

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

**Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a realizace NIC
intervence Duchovní podpora**

Disertační práce

Školitel: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Olomouc 2013

ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE

Název práce: Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a realizace NIC
intervence Duchovní podpora

Název práce v AJ: Nursing diagnosis Death Anxiety and the realisation of NIC
intervention Spiritual Support

Datum zadání: 2010-12-14

Datum odevzdání: 2013-10-30

Vysoká škola, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Helena Kisvetrová, PhDr., Mgr.

Školitel: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Oponenti: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.

Rozsah práce: 151 s., 4 přílohy

Abstrakt v ČJ:

Cílem disertační práce bylo zjistit, jak identifikují a řeší české všeobecné sestry s různou profesionální zkušeností ošetrovatelský problém úzkosti ze smrti. Dílčí cíle výzkumu byly zaměřeny na diagnostické prvky vedoucí k potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti, realizované aktivity NIC intervence Duchovní podpora a názor respondentů na problémy a implementovatelnost těchto aktivit v současné české ošetrovatelské praxi. Byly použity metody focus group a strukturovaný dotazník s Likertovými škálami. Soubor respondentů tvořilo 468 sester z hospiců, onkologií, geriatrií, léčen pro dlouhodobě nemocné, domovů pro seniory a agentur domácí péče. Výsledky ukázaly, že české sestry s různou profesionální zkušeností vnímají diagnostické prvky *Uvádí hluboký smutek* a *Diskuze na téma smrti* jako nejčastější signály potvrzující diagnostický závěr Úzkost ze smrti. Z NIC intervence Duchovní podpora realizují nejčastěji aktivitu *Jednat s pacientem důstojně a s respektem*, kterou

také považují za nejdůležitější. U realizace aktivit religiózní dimenze byla závislost na typu pracoviště a náboženském přesvědčení sestry. Názor na reálnost implementace aktivity *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* „vždy“ při péči o pacienta s úzkostí ze smrti v současné české praxi souvisel s typem pracoviště sestry. Problémy limitující realizaci aktivit duchovní podpory zahrnovaly oblasti *kompetence, víra, soukromí, čas a organizace práce*. Disertační práce ukázala, že české sestry vnímají duchovní podporu spíše v existenciální dimenzi a ošetrovatelské aktivity spojují s především s důstojností a respektem. Výzkum otvírá dialog o možnostech využívání NIC intervence Duchovní podpora ve společnosti se sekulární kulturou.

Abstrakt v AJ:

The aim of the dissertation was to find out how Czech nurses identify the nursing diagnosis Death anxiety and deal with it according to their professional experience. Sub-aims of the research were focused on diagnostic elements leading to the confirmation of a diagnostic conclusion Death anxiety, performed activities of the NIC intervention Spiritual support and the opinions of respondees on the feasibility of implementing these activities into contemporary Czech nursing practice. Methods included focus group and a structured questionnaire with Likert scales. The batch comprised of 468 nurses from hospices, oncology departments, geriatrics, long-term care facilities and home care agencies. The results show that Czech nurses with different professional experience see the diagnostic elements *Reports deep sadness* and *Discussions on the topic of death* as the most frequent signals for the confirmation of the diagnostic conclusion Death anxiety. From the inventory of activities in NIC intervention Spiritual support, the most frequently used is *Treat individual with dignity and respect*, which they consider the most important. A relation between the workplace and the nurse's religious belief was apparent when performing activities of religious dimension. The opinion "always" on the feasibility of implementing the activity *Treat individual with dignity and respect* when caring for a patient with Death anxiety also depends on the nurse's workplace. Problems which limit the nurses in carrying out the activities included *competence, faith, privacy, time and work management*. The dissertation show how Czech nurses approach spiritual support in the existential dimension and the activities are mostly connected with dignity and respect. The

research opens rooms for a dialogue on the use of NIC intervention Spiritual support in a society with secular culture.

Klíčová slova v ČJ:

úzkost ze smrti, ošetrovatelská diagnóza, duchovní podpora, důstojnost, ošetrovatelská intervence, pacienti, profesionální zkušenost, sestry

Klíčová slova v AJ:

death anxiety, nursing diagnosis, spiritual support, dignity, nursing intervention, patients, professional experience, nurses

Prohlášení

Disertační práce je duševním vlastnictvím PhDr. Mgr. Heleny Kisvetrové a podléhá právní ochraně podle § 2 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně pod vedením školitelky doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., a všechny literární i odborné zdroje, které jsem použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci, 21. října 2013

.....

podpis

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení dizertační práce a cenné rady. Děkuji rovněž PhDr. Jaroslavě Králové za odborné konzultace a poskytování cenných rad a námětů. Dále děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D. za odborné konzultace v oblasti statistiky.

Velký dík patří všem zúčastněným sestrám, které se zapojily do výzkumného šetření.

Prohlášení o dedikaci k projektu

Disertační práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2012. Je dedikována projektu FZV_2012_003 *Využití NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora u pacientů s ošetrovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti (00147) v České republice.*

Řešitelka projektu PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová (akademický pracovník Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci) vytvořila design výzkumu, výzkumný nástroj a realizovala předvýzkum, vlastní výzkumné šetření, přípravu podkladů pro statistické zpracování, analýzu i interpretaci výsledků. Spoluřešitelka projektu Mgr. Růžena Zaoralová (studentka doktorského studijního programu Ošetrovatelství) se spolupodílela na přípravě podkladů pro zpracování dat a zajištění jazykových překladů.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu tvůrčího podílu PhDr. Mgr. Heleny Kisvetrové dokládá schválená Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci. (2013)

V Olomouci, 21. října 2013

.....

PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

řešitelka projektu FZV_2013_003

.....

Mgr. Růžena Zaoralová

spoluřešitelka projektu

PŘEDMLUVA

Smrt je nevyhnutelná součást lidské existence. Ovlivňuje myšlení člověka bez ohledu na skutečnost, zda ji přijímá nebo vytěšňuje. Významnou formu existenciální pochybnosti pacientů v pokročilých a terminálních fázích nemocí představuje úzkost ze smrti. Zahrnuje příznaky jako strach z procesu umírání, zděšení z fyzických změn, bránění se nejistotě a duchovní beznaděj z toho, co má přijít (Kissane, 2012, s. 1502). Je to ošetřovatelský problém, se kterým se ošetřovatelské profesionálové setkávají v rámci své klinické praxe napříč spektrem zdravotnických i sociálních pracovišť.

Představa umírání a smrti vyvolává v současné technologicky vyspělé a sekularizované společnosti často větší obavy než v minulosti. S rozvojem paliativní a hospicové péče v posledních dvaceti letech dochází i v české společnosti k postupné detabuizaci umírání a smrti, a s tím souvisí zvyšující se zájem ošetřovatelských profesionálů o intervence, které zmírňují emoční i existenciální utrpení a pomáhají pacientovi přijmout realitu blížícího se konce života. Pacient trpící úzkostí ze smrti potřebuje empatickou holistickou péči, při které jsou ošetřovatelské intervence zaměřené nejen na fyzickou, ale i psychologickou, sociální a duchovní dimenzi lidské bytosti. Ošetřovatelské aktivity duchovní podpory poskytují pacientovi v závěru života, bez ohledu na jeho náboženské přesvědčení, ochranu proti negativním emocím a jsou prevencí sociální i duchovní izolace.

Rozpoznání diagnostických prvků vedoucích k potvrzení ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti a volba vhodných intervencí pomáhá snížit obavy pacientů a podporuje je, aby dokázali o svých negativních emocích mluvit. Splnění tohoto úkolu předpokládá, že sestry znají mezinárodní ošetřovatelské klasifikační systémy a využívají v plánech péče o pacienty v závěru života standardizovaný ošetřovatelský jazyk (Roeklein, 2012, s. 183).

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	14
ÚVOD.....	15
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	16
1.1 Úzkost ze smrti	18
1.1.1 Definování úzkosti ze smrti	19
1.1.2 Typy úzkosti ze smrti.....	20
1.1.3 Faktory ovlivňující úzkost ze smrti.....	22
1.2 Úzkost ze smrti v ošetřovatelské klasifikaci NANDA International	32
1.2.1 Využití diagnózy Úzkost ze smrti v ošetřovatelské praxi.....	37
1.3 Úzkost ze smrti a ošetřovatelská klasifikace NIC.....	39
1.3.1 NIC intervence Duchovní podpora	40
1.3.2 Aktivity NIC intervence Duchovní podpora.....	43
1.4 Profesionální zkušenost sestry	46
1.5 Souhrn.....	48
2 METODIKA (DESIGN).....	50
2.1 Cíle a hypotézy	50
2.2 Měřicí nástroj.....	55
2.3 Soubor respondentů	56
2.4 Sběr dat	57
2.5 Metody statistického zpracování.....	58
3 VÝSLEDKY	60
3.1 Pilotní studie	60

3.2	Demografické charakteristiky souboru respondentů	62
3.3	Výsledky k cíli 1	65
3.3.1	Shrnutí statistických výsledků k cíli 1	70
3.3.2	Ověření hypotéz k cíli 1	71
3.4	Výsledky k cíli 2	72
3.4.1	Shrnutí statistických výsledků k cíli 2	85
3.4.2	Ověření hypotéz k cíli 2	86
3.5	Výsledky k cíli 3	87
3.5.1	Shrnutí statistických výsledků k cíli 3	99
3.5.2	Ověření hypotéz k cíli č. 3	100
3.6	Problémy spojené s realizací ošetřovatelských aktivit duchovní podpory	101
4	DISKUZE	103
5	ZÁVĚR	118
6	LITERATURA	121
	SEZNAM PŘÍLOH.....	138

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obr. 1 Rešeršní strategie	17
Obr. 2 Diagram operacionalizace pojmu „Profesionální zkušenost“	52
Obr. 3 Typ pracoviště	62
Obr. 4 Srovnání věku a délky praxe respondentů	64
Obr. 5 Zkušenost s pacientem trpícím úzkostí ze smrti	65
Obr. 6 Výskyt diagnostických prvků oš. diagnózy Úzkost ze smrti	67
Obr. 7 Zastoupení diagnostických prvků podle pracovišť	68

