je 144 udeležencev (73,8 %) odgovorilo nikalno, medtem ko je trditvi pritrdilo 28 udeležencev (14,4 %), 23 udeležencev (11,8 %) pa je ostalo neopredeljenih. Pri vprašanju o pomanjkanju motivacije in veselja do dela na področju paliativne oskrbe je 125 udeležencev (64,1 %) trditev zavrnilo, 41 udeležencev (21,0 %) je ostalo neopredeljenih, 29 udeležencev (14,9 %) pa je trditvi pritrdilo. Najbolj uravnoteženi odgovori so bili pri trditvi, da po koncu dela še naprej razmišljajo o umirajočih pacientih, saj je 80 udeležencev (41,0 %) trditvi pritrdilo, 57 udeležencev (29,2 %) je ostalo neopredeljenih, 58 udeležencev (29,7 %) pa je trditev zavrnilo.

Tabela 2: Čustvena obremenitev pri delu s pacienti v paliativni oskrbi

Spremenljivka	Min -Max	M (SD)	Sploh da	Verjetno da	Niti da niti ne	Verjetno ne	Sploh ne
Počutim se čustveno izčrpano pri delu s pacientom v paliativni oskrbi.	1-5	3,18 (1,20)	24 (12,3%)	62 (31,8%)	61 (31,3%)	21 (10,8%)	27 (13,8%)
Izogibam se delu z umirajočimi pacienti, ker se ne počutim varno.	1-5	1,73 (1,04)	4 (2,1%)	9 (4,6%)	34 (17,4%)	31 (15,9%)	117 (60,0%)
Strah me je smrti in pri delu z umirajočim pacientom je ta strah večji.	1-5	1,86 (1,19)	6 (3,1%)	22 (11,3%)	23 (11,8%)	32 (16,4%)	112 (57,4%)
Pri delu na področju paliativne oskrbe ne vidim motivacije in veselja do dela.	1-5	2,1 (1,26)	12 (6,2%)	17 (8,7%)	41 (21,0%)	33 (16,9%)	92 (47,2%)
Ob zaključku dela še zmeraj razmišljam o umirajočih pacientih.	1-5	3,1 (1,28)	29 (14,9%)	51 (26,2%)	57 (29,2%)	27 (13,8%)	31 (15,9%)

Legenda: *Min* = najmanjša vrednost; *Max* = največja vrednost; *M* = aritmetična sredina (povprečje); *SD* = standardni odklon.

V nadaljevanju smo preverili strinjanje zdravstvenih delavcev s štirimi trditvami, ki merijo elemente strahu pri vključevanju pacientov v paliativno oskrbo. Rezultati so prikazani v tretji tabeli (tabela 3).

Pri trditvi, ki se nanaša na negotovost, kako pacientu povedati za vključitev v paliativno oskrbo, se je s trditvijo strinjalo 125 udeležencev (64,1 %), medtem ko je 70 udeležencev (35,9 %) trditev zavrnilo. Pri trditvi, ki opisuje negotovost glede izida bolezni in posledično izogibanju vključevanju pacienta v paliativno oskrbo, so prevladovali odgovori nestrinjanja, saj je trditev zavrnilo 118 udeležencev (60,5 %). Kljub temu je 77 udeležencev (39,5 %) izrazilo strinjanje, kar lahko nakazuje na prisotnost dvomov pri posameznikih.

Trditev, povezana z empatijo in čustvenim odzivom, da ne želijo videti razočaranja na obrazu pacienta, je naletela na večinsko strinjanje, saj se je z njo v kakršni koli meri strinjalo 134 udeležencev (68,7 %), medtem ko je trditev zavrnilo 61 udeležencev (31,3 %). Najvišji delež strinjanja je bil izražen pri trditvi o potrebi po dodatnem znanju in komunikacijskih veščinah, saj je pritrdilne možnosti izbralo 170 udeležencev (87,2 %), 25 udeležencev (12,8 %) pa se s trditvijo ni strinjalo.

Tabela 3: Strah pred vključitvijo v paliativno oskrbo

Spremenljivka	Min -Max	M (SD)	Popolnoma se strinjam	Večinoma se strinjam	Strinjam se	Delno se ne strinjam	Popolnoma se ne strinjam
Ne vem, kako povedati pacientu, da ga želimo vključiti v paliativno oskrbo.	1-5	3,15 (1,24)	28 (14,4%)	34 (17,4%)	63 (32,3%)	51 (26,2%)	19 (9,7%)
Nisem prepričan o izidu bolezni ter zaradi tega ne želim pacienta vključiti v paliativno oskrbo.	1-5	2,43 (1,18)	8 (4,1%)	30 (15,4%)	39 (20,0%)	70 (35,9%)	48 (24,6%)
Ne želim videti razočaranja na obrazu pacienta.	1-5	3,24 (1,28)	37 (19,0%)	41 (21,0%)	56 (28,7%)	39 (20,0%)	22 (11,3%)

Spremenljivka	Min -Max	M (SD)	Popolnoma se strinjam	Večinoma se strinjam	Strinjam se	Delno se ne strinjam	Popolnoma se ne strinjam
Potrebujem več znanja in komunikacijskih veščin na tem področju, da bi se pravilno odločil.	1-5	3,88 (1,13)	72 (36,9%)	37 (19,0%)	61 (31,3%)	17 (8,7%)	8 (4,1%)

Legenda: *Min* = najmanjša vrednost; *Max* = največja vrednost; *M* = aritmetična sredina (povprečje); *SD* = standardni odklon.

V nadaljevanju smo za vsako lestvico izračunali skupni lestvični rezultat kot povprečje pripadajočih postavk ter ocenili notranjo zanesljivost lestvic s Cronbachovim koeficientom alfa (tabela 4).

Lestvica znanja in stališč o paliativni oskrbi je dosegla najvišji povprečni rezultat med obravnavanimi lestvicami ($M = 4,06$; $SD = 0,80$), kar kaže na razmeroma visoko raven znanja in pozitivnih stališč udeležencev do paliativne oskrbe. Negativna asimetričnost porazdelitve ($Sk = -1,00$) kaže, da so se odgovori večine udeležencev pogosteje razporejali v zgornjem delu lestvice, torej pri višjih ocenah.

Lestvica čustvene obremenitve pri delu s pacienti v paliativni oskrbi je dosegla najnižji povprečni rezultat ($M = 2,39$; $SD = 0,81$), kar kaže, da večina zdravstvenih delavcev ne poroča o izrazitih občutkih strahu ali odpora do takšnega dela. Rahlo pozitivna asimetričnost ($Sk = 0,60$) pomeni, da se odgovori pogosteje pojavljajo v spodnjem delu lestvice, ob tem pa je prisotna manjšina udeležencev z višjimi ravnmi strahu ali nelagodja.

Lestvica elementov strahu pri vključevanju pacientov v paliativno oskrbo je dosegla srednjo povprečno vrednost ($M = 3,18$; $SD = 0,81$), kar kaže na zmerno izraženost teh elementov v celotnem vzorcu. Porazdelitev je skoraj simetrična ($Sk = -0,09$), kar nakazuje precej uravnotežen razpon odgovorov in razmeroma enakomerno zastopanost nižjih in višjih stopenj strahu.

Zanesljivost posameznih lestvic, izražena s Cronbachovim koeficientom alfa, je bila različna. Lestvica čustvenih obremenitev pri delu s pacienti v paliativni oskrbi je dosegla sprejemljivo notranjo skladnost ($\alpha = 0,71$). Lestvica znanja in stališč ($\alpha = 0,55$) ter lestvica

elementov strahu pri vključevanju pacientov ($\alpha = 0,59$) sta dosegli nižjo notranjo skladnost, zato je treba rezultate teh dveh lestvic interpretirati previdno. Glede na eksplorativno naravo raziskave pa vrednosti vseeno omogočajo osnovni vpogled v obravnavano področje in predstavljajo izhodišče za nadaljnje izboljšanje merskega instrumenta.

