

## Soočanje izvajalcev zdravstvene nege s smrtjo pacienta

Aleksander Mlinšek\*

UKC Ljubljana, KO za travmatologijo, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, Slovenija  
aleksander.mlinsek@kclj.si

### Povzetek:

**RV:** Zaradi staranja prebivalstva se zdravstveni delavci pogosto srečujejo s smrtjo pacienta tudi v akutnih bolnišnicah. Izkušnja umiranja pacientov zdravstvenim delavcem in zdravstvenemu sistemu prinaša številne izzive, s katerimi se je potrebno soočiti.

**Namen:** Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako se izvajalci zdravstvene nege soočajo s smrtjo pacienta, kakšna je oskrba umirajočega pacienta in kako pri oskrbi sodeluje interdisciplinarni tim med seboj in z družinskimi člani umirajočega pacienta.

**Metoda:** Izvedli smo manjšo kvantitativno raziskavo med izvajalci zdravstvene nege v eni od slovenskih akutnih bolnišnic. Za analizo rezultatov smo uporabili frekvenčno statistiko in Pearsonov korelacijski koeficient.

**Rezultati:** Izvajalci zdravstvene nege potrebujejo dodatna znanja potrebna za skrb umirajočega pacienta in za njegovo družino. Stisko ob doživljanju umiranja skušajo nadzorovati razumno in manj s pogovorom. Na prizadetost ob izgubi pacienta vpliva delovna doba, drugih vplivov nismo zaznali. Vključenost interdisciplinarnega tima v oskrbo umirajočega pacienta je zadovoljiva, v oskrbo pa so premalo vključeni družinski člani umirajočega.

**Organizacija:** Zdravstvene organizacije, ki so bolj usmerjene v akutno zdravljenje, se morajo zavedati pomena paliativne oskrbe, ki jo morajo vključiti v zdravstveno oskrbo kot integralni proces oskrbe neozdravljivo bolnega. O problematiki se morajo zdravstveni delavci med seboj več pogovarjati ter se dodatno izobraževati.

**Družba:** Odnos do smrti v širšem kulturnem okolju, vpliva tudi na odnos zdravstvenih delavcev do smrti. Pomembna je vključenost socialnega okolja, predvsem družinskih članov.

**Originalnost:** Raziskava je bila opravljena na osnovi primerjave z dvema raziskavama.

**Omejitve:** Raziskava je bila opravljena na manjšem vzorcu.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, smrt in umiranje, soočanje s smrtjo, paliativna oskrba, vpliv smrti na izvajalce zdravstvene nege, odnos med interdisciplinarnimi timi in družinskimi člani.

**Tipologija COBISS:** 1.04 strokovni članek.

## 1 Uvod

V življenju sta samo dve neizpodbitni dejstvi: rojstvo in smrt. Prvega spremlja radost in vesela pričakovanja, smrt in umiranje pa spremljajo občutki trpljenja, žalosti in izgube. Misli o smrti odrivamo, zato smo nanjo slabo pripravljeni in v zdravstvu jo dostikrat doživljajo kot neuspeh dela. (Kogovšek, 1999, str. 49) Današnja družba še vedno ohranja tabu umiranja in smrti. Sodobni človek odriva misel na smrt v podzavest. Zdi se, da je tudi sodobna medicina v veliki meri izgubila stik s stališčem, da je bolj pomembno, kako živimo kot kdaj umremo in včasih prispeva k navidezni iluziji, da je mogoče življenjsko dobo podaljšati v neskončnost, pri tem pa zanemarja tiste, ki se soočajo s smrtjo in s tem njihovo osamljenost še pogloblja. Potrebno je ponovno odkriti umiranje kot del življenja. (Zgaga & Pahor, 2004, str. 326)

Medicinske sestre bodo v prihodnosti odgovorne za skrb večjega števila umirajočih pacientov. V ZDA je pričakovana življenjska doba iz 49 let, kolikor je znašala leta 1900, narasla na 79 let pri ženskah in 74 let pri moških (Dunn, Otten, & Stephens, 2005, str. 97). V Sloveniji je

\* Korespondenčni avtor

Prejeto: 14. maj 2012; revidirano: 7. september 2012; sprejeto: 10. september 2012

bila povprečna pričakovana življenjska doba leta 1958 68 let, leta 2009 79 let. Ženske bodo na podlagi projekcije leta 2009 predvidoma živele 6,6 let dlje kot moški (SURS, 2011, poglavje 4.6). Podatki utemeljujejo potrebo po izobraževanju o smrti in umiranju na vseh nivojih zdravstvenega varstva, saj potrebe po oskrbi umirajočih naraščajo. Poleg starosti prebivalstva naraščajo tudi kronične bolezni, ki so tudi najpogostejši vzrok hospitalizacij; več kot polovica ljudi pa umre v različnih zdravstvenih ustanovah (glej tabelo 1 in 2). Zdravstveni delavci morajo biti zato pripravljeni na soočenje z zdravstveno obravnavo umirajočih pacientov in njihovo smrtjo. Tabela 1 prikazuje število bolnišničnih obravnave glede na 1000 prebivalcev glede na klasifikacijo diagnoz po Mednarodni klasifikaciji bolezni.