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 NANDA-Int. - ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti	36
Tab. 2 Nově zařazené aktivity NIC intervence Duchovní podpora	41
Tab. 3 Aktivity NIC intervence Duchovní podpora.....	42
Tab. 4 Focus group - shrnutí	61
Tab. 5 Věk respondentů	63
Tab. 6 Délka odborné praxe.....	63
Tab. 7 Demografické charakteristiky.....	64
Tab. 8 Kontingenční tabulka Využívání oš dg Úzkost ze smrti (00147).....	66
Tab. 9 Závislost výskytu diagnostického prvku	69
Tab. 10 Závislost mezi typem pracoviště a diagnostickým prvkem.....	70
Tab. 11 Zkušenost s pacienty trpícími úzkostí ze smrti a určený dg. znak.....	70
Tab. 12 Využívání ošetrovatelských aktivit.....	73
Tab. 13 Využívání aktivit v závislosti na typu pracoviště a víře	75
Tab. 14 Odpovědi respondentů v závislosti na typu pracoviště.....	76
Tab. 15 Odpovědi respondentů v závislosti na typu pracoviště – pokračování I	76
Tab. 16 Odpovědi respondentů v závislosti na typu pracoviště – pokračování II	77
Tab. 17 Aktivity využívané vždy/často respondenty z hospiců.....	81
Tab. 18 Využívání aktivity v souvislosti s náboženským přesvědčením.....	82
Tab. 19 Preferované aktivity NIC intervence Duchovní podpora	84
Tab. 20 Implementovatelnost aktivit intervence Duchovní podpora	88
Tab. 21 Implementovatelnost aktivity v závislosti na pracovišti, víře a praxi	90
Tab. 22 Implementovatelnost aktivity v závislosti na typu pracoviště.....	91
Tab. 23 Implementovatelnost aktivity v závislosti na typu pracoviště - pokračování I	91

Tab. 24 Implementovatelnost aktivity v závislosti na typu pracoviště – pokračování II	92
Tab. 25 Možnost implementovatelnosti v závislosti na délce praxe	96
Tab. 26 Medián délky praxe u vybraných aktivit	96
Tab. 27 Možnost implementovatelnosti aktivity v závislosti na náboženském přesvědčení	98
Tab. 28 Kategorie okolnosti, které ovlivňují realizaci aktivit duchovní podpory	102

SEZNAM ZKRATEK

ADP	agentura domácí péče
AJ	anglický jazyk
ČJ	český jazyk
ČR	Česká republika
DpS	domov pro seniory
DRC	Diagnosis Review Committee
EBMT-NG	European Blood and Marrow Transplantation Nurses Group
EDA	Existential Death Anxiety
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MFOD	Multidimensional Fear of Death
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
resp.	respektive
SZŠ	střední zdravotnická škola
TDA	Tangible Death Anxiety
TMT	Terror Management Theory
vs.	versus

ÚVOD

Smrt je nevyhnutelný závěr života každého jedince a úzkost ze smrti hraje důležitou úlohu ve vnitřním prožívání člověka. Při poskytování ošetrovatelské péče jsou sestry konfrontovány se situacemi, kdy pacient prožívá existenciální a spirituální tíseň. Sestry by měly mít potřebné kompetence a senzitivitu pro řešení těchto závažných problémů (Hussey, 2009, s. 77). Základní povědomí o filozofických a kulturních rozdílnostech v hierarchii hodnot a názorů jedinců pak snižuje riziko, že se zdravotničtí profesionálové a pacienti budou setkávat v současné společnosti charakterizované sekulární kulturou jako „morální cizinci“ (Buetow, 2009, s. 112). Multioborový náhled na fenomén úzkosti ze smrti může sestrám pomoci zlepšit jejich vnímavost pro tento ošetrovatelský problém při komunikaci s pacientem (Tang et al., 2011, s. 291).

Důvodem realizace výzkumu v oblasti úzkosti ze smrti je skutečnost, že dosud absentují výzkumy poskytující validní údaje zejména ve vztahu k úzkosti ze smrti jako ošetrovatelskému problému a možnostem jeho řešení. Výsledky výzkumu mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty s život ohrožujícími nemocemi a v terminální fázi života.

Hlavním cílem disertační práce je zjistit, jak identifikují a řeší české všeobecné sestry s různou profesionální zkušeností ošetrovatelský problém úzkosti ze smrti dospělého pacienta. Dílčí cíle výzkumu jsou zaměřeny na diagnostické prvky, které vedou české sestry k potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti. Dále specifikují ošetrovatelské aktivity NIC intervence Duchovní podpora realizované u pacienta s úzkostí ze smrti a zjišťují názor sester na implementovatelnost těchto aktivit v současné ošetrovatelské praxi v České republice.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Teoretický a empirický základ konceptu úzkosti ze smrti nebyl dosud ošetrovatelskou vědou systematicky zkoumán, což dokládá deficit literatury zabývající se úzkostí ze smrti jako významnou proměnnou empirických ošetrovatelských šetření (Lentho, Stein, 2009, s. 24).

Rešeršní strategie

Pro tento výzkum byly využity jako hlavní zdroj informací studie publikované v zahraničních impaktovaných a vědeckých periodících. Této fázi předcházelo studium základní literatury v anglickém jazyku vztahující se k následujícím oblastem:

- **úzkost ze smrti**

KASTENBAUM, R. 2012. *Death, Society, and Human Experience*. 11th ed. Upper Saddle River: Pearson Education Inc, 2012. ISBN 0-205-00108-4.

KASTENBAUM, R. 2006. *The Psychology of Death*. 3rd ed. New York: Springer Publishing, 2006. ISBN 0-8261-0263-8.

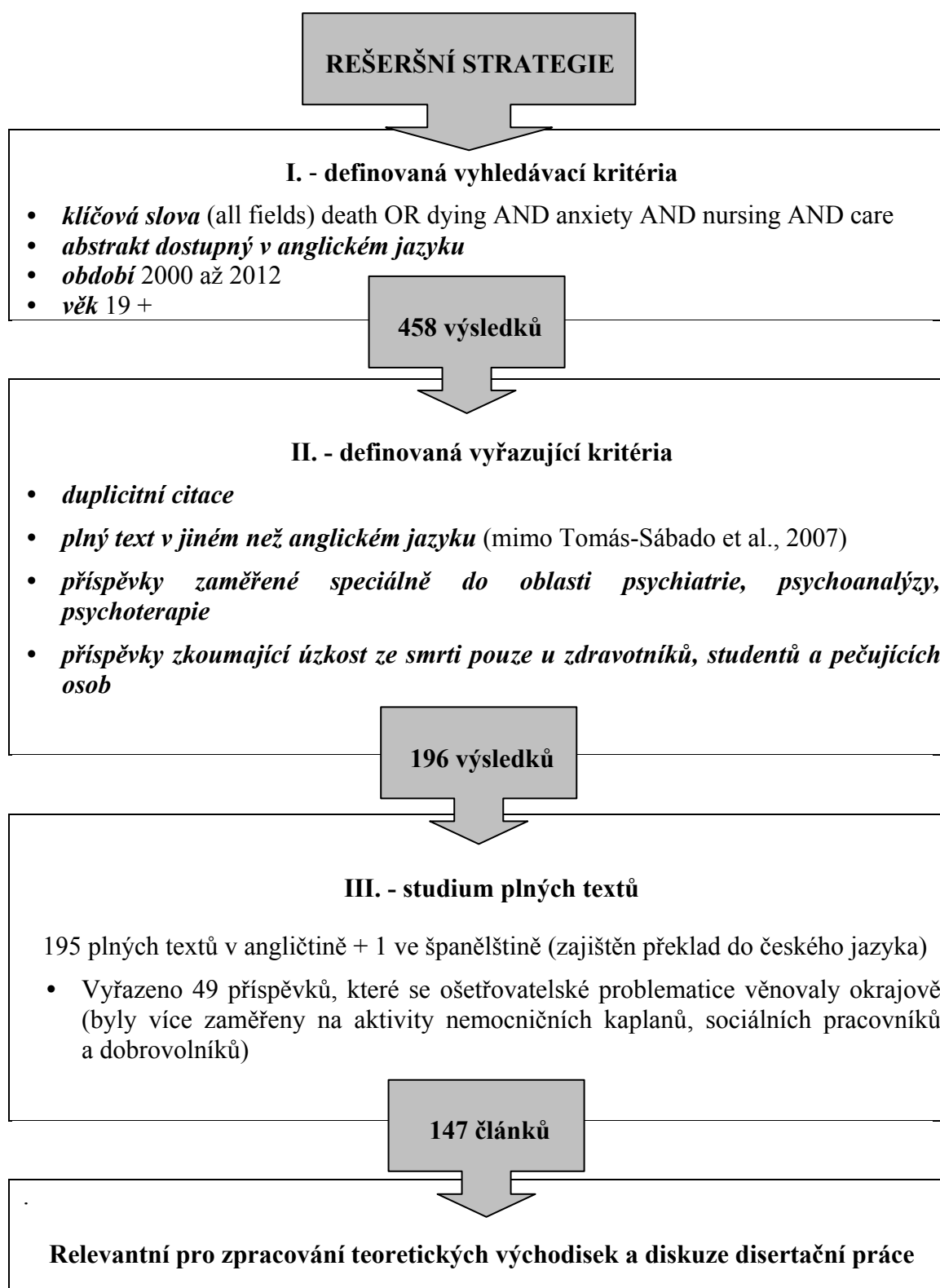
- **mezinárodní klasifikační systémy NANDA Internacional a NIC**

HERDMAN, T.H. (Ed.). 2012. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012—2014*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. ISBN 978-0-4706-5482-8.

BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K., DOCHTERMAN, J. M. , WAGNER, CH. (Ed.). 2012. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Luis: Elsevier, 2012. ISBN 978-0-323-10011-3.

Literární rešerše byla provedena v elektronických zdrojích MEDLINE/Pubmed, Scholar Google a Wordcat. Vlastní realizace jednotlivých fází rešerše v přehledu prezentuje obr. 1.

Obr. 1 Rešeršní strategie



České a slovenské články vztahující se k úzkosti ze smrti byly získány rešerší v Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ) a Bibliographia Medica Slovaca. Klíčová

slova: úzkost, smrt, ošetřovatelství v českém a slovenském jazyku. Vyhledávací období a další kritéria se shodovala se zadáním pro zahraniční zdroje.

1.1 Úzkost ze smrti

Člověk je jedinečný tím, že žije s vědomím reality své vlastní konečnosti. Úzkost ze smrti je výraz obecně používaný pro vnímání obavy způsobené uvědoměním si smrti. Akceptace smrti a úzkost vyvolaná náhledem na její nevyhnutelnost je stálým psychologickým dilematem lidstva. Jednotlivé filozofické i psychologické směry nabízí různá vymezení a definování fenoménu úzkosti ze smrti (Lentho, Stein, 2009, s. 23). V současné době ale neexistuje shoda o tom, jak úzkost ze smrti přesně definovat (Nyatunga, 2006, s. 410).