Tabela 4: Lestvice znanja in stališč, čustvenih obremenitev ter elementov strahu pri vključevanju pacientov v paliativno oskrbo

Lestvica	Min	Max	M	SD	Mdn	Sk	Ku	α
Znanje in stališča o paliativni oskrbi	1,00	5,00	4,06	0,80	4,20	-1,00	0,67	0,55
Čustvene obremenitve s pacienti v paliativni oskrbi	1,00	5,00	2,39	0,81	2,20	0,60	0,09	0,71
Elementi strahu pri vključevanju pacientov	1,25	5,00	3,18	0,81	3,25	-0,09	-0,51	0,59

Legenda: *Min* = najmanjša vrednost; *Max* = največja vrednost; *M* = aritmetična sredina (povprečje); *SD* = standardni odklon; *Mdn* = mediana (srednja vrednost); *Sk* = koeficient asimetrije (skewness); *Ku* = koeficient sploščenosti (kurtosis); α = Cronbachov koeficient alfa, ki prikazuje notranjo zanesljivost lestvice; * Pri negativno formuliranih trditvah je bila vrednost *M* izračunana po rekodiranju, tako da višja vrednost pomeni pravilnejše znanje oziroma ustrežnejše stališče.

Primerjava rezultatov med moškimi ($n = 27$) in ženskami ($n = 168$) na vseh treh lestvicah (tabela 5) ni pokazala statistično značilnih razlik. Povprečne vrednosti so bile podobne – pri znanju in stališčih o paliativni oskrbi ($M_{\text{moški}} = 3,90$; $SD = 0,67$; $M_{\text{ženske}} = 4,08$; $SD_{\text{ženske}} = 0,81$), pri čustvenih obremenitvah in strahu pri delu ($M_{\text{moški}} = 2,46$; $SD_{\text{moški}} = 0,83$; $M_{\text{ženske}} = 2,38$; $SD_{\text{ženske}} = 0,81$) ter pri elementih strahu pri vključevanju pacientov v paliativno oskrbo ($M_{\text{moški}} = 2,97$; $SD_{\text{moški}} = 0,91$; $M_{\text{ženske}} = 3,21$; $SD_{\text{ženske}} = 0,79$). Welchovi t-testi niso pokazali statistično značilnih razlik ($p = 0,209\text{--}0,661$), pri čemer je treba upoštevati, da sta skupini neenakomerno veliki.

Tabela 5: Primerjava rezultatov po spolu z lestvicami znanja, čustvenih obremenitev ter strahu v paliativni oskrbi

Lestvica	Spol	M	SD	<i>t</i> _{Welch}	df	p
Znanje in stališča o paliativni oskrbi	moški	3,90	0,67	-1,27	39,3	0,210
	ženske	4,08	0,81			
Čustvene obremenitve pri delu s pacienti v paliativni oskrbi	moški	2,46	0,83	0,44	34,4	0,661
	ženske	2,38	0,81			
	moški	2,97	0,91	-1,28	32,5	0,209

Lestvica	Spol	M	SD	t _{Welch}	df	p
Elementi strahu pri vključevanju pacientov	ženske	3,21	0,79			

Legenda: *M* = aritmetična sredina (povprečje); *SD* = standardni odklon; *t_{Welch}* = Welchov t-preizkus (dvostranski, neenake variance); *df* = stopinje prostosti; *p* = dvostranska verjetnost.

Analiza poklicnih skupin je v raziskavi vključevala izvajalce zdravstvene nege (*n* = 184) in zdravnike (*n* = 11). Rezultati kažejo, da so bile povprečne vrednosti na vseh treh lestvicah med skupinama podobne (tabela 6). Pri znanju in stališčih so izvajalci zdravstvene nege dosegali povprečje okoli 4,05 (*SD* = 0,80), zdravniki pa 4,11 (*SD* = 0,67). Pri lestvici čustvenih obremenitev in strahu pri delu so izvajalci zdravstvene nege dosegli povprečje 2,38 (*SD* = 0,80), zdravniki pa 2,69 (*SD* = 1,02). Podobno je bilo pri elementih strahu, saj so izvajalci dosegli povprečje 3,17 (*SD* = 0,79), zdravniki pa 3,30 (*SD* = 1,04). Welchovi t-testi so potrdili, da te razlike niso statistično značilne (*p* = 0,337–0,801).

Tabela 6: Primerjava rezultatov po poklicu na treh lestvicah

Lestvica	Poklic	M	SD	t _{Welch}	df	p
Znanje in stališča o paliativni oskrbi	Izvajalec zdravstvene nege	4,05	0,80	-0,26	11,8	0,801
	Zdravnik	4,11	0,67			
Čustvene obremenitve in strah pri delu s pacienti v paliativni oskrbi	Izvajalec zdravstvene nege	2,38	0,80	-1,00	10,7	0,337
	Zdravnik	2,69	1,02			
Elementi strahu pri vključevanju pacientov	Izvajalec zdravstvene nege	3,17	0,79	-0,39	10,7	0,702
	Zdravnik	3,30	1,04			

Legenda: *M* = aritmetična sredina (povprečje); *SD* = standardni odklon; *t_{Welch}* = Welchov t-preizkus (dvostranski, neenake variance); *df* = stopinje prostosti; *p* = dvostranska verjetnost.

V sedmi tabeli (tabela 7) so prikazane povezave med starostjo oziroma delovno dobo in tremi merjenimi področji. Rezultati kažejo, da med starostjo in delovno dobo ter posameznimi lestvicami vprašalnika ni statistično značilnih povezav (*p* > 0,05).

Tabela 7: Povezanost starosti in delovne dobe z lestvicami vprašalnika

Spremenljivka	Lestvica	r	95 % CI r		p
Starost	Znanje in stališča o paliativni oskrbi	-0,07	-0,20	0,08	0,369
	Čustvene obremenitve in strah pri delu	-0,09	-0,23	0,05	0,189
	Elementi strahu pri vključevanju pacientov	-0,11	-0,24	0,03	0,135
Delovna doba	Znanje in stališča o paliativni oskrbi	-0,06	-0,20	0,08	0,403
	Čustvene obremenitve in strah pri delu	-0,09	-0,23	0,05	0,215
	Elementi strahu pri vključevanju pacientov	-0,10	-0,24	0,04	0,152

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; 95 % CI r = 95-odstotni interval zaupanja za koeficient korelacije; p = dvostranska verjetnost, pri čemer je meja statistične značilnosti določena na 0,05.

3.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil preveriti znanje zdravstvenih delavcev o paliativni oskrbi, prepoznati njihove strahove pred delom na področju paliativne oskrbe ter ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na odločitev za vključevanje pacienta v paliativno oskrbo. Rezultati raziskave kažejo, da so zdravstveni delavci v obravnavanem vzorcu pri petih postavkah, ki so se nanašale na osnovno opredelitev paliativne oskrbe, večinoma izkazali ustrezno poznavanje temeljnih značilnosti paliativne oskrbe, hkrati pa se kažejo določene nejasnosti pri razumevanju širše uporabe paliativne oskrbe, predvsem pri pacientih z napredovanimi kroničnimi boleznimi, kot je demenca.

Strah pred paliativno oskrbo se ni izkazal kot izrazito prevladujoč, vendar se kaže skozi čustveno obremenjenost, razmišljanje o pacientih po koncu dela ter negotovost v komunikaciji s pacienti in njihovimi bližnjimi. Pri odločanju o vključevanju pacienta v paliativno oskrbo so se kot pomembni dejavniki pokazali predvsem komunikacijske veščine, empatija, strokovna negotovost ter potreba po dodatnem znanju.

R1: Kako dobro zdravstveni delavci poznajo opredelitev paliativne oskrbe?

Pri prvem raziskovalnem vprašanju, ki se nanaša na poznavanje opredelitve paliativne oskrbe, rezultati kažejo, da udeleženci večinoma pravilno razumejo temeljna izhodišča paliativne oskrbe. To pomeni, da paliativno oskrbo prepoznajo kot celostno pomoč

pacientom z napredovano kronično neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim, ne zgolj kot oskrbo v zadnjih dneh življenja. Takšna ugotovitev je skladna s sodobnim razumevanjem paliativne oskrbe, ki poudarja zgodnjo, celostno in interdisciplinarno obravnavo pacienta ter podporo njegovim bližnjim (Ebert Moltara, et al., 2020; Palliative Care Australia, 2024).