Tabela 1: Število bolnišničnih obravnave na 1000 prebivalcev po poglavjih MKB-10

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Bolezni obtočil (I00-I99)</b>	18,25	18,08	18,02	18,60	19,20	20,30	19,98	19,79	20,27	20,83
<b>Neoplazme (C00-D48)</b>	17,67	17,36	18,07	18,29	18,14	18,58	17,96	18,04	17,84	17,64
<b>Bolezni dihal (J00-J99)</b>	12,58	11,75	12,29	12,36	12,82	12,36	13,43	12,98	14,35	14,59
<b>Bolezni prebavil (K00-K93)</b>	15,75	14,86	14,56	14,39	14,19	14,59	14,36	14,40	14,50	14,08
<b>Bolezni sečil in spolovil (N00-N99)</b>	13,49	12,62	12,05	11,58	11,10	11,15	10,49	9,97	9,81	9,84

Vir: *Zdravstveni statistični letopis (2001–2010)*, poglavje 13A – 2.2.

Tabela 2: Število umrlih prebivalcev po mestu smrti

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Zdravstvena ustanova</b>	9727 53,5 %	10125 54,5 %	9780 53,4 %	10261 54,7 %	9914 53,3 %
<b>Drugje</b>	8453 46,5 %	8459 45,5 %	8528 46,6 %	8489 45,3 %	8695 46,7 %

Vir: *Zdravstveni statistični letopis (2006–2010)*, poglavje 2 – 17.

Z raziskavo, ki smo jo opravili v eni od slovenskih bolnišnic, ki se prvenstveno ukvarja z zdravljenjem, smo želeli ugotoviti, kako se izvajalci zdravstvene nege soočajo s smrtjo, kakšna je oskrba umirajočega pacienta in kako pri oskrbi sodeluje interdisciplinarni tim med seboj in z družinskimi člani umirajočega pacienta.

## 2 Pregled literature

Zdravstveni delavci, ki se soočajo s smrtjo in umiranjem, doživljajo stiske in težave tako pri bivanju z umirajočim kot tudi pri vzpostavljanju odkritega pogovora z umirajočim bolnikom in njegovimi bližnjimi (Globočnik Papuga, 2007, str. 33). Doživljanje smrti je poleg znanja in profesionalnega odnosa gotovo povezano tudi s kulturnim okoljem, iz katerega zdravstveni delavci prihajajo. Beznečeva (2007, str. 7) govori o tabuju smrti v sodobni družbi: staranje in bolezen sta izgnana iz javnega življenja; staranje ni naravno, je bolezen. Gedrihova (2007, str. 20) pripoveduje, kako je v tehnicističnem nazoru, kjer ni več prostora za dokončnost in nepopravljivost smrti, smrt postala napaka v kontinuumu življenja.

Svet 21. stoletja je na gosto prekrit s trupli. Tu so vojna trupla, trupla bolnikov, trupla sestradanih, na tisoče ubitih ptic, na milijone rib. Tu so tudi virtualna trupla – tista iz filmov in računalniških igrice. Bolj kot množična prisotnost smrti pa je presenetljivo dejstvo, kako tuja nam ostaja ob tem. (Gedrih, 2007, str. 17)

Zdravstveni delavci se različno soočajo s smrtjo pacienta, prav tako so razlike pri oskrbi umirajočih pacientov med zdravstvenimi organizacijami. V oskrbi umirajočih pacientov

obstajajo pomembne razlike kljub napredku medicine in zdravstvene oskrbe z razvojem individualiziranih pristopov v razvitem svetu (Costello, 2006, str. 594).

Medicinske sestre, ki delajo v enoti intenzivne nege, so pogosto izpostavljene smrti in umiranju. Mortaliteteta med pacienti v intenzivni negi je višja kot na drugih oddelkih, prav tako so pogostejše nenadne in nepričakovane smrti. Smrt pacienta je v nasprotju z vrednoto po ohranjanju življenja, zato nekatere medicinske sestre vidijo v smrti pacienta neuspeh medicinskega zdravljenja in zdravstvene nege in posledično doživljajo občutke krivde. (Yu & Chan, 2010, str. 1167–1168) Shorterjeva in Staytova (2010, str. 159) poročata, da je v Združenem kraljestvu kljub uporabi tehnologije in intenzivnega zdravljenja in zdravstvene nege, mortaliteteta v enotah intenzivne nege med 19,1 in 21,8 %.

V akutni zdravstveni oskrbi je pozornost usmerjena na zdravljenje bolezni, smrt se obravnava kot neuspeh, medtem ko je v hospicju skrb za umirajoče paciente temelj dnevne obravnave (Dunn, Otten, & Stephens, 2005, str. 98). Sullivan (v Wasserman, 2008, str. 622) je opisal bolnišnice kot ustanove, ki cenijo reševanje življenj in dajejo prednost akutni oskrbi, ne pa skrbi za umirajoče. V obravnavi umirajočega pacienta se moramo usmerjati ne le k pacientu in njegovih svojcem, ampak tudi k medicinskemu osebju, ki je v določeni točki soočeno ne le s strokovno nemočjo, ampak tudi z osebno občutljivostjo (Russi-Zagožen, 1998, str. 147).

Costello (2006) je v Združenem kraljestvu opravil kvalitativno raziskavo z 29-imi medicinskimi sestrami, v kateri je ugotavljal individualni in kolektivni vpliv smrti pacienta na osebje. Raziskava se je nanašala na 71 smrti pacientov v 20 mesečnem obdobju. Podatke je analiziral s semiotično analizo in odkril dva pomembna lingvistična znaka: dobro in slabo smrt. Dobro smrt označujejo pojmi, kot so dostojanstvo, brez bolečin, spoštljivost. Determinante dobre smrti so nadzor nad smrtjo, visoka stopnja predvidljivosti, primeren čas smrti; medtem ko so determinante slabe smrti nenadnost, nepredvidljivost, nepripravljenost na smrt, pomanjkanje časa za komuniciranje s svojci. Ugotovil je, da se medicinske sestre osredotočajo na smrt bolj kot na dogodek in zaključuje, da bi se morale bolj osredotočati na proces umiranja. Ugotavlja tudi, da so dobre smrti imele pozitivne učinke na medicinske sestre, pri čemer je bil nadzor nad smrtjo pomemben dejavnik; slabe smrti so na drugi strani ustvarjale travmatične izkušnje in možnosti za konflikt med medicinskimi sestrami in zdravniki. Predlaga izboljšanje komunikacije med pacienti in družino glede diagnoze in prognoze, osredotočanje pozornosti na smrt kot na proces, ki naj favorizira pacientove potrebe ter vključitev paliativne oskrbe kot integralnega dela zdravstvene oskrbe takoj po postavitvi diagnoze. (str. 597–601)