V sociohistorickém kontextu byla úzkost ze smrti ve starověkých kulturách spojována se strachem z mrtvých (Hérodotos, 1972, s. 73). V 19. století se objevuje nový fenomén – strach z pohřbení zaživa. Edgar Allan Poe (1809–1849) tento fenomén popisuje v povídce Předčasný pohřeb. Hlavní hrdina prožívá trvalý strach z pohřbení za živa, protože trpí stavy katalepsie. Nejedná se o určitý strach, ale o úzkostné a mučivé představy – o skutečnou úzkost ze smrti, kterou hrdina nechce přijmout (Poe, 1978, s. 133–135). V současné době je úzkost ze smrti naopak často spojená se strachem z přežívání v tzv. vegetativním stavu. Člověk touží po rychlé a bezbolestné smrti, aby se vyhnul útrapám dlouhého bolestného umírání a osamělosti. Ariés (2000, s. 382) mluví v této souvislosti o „zakázané smrti“. V moderní konzumní a technologicky vyspělé společnosti tak vzbuzuje umírání a smrt často větší úzkost než v minulosti.

Úzkost ze smrti s sebou přináší v různé míře vědomé i podvědomé prvky strachu, které se odlišně podílejí na aktuální zkušenosti jedince (Penson et al., 2005, s. 165; Le Doux, 2008, s. 151–179). Mohou zahrnovat strach ze zániku, vlastní okamžik smrti, proces umírání, fyzické utrpení, osamělost, ztrátu kontroly a konfrontaci s neznámem (Penson et al., 2005, s. 165). Yalom uvádí, že strach ze smrti vytváří primární zdroj úzkosti, který je přítomný již v raném dětství. Ovlivňuje vývoj charakterové struktury

jedince a po celý život nepřestává vyvolávat úzkost, což se projevuje manifestními obavami a stavbou psychologických obran (Yalom, 2006, s. 95).

1.1.1 Definování úzkosti ze smrti

Termíny „úzkost ze smrti“ a „strach ze smrti“ jsou často používány synonymně. Jaspers v tomto kontextu mluvil o uvědomění si „křehkosti bytí“, Kierkegaard o děsu „z nebytí“ a Heidegger o „nemožnosti dalších možností“. Uvedené pojmy zahrnují rozdílnost v prožívání strachu ze smrti (Yalom, 2006, s. 52–53). Choron na základě studia názorů na smrt v jednotlivých filozofických směrech, rozlišil tři druhy strachu ze smrti. První definuje jako strach z toho, co přijde po smrti, a druhý strach vztahuje k události umírání. Tyto dva strachy jsou vyvolány obavami, které souvisejí se smrtí. Třetí druh strachu se týká strachu z „ukončení bytí“ a zničení existence člověka (Choron, 1964, s. 44).

Obecná úzkost i úzkost ze smrti mají společný psychologický základ. Jsou to jak negativní lidské emoce, charakterizované vnitřními pocity, obavami, strachem a úzkostí, tak nejistota doprovázená napětím nebo neklidem z očekávání budoucího nebezpečí a směřování k vlastní smrti (Abdel-Khalek, 2005, s. 256). Kierkegaard jako první jasně odlišil strach a úzkost (děs). Strach vnímal jako strach z „něčeho“ a úzkost jako strach z „ničeho“. Člověk má úzkost z toho, že ztratí sám sebe a stane se „nicotou“ (Kierkegaard, 1957, s. 55). Janet Belsky popisuje úzkost ze smrti jako myšlenky, strachy a emoce o poslední události živých, které prožíváme za normálních podmínek života (Belsky, 1999, s. 368). Kastenbaum připomíná, že úzkost je více globální stav obav, v němž nebezpečí může přijít v jakékoliv podobě, z libovolného zdroje a v kteroukoliv dobu (Kastenbaum, 2006, s. 101). Také Momeyer rozlišuje mezi pojmy úzkost a strach ze smrti. Úzkost ze smrti považuje za děs z naprostého zničení, zatímco strach ze smrti vnímá jako konkrétnější přesvědčení, že smrt je děsivá (Momeyer, 1988, s. 79). Rovněž Cicirelli rozlišuje tyto dva koncepty a dokazuje, že úzkost (děs) ze zničení je šířeji propojená s psychickým a spirituálním povědomím ztráty existence, zatímco strach ze smrti se vztahuje k tělesnému povědomí ztráty existence (Cicirelli, 2006, s. 76–81).

Lehto a Stein mluví v této souvislosti o úzkosti ze smrti jako o multidimensionálním konceptu, který souvisí se strachem i úzkostí, a vztahuje se k očekávání představ o realitě umírání a smrti. Představy obsahují emocionální, poznávací a motivační komponenty, které se liší vývojovým stádiem a událostmi socio-kulturního života. Za předpokladu komplexní podstaty neustálého zvládnání povědomí o smrti, se ukazuje, že úzkost ze smrti zahrnuje jak strach, tak úzkostné emocionální komponenty (Lehto, Stein, 2009, s. 31–32).

Carpenito–Moyet (2008, s. 39) v Handbook of nursing diagnosis definuje úzkost ze smrti jako: „*stav individuální zkušenosti předtuchy, znepokojení nebo strachu souvisejícího se smrtí a umíráním*“. Mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz *NANDA International 2012–2014* uvádí pro ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti definici: „*Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečného nebo imaginárního ohrožení něčí existence*“ (Herdman, 2013, s. 373). Komplexní teoretická definice úzkosti ze smrti, která integruje odlišné teoretické přístupy, není ale v ošetřovatelské literatuře popsána. Přitom jde o závažné téma pro ošetřovatelský výzkum i praxi v širokém spektru institucí, které poskytují ošetřovatelskou péči komunitní, dlouhodobou i paliativní jedincům s život ohrožující nemocí a v závěru života (Lentho, Stein, 2009, s. 24).

1.1.2 Typy úzkosti ze smrti

I když by se pojem „úzkost ze smrti“ mohl zdát zcela jasný s nepřímo vyjádřenou domněnkou, že se jedná o unidimensionální koncept, Cicirelli ve svém výzkumu (Cicirelli, 2002, s. 358–361) potvrdil, že úzkost ze smrti je ve skutečnosti multidimensionální. Definoval dvě komponenty úzkosti ze smrti, které označil jako **známá úzkost ze smrti** a **neznámá úzkost ze smrti**.

- **Známá úzkost ze smrti**

Známá úzkost ze smrti zahrnuje strach, který se nezabývá zničením, ale například „osudem lidského těla“ a „známými aspekty smrti a umírání“ (Cicirelli, 2002, s. 361).

- **Neznámá úzkost ze smrti**

Neznámá úzkost ze smrti je popisována jako „strach ze zničení“, podstata strachu v Terror Management Theory (TMT). Ve škále Multidimensional Fear of Death – MFOD (multidimenzionální škála strachu ze smrti) ji představuje podstupnice „strach z neznáma“.

V souvislosti s vymezením těchto dvou typů úzkosti ze smrti se setkáváme s pojmy *konkrétní úzkost ze smrti* a *existenciální úzkost ze smrti*.

- **Konkrétní úzkost ze smrti**

Známa úzkost ze smrti je v tomto kontextu považována za konkrétní úzkost ze smrti (Tangible Death Anxiety – TDA). Je to úzkost ze smrti pramenící z obav, co se děje s tělem, když jedinec umírá nebo po jeho smrti (Cicirelli, 2002, s. 358–366).

- **Existenciální úzkost ze smrti**

Existenciální úzkost ze smrti (Existential Death Anxiety – EDA) je považována za neznámou úzkost ze smrti. Tento typ úzkosti ze smrti se zabývá obecně otázkami co se stane po tom, co jedinec zemře.

Rozdíly mezi existenciální úzkostí ze smrti (EDA) a konkrétní úzkostí ze smrti (TDA) odráží to, co Dechesne, Pyszczynski, Arndt et al. (2003, s. 722–737) popisují jako *symbolickou* a *prapůvodní nesmrtnost*.

- **Symbolická nesmrtnost**

Symbolická nesmrtnost je přesvědčení, že jedinec je součástí větší skupiny nebo ideálu, což mu umožní pokračovat ve své existenci i po skončení tělesného pozemského života. Takto chápaná symbolická nesmrtnost může teoreticky zabránit existenciální úzkosti ze smrti (EDA). Symbolické nesmrtnosti může být dosaženo například významným přínosem pro svět nebo historicky významným úspěchem (Benton, Christopher, Walter, 2007, s. 348).

- **Prapůvodní nesmrtnost**

Prapůvodní nesmrtnost je „pokračování života po tělesné smrti“, například v podobě ráje, reinkarnace nebo nějaké jiné formy posmrtného života (Dechesne et al., 2003, s. 724). Takto vyjádřená prapůvodní nesmrtnost může teoreticky zabránit konkrétní úzkosti ze smrti (TDA). Prapůvodní nesmrtnosti lze dosáhnout náboženským

přesvědčením, které zahrnuje víru v posmrtný život (Benton, Christopher, Walter, 2007, s. 348).

1.1.3 Faktory ovlivňující úzkost ze smrti

Každý člověk řeší existenciální otázky svého života. Úzkost ze smrti je většinou zintenzivněná při konfrontaci se smrtí blízkých nebo při ohrožení našeho vlastního života, což vede k uvědomění si reality konečnosti lidské existence. V průběhu dvacátého století prošel vztah společnosti ke smrti radikální změnou. Moderní západní konzumní kultura tabuizuje smrt, což podporuje úzkost ze smrti. Umírání se přesouvá z domácího prostředí do zdravotnických a sociálních institucí (Gomes, Higginson, 2008, s. 39). Důsledkem je, že se lidé méně často setkávají ve svém vlastním sociálním prostředí s umíráním a se smrtí. Smrt je pro ně neznámá a vyvolává úzkost ze smrti, která je spojována i se strachem z nezvládnutí bolesti v domácím prostředí. Dalším fenoménem současné sekulární společnosti je oslabení vlivu náboženství, jeho rituálů a hodnot, které dosud nebyly nahrazeny jinými filozofickými alternativami (Adelbratt, Strang, 2000, s. 501–502).

Zkušenost s úzkostí ze smrti a její prožívání je ovlivňováno řadou faktorů, a to jak negativně tak pozitivně (Pierce et al., 2007, s. 143). Jednotlivé faktory se mohou překrývat nebo být ve vzájemné interakci. Patří mezi ně především život ohrožující nemoc, spiritualita, životní zkušenost, kulturní normy, sociální opora, prostředí, věk a genderový vliv. Studie v různých kulturních prostředích ukázaly, že muži, senioři a lidé s vysokou religiozitou vykazují nižší úroveň úzkosti ze smrti (Beshai, 2008, s. 311).

Znalost a pochopení těchto faktorů umožňuje ošetrovatelským profesionálům lépe vnímat úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém, nalézt při posouzení pacienta konkrétní diagnostické prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti a volit v rámci svých kompetencí optimální intervence.