V nasprotju z navedenim so Liu, et al. (2025) med 625 psihiatričnimi medicinskimi sestrami na Kitajskem ugotovili, da je zadostno znanje o paliativni oskrbi izkazovalo le 29,4 % udeležencev, obenem pa se je izobraževanja s tega področja udeležilo le 15,7 % sodelujočih. Podobno so Awad, et al. (2025) med 260 medicinskimi sestrami v enotah intenzivne terapije na Zahodnem bregu ugotovili nezadostno znanje kljub izraženim pozitivnim stališčem do paliativne oskrbe. V primerjavi s temi ugotovitvami je znanje udeležencev naše raziskave razmeroma visoko, kar bi lahko pojasnili z dejstvom, da je UKC Ljubljana terciarna ustanova s pogostejšo izpostavljenostjo paliativnim pacientom, medtem ko sta bili primerjani raziskavi izvedeni v okoljih, kjer je stik s paliativno oskrbo redkejši ali sistemsko manj podprt.

Kljub relativno visoki skupni ravni znanja rezultati opozarjajo na pomembno vsebinsko nejasnost. Pri trditvi, ki se nanaša na povezovanje paliativne oskrbe predvsem s pacienti z rakom in izključevanje pacientov z drugimi kroničnimi boleznimi, so bili odgovori bolj razpršeni. To kaže, da del zdravstvenih delavcev paliativno oskrbo še vedno razume predvsem pri onkološki obravnavi, manj pa kot pristop, ki je pomemben tudi pri napredovani demenci, kroničnih pljučnih, srčno-žilnih, nevroloških in drugih neonkoloških boleznih. Takšno razumevanje je v praksi lahko pomembna ovira, saj lahko vodi v poznejše prepoznavanje potreb pacienta in zamik vključitve v paliativno obravnavo.

Podobne ugotovitve navajajo tudi drugi avtorji. Kim, et al. (2020) poudarjajo, da je paliativna oskrba koristna tudi za paciente z napredovanimi neozdravljivimi kroničnimi boleznimi in njihove družine, vendar so ti pacienti pogosto vključeni pozneje kot pacienti z rakom. Razlog za to je lahko manj jasen potek bolezni, težje napovedovanje prognoze in nezadostna ozaveščenost zdravstvenih delavcev o tem, kdaj je paliativna oskrba pri

napredovanih kroničnih boleznih primerna. Tudi Peerboom, et al. (2023) poudarjajo, da sta znanje in samozavest zdravstvenih delavcev ključna za pravočasno in kakovostno paliativno obravnavo. Naši rezultati zato kažejo, da osnovno znanje obstaja, vendar ga je treba nadgraditi predvsem na področju prepoznavanja širših indikacij za paliativno oskrbo.

R2: Kako se kaže strah pred paliativno oskrbo med zdravstvenimi delavci?

Drugo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na to, kako se kaže strah pred paliativno oskrbo med zdravstvenimi delavci. Skupni rezultat lestvice čustvenih obremenitev kaže, da strah in odpor do dela s pacienti v paliativni oskrbi v obravnavanem vzorcu nista bila izrazito visoka. Udeleženci večinoma niso poročali o izogibanju delu z umirajočimi pacienti zaradi občutka nevarnosti, prav tako pri večini ni bil izrazito prisoten povečan strah pred smrtjo pri delu z umirajočimi pacienti. Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da udeleženci paliativne oskrbe večinoma ne doživljajo kot področje, ki bi ga želeli zavračati ali se mu izogibati. Pri tem pa je treba upoštevati, da se strah pri delu v paliativni oskrbi ne kaže vedno kot neposredno izogibanje pacientom, temveč se lahko izraža tudi kot notranja negotovost, tesnoba, čustvena napetost ali obremenjenost ob soočanju s smrtjo in umiranjem (Macleod, 2017; Zannatta, et al., 2020). Tudi Xu in Yu (2024) sta na vzorcu 363 študentov zdravstvene nege potrdila, da je strah pred smrtjo statistično značilno povezan z manj pozitivnim odnosom do paliativne oskrbe, ne da bi se to nujno kazalo kot izrecno zavračanje dela s pacienti. To sovпада z ugotovitvami naše raziskave, v kateri smo prav tako zaznali, da je izraženost strahu med udeleženci navzoča predvsem v obliki notranje obremenjenosti, ne pa v obliki odklonilnega odnosa do paliativne oskrbe kot take. Podobno so Cheong, et al. (2020) v mešani raziskavi med medicinskimi sestrami v akutni oskrbi ugotovili, da usmerjeno izobraževanje o paliativni oskrbi statistično značilno zmanjša strah pred smrtjo. Te ugotovitve podpirajo našo interpretacijo, da nižji strah med izkušenejšimi zdravstvenimi delavci v vzorcu morda ni zgolj posledica navajenosti na klinično okolje, temveč tudi učinka izobraževanja in izpostavljenosti.

Kljub nižji skupni izraženosti strahu rezultati kažejo, da čustvena obremenitev pri delu v paliativni oskrbi vseeno ostaja prisotna. Najvišje povprečje med trditvami v tem sklopu je bilo pri občutku čustvene izčrpanosti pri delu s pacienti v paliativni oskrbi. Pomemben delež udeležencev je navedel tudi, da po koncu dela še vedno razmišlja o umirajočih pacientih. To nakazuje, da se obremenitev ne kaže nujno kot neposreden strah pred smrtjo ali izogibanje delu, temveč bolj kot čustveni odziv na zahtevne klinične situacije. Takšna razlaga je skladna z literaturo Schroeder in Lorenz (2018) ter Clayton in Marczak (2023), ki poudarjajo, da se zdravstveni delavci v paliativni oskrbi pogosto srečujejo s čustveno zahtevnimi situacijami, povezanimi z umiranjem, žalovanjem, odnosom s pacienti in njihovimi bližnjimi ter odgovornostjo za kakovostno oskrbo. Zanatta, et al. (2020) ob tem poudarjajo, da je odpornost zdravstvenih delavcev pomemben zaščitni dejavnik pred sekundarnim travmatičnim stresom in izgorelostjo.

Pri razlagi rezultatov je treba upoštevati tudi naravo samoocenjevalnega vprašalnika. Ker so udeleženci sami ocenjevali lastne občutke, stališča in odzive, obstaja možnost, da so bili odgovori deloma oblikovani tudi pod vplivom poklicnih pričakovanj in osebnega razumevanja profesionalne vloge. Relativno nizke vrednosti na lestvici čustvenih obremenitev zato ne pomenijo nujno, da čustvene obremenitve pri delu s pacienti v paliativni oskrbi ni, temveč lahko kažejo, da se ta izraža bolj posredno, na primer kot čustvena izčrpanost, tesnoba, razmišljanje o pacientih po koncu dela ali psihološki odmev zahtevnih situacij (Zanatta, et al., 2020; Clayton & Marczak, 2023). Tudi komunikacija v paliativni oskrbi je čustveno kompleksna in zahteva stalno prilagajanje zdravstvenih delavcev (Niederhauser, et al., 2025).

R3: Katere dejavnike zdravstveni delavci zaznavajo kot pomembne pri odločanju o vključevanju pacienta v paliativno oskrbo?

Tretje raziskovalno vprašanje se je nanašalo na dejavnike, ki vplivajo na odločitev za vključevanje pacienta v paliativno oskrbo. Rezultati kažejo, da so najizrazitejši dejavniki med obravnavanimi postavkami povezani z dodatnim znanjem, komunikacijskimi veščinami, čustvenim odzivom zdravstvenih delavcev in strokovno negotovostjo glede primerne časa za vključitev pacienta v paliativno obravnavo. Posebej izrazita je bila

potreba po dodatnem znanju in komunikacijskih veščinah, kar kaže, da se zdravstveni delavci zavedajo pomena strokovne usposobljenosti pri odločanju o vključitvi pacienta v paliativno obravnavo. Vključitev pacienta v paliativno oskrbo namreč ni zgolj strokovno-tehnična odločitev, temveč vključuje tudi občutljivo komunikacijo s pacientom in njegovimi bližnjimi, razlago ciljev oskrbe ter upoštevanje pacientovih vrednot, želja in potreb (Rabben, et al., 2024).