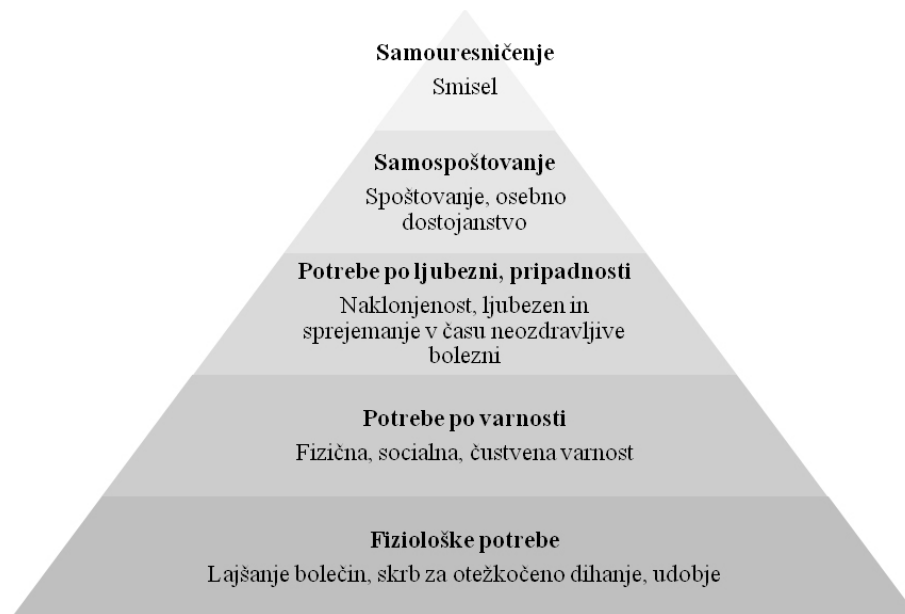
Sepulveda in drugi (v Lunder, 2007, str. 35) navajajo definicijo paliativne oskrbe povzeto po Svetovni zdravstveni organizaciji kot oskrbo, ki izboljša kakovost življenja bolnika in njegovih bližnjih, ki se soočajo s problemi ob neozdravljivi bolezni; preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepozna, oceni in obravnava bolečine ter druge telesne, psihosocialne ter duhovne potrebe.

Raziskovalci oskrbe umirajočih v Novi Zelandiji zaključujejo, da na zagotavljanje pravočasne oskrbe umirajočega vplivajo bolnišnično okolje, populacija pacientov, poklicna in osebna prepričanja ter vrednote. V kvalitativni in kvantitativni raziskavi je sodelovalo 179 udeležencev multidisciplinarnega tima. 77 % udeležencev je prepričanih, da imajo dovolj znanj, potrebnih za skrb umirajočega pacienta, 67 % udeležencev je odgovorilo, da imajo dovolj znanj, potrebnih za skrb za družino umirajočega pacienta. Dobra komunikacija med vsemi zaposlenimi, ki skrbijo za umirajočega pacienta, je več ali manj prisotna v 72 %, nikoli pa ni slaba. Vedno (11 %) ali pogosto (61 %) ustrezno skrb umirajočemu pacientu zagotavlja celoten interdisciplinarni tim. Svojci se v pogovor glede oskrbe umirajočega pacienta vključujejo vedno (37 %) ali pogosto (52 %); 10,5 % udeležencev je odgovorilo, da se svojci vključujejo redko oziroma nikoli (0,5 %). 21 % udeležencev lahko z družinskimi člani umirajočega pacienta vedno odkrito komunicira, 64 % pogosto, 14 % včasih in le 0,5 % nikoli. (Sheward, Clark, Marshall, & Allan, 2011, str. 623–629)

Russi-Zagožnova (1997) je v Sloveniji raziskovala osebne in strokovne potrebe zdravstvenih delavcev, ki prihajajo v stik s terminalnimi bolniki na večjem vzorcu. Raziskava je pokazala, da kar 99,8 % udeležencev smrt bolnika prizadene, pri čemer 3,9 % redko, 28,8 % včasih, 35,5 % pogosto in 31,6 % vedno. Stisko, ki jo čutijo ob doživetju umiranja, udeleženci premagujejo največkrat s pogovorom (53,8 %), sledi razumska predelava (47,1 %) in več dela (10,6 %), 10 udeležencev (2,8 %) je navedlo, da ne občuti nobene stiske. Udeleženci ocenjujejo, da so pri terminalnem bolniku najbolj zadovoljene fizične potrebe, sledijo jim socialne, psihične ter duhovne potrebe. (str. 145–146)

Rooda s sodelavci je ugotovila, da imajo medicinske sestre z večjim strahom pred smrtjo manj pozitiven odnos do oskrbe umirajočih pacientov kot medicinske sestre z manjšim strahom pred smrtjo (Rooda, Clements, & Jordan v Dunn, Otten, & Stehpens, 2005, str. 98). Kvalitativna raziskava, opravljena v enoti intenzivne nege v bolnišnici v Hong Kongu je pokazala, da medicinske sestre ob smrti pacienta doživljajo nezaupanje, žalost, nemoč, izgubo, občutke krivde. S smrtjo se soočajo predvsem z distanciranjem od pacienta, fatalizmom in iskanjem podpore; svoja občutja pa raje delijo s svojimi kolegi kot z družinskimi člani ali prijatelji. (Yu & Chan, 2010, str. 1168–1169)