1.1.3.1 Život ohrožující nemoc

Potvrzení závažné diagnózy vyvolává mnoho emocí a přináší existenciální pochybnosti jako nevyhnutelný důsledek progredující nemoci. K hlavním formám existenciálního utrpení patří úzkost ze smrti (Kissane, 2012, s. 1501). Pacienti žijící v trvalém pocitu ohrožení způsobeném progredující nemocí se sice pokoušejí vyhnout myšlenkám na smrt ve svém denním životě, ale symptomy spojené s rozvojem nevléčitelného onemocnění u nich vyvolávají úzkost ze smrti. Problém může být snadno přehlédnutý, protože úzkost ze smrti není vždy vyjádřena přímo (Adelbratt, Trang, 2000, s. 499, 504). S realitou terminální diagnózy souvisejí i obavy pacienta, že milované bytosti budou muset přihlížet procesu umírání a že je pravděpodobně brzy opustí.

Úzkost ze smrti je jedním ze závažných problémů, kterým čelí onkologičtí pacienti. Nelze ji považovat jen za přirozený důsledek potvrzení onkologické diagnózy. Je spojena i s obavou nezvládnutí psychického a fyzického utrpení, jakým je nejistota, co se stane po smrti, nebo umírání v bolestech (Gonen et al., 2012, s. 347). Také stupeň strachu z relapsu onkologického procesu je signifikantním prediktorem úzkosti ze smrti, protože pacient vnímá relaps nemoci jako signál blížící se smrti (Tang et al., 2011, s. 290–291; Ziner et al., 2012, s. 291). Pochopení těchto faktů umožňuje sestře lépe posoudit potřeby pacientů i jejich rodin (Khatri, Gullick, Wildbore, 2012, s. 156). Pacienti se zhoubným nádorem mozku čelí i další hrozbě, která vyvolává úzkost ze smrti. Je to strach z mentální deteriorizace jejich osobnosti způsobené nádorem v závěru života (Adelbratt, Trang, 2000, s. 505). Terminální pacienti s realistickou akceptací nevyhnutelnosti smrti, která je spojená se spiritualitou a pevným přesvědčením o existenci posmrtného života, mohou naopak prožívat relativně nízkou úzkost ze smrti (McClain-Jacobson et al., 2004, s. 485).

Na rozdíl od onkologických nemocí je trajektorie neonkologických chorob obtížněji předvídatelná. Jedná se často o choroby s vysokým procentem mortality, jako například chronické srdeční selhání, kde je úmrtnost do pěti let až 75 %, a je zde i vysoké riziko výskytu náhlého úmrtí. Nejistá prognóza a s tím související nedostatečná komunikace zdravotníků o možných problémech v závěru života pak zvyšují úzkost ze smrti pacientů (Selman et al., 2007, s. 966). Skleróza multiplex patří rovněž k chronickým nemocím, které jsou spojovány s vyšší hladinou úzkosti ze smrti.

Ovlivňuje to velká variabilita příznaků, postupná invalidizace, neexistence účinné léčby a nejistá prognóza. U pacientů se projevuje zvýšená prevalence klinicky relevantní úzkosti a deprese (Vindišová, 2012, s. 206). Ve výzkumných studiích byla ale výskytu úzkosti u pacientů se sklerózou multiplex zatím věnována jen minimální pozornost (Brown et al., 2009, s. 42). Pacienti s amyotrofickou laterální sklerózou prožívají úzkost ze smrti, která pramení více ze strachu jakým způsobem zemřou než ze samotné smrti. Úzkost u nich vyvolává zejména představa, že se mohou udusit (Ozanne, Graneheim, Strang, 2013, s. 2144). Také epilepsie je spojována se zvýšenou úzkostí ze smrti v souvislosti se strachem nemocného, že může během záchvatu a bezvědomí zemřít. Vyšší hladina úzkosti ze smrti byla prokázána u pacientů s krátkou dobou trvání nemoci, kteří se dosud neadaptovali na život s epilepsií, a u pacientů s generalizovanou epilepsií (Otoom, Al-Jishi, Montgomery, 2007, s. 144–145).

Vyšší úroveň úzkosti ze smrti vykazují také pacienti s nemocemi, které jsou ve společnosti spojené s určitou stigmatizací, jako je např. pozitivita HIV a AIDS. Tato skupina pacientů je v tomto kontextu velmi vulnerabilní (Neimeyer, 2004, s. 10). Nemocní se mohou obávat, že jejich přání a preference nebudou brány v úvahu. Skryté sociální problémy tak mohou vyvolávat úzkost spojenou nejen se strachem z fyzické smrti, ale i z opuštěnosti a sociální smrti (Sherman, Norman, Beyer Mc Sherry, 2010, s. 107). Horší dostupnost lékařské péče pro nemocné HIV/AIDS v zemích s nižší ekonomickou úrovní rovněž ovlivňuje jejich úzkost ze smrti. Dalším prokázaným faktorem je religiozita, zejména ve vztahu k názorům na homosexualitu v některých náboženstvích (Miller, Lee, Henderson, 2012, s. 658).

1.1.3.2 Prostředí

Prostředí je rovněž řazeno mezi faktory, které se podílí na ovlivnění úzkosti ze smrti. Vědomá manifestace úzkosti ze smrti se může měnit v závislosti na typu a trvání traumatizujícího prostředí v interakci s dalšími faktory, které souvisí se smrtí (Lentho, Stein, 2009, s. 32).

Edvardsson popsal výrazy, které onkologičtí pacienti spojují s prostředím onkologického pracoviště. Pacienti je vnímají jako *negativní symboly vyjadřující zprávu o smrti*, umírání, nebezpečí, necitelnosti života a smrti, ale také jako symboly

vyjadřující starostlivost, pečování a šanci jak uniknout rakovině. Potvrzuje to skutečnost, že zdravotnická instituce může být onkologickým pacientem vnímána jako neznámé, odcizené prostředí, podporující pocity stresu, úzkosti a zranitelnosti, které spíše způsobuje než zmírňuje úzkost ze smrti (Edvardsson, Sandman, Rasmussen, 2006, s. 188–189).

Čekání pacientů na péči v prostředí ambulantních zdravotnických pracovišť představuje *nejistotu a bezmocnost*, která souvisí s fyzickou vyčerpaností a únavou. Schopnost pacientů odvést pozornost od „času“ a „čekání“ je narušená. Pokud mají možnost rozptýlení, jsou pacienti schopni se lépe přizpůsobit realitě nemoci a hledat smysl života (Khatri, Gullick, Wildbore, 2012, s. 155). Naopak významně nižší vnímání úzkosti ze smrti u seniorů v prostředí dlouhodobé ústavní péče je ovlivněno mimo jiné i častější konfrontací s realitou smrti v institucionálních podmínkách. Ta může způsobit vyšší úroveň desenzibilizace na okolnosti obklopující smrt a významně změnit psychosociální a existenciální konsekvence trajektorie umírání ve stáří (Portal Moreno et al., 2008/2009, s. 69). Onkologičtí pacienti v terminální fázi nemoci, kterým je poskytována domácí hospicová péče, spojují úzkost ze smrti se *strachem z umírání v bolestech, které nebude možno v domácím prostředí dostatečně tlumit*. Dalším zdrojem úzkosti je *strach z přetížení rodinných pečovatelů a obtížného loučení s nejbližšími v době umírání* (Grumann, Spiegel, 2003, s. 31).

Soucitné a pečující prostředí, umožňující naději i vyrovnání s realitou smrti, pozitivně ovlivňuje úzkost ze smrti v závěru života. Přináší pocit vnitřního klidu spojený se snížením obav z blížící se smrti a hledáním jejího smyslu. Snižuje existenciální úzkost, popisovanou jako pocit opuštěnosti, prázdnoty, neklidu a nejistoty. (Mok, Wong, 2010, s. 366)

1.1.3.3 Spiritualita

Duchovní pohoda (spiritual well-being) pozitivně ovlivňuje *zoufalství a úzkost spojenou s konečností života*. Duchovní podpora nabízí náhled na přirozený závěr života, pomáhá překonat *strach z neznáma* i úzkost ze smrti (Chibnall et al., 2002, s. 336; Shih et al., 2009, s. 35).

Spiritualita jako integrační faktor hledání významu a smyslu života zahrnuje existenciální i náboženský aspekt (Byrne, 2002, s. 67; Cavendish et al., 2003, s. 116). Jednou z funkcí náboženství je umožnit pomocí víry v posmrtný život vyrovnat se s úzkostí ze smrti. Psychologové a teologové se zamýšlí nad tím, zda víra v posmrtný život tlumí úzkost ze smrti tím, že *poskytuje naději*. Některé studie uvádí, že silné náboženské přesvědčení je spojené s nižší úzkostí ze smrti (Morris, McAdie, 2009, s. 16). Jiní autoři sice nenalezli signifikantní vztah mezi těmito dvěma faktory, ale Rose a O'Sullivan (2002, s. 229) zjistili významný pozitivní vztah mezi vírou v posmrtný život a očekávanou odměnou v posmrtném životě (například věčný život v nebi). To podporuje názor, že víra v posmrtný život přináší v závěru života uklidnění a pokoj. Wink a Scott neprokázali lineární vztahy mezi religiozitou a strachem ze smrti a umírání. Strach ze smrti vykazovali respondenti, u kterých nebyl soulad mezi vírou v posmrtný život a jejich náboženskou praxí. Tyto nálezy podporují předpoklad, že soulad pevnosti víry a náboženské praxe vytváří ochranu proti úzkosti se smrti ve stáří (Wink, Scott, 2005, s. 207). Vztahy mezi náboženstvím a obavami ze smrti se často liší také v závislosti na věku, pohlaví a osobní zbožnosti (Pierce et al. 2007, s. 143; Wink, Scott, 2005, s. 207).

Výzkumy dále zjišťovaly, zda tradiční religiozita a deinstitucionalizovaná spiritualita využívají stejně adaptivní způsoby, jak přistupovat k úzkosti ze smrti ve stáří. Ačkoli religiozita i spiritualita byly spojeny s pozitivním psychosociálním fungováním (integrování identity a zapojení do každodenních činností), pouze religiozita sloužila jako ochrana proti úzkosti ze smrti. Tento efekt byl v souladu s větším důrazem na konvenčnost a přijetí sociálních norem, které charakterizovaly osoby s vysokou religiozitou. Důsledky těchto výzkumů vztahujících se ke zvládnutí úzkosti ze smrti jsou předmětem dalších diskuzí (Wink, 2006, s. 93).

Také konkrétní náboženské vyznání jednotlivých kultur může ovlivňovat míru úzkosti ze smrti. Studie zaměřená na tento multikulturní aspekt zjistila, že křesťané vykazovali nižší úzkost ze smrti než účastníci, kteří se považovali za nevěřící. Naopak u muslimů byla zjištěna výrazně vyšší úzkost ze smrti než u nevěřících respondentů. Navozuje to domněnku, že pro muslimy nemusí vést víra v posmrtný život ke snižování úzkosti ze smrti (Morris, McAdie, 2009, s. 118–119).

Uvědomění si této dimenze pomůže sestřám lépe pochopit reakci pacienta na realitu smrti v současné společnosti s výrazně sekulární kulturou.