Pomembna ugotovitev je tudi, da se je pri večjem delu udeležencev pokazala negotovost glede tega, kako pacientu povedati, da ga želimo vključiti v paliativno oskrbo. To nakazuje, da komunikacijska negotovost predstavlja pomemben dejavnik pri odločanju o vključevanju pacienta v paliativno oskrbo in eno od pomembnih ovir. Zdravstveni delavci lahko poznajo pomen paliativne oskrbe, vendar se kljub temu počutijo negotove, ko morajo o tem neposredno govoriti s pacientom ali njegovimi bližnjimi. Podobno Artioli, et al. (2019) poudarjajo pomen usposabljanja zdravstvenih delavcev za razvoj osnovnih kompetenc na področju paliativne oskrbe, med katere spada tudi komunikacija. Tudi Peng, et al. (2025) med pomembnimi ovirami za vključevanje pacientov v paliativno oskrbo navajajo pomanjkanje znanja, omejene vire ter slabše interdisciplinarno sodelovanje in komunikacijo. Podobno Kim in Flieger (2023) iz ameriške zvezne države Massachusetts ugotavljata, da sta strah in nelagodje ob pogovorih o resni bolezni med najpogostejše navedenimi ovirami za izvajanje paliativne oskrbe in načrtovanja vnaprejšnjih želja. Avtorja izpostavljata, da negotovost glede primerne časa in načina pogovora pogosto vodi v odlašanje s komunikacijo, kar se ujema z ugotovitvami naše raziskave, v kateri so udeleženci komunikacijske veščine prepoznali kot enega ključnih elementov strahu pred vključevanjem pacienta v paliativno oskrbo.

Rezultati kažejo tudi, da ima čustveni odziv zdravstvenih delavcev pomembno vlogo pri odločanju. To lahko nakazuje, da zdravstveni delavci pogovor o paliativni oskrbi doživljajo kot čustveno zahtevnega, saj lahko vključuje strah pred pacientovo žalostjo, razočaranjem ali občutkom izgube upanja. Pri tem ovire pri vključevanju pacienta niso nujno posledica pomanjkanja sočutja, temveč lahko izhajajo tudi iz čustvene vpletenosti in želje, da pacienta ali njegovih bližnjih ne bi dodatno prizadeli. Avtorja Espejo-Fernández in Martínez-Angulo (2025) ugotavljata, da medicinske sestre v paliativni

oskrbi pogosto občutijo nezadostno pripravljenost na čustveno obremenitev pri delu s pacienti in njihovimi družinami ter poudarjata pomen izkušenj in podpornih strokovnih srečanj. Avtorja tudi predlagata, da bi institucije morale okrepiti komunikacijske kanale, medstrokovno sodelovanje ter vlagati v stalno izobraževanje na področju čustvene inteligence in komunikacijskih veščin. Te ugotovitve podpirajo naše sklepanje, da čustvena obremenitev ni le posledica pomanjkanja znanja, temveč tudi sistemskega pomanjkanja podpore zdravstvenim delavcem.

Tudi Rabben, et al. (2024) poudarjajo, da je v paliativni oskrbi pomembno skupno odločanje, pri katerem so v proces vključeni pacient, njegovi bližnji in zdravstveni delavci, odločitve pa naj upoštevajo pacientove vrednote, želje in potrebe. Zato lahko izogibanje odprtemu pogovoru o paliativni oskrbi omeji možnosti za pravočasno načrtovanje oskrbe, obvladovanje simptomov in vključevanje bližnjih v proces odločanja (Ryan, et al., 2020; Rabben, et al., 2024).

Strokovna negotovost glede izida bolezni se je pokazala kot manj izrazit, vendar še vedno prisoten dejavnik. Čeprav je večina udeležencev zavrnila trditev, da zaradi negotovosti glede izida bolezni ne želi vključiti pacienta v paliativno oskrbo, je del sodelujočih vseeno izrazil strinjanje s to trditvijo. To kaže, da se pri delu zdravstvenih delavcev vseeno lahko pojavlja dvom o tem, kdaj je pravi trenutek za vključitev pacienta v paliativno obravnavo. Podobno Peng, et al. (2025) navajajo, da lahko negotovost glede poteka bolezni, prognoze in paliativnih potreb predstavlja oviro pri pravočasnem vključevanju pacientov v paliativno oskrbo. To potrjuje potrebo po jasnejših kliničnih smernicah, dodatnem izobraževanju in multidisciplinarnem odločanju.

Primerjave med spoloma in poklicnimi skupinami niso pokazale statistično značilnih razlik pri nobeni od obravnavanih lestvic. To pomeni, da se v našem vzorcu znanje, čustvene obremenitve in elementi strahu niso pomembno razlikovali glede na spol ali poklicno skupino. Pri razlagi teh ugotovitev pa je potrebna previdnost, saj je bil delež zdravnikov v vzorcu majhen, skupini pa sta bili izrazito neenakomerno zastopani. Zaradi tega rezultati ne omogočajo zanesljivih zaključkov o razlikah med izvajalci zdravstvene

nege in zdravniki, temveč kažejo predvsem na stanje v celotnem vzorcu sodelujočih zdravstvenih delavcev.

Prav tako ni bilo ugotovljenih statistično značilnih povezav med starostjo oziroma delovno dobo in obravnavanimi lestvicami. To je pomembna ugotovitev, saj kaže, da več let delovnih izkušenj samo po sebi ne pomeni nujno boljšega znanja, manjšega strahu ali večje samozavesti pri odločanju o vključevanju pacientov v paliativno oskrbo. Iz tega lahko sklepamo, da izkušnje v kliničnem okolju niso dovolj, če niso podprte s strukturiranim izobraževanjem, refleksijo, mentorstvom in jasnimi smernicami za obravnavo pacientov s paliativnimi potrebami.

Zanesljivost posameznih lestvic je bila različna. Lestvica čustvenih obremenitev je dosegla sprejemljivo notranjo skladnost, medtem ko sta lestvica znanja in stališč ter lestvica elementov strahu dosegli nižjo notranjo skladnost. To pomeni, da je treba rezultate teh dveh lestvic interpretirati previdno. Nižja notranja skladnost je lahko povezana z majhnim številom postavk, vsebinsko širino merjenega področja in dejstvom, da gre za eksplorativno raziskavo. Kljub temu rezultati ponujajo uporaben vpogled v znanje, čustvene obremenitve in dejavnike odločanja pri zdravstvenih delavcih ter predstavljajo osnovo za izboljšanje merskega instrumenta v prihodnjih raziskavah.

Na podlagi vseh ugotovitev lahko zaključimo, da zdravstveni delavci v našem vzorcu pri obravnavanih postavkah večinoma prepoznavajo temeljne značilnosti paliativne oskrbe, vendar potrebujejo dodatno podporo pri razumevanju širše uporabe paliativne oskrbe, predvsem pri pacientih z drugimi napredovanimi kroničnimi boleznimi, kot je demenca. Strah pred paliativno oskrbo se ne kaže kot izrazit odpor ali izogibanje, temveč predvsem kot čustvena obremenjenost in komunikacijska negotovost. Najpomembnejši dejavniki pri odločanju o vključevanju pacienta so dodatno znanje, komunikacijske veščine, empatija in jasnejša strokovna podpora pri presoji primerne časa za vključitev v paliativno obravnavo.