Pomembno je, da poznamo potrebe umirajočega pacienta. Zadovoljene potrebe umirajočega pacienta na vseh nivojih lahko vodijo do dobre, netravmatične smrti tako za pacienta kakor za zdravstvene delavce. Temeljna predpostavka Maslowe hierarhije potreb (slika 1) je, da so človekove potrebe hierarhične – neizpolnjene potrebe na nižji ravni vplivajo na posameznikovo razmišljanje, ukrepanje in počutje, dokler niso zadovoljene. Ko je zadovoljena potreba na nižjem nivoju, je v vsakdanjem življenju izražena potreba na višjem nivoju. Šele, ko so zadovoljene vse osnovne potrebe, se posameznik steguje za višjimi potrebami samuaktualizacije. Maslowa teorija nam daje okvir za razumevanje človeka in ukrepanje in ni le zgolj tog sistem, ki ureja človekovo dejavnost. Upoštevanje Maslowe teorije hierarhije potreb omogoča kompleksnejšo skrb za umirajočega pacienta. (Zalenski & Raspa, 2006, str. 1121–1122)



Slika 1: Maslowa hierarhija potreb prilagojena za paliativno oskrbo. Povzeto iz »Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice«, po R. J. Zalenski & R. Raspa, 2006, *Journal Of Palliative Medicine*, 9(5), str. 1121–1123.

### Hipoteze:

- H1:** Izvajalci zdravstvene nege potrebujejo dodatna znanja, potrebna za oskrbo umirajočega pacienta.
- H2:** Izvajalci zdravstvene nege z več delovnimi izkušnjami se uspešneje soočajo s smrtjo pacienta.
- H3:** Starejši izvajalci zdravstvene nege se uspešneje soočajo s smrtjo pacienta.
- H4:** Izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo se uspešneje soočajo s smrtjo pacienta.
- H5:** Pri oskrbi umirajočega pacienta sodeluje celoten interdisciplinarni tim.
- H6:** V oskrbo umirajočega pacienta se vključujejo tudi njegovi družinski člani.
- H7:** Zadovoljevanje potreb umirajočega pacienta je v skladu z Maslowo hierarhijo potreb.

### 3 Metoda

Raziskavo smo opravili s pomočjo spletne ankete v eni izmed slovenskih akutnih bolnišnic. Anketni vprašalnik smo poslali 97-im izvajalcem zdravstvene nege. Na anketo je odgovorilo 24 udeležencev (24,7 %). Za drugo, tretjo in četrto hipotezo smo uporabili enostranski Pearsonov korelacijski test, za ostale hipoteze pa frekvenčno statistiko. Udeležencem smo zastavili 14 vprašanj. Sedem vprašanj je bilo postavljenih v obliki Likertove intervalne lestvice od 1 do 5. Dve vprašanji sta bili postavljeni z lestvico: 1–veliko, 2–dovolj, 3–srednje, 4–malo in 5–nič; štiri vprašanja pa: 1–vedno, 2–pogosto, 3–občasno, 4–redko in 5–nikoli.

Prvi dve vprašanji sta se nanašali na **znanja**, ki so potrebna za skrb za umirajočega pacienta in na znanja, ki so potrebna za skrb za družino umirajočega pacienta. Udeleženci so svoje znanje ocenjevali na lestvici od 1–veliko do 5–nič. Naslednja štiri vprašanja so se nanašala na **vključenost interdisciplinarnega tima in družinskih članov** v oskrbo umirajočega pacienta. Na Likertovi lestvici od 1–vedno do 5–nikoli, so udeleženci ocenjevali vključenost celotnega

interdisciplinarnega tima v oskrbo umirajočega, njihovo medsebojno komunikacijo, vključenost družinskih članov v pogovor glede oskrbe umirajočega pacienta in sposobnost komunikacije med družinskimi člani in udeleženci. Nadaljnja tri vprašanja so se dotikala **čustvenih reakcij** na smrt in načinov soočenja udeležencev s smrtjo pacienta. Sedmo vprašanje: »Ali vas smrt pacienta prizadene?« so udeleženci ocenjevali na Likertovi lestvici od 1–vedno do 5–nikoli. Na osmo vprašanje: »Ali doživljate strah tik pred smrtjo umirajočega?« so udeleženci odgovarjali z dihonomno nominalno spremenljivko (da, ne). Deveto vprašanje: »Kako premagujete stisko ob doživljanju umiranja?« je ponujalo štiri odgovore in možnost vnosa prostega besedila. Deseto vprašanje se je nanašalo na **zadovoljevanje potreb umirajočega pacienta**, ki so jih udeleženci rangirali od 1–najbolj zadovoljene do 4–najmanj zadovoljene. Rangirati so morali fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe. Zadnja štiri vprašanja predstavljajo demografske podatke: spol, starost, dopolnjena delovna doba v letih, dosežena stopnja izobrazbe.

#### 4 Rezultati raziskave

V raziskavi je sodelovalo 24 udeležencev. Na demografske podatke en udeleženec (4,2 %) ni odgovoril. Rangiranje zadovoljenosti potreb umirajočega pacienta ni opravilo pet udeležencev (20,8 %). Sodelovalo je 21 žensk (91,3 %), dva moška (8,7 %), eden (4,2 %) ni odgovoril.