1.1.3.4 Věk

Věk je rovněž považován za faktor ovlivňující úroveň úzkosti ze smrti. Ukazují se významné rozdíly uvědomování si úzkosti ze smrti v závislosti na věku a vývojovém stádiu, kterým jedinec prochází (Cicirelli, 2006, s. 79–80). Mladší lidé se více bojí takových skutečností jako je *rozklad těla, bolest, bezmocnost a osamělost*. Starší lidé mají naopak větší obavy ze *ztráty sebekontroly a z nejistoty existence posmrtného života* (Neimeyer, Wittkowski, Moser, 2004, s. 314). V průběhu dospívání jsou obavy spojené se smrtí ovlivněné i diskuzí na téma smrti v rodině (Yang, Chen, 2009, s. 923, 926–927). Vrchol projevené úzkosti ze smrti se objevuje kolem dvacátého roku. Mladí lidé v tomto období mají často *obavy spojené s předčasnou smrtí*, která by jim neumožnila realizovat jejich sny a plány (Kastenbaum, 2012, s. 20).

Druhý vrchol se objevuje v pozdní střední dospělosti, kolem padesátého roku. Může souviset s úmrtím přátel a uvědoměním si známek vlastního stárnutí (Kastenbaum, 2012, s. 20; Russac et al., 2007, s. 556–557). Ve střední věkové kategorii může být úzkost ze smrti zesílena i *obavou, že by lidé nemuseli být schopni plnit své povinnosti ve vztahu k morální a hmotné odpovědnosti za rodinu* (Suhail, Akram, 2002, s. 46). Jak lidé stárnou, postupně se blíží ke své smrti a obavy ze stárnutí jsou často spojovány s obavami ze smrti (Benton, Christopher, Walter, 2006, s. 339). Stárnutí tak může ovlivňovat vnímání úzkosti ze smrti (Madnawat, Kachhawa, 2007, s. 267).

Podle Kastenbauma (2006, s. 122) lze považovat vyrovnání se smrtí za „poslední úkol“ psychického vývoje člověka. Starý člověk má *strach z bezmocnosti a závislosti na druhých*, ale smrt vnímá většinou jako přirozený závěr svého života. Ke zvýraznění úzkosti ze smrti dochází u seniorů, kteří mají narůstající zdravotní problémy, prožívají *psychický distress* a nejsou spokojeni s kvalitou svého života (Neimeyer, Wittkowski, Moser, 2004, s. 314). Pokud se seniorům poskytne podpora a intervence, které jim dají pocit bezpečí a jistoty, úzkost se sníží. Naopak zvýšený

pocit distresu související se *sociální izolací, pocitem smutku*, finančními obavami a *fyzickým onemocněním, které způsobuje utrpení*, může vést až k *touze uspišit smrt*, která by mohla být zbytečně prodlužována (Kastenbaum, 2012, s. 20). Jen velmi málo studií bylo ale zaměřeno pouze na nejstarší věkovou kategorii. Hallberg uvádí, že je potřeba věnovat se tématům jako je připravenost starých lidí mluvit o umírání, smrti a úzkosti ze smrti související zejména s blízkostí smrti, závislostí a pocitem, že je senior svému okolí na obtíž (Hallberg, 2004, s. 100–101).

U starých lidí, zvláště pokud jsou v institucionální péči, se může projevat nižší stupeň úzkosti ze smrti. Odráží to častější konfrontaci seniorů s realitou smrti v institucionálních podmínkách a s tím související vyšší stupeň *desenzibilizace na okolnosti umírání a smrti* (Portal Moreno et al., 2008/2009, s. 69). To může být důvod, proč Güler, Eser, Khorshid a Yücel (2012, s. 25) ve studii zaměřené na seniory v ošetrovatelských domech nenalezli úzkost ze smrti jako ošetrovatelskou diagnózu, která by byla v ošetrovatelských plánech řešena.

1.1.3.5 Životní zkušenost

Člověk rozvíjí trvalé poznávací struktury jako výsledek životních zkušeností a realita smrti tyto výsledky ohrožuje (Lehto, Stein, 2009, s. 29). Úzkost ze smrti je chápána jako multidimenzionální poznávací koncept, který vychází z postojů ke smrti, existujících jako součást poznávacích struktur (Neimeyer, Wittkowski, Moser, 2004, s. 329–331). Poznávací struktury, které jsou základem individuálních rozdílů ve zvládnutí nejistoty, se podílejí na vnímání hrozby a úzkosti ze smrti (Dunn, Otten, Stephens, 2005, s. 98).

Osobní zkušenost ze setkání se smrtí jiných lidí může u jedince vyvolat úzkost ze smrti, která čeká i jeho. *Zkušenost prožitku prvního setkání se smrtí* je ovlivněna věkem, rasou, náboženským přesvědčením a postojem ke smrti v dané kultuře a společnosti. U dospívajících, kteří zažili smrt prarodičů a smutek jako důsledek ztráty blízké osoby, ovlivňuje tato skutečnost jejich úzkost ze smrti (Ens, Bond, 2005, s. 176). Zkušenost zahrnuje i výkon profese spojené s péčí o nemocné a dobu strávenou v kontaktu s terminálně nemocnými a umírajícími pacienty. Vztah mezi

délkou strávenou s umírajícím pacientem a úzkostí ze smrti u sester byl potvrzen několika studii (Roman, Sorribes, Ezquerro, 2001; Dunn, Otten, Stephens, 2005; Kisvetrová, 2011a). Kognitivní dimenze úzkosti ze smrti formovaná životní zkušeností může obsahovat *názory nebo myšlenky na proces umírání, na předčasnou smrt, přemýšlení o existenci smrti, představy mrtvého těla a názory na neznámo* (dePaola et al., 2003, s. 335–354).

Vědomí úzkosti ze smrti vede k aktivní obraně, kterou představuje snaha vyrovnat se s ohrožující situací a zachovat si nižší vědomí úzkosti ze smrti (Jost et al., 2007, s. 987). Seberegulační procesy (schopnost využít vůli a sebekontrolu) chrání proti hrůze ze smrti a zkušenostem spojeným s úzkostí ze smrti. Výzkumy Gaillota (Gaillot, Schmeichel, Baumeister, 2006, s. 49) poukázaly na skutečnost, že *přetrvávající zvládnání myšlenek o smrti* vyčerpává seberegulační mechanismy, a tak se stupňuje prodlužování úzkosti ze smrti.

Pochopení tohoto faktoru umožní sestřám lépe vnímat reakce terminálně nemocných a identifikovat diagnostické prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti, které se vztahují ke zkušenostem jedince s umíráním a se smrtí.

1.1.3.6 Kulturní norma

Způsob vyjádření a předávání významu smrti a vlivů spojovaných s povědomím smrti se v jednotlivých kulturách liší (Kübler-Ross, 1993, s. 6–7). V moderní západní společnosti se často setkáváme s tabuizací smrti a snahou o její popření. Takové postupy mohou ale naopak zvyšovat úzkost ze smrti. Ogasawara (Ogasawara et al., 2005, s. 62) poukazuje na sociokulturní ovlivnění názoru na péči preferovanou v závěru života. Na rozdíl od praxe v Evropě a USA zahrnuje představa kvality života japonských onkologických pacientů poskytování aktivní léčby tak dlouho, jak je to možné. Terminálně nemocní berou *ohled na svou rodinu*, nechtějí projevovat svou úzkost, a snaží se přijmout smrt klidně (Ogasawara, Kume, Andou, 2003, s. 104). Kulturní tradice a sebeúcta slouží jako obrana proti úzkosti ze smrti v měnící se společnosti v Japonsku (Kawano, 2010–2011, s. 369). Vysoká sebeúcta bývá často spojována s kulturní sounáležitostí, která pak chrání před úzkostí ze smrti (Pyszczynski

et al., 2004, s. 435–468). Dalšími významnými koreláty jsou *znepokojení ze zátěže rodiny, ohrožení důstojnosti a bezmocnost* (Shim, Hahm, 2011, s. 395).

Vliv etnické příslušnosti na postoj ke smrti se odráží i v úzkosti ze smrti a preferování určitého typu intervencí v závěru života. Ve výzkumu de Paoly starší jedinci bílé rasy projevovali větší úzkost spojenou se *strachem z dlouhotrvajícího a bolestivého umírání*, zejména v nemocnicích a zařízeních dlouhodobé péče, kde by *byli odloučeni od svých rodinných příslušníků. Obava z dlouhého a bolestivého umírání* může částečně vysvětlit preferování paliativních intervencí na konci života s akcentem na komfort a kvalitu života. Naproti tomu afroameričané měli větší úzkost spojenou se *strachem z neznámého a strachem, co bude s jejich tělem po smrti*. Větší obavy než příslušníci bílé rasy měli ze stavu smrti a zda budou moci *rozhodnout o intervencích podporující prodloužení života*. Častěji dávali přednost aktivní léčbě až do konce života před hospicovou péčí v obavě, že paliativní péče může být synonymem „odmítnutí péče“ (dePaola et al., 2003, s. 349).

Výzkum mezi starší populací multikulturní společnosti ve Velké Británii potvrdil vyšší úzkost ze smrti u etnických menšin (Indové, Pákistánci, Číňané) ve srovnání s majoritní společností. Pacienti minoritních skupin mají sice často rozvětvenou rodinu, která ale není schopná zajistit efektivní, koordinovanou pomoc a péči. Úzkost ze smrti je zde proto spojována se *strachem z dlouhodobého onemocnění a nedostupnosti služeb poskytujících efektivní péči* (Bowling et al., 2010, s. 201).

1.1.3.7 Sociální opora

Sociální opora rodinných příslušníků a přátel může pozitivně ovlivňovat úzkost ze smrti. Vnímání vlastní hodnoty, láskyplná péče a důvěra k rodinným pečovatelům posiluje sebeúctu seniorů (Azaiza et al., 2010, s. 361). Podpora rodinných pečovatelů, sousedů a přátel umožňuje pacientovi v domácí péči i v závěru života „řídít“ péči o sebe i zařizovat věci související se životem jeho nejbližších po jeho smrti. Možnost řídit péči o sebe je prostředek k zachování autonomie pacienta, i když potřebuje mnoho podpory při zvládání svých problémů. Naopak pocit nedostatečné kontroly se stává zdrojem utrpení a úzkosti (Proot et al., 2004, s. 60). Úzké vztahy s nejbližšími mohou

zvýšit sebeúctu a poskytnout ochranu proti úzkosti ze smrti, zatímco narušení těchto vztahů může vést k obavám souvisejícím s povědomím smrti (Mikulincer et al., 2002, s. 287). Věrnost v partnerském vztahu je rovněž považována za ochranný faktor proti úzkosti (Florian et al., 2002, s. 535). U lidí žijících osamoceně se naopak ukazuje, že prožívají vyšší úzkost ze smrti (Chibnal et al., 2002, s. 335).