3.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava ima več omejitev, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov. Prva omejitev se nanaša na način vzorčenja. Uporabljen je bil nenaključni priložnostni vzorec z elementi snežne kepe, zato rezultatov ni mogoče posploševati na vse zdravstvene delavce v UKC Ljubljana ali na širšo populacijo zdravstvenih delavcev v Sloveniji. Vključeni so bili zaposleni, ki so bili v času zbiranja podatkov dosegljivi in so se prostovoljno odločili za sodelovanje, kar lahko pomeni, da so v raziskavi pogostejše sodelovali tisti, ki jih področje paliativne oskrbe bolj zanima ali imajo do njega bolj oblikovana stališča.

Druga omejitev je povezana z dejstvom, da natančnega podatka o skupnem številu vseh zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov na izbranih oddelkih v času izvedbe raziskave nismo imeli na voljo. Zato ni mogoče natančno oceniti, kolikšen delež ciljne populacije na teh oddelkih je bil dejansko vključen v raziskavo. To omejuje interpretacijo dosega raziskave in primerjavo deležev sodelujočih med posameznimi poklicnimi skupinami.

Tretja omejitev je neenakomerna zastopanost poklicnih skupin. V vzorcu je bilo bistveno več izvajalcev zdravstvene nege kot zdravnikov, zato so primerjave med poklicnimi skupinami statistično manj zanesljive. Majhno število zdravnikov omejuje možnost natančnejšega sklepanja o njihovem znanju, stališčih in strahovih v povezavi s paliativno oskrbo. Zato ugotovitev, da med poklicnimi skupinami ni statistično značilnih razlik, ne pomeni nujno, da teh razlik v širši populaciji ni, temveč da jih v tem vzorcu nismo zaznali. Četrta omejitev je povezana z uporabo samoocenjevalnega vprašalnika. Udeleženci so odgovarjali na vprašanja o lastnem znanju, občutkih in stališčih, zato obstaja možnost socialno zaželenega odgovarjanja. Zdravstveni delavci lahko zaradi strokovnih in poklicnih pričakovanj težje priznajo strah, negotovost ali odpor pri delu s pacienti v paliativni oskrbi. To bi lahko pojasnilo relativno nizke vrednosti na lestvici čustvenih obremenitev, saj so sodelujoči morda podcenjevali svoje občutke strahu ali nelagodja. Hkrati pa rezultati o čustveni izčrpanosti in razmišljanju o pacientih po koncu dela kažejo, da so obremenitve kljub temu prisotne.

Peta omejitev je kvantitativna zasnova raziskave. Vprašalnik omogoča pregled pogostosti posameznih odgovorov in statistične primerjave, ne omogoča pa poglobljenega razumevanja osebnih izkušenj zdravstvenih delavcev. Kvalitativni pristop, na primer intervjuji ali fokusne skupine, bi lahko dodatno pojasnil, zakaj se zdravstveni delavci počutijo negotove pri komunikaciji o paliativni oskrbi, zakaj nekateri po koncu dela še razmišljajo o pacientih in kako v praksi doživljajo odločanje o vključitvi pacienta v paliativno oskrbo.

Šesta omejitev se nanaša na notranjo skladnost nekaterih lestvic. Lestvica znanja in stališč ter lestvica elementov strahu sta dosegli nižji Cronbachov koeficient alfa, zato je potrebna previdnost pri razlagi rezultatov. V prihodnje bi bilo smiselno merski instrument dodatno preveriti, razširiti število postavk in ga validirati na večjem ter bolj uravnoteženem vzorcu.

3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Rezultati raziskave imajo pomemben doprinos za klinično prakso, saj opozarjajo, da osnovno poznavanje paliativne oskrbe med zdravstvenimi delavci obstaja, vendar samo po sebi ni dovolj. Potrebna so dodatna usmerjena izobraževanja, predvsem na področju prepoznavanja paliativnih potreb pri pacientih s terminalno kronično boleznijo, kot so pacienti z demenco in drugimi napredovanimi kroničnimi boleznimi. Takšna izobraževanja bi lahko prispevala k pravočasnejšemu vključevanju pacientov v paliativno obravnavo in zmanjšala napačno razumevanje paliativne oskrbe kot oskrbe, namenjene izključno pacientom z rakom ali pacientom v zadnjih dneh življenja.

Pomemben doprinos raziskave je tudi prepoznavanje čustvene obremenjenosti zdravstvenih delavcev. Čeprav strah pred paliativno oskrbo ni bil izrazito visok, rezultati kažejo, da se del zaposlenih sooča s čustveno izčrpanostjo in razmišljanjem o pacientih po koncu dela. V kliničnem okolju bi bilo zato smiselno razvijati podporne programe, kot so supervizija, razbremenilni pogovori po zahtevnih primerih, timske refleksije in dostop do psihološke podpore. Takšni ukrepi bi lahko pripomogli k zmanjševanju čustvene obremenjenosti in preprečevanju izgorelosti.

Raziskava dodatno poudarja pomen komunikacijskih veščin. Ker se je negotovost pri pogovoru s pacientom o vključitvi v paliativno oskrbo pokazala kot pomemben dejavnik, bi bilo v prakso smiselno vključiti redna usposabljanja s področja pogovorov o prihodnosti oskrbe, sporočanja sprememb v ciljih zdravljenja, vključevanja svojcev in skupnega odločanja. Komunikacijska izobraževanja bi morala biti praktično usmerjena, z uporabo simulacij, primerov iz klinične prakse in medpoklicnega učenja.

Na organizacijski ravni rezultati kažejo na potrebo po jasnejših smernicah in protokolih za pravočasno vključevanje pacientov v paliativno oskrbo. Zdravstveni delavci bi potrebovali jasna merila, kdaj je smiselno razmišljati o paliativni obravnavi, kako začeti pogovor s pacientom in svojci ter koga vključiti v odločanje. Posebej pomembno je multidisciplinarno sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi člani tima, saj lahko skupno odločanje zmanjša individualno negotovost posameznega zdravstvenega delavca.

Za nadaljnje raziskovalno delo bi bilo smiselno raziskavo razširiti na več zdravstvenih ustanov in vključiti bolj uravnotežen vzorec različnih poklicnih skupin, predvsem večje število zdravnikov. Tako bi bilo mogoče natančneje primerjati razlike med poklicnimi skupinami in oceniti, ali se znanje, strahovi ter dejavniki odločanja razlikujejo glede na delovno okolje, izkušnje ali specialnost.

Prav tako bi bilo koristno uporabiti kvalitativne metode, kot so individualni intervjuji ali fokusne skupine. Te bi omogočile globlje razumevanje osebnih doživljanj zdravstvenih delavcev, njihovih komunikacijskih ovir, čustvenih odzivov in razlogov za morebitno odlašanje z vključitvijo pacienta v paliativno obravnavo.

Smiselno bi bilo tudi raziskati učinke dodatnega izobraževanja in podpornih programov na znanje, samozavest, čustveno obremenjenost in pripravljenost za zgodnejše vključevanje pacientov v paliativno oskrbo.

Dolgoročno bi bile koristne longitudinalne raziskave, ki bi spremljale, ali se znanje, stališča in praksa zdravstvenih delavcev po izobraževalnih intervencijah spreminjajo skozi čas.

4 ZAKLJUČEK

Paliativna oskrba predstavlja pomemben del celostne zdravstvene obravnave pacientov z napredovanimi kroničnimi in neozdravljivimi boleznimi. Njeno bistvo ni usmerjeno zgolj v lajšanje telesnih simptomov, temveč zajema tudi psihološko, socialno in duhovno podporo pacientu ter njegovim bližnjim. Gre za pristop, ki v ospredje postavlja kakovost življenja, dostojanstvo pacienta, njegove potrebe, vrednote in želje ter podporo družini oziroma svojcem, ki so pogosto pomemben del procesa zdravljenja in oskrbe. Zaradi tega paliativna oskrba ne sme biti razumljena kot oskrba, ki se začne šele v zadnjih dneh življenja, temveč kot podpora, ki jo je smiselno vključiti že prej, ko se pri pacientu pojavijo kompleksne potrebe, povezane z napredovanjem bolezni.