#### H1: Izvajalci zdravstvene nege potrebujejo dodatna znanja potrebna za oskrbo umirajočega pacienta.

Tabela 3: Imam znanja, ki so potrebna za skrb umirajočega pacienta

	Frekvenca	Odstotek
<b>1 Veliko</b>	1	4,2
<b>2 Dovolj</b>	12	50,0
<b>3 Srednje</b>	9	37,5
<b>4 Malo</b>	2	8,3

Tabela 4: Imam znanja, ki so potrebna za skrb za družino umirajočega pacienta

	Frekvenca	Odstotek
<b>1 Veliko</b>	1	4,2
<b>2 Dovolj</b>	5	20,8
<b>3 Srednje</b>	11	45,8
<b>4 Malo</b>	7	29,2

#### H2: Izvajalci zdravstvene nege z več delovnimi izkušnjami se uspešneje soočajo s smrtjo pacienta.

Tabela 5: Dopolnjena delovna doba v letih

	Frekvenca	Odstotek
<b>1–5 let</b>	5	21,7
<b>6–10 let</b>	4	17,4
<b>11–15 let</b>	6	26,1
<b>16–20 let</b>	2	8,7
<b>21 let in več</b>	6	26,1

Tabela 6: Ali vas smrt pacienta prizadene?

	Frekvenca	Odstotek
<b>1 Vedno</b>	4	16,7
<b>2 Pogosto</b>	7	29,2
<b>3 Občasno</b>	11	45,8
<b>4 Redko</b>	1	4,2
<b>5 Nikoli</b>	1	4,2

Tabela 7: Ali doživljate strah tik pred smrtjo umirajočega?

	Frekvenca	Odstotek
<b>1 Da</b>	5	20,8
<b>2 Ne</b>	19	79,2

Tabela 8: Kako premagujete stisko ob doživljanju umiranja?

	Frekvenca	Odstotek
<b>1 S pogovorom</b>	9	37,5
<b>2 Več delam</b>	1	4,2
<b>3 Z razumsko predelavo</b>	13	54,2
<b>4 Ne občutim stiske</b>	1	4,2

Opomba: Nihče ni navedel drugega načina.

Tabela 9: Vpliv delovnih izkušenj na doživljanje smrti pacienta

		Delovna doba
Ali vas smrt pacienta prizadene?	<i>r</i>	-0,417
	<i>p</i>	0,024*
Ali doživljate strah tik pred smrtjo umirajočega?	<i>r</i>	-0,086
	<i>p</i>	0,348

Opomba: \*:  $p(1\text{-stransko}) < 0,05$ ; *r*: Pearsonov korelacijski koeficient;  $N = 23$ ; podatki razdeljeni v tri skupine: (1) do 10 let, (2) 11 do 20 let in (3) nad 21 let.

### H3: Starejši izvajalci zdravstvene nege se uspešneje soočajo s smrtjo pacienta.

Tabela 10: Starost

	Frekvenca	Odstotek
20–29 let	5	21,7
30–39 let	12	52,2
40–49 let	4	17,4
50–59 let	2	8,7

Tabela 11: Vpliv starosti na doživljanje smrti pacienta

		Starost
Ali vas smrt pacienta prizadene?	<i>r</i>	-0,319
	<i>p</i>	0,069
Ali doživljate strah tik pred smrtjo umirajočega?	<i>r</i>	0,073
	<i>p</i>	0,370

Opomba: \*:  $p(1\text{-stransko}) < 0,05$ ; *r*: Pearsonov korelacijski koeficient;  $N = 23$ ; podatki razdeljeni v dve skupine: (1) 20 do 39 let in (2) 40 do 59 let.

### H4: Izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo se uspešneje soočajo s smrtjo pacienta.

Tabela 12: Dosežena stopnja izobrazbe

	Frekvenca	Odstotek
V: Srednješolska	12	52,2
VI: Višješolska	3	13,0
VII/I Univerzitetna / bolonjski program 1. stopnja	8	34,8

Tabela 13: Vpliv izobrazbe na doživljanje smrti pacienta

		Izobrazba
Ali vas smrt pacienta prizadene?	<i>r</i>	-0,335
	<i>p</i>	0,059
Ali doživljate strah tik pred smrtjo umirajočega?	<i>r</i>	0,083
	<i>p</i>	0,354

Opomba: \*:  $p(1\text{-stransko}) < 0,05$ ; *r*: Pearsonov korelacijski koeficient;  $N = 23$ ; podatki razdeljeni v dve skupine: (1) srednješolska in (2) višješolska ter univerzitetna.

### H5: Pri oskrbi umirajočega pacienta sodeluje celoten interdisciplinarni tim.

Tabela 14: Pri zagotavljanju ustrezne skrbi za umirajočega sodeluje celoten inderdisciplinarni tim

	Frekvenca	Odstotek
1 Vedno	6	25,0
2 Pogosto	11	45,8
3 Občasno	5	20,8
4 Redko	2	8,3

Tabela 15: Med vsemi zaposlenimi, ki skrbijo za umirajočega pacienta, je dobra komunikacija

	Frekvenca	Odstotek
1 Vedno	7	29,2
2 Pogosto	10	41,7
3 Občasno	6	25,0
4 Redko	1	4,2

### H6: V oskrbo umirajočega pacienta se vključujejo tudi njegovi družinski člani.

Tabela 16: V pogovor glede oskrbe umirajočega pacienta vključujemo družinske člane

	Frekvenca	Odstotek
1 Vedno	4	16,7
2 Pogosto	9	37,5
3 Občasno	7	29,2
4 Redko	3	12,5
5 Nikoli	1	4,2

Tabela 17: Z družinskimi člani umirajočega pacienta lahko odkrito komuniciram

	Frekvenca	Odstotek
1 Vedno	3	12,5
2 Pogosto	12	50,0
3 Občasno	4	16,7
4 Redko	5	20,8

## H7: Zadovoljevanje potreb umirajočega pacienta je v skladu z Maslowo hierarhijo potreb.

Tabela 18: Zadovoljenost potreb pri umirajočem bolniku

	Fizične potrebe	Psihične potrebe	Duhovne potrebe	Socialne potrebe
Povprečje	1,47	2,37	2,84	3,32
Std. odklon	1,02	0,83	1,02	0,75

Opomba: v vseh štirih primerih je  $N = 23$ ; rangiranje: 1–najbolj, 4–najmanj.