Také u seniorů v institucionální péči může být vztah mezi sociální oporou a úzkostí ze smrti. Výzkum u arabských muslimských pacientů v ošetrovatelských domech ukázal na souvislost mezi vyšší sociální oporou a nižší úzkostí ze smrti. Institucionalizace a spoléhání na systémy formální podpory nejsou v arabské společnosti preferovanou alternativou péče. Lidé se spoléhají na pomoc poskytnutou širší rodinou a přáteli. Indikací institucionální péče je nejčastěji chybějící rozsáhlejší podpůrné prostředí nebo zvýšené požadavky na péči související se závažnými zdravotními problémy. I když rodina není schopna zvládnout péči, zůstávají členové rodiny zdrojem sociální opory. Jistota podpůrné sociální a rodinné sítě je důležitá pro snižování úzkosti ze smrti. To potvrzuje důležitost intervencí podporujících dobré vztahy rodinných příslušníků a návštěvy pacienta v institucích (Azaiza et al., 2010, s. 357–362).

1.1.3.8 Genderový vliv

Genderový vliv patří mezi faktory, které mohou ovlivňovat prožívání úzkosti ze smrti. Starší studie sice genderový vliv neprokázaly jako signifikantní (Fortner, Neimeyer, 1999, s. 402), ale novější výzkumy potvrzují pohlaví jako faktor ovlivňující prožívání úzkosti ze smrti u mladé i starší populace.

Signifikantě vyšší úzkost ze smrti u žen prokázal výzkum mezi americkými vysokoškolskými studenty. Vyšší úzkost ze smrti zde byla spojena s vyšší vnější religiozitou (Pierce et al., 2007, s. 147). Vyšší úroveň úzkosti u žen v období středního věku kolem padesáti let je spojována s nastupující menopauzou, která je symbolem ukončení reprodukčního života ženy. Ve věku kolem šedesátky se pak úzkost ze smrti u žen snižuje (Russac et al., 2007, s. 558-559).

Zkoumání postojů ke smrti u starších dospělých také prokázalo vyšší úzkost ze smrti u žen (DePaola et al., 2003, s. 344). Podobný výsledek přinesly i studie mezi arabskými respondenty, i když nebyly primárně zaměřené na starší populaci (Abdel-Khalek, 2007, s. 267; Suhail, Akram, 2002, s. 46). U muslimské populace byla prokázána vyšší úzkost ze smrti u žen, což bylo spojováno s kulturní normou podporující vyjádřování emocí žen a s nižším stupněm dosaženého vzdělání (Azaiza et al., 2010, s. 360). Skutečnost, že ženy vykazují výrazně vyšší úroveň úzkosti ze smrti představuje závažný fenomén. Zjištění souvisí s kulturou Blízkého východu, kde jsou ženy více zranitelné hrozbou nemoci, což může souviset s jejich odpovědností za péči o rodinu. Vyšší míra empatie žen je rovněž dávána do souvislosti s vyšší úrovní úzkosti ze smrti (Otoom, Al-Jishi, Montgomery, 2007, s.145). Podobně i mezi starší indickou populací byla potvrzena vyšší úroveň úzkosti ze smrti u žen (Madnawat, Kachhawa, 2007, s.767).

Prokázána vyšší úzkost ze smrti u žen napříč populací jednotlivých etnik potvrzuje, že se jedná o globální jev. Ukazuje, že ženy jsou v tomto ohledu více zranitelné.

1.2 Úzkost ze smrti v ošetřovatelské klasifikaci NANDA International

Úzkost ze smrti představuje ošetřovatelský problém, se kterým se ošetřovatelští profesionálové setkávají v rámci klinické praxe napříč spektrem zdravotnických a sociálních institucí. Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti je součástí mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International.

Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti – definování a revize

Vztahem úzkosti a strachu v kontextu ošetrovatelské diagnostiky se zabývali už Bay a Algase (1999, s. 103). Dokazovali, že strach a úzkost jsou odlišné diagnózy řízené jinými myšlenkovými mechanismy, které je třeba rozlišovat i v taxonomii ošetrovatelských diagnóz.

Úzkost ze smrti byla zahrnutá v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA International do 9. diagnostické domény (Zvládání zátěže-odolnost vůči stresu), v rámci třídy 2: Reakce na zvládání zátěže. Ve čtvrté edici publikace *Nursing Diagnoses: Definition and Classification, 2001–2002* byla diagnóza Úzkost ze smrti definovaná jako předtucha, obava nebo strach, které jsou spojené se smrtí nebo umíráním“ (Tomás-Sábado et al., 2007, s. 153). Diagnóza obsahovala pouze šestnáct určujících znaků, protože související faktory nebyly ještě vyvinuté. Zařazení této diagnózy do taxonomie bylo zdůvodněno potřebou konkretizovat adekvátnost specifické péče, která je určena osobám prožívajícím závěrečnou fázi života. Podle názoru Tomás-Sábado a jejích spolupracovníků (Tomás-Sábado et al., 2007, s. 153) nespecifikovala definice diagnózy vytvořená asociací NANDA tento koncept přesným způsobem. Nestanovila totiž jasně rozdíl mezi termíny úzkost ze smrti a strach ze smrti. Navržené určující znaky zahrnovaly bolest a ostatní aspekty spojené s procesem umírání, což by spíše odpovídalo ošetrovatelské diagnóze Strach. Ta je chápána jako reakce na hrozící nebezpečí, které lze s jistotou identifikovat. Dle výše uvedeného definování úzkosti ze smrti je ale úzkost emocionální reakcí, která vzniká z neidentifikovatelné hrozby. Diagnostické označení úzkost ze smrti by se proto mělo vztahovat pouze na stavy, kdy převažuje obava z myšlenky vlastního zániku, tedy z „nebytí“ a nejistoty z toho, co je a co není po smrti.

Tomás-Sábado zastávala názor, že existuje mnoho důvodů, kvůli kterým je vhodné oba koncepty rozlišovat. Navrhla zkoumat základní obecné rozdíly mezi strachem a úzkostí, aby bylo možné vymezit ty rozdíly, které mají platnost v případě, že se oba dva termíny vztahují ke konkrétní oblasti smrti (Tomás-Sábado et al., 2007, s. 154–156). Nicméně by bylo neadekvátní mluvit v tomto kontextu o strachu ze smrti, když nikdo přesně nemůže vědět, co vlastně představuje fakt „být mrtvý“ (Rassmusen, Johnson, 1994, s. 313–318). Člověk má pouze možnost zažít strach v kontextu

specifických aspektů smrti, jako jsou její příčiny nebo proces umírání. Ale reálnou zkušenost se stavem „být skutečně mrtvý“ člověk, pokud žije, nemá. Proto by se měly reakce pramenící z obav ze smrti považovat za úzkost (Tomás-Sábado et al., 2007, s. 154–156).

S vyjasněním této teoretické koncepce vznikla potřeba revize diagnostického označení a určujících znaků navržených asociací NANDA pro termín úzkost ze smrti, stejně jako vydefinování souvisejících faktorů pro tuto ošetrovatelskou diagnózu. V roce 2004 byla ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti zařazena mezi diagnózy, které je nutné revidovat, aby mohly být zařazené do publikace taxonomie NANDA International 2007–2008. Výbor pro revizi ošetrovatelských diagnóz (The Diagnosis Review Committee - DRC) proto doporučil ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti revidovat a vyvinout související faktory (NANDA News, 2004, s. 59). Výzkumná skupina, ve které pracovaly Amor Aradilla, Lidia Fernández, Pilar Fernández a Joaquín Tomás, systematicky prozkoumala vědeckou literaturu vztahující se k fenoménu úzkosti ze smrti a zformulovala novou definici ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti. Bylo navrženo následující znění (Tomás-Sábado et al., 2007, s. 153): „Vágní, nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečného nebo imaginárního ohrožení něčí existence“ (Herdman, 2013, s. 373). V roce 2005 byl předložen návrh revidované ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti, který byl projednán a schválen Výborem pro revizi ošetrovatelských diagnóz (NANDA News, 2005, s. 85).

Výzkumná skupina dále podrobně analyzovala původních šestnáct určujících znaků této diagnózy. Výsledkem analýzy bylo vyřazení těch charakteristik, které nebyly považovány za přesně odpovídající danému konceptu. Zároveň byly navrženy nové související faktory, které v klasifikaci NANDA 2001–2002 nebyly. Formulace souvisejících faktorů vycházela z teoretického konceptu navrženého Donaldem Templerem, který se podrobně věnoval tématu úzkosti ze smrti v posledních třiceti letech. Navrhl dvou-faktorový model úzkosti ze smrti, který obsahuje psychologické faktory (vnitřní) a faktory životní zkušenosti (vnější) související se smrtí (Tomás-Sábado et al, 2007, s. 153–156). První faktor (celkové psychické zdraví) odráží obecné psychopatologie (deprese, úzkost). Druhý faktor (vnitřní) je odrazem osobních zkušeností týkajících se tématu smrti a následného strachu ze smrti. Druhý faktor je primárně založen na principech učení a vlivu prostředí (Lester, Templer, 1992-1993,

s. 239–253). Ve svých pozdějších pracích trvá Templer na důsledném rozlišování faktorů, které vyvolávají úzkost ze smrti a klasifikuje je na vnitřní (pocity, náboženské přesvědčení) a vnější (prostředí a situací).

Komise pro revizi diagnóz (DRC) asociace NANDA v únoru 2005 projednala návrh revize ve vztahu k označení diagnózy Úzkost ze smrti a byla přijata jak modifikace definice, tak související faktory, které výzkumná skupina vypracovala. Co se týká určujících znaků Komise pro revizi rozhodla zachovat původně navržené určující znaky, provedla však několik úprav s ohledem na základní formulaci. Na čtvrté bienální konferenci Aliance NANDA, NIC a NOC, která se konala v březnu 2006 v Granadě, Komise pro revizi diagnóz (RDC) předložila shromáždění návrh na revizi, který byl odsouhlasen bez dalších modifikací. Byla tak dokončena plná revize ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (NANDA News, 2006, s. 121). Bylo potvrzeno, že bez této revize, která přispěla k podpoře správného pochopení diagnózy stejně jako k jejímu využívání v ošetrovatelských plánech péče, by byla zřejmě vyřazena pro svou nejednoznačnost z další edice taxonomie NANDA Int. 2007–2008.