Pravočasno vključevanje pacientov v paliativno oskrbo je v veliki meri odvisno od zdravstvenih delavcev, ki so s pacienti v neposrednem stiku. Njihovo znanje, stališča, komunikacijske veščine, sposobnost prepoznavanja paliativnih potreb in čustvena pripravljenost pomembno vplivajo na to, kako hitro in na kakšen način bo paliativna oskrba pacientu predstavljena ter vključena v nadaljnjo obravnavo. Zdravstveni delavci imajo pri tem pomembno vlogo, saj pogosto prvi opazijo spremembe v pacientovem stanju, njegovo stisko, obremenjenost svojcev in potrebo po dodatni podpori. Zato je razumevanje njihovega znanja, stališč, strahov in čustvenih obremenitev ključno za izboljševanje kakovosti paliativne obravnave v kliničnem okolju.

Rezultati raziskave kažejo, da zdravstveni delavci v obravnavanem vzorcu večinoma prepoznavajo temeljne značilnosti paliativne oskrbe. Paliativno oskrbo večinoma razumejo kot celostno pomoč pacientom z napredovano neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim. To pomeni, da osnovno poznavanje pomena paliativne oskrbe med sodelujočimi zdravstvenimi delavci obstaja. Udeleženci raziskave se v veliki meri zavedajo, da paliativna oskrba ni omejena le na telesne simptome, temveč vključuje širše razumevanje pacientovih potreb. Takšna ugotovitev je pomembna, saj kaže, da je med zdravstvenimi delavci prisotna osnovna podlaga za nadaljnji razvoj paliativnega pristopa v praksi.

Kljub temu pa rezultati kažejo tudi na določene nejasnosti pri razumevanju širše uporabe paliativne oskrbe. Te se kažejo predvsem pri pacientih z neonkološkimi kroničnimi boleznimi, kot so demenca in druge napredovane kronične bolezni. Paliativna oskrba se v praksi pogosto še vedno povezuje predvsem z onkološkimi pacienti ali s pacienti v zadnjem obdobju življenja, kar lahko vodi v prepozno vključevanje v paliativno obravnavo. Takšno razumevanje lahko omeji dostop do podpore pacientom, ki bi od paliativne oskrbe lahko imeli koristi že prej. Rezultati zato kažejo, da osnovno poznavanje paliativne oskrbe sicer obstaja, vendar ga je treba nadgraditi predvsem na področju prepoznavanja pacientov z neonkološkimi paliativnimi potrebami in pri razumevanju zgodnejšega vključevanja paliativnega pristopa.

Strah pred paliativno oskrbo se v raziskavi ni pokazal predvsem kot izrazit odpor do dela z umirajočimi pacienti ali kot neposredno izogibanje takšnemu delu. To je pomembna ugotovitev, saj kaže, da zdravstveni delavci paliativne oskrbe večinoma ne zavračajo. Bolj izrazito pa se strah in obremenjenost kažeta v obliki čustvene izčrpanosti, razmišljanja o pacientih po koncu delovnega časa ter negotovosti pri komunikaciji s pacienti in njihovimi bližnjimi. Delo s pacienti v paliativni oskrbi namreč pogosto vključuje soočanje z napredovano boleznijo, trpljenjem, smrtjo, žalostjo svojcev in zahtevnimi odločitvami, kar lahko pri zdravstvenih delavcih povzroča notranjo stisko.

Ugotovitve raziskave tako kažejo, da zdravstveni delavci pri delu s pacienti v paliativni oskrbi ne potrebujejo le strokovnega znanja, temveč tudi čustveno in organizacijsko podporo. Čeprav izražen strah ni bil visok, so rezultati pokazali, da so obremenitve prisotne. Posebej pomembno je, da se čustvena obremenjenost ne razume kot osebna šibkost posameznika, temveč kot pričakovan odziv na zahtevno področje dela. Zdravstveni delavci so pri obravnavi pacientov v paliativni oskrbi pogosto izpostavljeni situacijam, ki zahtevajo veliko empatije, potrpežljivosti, strokovne presoje in čustvene stabilnosti. Zato je pomembno, da imajo možnost strokovnega razbremenjevanja, timske podpore, supervizije in pogovorov po zahtevnih kliničnih primerih.

Pri odločanju o vključevanju pacienta v paliativno oskrbo so se kot pomembni dejavniki pokazali komunikacijske veščine, empatija, strokovna negotovost in potreba po dodatnem

znanju. To potrjuje, da je vključevanje pacienta v paliativno obravnavo kompleksen proces, ki ne temelji le na medicinskih kriterijih, temveč tudi na sposobnosti zdravstvenih delavcev, da o tej temi ustrezno spregovorijo s pacientom in njegovimi bližnjimi. Pogovori o paliativni oskrbi so pogosto občutljivi, saj se lahko pri pacientih in svojcih pojavijo strah, žalost, nerazumevanje ali občutek, da zdravljenje ni več mogoče. Zaradi tega zdravstveni delavci potrebujejo ustrezne komunikacijske veščine, da lahko paliativno oskrbo predstavijo na jasn, sočuten in strokoven način.

Posebej pomembna je ugotovitev, da zdravstveni delavci prepoznavajo potrebo po več znanja in komunikacijskih veščin na tem področju. To kaže na pripravljenost za dodatno učenje in strokovni razvoj. Za kakovostno paliativno oskrbo namreč ni dovolj le splošno poznavanje njenega pomena, temveč je potrebno tudi usposabljanje za občutljive pogovore, skupno odločanje, prepoznavanje pacientovih potreb in sodelovanje s svojci. Zdravstveni delavci morajo biti opremljeni z znanjem, ki jim omogoča, da paliativno oskrbo razumejo kot aktivno, celostno in podporno obliko obravnave, ne pa kot znak opustitve zdravljenja.

Primerjave glede na spol in poklicno skupino niso pokazale statistično značilnih razlik. Prav tako starost in delovna doba nista bili statistično značilno povezani z znanjem, čustvenimi obremenitvami ali elementi strahu. Te ugotovitve nakazujejo, da več let delovnih izkušenj samo po sebi ne pomeni nujno večje gotovosti pri vključevanju pacientov v paliativno oskrbo. Izkušnje v kliničnem okolju so sicer pomembne, vendar ne nadomestijo sistematičnega izobraževanja, usmerjenega usposabljanja in podpore pri delu s pacienti v paliativni oskrbi. Zaposleni se lahko s pacienti z napredovano boleznijo srečujejo pogosto, vendar to še ne pomeni, da imajo dovolj znanja, samozavesti ali komunikacijskih veščin za pravočasno in ustrezno vključevanje paliativne oskrbe.

Zato je pomembno, da se izobraževanje in podpora na področju paliativne oskrbe ne usmerjata le v posamezne skupine zaposlenih, temveč širše v celoten zdravstveni tim. Paliativna oskrba je po svoji naravi multidisciplinarna, zato zahteva sodelovanje zdravnikov, medicinskih sester, psihologov, socialnih delavcev, fizioterapevtov, izvajalcev duhovne oskrbe in drugih strokovnjakov, kadar so ti vključeni v obravnavo.

Vsak član tima ima pomembno vlogo pri prepoznavanju potreb pacienta, podpori svojcem, načrtovanju oskrbe in zagotavljanju kakovosti življenja. Le usklajeno delovanje tima lahko omogoči pravočasno, varno in celostno paliativno obravnavo.

Na podlagi ugotovitev raziskave lahko zaključimo, da je za izboljšanje vključevanja pacientov v paliativno oskrbo potrebno nadaljnje izobraževanje zdravstvenih delavcev. Poseben poudarek mora biti namenjen prepoznavanju paliativnih potreb pri pacientih z neonkološkimi boleznimi, komunikaciji s pacienti in svojci ter odločanju o pravočasni vključitvi paliativne obravnave. Izobraževanja bi morala biti praktično usmerjena in povezana z realnimi primeri iz kliničnega okolja. S tem bi zdravstveni delavci lažje razvili samozavest pri pogovorih o paliativni oskrbi in pridobili konkretna orodja za uporabo v vsakdanji praksi.