## 5 Razprava

**Hipotezo 1**, da izvajalci zdravstvene nege potrebujejo dodatna znanja potrebna za oskrbo umirajočega pacienta, lahko pritrdimo, še posebej če podatke primerjamo z novozelandsko raziskavo. Nekaj več kot polovica udeležencev (54,2 %) meni, da imajo dovolj znanj, ki so potrebna za skrb umirajočega pacienta; 75 % udeležencev pa meni, da imajo premalo znanj za skrb za družino umirajočega pacienta. V podobni novozelandski raziskavi je bilo prepričanih, da imajo dovolj znanj potrebnih za skrb za umirajočega pacienta 77 % osebja; 32 % osebja pa je menilo, da imajo premalo znanj za skrb za družino umirajočega pacienta (Sheward, Clark, Marshall, & Allan, 2011, str. 625).

Delovne izkušnje oziroma delovna doba vplivata na prizadetost ob izgubi pacienta. Daljša delovna doba vpliva na manjšo prizadetost ob izgubi pacienta ( $r = -0,417$ ,  $p = 0,024$ ), medtem ko delovna doba na doživljanje strahu tik pred smrtjo pacienta ne vpliva. **Hipotezo 2** lahko zato le delno sprejmemo.

Smrt pacienta prizadene 95,8 % izvajalcev zdravstvene nege, vendar je prizadetost manjša oziroma bolj občasna, če podatke primerjamo z raziskavo Russi-Zagožnove (1998, str. 146) med zdravstvenimi delavci, ki prihajajo v stik s terminalnimi bolniki. Stisko ob doživljanju umiranja udeleženci največkrat premagujejo z razumsko predelavo (54,2 %) in manj s pogovorom (37,5 %). Udeleženci večinoma menijo, da je mogoče doživljanje umiranja in smrti nadzorovati z razumom in se o svojih čustvih med seboj manj pogovarjajo. Če podatke primerjamo s prej omenjeno raziskavo, ugotovimo, da se zdravstveni delavci vedno manj pogovarjajo o smrti in umiranju (Russi-Zagožen, 1998, str. 146).

Strah tik pred smrtjo umirajočega občuti 20,8 % udeležencev. Ugotovili smo že, da delovna doba ne vpliva na strah pred smrtjo, zato menimo, da je strah v veliki meri kulturno pogojen.

Starost ne vpliva na uspešnost soočenja s smrtjo, saj med spremenljivkami ni statistično značilne razlike, **zato hipotezo 3** ne moremo sprejeti.

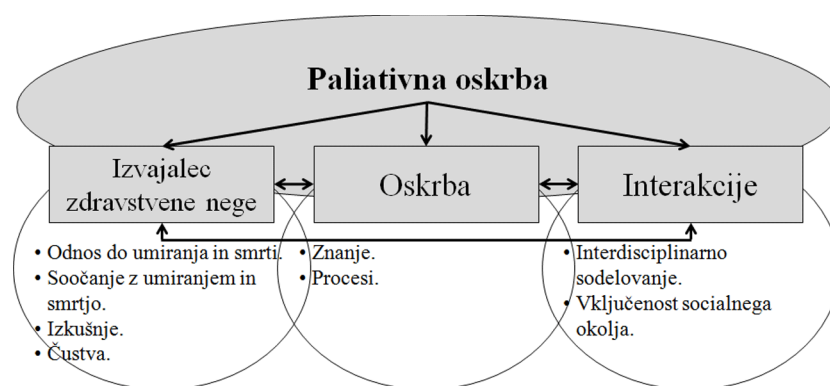
**Hipotezo 4** zavrnamo. Izobrazba ne vpliva na uspešnost soočenja s smrtjo. Izobrazba bi lahko imela nekaj vpliva na prizadetost udeleženca ob smrti pacienta, vendar razlika ni statistično značilna ( $r = -0,335$ ,  $p = 0,059$ ).



**Hipoteza 5** se nanaša na interdisciplinarno sodelovanje pri oskrbi umirajočega pacienta. 70,8 % udeležencev meni, da interdisciplinarni tim pri oskrbi umirajočega pacienta sodeluje zadovoljivo, prav tako v enakem odstotku menijo, da je med njimi ustrezna komunikacija. Rezultati raziskave iz Nove Zelandije kažejo 72 %, (Sheward, Clark, Marshall, & Allan, 2011, str. 625). Sklenemo lahko, da je glede na to primerjavo sodelovanje znotraj interdisciplinarnega tima na dovolj visoki ravni.

Vključenost družinskih članov je pri obravnavi umirajočega pacienta ključnega pomena, na kar se nanaša **hipoteza 6**. 54,2 % udeležencev meni, da v pogovor glede oskrbe umirajočega pacienta vključujejo družinske člane vedno ali pogosto; 62,5 % udeležencev večino časa lahko z družinskimi člani umirajočega pacienta odkrito komunicira. V Novi Zelandiji je vključenost družinskih članov v pogovor večja (89 %), pa tudi zaposleni so tam sposobni bolj odkritega pogovora (85 %) (Sheward, Clark, Marshall, & Allan, 2011, str. 625).