Přijetí revize diagnózy Úzkost ze smrti ze strany NANDA představuje implicitní rozpoznání potřeby zahrnout do plánů ošetrovatelské péče aspekty související s emocionálním vnímáním myšlenky smrti a umírání. Umožňuje jasně vymezit koncepty strachu, obecné úzkosti a úzkosti ze smrti. Toto rozlišení, které by se na první pohled mohlo zdát banální, má však zásadní význam pro vytváření a plánování specifické péče o terminálně nemocné. Důsledné rozlišování obou konceptů usnadňuje rozvoj strategií užívaných při konfrontaci s úzkostí ze smrti u pacienta. Je evidentní, že tyto strategie by měly být jiné v případě, kdy se vztahují k řešení situace, při které převažuje objektivní strach z utrpení nebo z vnitřní bolesti při procesu umírání než v případě, kdy hlavní příznaky pacienta jsou spojené s úzkostí, která v něm evokuje subjektivní představu umírání jako již nevratného stavu (Tomás-Sábado et al, 2007, s. 154–156).

V aktuální verzi NANDA International: Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012–2014 je ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti uvedena s dvanácti určujícími znaky a patnácti souvisejícími faktory, jak prezentuje tab. 1 (Hedrman, 2012, s. 356).

Tab. 1 NANDA-Int. - ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti

ÚZKOST ZE SMRTI (00147)
Definice <i>„Vágní, nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečného nebo imaginárního ohrožení něčí existence,,</i>
Určující znaky <ul style="list-style-type: none">▪ Uvádí obavy z přepracování pečovatele▪ Uvádí hluboký smutek▪ Uvádí strach z rozvoje nevléčitelného onemocnění▪ Uvádí strach ze ztráty duševních schopností v období umírání▪ Uvádí strach z bolesti spojené s umíráním▪ Uvádí strach z předčasné smrti▪ Uvádí strach z prodlužovaného umírání▪ Uvádí strach z utrpení spojeného s umíráním▪ Uvádí strach z procesu umírání▪ Uvádí pocit bezmoci ohledně umírání▪ Uvádí negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním▪ Uvádí obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby
Související faktory <ul style="list-style-type: none">• Předvídání nepříznivých následků celkové anestezie• Předvídání dopadu smrti na druhé• Předvídání bolesti• Předvídání utrpení• Vyrovnání se s faktem nevléčitelného onemocnění• Diskuze na téma smrti• Zkušenost s procesem umírání• Zkušenost s blízkostí smrti• Neakceptování vlastní smrtelnosti• Pozorování související se smrtí• Vnímání blízkosti smrti• Nejistota ohledně setkání se s vyšší mocí• Nejistota ohledně existence vyšší moci• Nejistota ohledně života po smrti• Nejistá prognóza

Zdroj: HEDRMAN, T.H. (ed.). 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014. Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8. (český překlad P. Kudlová)

1.2.1 Využití diagnózy Úzkost ze smrti v ošetrovatelské praxi

Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti není dosud příliš implementovaná do klinické ošetrovatelské praxe jak v zahraničí tak v České republice. Výzkumy ukazují, že v ošetrovatelských plánech péče bývá spíše využívána ošetrovatelská diagnóza Úzkost. Teprve v poslední době byly realizovány ojedinělé studie, které dokládají významnost ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti v rámci péče o pacienty s život ohrožujícím onemocněním a terminálně nemocné (Speksnijder, Mank, van Achterberg, 2011; Slamková, 2010; Slamková, Vöröšová, Poledníková, 2008).

Ogasawara et al. zkoumali ošetrovatelské diagnózy řešené u japonských pacientek s generalizovaným karcinomem prsu, které byly v terminálním stadiu hospitalizované na oddělení onkologie. Výzkum ukázal, že ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti nebyla v ošetrovatelských plánech využívána. Úzkost ze smrti zde nebyla řešená jako samostatná diagnóza, ale byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Úzkost, kde určujícím znakem vyskytující se s nejvyšší frekvencí byla „*obava*“ a souvisejícím faktorem „*ohrožení smrtí*“. (Ogasawara et al., 2005, s. 59–61)

Také da Silva neuvádí u pacientů s HIV/AIDS mezi nejčastěji se vyskytujícími ošetrovatelskými diagnózami Úzkost ze smrti, ale ošetrovatelskou diagnózu Úzkost, a to u 90 % pacientů. Souvisejícím faktorem s nejvyšší frekvencí zde bylo „*ohrožení smrtí*“, a to v 67 % (da Silva, de Cássia, Bettencourt et al., 2006, s. 53). Vyšší úroveň úzkosti ze smrti u pacientů s HIV/AIDS byla ale výzkumnými studiemi prokázána (Neimeyer, 2004, s. 10; Sherman, Norman, Beyer Mc Sherry, 2010, s. 107; Miller, Lee, Henderson, 2012, s. 658).

Salgado a Chianca zjišťovali v brazilské studii, které ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji vyskytují na oddělení intenzivní péče pro dospělé pacienty. Výsledky z tohoto typu pracoviště, kde byla převaha pacientů s život ohrožujícím onemocněním ve věkové kategorii nad 60 let ukázaly, že v ošetrovatelských plánech se ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti nevyskytovala ani jedenkrát, ale byla uváděna pouze diagnóza Úzkost (Saigado, Chianca, 2011, s. 933–944).

Parish v australské retrospektivní studii zaměřené na paliativní péči v akutních nemocničních odděleních prokázala, že se v ošetrovatelských dokumentacích posouzení psychosociální dimenze nevyskytovalo často. Psychologické, sociální

a spirituální potřeby pacientů byly rozpoznány minimálně. Pokud byla v dokumentaci uvedena úzkost nebo strach, nebylo to řešeno. Nevyhnutelným důsledkem nekomplexního posouzení potřeb pacienta a plánování péče pak bylo ad hoc řešení problémů. (Parish et al., 2006, s. 24)

Rovněž italská retrospektivní studie zaměřená na ošetrovatelské diagnózy, výsledky a intervence u kardiologických pacientů s anginou pectoris a infarktem myokardu, kteří měli průměrný věk 60 let, uvádí pouze ošetrovatelskou diagnózu Úzkost. Kardiovaskulární onemocnění je přitom na prvním místě v příčinách smrti v Itálii a způsobuje zde 44 % všech úmrtí (Zampieron, Silla, 2011, s. 149–151).

Ze slovenského ošetrovatelského prostředí byla publikována studie, která se věnovala problematice posouzení pacienta s úzkostí ze smrti. Dokládá, že pro kvalitně poskytovanou paliativní péči je důležité validní posouzení pacienta pomocí hodnotících nástrojů. Uvádí postup potvrzení ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti v rámci pětifázového managementu paliativní ošetrovatelské péče o terminálně nemocné (Slamková, Vöröšová, Poledníková, 2008, s. 9–10).

Studie realizovaná v rámci zařízení charitních ošetrovatelských služeb Olomoucké arcidiecéze v České republice ukázala, že 79 % sester ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti u svých pacientů v ošetrovatelské dokumentaci neuvádí (Kisvetrová, 2011b, s. 52–57).

Významnost diagnózy Úzkost ze smrti při péči o onkologicky nemocné pacienty potvrdila nizozemská studie (Speksnijder, Mank, van Achterberg, 2011, s. 71–90). Na základě výsledků rešerše zahrnující období 1986 až 2008 bylo identifikováno ve 14 studiích celkem 62 ošetrovatelských diagnóz. Úzkost ze smrti však mezi nimi nebyla. Z těchto diagnóz sestavil výzkumný tým posuzovací seznam pro první kolo. Pomocí Delfské techniky měly být vydefinovány ošetrovatelské diagnózy z klasifikace NANDA-International 2009–2011, které jsou důležité pro dospělého pacienta s hematologickou malignitou v Evropě. Soubor posuzovatelů tvořilo 28 ošetrovatelských expertů, členů EBMT-NG (the European Blood and Marrow Transplantation Nurses Group) z devíti evropských zemí (Belgie, Dánsko, Německo, Irsko, Itálie, Španělsko, Švýcarsko, Nizozemsko a Velká Británie). Ošetrovatelské diagnózy zařazené do prvního kola studie hodnotili experti na nominální škále „Ano (je relevantní)“ a „Ne (není relevantní)“. Vypočítané frekvence byly vyjádřeny ve čtyř

procentních skupinách (100 % - absolutní shoda, 80–99 % vysoká shoda, 65–79 % mírná/střední shoda, pod 65 % neshoda). Experti měli dále v prvním kole možnost doplnit i další ošetřovatelské diagnózy z NANDA International 2009–2011. Do druhého kola byla tak zařazena i ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti. Dosáhla vysoké úrovně konsenzu (92,9 %), což potvrzuje, že ji ošetřovatelské experti považovali za velmi významnou pro ošetřovatelskou péči v hematologii (Speksnijder, Mank, van Achterberg, 2011, s. 90).

1.3 Úzkost ze smrti a ošetřovatelská klasifikace NIC

Mezinárodní klasifikace ošetřovatelských intervencí (NIC) je souhrnná standardizovaná klasifikace, kterou lze využít pro klinickou dokumentaci ošetřovatelské péče napříč spektrem zdravotnických zařízení bez ohledu na filosofické zaměření (Bulechek et al., 2012, s. 2). Každá intervence má svou definici, číselný kód a je jí přiřazen soubor aktivit. Výběr ošetřovatelské intervence pro konkrétního pacienta je součástí klinického rozhodování prováděného sestrou, která by při výběru intervence měla zvažovat benefit a akceptovatelnost pro pacienta, proveditelnost postupu a kompetentnost sestry (Bulechek et al., 2012, s. 13).

Mc Clucky a Bulechek (2004, s. 805) uvádí celkem 25 NIC intervencí vztahujících se k ošetřovatelské diagnóze Úzkost ze smrti. Mezi prioritní patří NIC intervence Duchovní podpora. Rovněž Johnson et al. zahrnují ve svých publikacích „NANDA, NOC and NIC Linkages“ (Johnson et al., 2006, s. 135–137) a „NOC and NIC Linkaged to NANDA-I and Clinical Conditions“ (Johnson et al., 2011, s. 86) NIC intervenci Duchovní podpora mezi intervence relevantní pro ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti.

Všechny tři uvedené publikace tak dokládají významnost NIC intervence Duchovní podpora jako klíčové intervence při péči o pacienta s ošetřovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti.

1.3.1 NIC intervence Duchovní podpora

NIC intervence Duchovní podpora je definovaná jako: „*pomoc pacientovi cítit vyrovnání a spojení s vyšší mocí*“ (Bulechek et al., 2012, s. 353).

Intervence Duchovní podpora je zařazena do třetí domény (chování). Tato doména zahrnuje činnosti, které podporují psychosociální fungování a usnadňují změny životního stylu. V rámci této domény je Duchovní podpora zařazená do třídy R (podpora při zvládnutí zátěže), která obsahuje intervence podporující jiné k budování vlastní odolnosti, k adaptaci na změnu ve funkci nebo k dosažení vyšší úrovně funkce (Bulechek et al., 2012, s. 50).