Pomembno je tudi oblikovanje jasnih strokovnih smernic in protokolov, ki bi zdravstvenim delavcem pomagali pri prepoznavanju pacientov, primernih za paliativno obravnavo. Jasna merila lahko zmanjšajo negotovost posameznih zdravstvenih delavcev in omogočijo enotnejše odločanje v timu. Poleg tega bi bilo treba krepiti multidisciplinarno sodelovanje, saj skupno odločanje zmanjšuje občutek individualne odgovornosti in povečuje kakovost obravnave. Kadar so odločitve sprejete timsko, so lahko bolj celostne, strokovno utemeljene in prilagojene dejanskim potrebam pacienta.

Ob tem je treba posebno pozornost nameniti tudi čustveni podpori zaposlenim. Delo s pacienti v paliativni oskrbi zahteva visoko stopnjo strokovne, komunikacijske in osebnostne pripravljenosti. Zdravstveni delavci se pri tem srečujejo s situacijami, ki so lahko čustveno zahtevne in dolgoročno obremenjujoče. Zato je pomembno, da zdravstvene ustanove razvijajo oblike podpore, ki zaposlenim omogočajo razbremenitev, refleksijo in predelavo zahtevnih izkušenj. Takšna podpora lahko prispeva k zmanjševanju čustvene izčrpanosti, preprečevanju izgorelosti in ohranjanju kakovostne zdravstvene obravnave.

Tako lahko sklepamo, da paliativna oskrba zahteva celostni pristop, ki vključuje znanje, pravočasno prepoznavanje potreb, dobro komunikacijo, timsko sodelovanje in čustveno

podporo zdravstvenim delavcem. Rezultati raziskave kažejo, da so temelji razumevanja paliativne oskrbe med sodelujočimi zdravstvenimi delavci prisotni, vendar obstajajo področja, kjer so potrebne izboljšave. Najpomembnejše priložnosti za razvoj se kažejo pri širšem razumevanju paliativne oskrbe, zgodnejšem vključevanju pacientov, krepitvi komunikacijskih veščin in vzpostavljanju podpornega okolja za zaposlene.

Raziskava tako prispeva k boljšemu razumevanju dejavnikov, ki vplivajo na vključevanje pacientov v paliativno oskrbo. Njene ugotovitve lahko služijo kot izhodišče za načrtovanje izobraževalnih vsebin, oblikovanje strokovnih smernic in razvoj podpornih programov za zdravstvene delavce. S tem lahko prispevamo k pravočasnejši, kakovostni in človeški obravnavi pacientov z napredovanimi neozdravljivimi boleznimi ter k večji podpori njihovim bližnjim. Paliativna oskrba mora biti razumljena kot pomemben del sodobne zdravstvene obravnave, ki pacientu omogoča dostojanstvo, podporo in čim boljšo kakovost življenja tudi v obdobju napredovane bolezni.

5 LITERATURA

Artioli, G., Bedini, G., Bertocchi, E., Ghirotto, L., Cavuto, S., Costantini, M. & Tanzi, S., 2019. Palliative care training addressed to hospital healthcare professionals by palliative care specialists: a mixed-method evaluation. *BMC Palliative Care*, 18(1), p. 88. 10.1186/s12904-019-0476-8.

Awad, B., Batran, A., Malak, M.Z., Ayed, A., Shehadeh, A., Alassoud, B. & Abu Ejheisheh, M., 2025. Knowledge, attitudes, and self-efficacy regarding palliative care among Palestinian nurses in intensive care units. *BMC Nursing*, 24(1), p. 435. 10.1186/s12912-025-03092-y.

Bernot, M. & Ebert Moltara, M., 2019. Zdravstveni delavci ob umirajočih bolnikih. *Pogled vase*, 28(2), pp. 11-16.

Bista, K., Baral, K.P., Lama, C., Gajmer, R.K., Acharya, P.K. & Gongal, R.N., 2024. Knowledge and attitude toward palliative care among health workers at health post level in Makawanpur district, Nepal. *Journal of Patan Academy of Health Sciences*, 11(2), pp. 37-43. 10.3126/jpahs.v11i2.69007.

Cheong, C.Y., Ha, N.H.L., Tan, L.L.C. & Low, J.A., 2020. Attitudes towards the dying and death anxiety in acute care nurses – can a workshop make any difference? A mixed-methods evaluation. *Palliative & Supportive Care*, 18(2), pp. 164-169. 10.1017/S1478951519000531.

Cherny, N.I., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R.K. & Currow, D., 2021. *Oxford textbook of palliative medicine*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press.

Clayton, M. & Marczak, M., 2023. Palliative care nurses' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis. *Palliative & Supportive Care*, 21(4), pp. 498-514. 10.1017/S147895152200058X.

Cohen, T. & Wein, S., 2023. The Value of Palliative Medicine—not another definition! *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(2), p. 243. 10.1136/bmjspcare-2022-003739.

Ebert Moltara, M., 2024. Paliativna oskrba v Sloveniji. *Farmacevtski vestnik*, 75(4), pp. 283-287.

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

Espejo-Fernández, V. & Martínez-Angulo, P., 2025. Psychosocial and emotional management of work experience in palliative care nurses: A qualitative exploration. *International Nursing Review*, 72(1), e13006. 10.1111/inr.13006.

Field, A., 2018. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. London: Sage.

Furman, B. & Lopuh, M., 2017. Paliativna oskrba - kaj je to. In: G. Prosen, ed. *V šola urgence: Zbornik predavanj. Zreče, 1.-2. december 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 146-150.

Greer, J.A., Jackson, V.A., Jacobsen, J.C., Pirl, W.F. & Temel, J.S., 2017. Early palliative care for patients with advanced cancer. In: A.M. Vranceanu, J.A. Greer & S.A. Safren, eds. *The Massachusetts General Hospital handbook of behavioral medicine: A clinicians guide to evidence-based psychosocial interventions for individuals with medical illness*. Massachusetts: Springer, pp. 277-296. 10.1007/978-3-319-29294-6_13.

Kamnik, P., Pajnkihar, M. & Habjanič, A., 2018. Samozaupanje medicinskih sester in zdravnikov pri praktičnem izvajanju paliativne oskrbe. In: M. Mežnar, K. Kopriva Pirtovšek & S. Fileković Ribarič, eds. *Zbornik 24. seminarja intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Bled, 25.-26. maj 2018*. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, pp. 13-18.

Kim, H. & Flieger, S.P., 2023. Barriers to Effective Communication about Advance Care Planning and Palliative Care: A Qualitative Study. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 26(2), pp. 42-50.

Kim, H. & Kwon, S.H., 2023. Effects of Death Anxiety and Perceived End-of-Life Care Competencies on Fear of Terminal Care among Clinical Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 26(4), pp. 160-170.

Kim, S., Lee, K. & Kim, S., 2020. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: A cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliative Care*, 19(1), p. 105. 10.1186/s12904-020-00581-6.

Klein, C.J., Riggenbach-Hays, J.J., Sollenberger, L.M., Harney, D.M. & McGarvey, J.S., 2018. Quality of life and compassion satisfaction in clinicians: A pilot intervention study for reducing compassion fatigue. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(6), pp. 882-888.

Liu, C., Liu, X., Yan, X., Chen, X., He, X., Liu, J. & Zeng, T., 2025. Psychiatric nurses' knowledge of palliative care: current status and influencing factors. *Frontiers in Psychology*, 16, p. 1575655. 10.3389/fpsyg.2025.1575655.

Macleod, A.D., 2017. Fear in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 25(6), pp. 273-278. 10.1080/09699260.2017.1395980.

McMillan, T.A., Hutton, L. & Jenkins, L., 2024. Doctors' knowledge, attitudes and practices of palliative care in two South African districts. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 16(1), pp. 1-5. 10.4102/phcfm.v16i1.4503.

Mehta, D.H., Perez, G.K., Traeger, L., Park, E.R., Goldman, R.E., Haime, V., Chittenden, E.H., Denninger, J.W. & Jackson, V.A., 2016. Building resiliency in a palliative care team: A pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management* 51(3), pp. 604-608. 10.1016/j.jpainsymman.2015.10.013.