**Hipotezo 7** ne sprejmemo. Po opažanju udeležencev so najbolj zadovoljene fizične potrebe pacienta. 79 % udeležencev jih je postavilo na prvi rang. Čeprav so si bili najmanj enotni ( $\sigma = 0,75$ ), so zadovoljenost socialnih potreb pri pacientu postavili na zadnji, četrti rang. Zadovoljenost socialnih potreb umirajočega pacienta je zelo pomembna, saj so druge na pet stopenjski hierarhični lestvici Maslowe hierarhije potreb prilagojene za paliativno oskrbo (Zalenski & Raspa, 2006, str. 1121–1123). Rangiranje potreb skupaj z ostalimi podatki kaže na dejstvo, da je premajhna vključenost svojcev v proces umiranja največji problem.



Slika 2: Model paliativne oskrbe

Izvajalci zdravstvene nege se različno soočajo s smrtjo pacienta. V določeni meri je odnos do smrti tudi pri zdravstvenih delavcih kulturno pogojen. Ugodno ga determinirajo delovne izkušnje, kot kažejo tuje raziskave, pa je možno nanj pozitivno vplivati predvsem z dobro sistemsko ureditvijo paliativne oskrbe (slika 2). Vključenost pacientovega socialnega okolja v proces umiranja in dodatna znanja na tem področju sta ključna dejavnika, ki bi se jih morale zavedati tudi akutne bolnišnice. Pomanjkanje znanja na tem področju lahko vodi do konfliktov med interdisciplinarnimi timi, saj lahko imajo nepoučeni zdravstveni strokovnjaki različne poglede na oskrbo umirajočega pacienta, prav tako pa je brez znanja tudi otežena odkrita komunikacija s pacientom in svojci. Zdravstveni strokovnjaki, ki se v svojem

delovnem okolju primarno srečujejo z neozdravljivo bolnimi, imajo veliko odgovornost, da svoja znanja in izkušnje prenesejo na svoje kolege, ki se ukvarjajo z akutno dejavnostjo. Za uspešno komunikacijo so nujni tudi komunikacijski treningi soočenja s slabo novico.

## 6 Zaključek

Več kot polovica prebivalstva umre v različnih zdravstvenih ustanovah, med drugim tudi v bolnišnicah, ki so usmerjene v zdravljenje in ne v spremljanje pacientov pri neozdravljivi bolezni. Ker se prebivalstvo stara in naraščajo kronične bolezni, je pričakovati še več umirajočih pacientov v akutnih bolnišnicah. Zato bi morala vsaka zdravstvena ustanova, ki se ukvarja z bolnišnično dejavnostjo, nameniti pozornost procesu umiranja in oskrbi umirajočega pacienta.

Zdravstveni delavci v akutnih bolnišnicah potrebujejo več znanj s področja oskrbe umirajočega, posebna pozornost mora biti namenjena vključevanju družinskih članov v paliativno obravnavo. Ustrezno vodeni proces umiranja, ki dodaja življenje letom in ne leta življenju, nima ugodnih učinkov le za pacienta, temveč ugodno vpliva tudi na družinske člane in soudeležene zdravstvene delavce pri občutku dobre smrti. Neustrezni procesi in pomanjkljivo znanje vodijo do slabih, travmatičnih smrti, ki imajo na udeležence neugodne posledice.

Zdravstveni delavci bi se morali pogosteje pogovarjati o občutkih pri delu, še posebej, če se to nanaša na tako občutljive zadeve, kot je umiranje pacienta.

Problematika je gotovo težka in problematična tudi za zdravstvene delavce, ki se sicer pogosto srečujejo s smrtjo. To lahko sklepamo iz zelo majhne udeležbe pri raziskavi, pri kateri je sodelovalo le 24 udeležencev. Mogoče so v njej sodelovali samo tisti zdravstveni delavci, ki imajo na tem področju zadeve umeščene v svoj profesionalni kontekst.

Menimo, da se stiska, ki se poraja iz občutkov in čustev, ne more v celoti razumsko nadzorovati. Da ne bi prišlo do potlačenja čustev, ki bi povzročala zapoznele stresne reakcije, bi se morali zdravstveni delavci načrtno razbremenjevati čustvenega bremena; pogovor, supervizija, meditacija, ne nazadnje zdrav življenjski slog, so zagotovo koraki v tej smeri.

V smeri nadaljnjega izboljšanja procesov umiranja v akutnih bolnišnicah bi kazalo opraviti kvalitativno raziskavo s svojci, ki so v bolnišnici izgubili svoje najdražje. Odnos laikov do smrti, njihova pričakovanja in izkušnje ob travmatičnem dogajanju umiranja svojcev v bolnišnici bi moralo usmerjati prizadevanja zdravstvenih strokovnjakov za zagotavljanje optimalne paliativne oskrbe.

Bežanje pred dejstvom smrti nas oropa skrivnosti življenja, zato bomo zaključili z angleškim pregovorom (Radić, 1996, str. 377): »Kolikor več misliš na smrt, toliko boljše živiš«.

## Reference

1. Beznec, B. (2007). Tabu smrti. *Časopis za kritiko znanosti*, 35(227), 7–9.
2. Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal Of Advanced Nursing*, 54(5), 594–601.
3. Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97–104. doi: 10.1188/05.ONF.97-104
4. Gedrih, M. (2007). Zakrinkana smrt: Postopno potujevanje umiranja in posledice. *Časopis za kritiko znanosti*, 35(227), 17–24.
5. Globočnik Papuga, P. (2007). Pomen izobraževanja o komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), 33–36.
6. Kogovšek, D. (1999). Srečanja s smrtjo in umirajočimi v času šolanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(1/2), 49–53.
7. Lunder, U. (2007). Paliativna oskrba – kako opuščamo staro in sprejemamo novo. *Časopis za kritiko znanosti*, 35(227), 34–42.
8. Radić, T. (1996). *Vox populi: zlata knjiga pregovorov vsega sveta*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
9. Russi-Zagožen, I. (1998). Odnos zdravstvenih delavcev do terminalnih bolnikov in njihove oskrbe. *Obzornik zdravstvene nege*, 32(3/4), 145–148.
10. Sheward, K., Clark, J., Marshall, B., & Allan, S. (2011). Staff Perceptions of End-of-Life Care in the Acute Care Setting: A New Zealand Perspective. *Journal Of Palliative Medicine*, 14(5), 623–630. doi: 10.1089/jpm.2010.0470
11. Shorter, M., & Stayt, L. C. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(1), 159–167. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x
12. SURS. (2011). *Statistični letopis 2011*, letnik L, 15. izd. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno na <http://www.stat.si/letopis/letopisprvastran.aspx>
13. Wasserman, L. S. (2008). Respectful Death: A Model for End-of-Life Care. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 12(4), 621–626. doi:10.1188/08.CJON.621-626
14. Yu, H. U., & Chan, S. (2010). Nurses' response to death and dying in an intensive care unit – a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(7/8), 1167–1169. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03121.x
15. Zalenski, R. J., & Raspa, R. R. (2006). Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal Of Palliative Medicine*, 9(5), 1120–1127. doi: 10.1089/jpm.2006.9.1120
16. Zdravstveni statistični letopis (2001–2010), poglavje 13A – 2.2. *Število bolnišničnih obravnav – hospitalizacij (epizod, agregiranih po diagnozah) na 1000 prebivalcev po poglavjih MKB-10 in po regijah bivališča*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno na <http://www.ivz.si>
17. Zdravstveni statistični letopis (2006–2010), poglavje 2 – 17. *Umrli prebivalci po mestu smrti, starosti in zdravstveni regiji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno na <http://www.ivz.si>
18. Zgaga, A., & Pahor, M. (2004). Umiranje v očeh študentov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(4), 325–331.

## Priloga: Pregled spremenljivk

1. Imam znanja, ki so potrebna za skrb za umirajočega pacienta.	1-5	intervalna
2. Imam znanja, ki so potrebna za skrb za družino umirajočega pacienta.	1-5	intervalna
3. Pri zagotavljanju ustrezne skrbi za umirajočega pacienta sodeluje celoten interdisciplinarni tim.	1-5	intervalna
4. Med vsemi zaposlenimi, ki skrbijo za umirajočega pacienta, je dobra komunikacija.	1-5	intervalna
5. V pogovor glede oskrbe umirajočega pacienta vključujemo družinske člane.	1-5	intervalna
6. Z družinskimi člani pacienta lahko odkrito komuniciram.	1-5	intervalna
7. Ali vas smrt pacienta prizadene?	1-5	intervalna
8. Ali doživljate strah tik pred smrtjo umirajočega?	1/2	nominalna
9. Kako premagujete stisko ob doživljanju umiranja?	1/2/3/4/5	nominalna
10. Katere potrebe so po vašem opažanju največkrat zadovoljene pri umirajočem pacientu?	1-4	intervalna
11. Spol.	M/Ž	nominalna
12. Starost.	1/2/3/4/5	ordinalna
13. Dopolnjena delovna doba v letih.	1/2/3/4/5/6	ordinalna
14. Dosežena stopnja izobrazbe.	1/2/3/4	nominalna

\*\*\*

**Aleksander Mlinšek** (1974) je diplomiral na Visoki šoli za zdravstvo. Od leta 1995 je zaposlen na Kliničnem oddelku za travmatologijo Kirurške klinike v UKC Ljubljana, kjer se od leta 2008 ukvarja z razvojem in kakovostjo na oddelku.

\*\*\*

### Abstract:

#### Title: Coping of health care providers with the death of a patient

**RQ:** With an aging population, health care professionals are often faced with the death of a patient in acute hospitals. The experience of dying patients' to health care professionals and to the health care system brings many challenges that need to be faced.

**Purpose:** The present study was to determine how health care providers are faced with the death of a patient, what is the care needed for the dying patient and how to participate in interdisciplinary team care of among themselves and family members of dying patients.

**Method:** We conducted a small-scale quantitative survey of nursing care in a Slovenian acute hospital. To analyze the results, we used frequency statistics and Pearson's correlation coefficient.

**Results:** Health care providers need additional skills needed to care for a dying patient as well as to the family of the dying patient. They try to control distress of the dying experience reasonably and less with conversation. The effect on the loss of a patient affects work experience, but we did not notice any other effects. The involvement of an interdisciplinary team in the care of the dying patient is satisfactory; family members are under-involved in the care.

**Organization:** Health organizations that are more focused on acute treatment have to become aware of palliative care that needs to be included in nursing care as an integral process of care for the terminally ill. Health care staff need to communicate more with one another and go through additional training.

**Society:** Attitudes to death in a broader cultural environment also affects the attitude of health workers towards death. Involvement of the social environment, especially family members, is very important.

**Originality:** The survey was conducted on the basis of comparing two surveys.

**Limitations:** The survey was conducted on a small sample size.

**Keywords:** health care, death and dying, coping with death, palliative care, impact of death on health care staff, interdisciplinary relationships between teams and family members.