Mengual, T.E., Chover-Sierra, E., Ballestar-Tarín, M.L., Saus-Ortega, C., Gea-Caballero, V., Colomer-Pérez, N. & Martínez-Sabater, A., 2023. Knowledge about palliative care and attitudes toward care of the dying among primary care nurses in Spain. *Healthcare*, 11(7), p. 1018. 10.3390/healthcare11071018.

Niederhauser, A., Egloff, M., Eychmueller, S. & Zambrano, S.C., 2025. Adapting to the emotional complexity of palliative care communication: Palliative care clinicians' experiences. *Palliative & Supportive Care*, 23(43), pp. 1-10. 10.1017/S1478951524001883.

Oginska-Bulik, N., 2018. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care - the role of psychological resilience. *Advances in Psychiatry and Neurology*, 27(4), pp. 196-210.

Palliative Care Australia, 2024. *What is palliative care?* [online] Available at: <https://palliativecare.org.au/resource/what-is-palliative-care/> [Accessed 31 July 2025].

Pangallo, A., Zibarras, L. & Patterson, F., 2016. Measuring resilience in palliative care workers using the situational judgement test methodology. *Medical Education*, 50(11), pp. 1131-1142.

Peerboom, F.B., Friesen-Storms, J.H., Coenegracht, B.J., Pieters, S., van der Steen, J.T., Janssen, D. & Meijers, J., 2023. Fundamentals of end-of-life communication as part of advance care planning from the perspective of nursing staff, older people, and family caregivers: A scoping review. *BMC Nursing*, 22(1), p. 363. 10.1186/s12912-023-01523-2.

Peng, M., Lu, Y. & Mo, W., 2025. Barriers and facilitators to offering palliative care to patients with heart failure. *BMJ Open*, 15(6), e094206. 10.1136/bmjopen-2024-094206.

R Core Team, 2025. *R: A language and environment for statistical computing (Version 4.5.0)*. Vienna: *R Foundation for Statistical Computing*. [online] Available at: <https://www.r-project.org/> [Accessed 31 July 2025].

Rabben, J., Vivat, B., Fossum, M. & Rohde, G.E., 2024. Shared decision-making in palliative cancer care: A systematic review and metasynthesis. *Palliative Medicine*, 38(4), pp. 406-422. 10.1177/02692163241238384.

Rink, L.C., Silva, S.G., Adair, K.C., Oyesanya, T.O., Humphreys, J.C. & Sexton, J.B., 2023. Characterizing burnout and resilience among nurses: A latent profile analysis of emotional exhaustion, emotional thriving and emotional recovery. *Nursing Open*, 10(11), pp. 7279-7291. 10.1002/nop2.1980.

Ryan, S., Wong, J., Chow, R. & Zimmermann, C., 2020. Evolving definitions of palliative care: upstream migration or confusion? *Current Treatment Options in Oncology*, 21, pp. 1-17. 10.1007/s11864-020-0716-4.

Schroeder, K. & Lorenz, K., 2018. Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), pp. 4-8.

Swami, M. & Case, A.A., 2018. Effective Palliative Care: What Is Involved? *Oncology*, 32(4), pp. 180-184.

Taber, K.S., 2017. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48, pp. 1273-1296.

Touzel, M. & Shadd, J., 2018. Content validity of a conceptual model of a palliative approach. *Journal of Palliative Medicine*, 21(11), pp. 1627-1635. 10.1089/jpm.2017.0658.

Trontelj Zavratnik, M. & Červek, J.A., 2016. Paliativna oskrba ob koncu življenja. *Revija za zdravstvene vede*, 3(1), pp. 117-131.

Westerlund, C., Tishelman, C., Benkel, I., Fürst, C.J., Molander, U., Rasmussen, B.H. & Lindqvist, O., 2018. Public awareness of palliative care in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), pp. 478-487.

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191-2194. 10.1001/jama.2013.281053.

Xu, G.R. & Yu, W.Y., 2024. Mediating effect of meaning in life on death anxiety and attitude toward palliative care among undergraduate nursing students. *BMC Palliative Care*, 23, p. 139. 10.1186/s12904-024-01472-w.

Zanatta, F., Maffoni, M. & Giardini, A., 2020. Resilience in palliative healthcare professionals: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), pp. 971-978.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2024. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/12/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije.pdf> [Accessed 31 July 2025].

Zhang, J., Cao, Y., Su, M., Cheng, J. & Yao, N., 2022. The experiences of clinical nurses coping with patient death in the context of rising hospital deaths in China: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21(1), p. 163. 10.1186/s12904-022-01054-8.

6. PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani,

sem Janja Oblak, študentka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V nadaljevanju Vas prosim za sodelovanje pri raziskavi na temo: Strah pred vključevanjem pacienta v paliativno oskrbo tako, da boste izpolnili naslednji vprašalnik. Vprašalnik je anonimen in bo uporabljen izključno za izdelavo diplomskega dela.

Najlepša hvala.

Demografski podatki	
Spol:	
Starost:	
Delovna doba v letih:	
Poklic:	

A) V vprašalniku boste izražali svoje mnenje o stopnji vašega strinjanja z različnimi trditvami, povezanimi s poznavanjem paliativne oskrbe. Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja s postavljeno trditvijo tako, da obkrožite ustrezno številko od 1 do 5:

Popolnoma se ne strinjam	Delno se ne strinjam	Strinjam se	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
1	2	3	4	5

1. Paliativna oskrba je aktivna in celostna pomoč pacientom, ki so v stanju napredovane kronično neozdravljive bolezni ter njihovim bližnjim, tako v času pacientove bolezni kot tudi v procesu žalovanja bližnjih.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2. Glavni namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacienta brez vključevanja bližnjih.	1	2	3	4	5
3. Kakovost življenja se povečuje s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja z zgodnjim prepoznavanjem, natančno oceno ter obravnavo bolečine in drugih težav, vključno s telesnimi, psihičnimi in duhovnimi vidiki.	1	2	3	4	5
4. Paliativna oskrba je tradicionalno povezana s pacienti z rakom, vendar ne vključuje ostalih pacientov s kroničnimi boleznimi, kot je npr. demenca.	1	2	3	4	5
5. Vsak zdravstveni delavec mora imeti osnovno znanje s področja paliativne oskrbe .	1	2	3	4	5

B) V vprašalniku boste izražali svoje mnenje o odnosu do dela na področju paliativne oskrbe. Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja s postavljeno trditvijo tako, da obkrožite ustrezno številko od 1 do 5:

Sploh ne	Verjetno ne	Niti da niti ne	Verjetno da	Sploh da
1	2	3	4	5

6. Počutim se čustveno izčrpano pri delu s pacientom v paliativni oskrbi.	1	2	3	4	5
7. Izogibam se delu z umirajočimi pacienti, ker se ne počutim varno.	1	2	3	4	5
8. Strah me je smrti in pri delu z umirajočim pacientom je ta strah večji.	1	2	3	4	5
9. Pri delu na področju paliativne oskrbe ne vidim motivacije in veselja do dela .	1	2	3	4	5
10. Ob zaključku dela še zmeraj razmišljam o umirajočih pacientih.	1	2	3	4	5

C) V vprašalniku boste izražali svoje mnenje o stopnji strinjanja z vključitvijo pacienta v paliativno oskrbo. Prosim, obkrožite stopnjo strinjanja s postavljeno trditvijo tako, da obkrožite ustrezno številko od 1 do 5:

Popolnoma se ne strinjam	Delno se ne strinjam	Strinjam se	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
1	2	3	4	5

11. Ne vem, kako povedati pacientu, da ga želimo vključiti v paliativno oskrbo.	1	2	3	4	5
12. Nisem prepričan o izidu bolezni ter zaradi tega ne želim pacienta vključiti v paliativno oskrbo.	1	2	3	4	5
13. Ne želim videti razočaranja na obrazu pacienta.	1	2	3	4	5
14. Potrebujem več znanja in komunikacijskih veščin na tem področju, da bi se pravilno odločil.	1	2	3	4	5