Ve třetí edici klasifikace NIC zahrnovala intervence Duchovní podpora soubor pouze třinácti aktivit (Mc Clocky, Bulechek, 2000, s. 607). Následně byla tato intervence revidována a doplněna dalšími šestnácti aktivitami, které více zohledňovaly existenciální dimenzi (Mc Clocky, Bulechek, 2004, s. 674–675). Nově zařazené aktivity jsou uvedeny v tab. 2.

Celý soubor aktivit je beze změny uveden i v šesté edici (Bulechek et al., 2012, s. 353) a lze jej rozdělit podle toho, zda jsou aktivity zaměřeny spíše obecně spirituálně (existenciálně) nebo konkrétněji religiózně (tab. 3).

Tab. 2 Nově zařazené aktivity NIC intervence Duchovní podpora

NOVĚ ZAŘAZENÉ AKTIVITY NIC INTERVENCE DUCHOVNÍ PODPORA
1. Použít terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči
2. Využít nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné
3. Podporovat ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu
4. Jednat s pacientem s důstojností a respektem
5. Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek
6. Povzbuzovat k účasti na vzájemném působení se členy rodiny, přáteli a jinými lidmi
7. Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách
8. Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ
9. Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné
10. Být otevřený k vyjádření obav pacienta
11. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity
12. Sdílet vlastní duchovní hledisko, je-li to vhodné
13. Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět
14. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce
15. Modlit se s pacientem
16. Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program

Zdroj: Mc Clocky, Bulechek, 2004, s. 674–675

Tab. 3 Aktivity NIC intervence Duchovní podpora

OBECNĚ SPIRITUÁLNÍ DIMENZE	RELIGIOZNÍ DIMENZE
<ul style="list-style-type: none"> • Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta • Být otevřený k pocitům o nemoci a smrti • Být otevřený k vyjádření obav pacienta • Být schopen naslouchat pocitům pacienta • Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu • Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět • Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi objasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné • Použít terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči • Povzbuzovat k účasti na vzájemném působení se členy rodiny, přáteli a jinými lidmi • Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách • Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek • Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné • Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení • Projevit vcítění se do pocitů pacienta • Využít nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné • Jednat s pacientem s důstojností a respektem • Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ • Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu 	<ul style="list-style-type: none"> • Modlit se s pacientem • Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta • Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů • Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje • Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rozhlasový nebo televizní program • Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta • Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity • Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí • Sdílet vlastní duchovní hledisko, je-li to vhodné • Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů • Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce

Zdroj: Bulechek et al., 2012, s. 353

1.3.2 Aktivity NIC intervence Duchovní podpora

Spiritualitu lze chápat jako univerzální lidský fenomén, který uznává celistvost jednotlivce a jeho transcendentní propojení. Duchovní pohoda ovlivňuje zoufalství a úzkost spojenou s konečností života a spiritualita se tak stává integračním faktorem v hledání významu a smyslu života (Cavendish et al., 2003, s. 116). Pacienti často chápou spiritualitu jako abstraktní pojem a popisují ji jako jedinečnou osobní víru, která dává sílu a týká se smyslu života. Neočekávají od sestry pouze poskytování religiózní péče, ale kvalitní mezilidský přístup, který jim poskytne sílu a duchovní podporu (Mok, Wong, 2010, s. 360).

Etický kodex Mezinárodní rady sester uvádí, že role sester je v podpoře prostředí, ve kterém lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní víra jednotlivce, rodiny i komunity jsou respektovány (ICN, 2012, s. 2). Z toho vyplývá, že realizace ošetrovatelských aktivit v oblasti spirituální podpory patří ke kompetencím sestry (Van Leeuwen, Cusveller, 2004, s. 237). Duchovní podpora se ztahuje k pojetí holistické péče, kterou by všichni ošetrovatelští profesionálové měli poskytovat (Baldacchino, 2006, s. 885). Spiritualita má různé výklady, proto i poskytované ošetrovatelské aktivity duchovní podpory mohou zahrnovat jak existenciální tak náboženské aspekty (Byrne, 2002, s. 67–72).

Soucitné a láskyplné prostředí vytvořené sestrou umožňuje naději i přijetí reality smrti a zlepšuje duchovní pohodu pacientů (Mok, Wong, 2010, s. 368). Duchovní pohoda pomáhá vytvářet ochranu proti úzkosti, která je spojená s konečností života i proti obavám ze ztráty důstojnosti (Cavendish et al., 2003, s. 116; McClain, Roselfeld, Breitbart, 2003, s. 1606). Ošetrovatelské aktivity duchovní podpory jsou proto spojovány s aktivním nasloucháním, přítomností u pacienta, respektem a podporou jeho důstojnosti (Cavendish et al., 2003, s. 119–120, 122; Grant, 2004, s. 39; Narayanasamy et al., 2004, s. 8; van Leewen et al., 2006, s. 883).

Studie zabývající se aktivitami spirituální podpory uvádí, že většina sester využívá následujících pět činností: přítomnost u pacienta, držení pacienta za ruku, naslouchání, úsměv/laskavost a modlitba (Chochinov, Cann, 2005, s. 109). Tyto činnosti jsou podstatou následujících aktivit NIC intervence Duchovní podpora: *Být schopen naslouchat pocitům pacienta, Projevit vcítění se do pocitů pacienta, Být otevřený k vyjádření obav pacienta a Modlit se s pacientem.*

„*Být schopen naslouchat pocitům pacienta*“ patří k nejdůležitějším aktivitám duchovní podpory (Bailey, Moran, Graham, 2009, s. 45). Zahrnuje fyzickou i emocionální blízkost, která umožňuje zmírnit utrpení pacienta. Strach z neznáma a pocit nejistoty může být pro pacienta zdrcující a zvyšuje jeho pocit úzkosti, zejména v noci. Mít možnost vyjádřit své emoce je důležitou potřebou zvláště seniorů (Wijk, Grimby, 2008, s. 108–110). Odpovídá to aktivitě „*Být otevřený k vyjádření obav pacienta*“. Možnost mluvit o smrti a víře v posmrtný život přináší uklidnění a ochraňuje proti strachu ze smrti. Seniori trávící závěr života v ošetrovatelských domech uvedli, že sestry by měly v rámci aktivit duchovní podpory zajistit návštěvu duchovního, projevat laskavost a věnovat čas naslouchání (Wallace, O’Shea, 2007, s. 288). Aktivní naslouchání a citlivá komunikace je projevem snahy sestry pochopit vnitřní svět pacienta. Význam má i fyzická blízkost, jako je posezení u lůžka pacienta a držení ho za ruku (Edwards et al., 2010, s. 760, 762–764). Přítomnost u pacienta, naslouchání jeho obavám a empatický přístup proto patří k nejdůležitějším prvkům péče o pacienta v závěru života (Penson et al., 2005, s. 166–168).

V závěru života potřebuje pacient často ztišení, aby mohl „najít sám sebe“. (Hatoková, 2007, s. 114). Vnímavost a citlivost sester k této potřebě umožňuje vytvořit čas a prostor pro prožívání ticha a klidu pacientům, kteří touží po samotě (Nixon, Narayanasamy, 2010, s. 2265). Pro duchovní pohodu v závěru života má prostředí poskytující příležitost pro klid a rozjímání velký význam a je to podstata aktivity „*Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity*“ (Milligan, 2011, s. 54; Narayanasamy, 2007, s. 32).

Aktivita „*Pečovat o pacienta s důstojností a respektem*“ má pro terminálně nemocné trpící v závěru života úzkostí ze smrti zásadní význam (Coenen, Doorenbos, Wilson, 2007, s. 1153–1154). V kanadské studii onkologičtí pacienti v terminální fázi nemoci uváděli jako hlavní obavy související se závěrem života pocit, že jsou ostatním na obtíž, a strach, že o ně nebude pečováno s respektem a porozuměním (Chochinov et al., 2006, s. 670). Lidský přístup, projev úcty a respektu pomáhá při navazování a budování vztahu zvláště u seniorů (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 338). Naopak pocity ztráty, osamělosti, bezmocnosti nebo ohrožení důstojnosti mohou vést až k touze uspišit smrt (Shim, Hahm, 2011, s. 395). Názor, že staří lidé jsou ekonomickou zátěží společnosti, ovlivňuje přání seniorů zemřít dříve, než budou zcela odkázáni na péči jiných. U klientů v institucích dlouhodobé péče je toto přání často ovlivněno

i skutečností, že jejich nejbližší již nežijí (Pleschberger, 2007, s. 201). Pochopení těchto pocitů pacienta umožňuje sestře aktivita „*Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti*“. Tyto ošetrovatelské aktivity spirituální podpory chrání před úzkostí ze smrti a jsou podstatným aspektem zachování sociální důstojnosti pacienta v závěru života (Doorenbos et al., 2006, s. 31–32; Chochinov et al., 2011, s. 757).

V amerických a finských výzkumných studiích, kde byla převaha věřících respondentů, jsou uváděny ošetrovatelské aktivity religiózní i existenciální dimenze (Kuuppelomäki, 2001, s. 664; Cavendish et al., 2003, s. 119–120). Ve finské studii byly aktivity vyskytující se s největší frekvencí religiózního charakteru. Sestry nejčastěji realizovaly aktivity: „Zajistit pacientům svaté přijímání“ a „Vzít pacienty na duchovní akce uspořádané na oddělení“. V souboru NIC intervence Duchovní podpora to odpovídá aktivitám „Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje“, „Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí“ a „Umožnit používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů“. Z aktivit existenciální dimenze využívaly finské sestry nejvíce aktivitu „Zapojit se do diskuze o smyslu života“, která odpovídá definované aktivitě NIC intervence Duchovní podpora „Sdílet vlastní názor na význam a smysl, je-li to vhodné“ (Kuuppelomäki, 2001, s. 664).

Na základě rozsáhlého výzkumu zaměřeného na poskytování spirituální péče sestrami, členkami organizace „Sigma Theta Tau International“ uvádí Cavendish aktivity, které se nejčastěji vyskytovaly u NIC intervence Duchovní podpora. Jsou zde zahrnuty aktivity existenciální dimenze: „Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení“ a „Být otevřený k pocitům pacienta o nemoci a smrti“. Z religiózních aktivit jsou uváděny: „Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje“ a „Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů“ (Cavendish et al., 2003, s. 119–120).

Význam spirituálních aktivit existenciální dimenze u terminálně nemocných potvrzuje i Mc Clain-Jacobson. Připomíná, že duchovnost je mnohem více než pouhá víra v posmrtný život. Je to proces, ve kterém jedinec nachází komfort a ochranu v závěru života. Duchovní pohoda ovlivňuje zoufalství a úzkost spojenou s konečností života. Intervence zaměřené na zvýšení duchovní pohody terminálně nemocného jsou velmi důležité a mohou být prospěšné i pro pacienty, kteří nemají silné tradiční náboženského přesvědčení (Mc Clain-Jacobson et al., 2004, s. 486).

Výběr konkrétních aktivit NIC intervence Duchovní podpora je ovlivněn i skutečností, jak sestra sama vnímá spiritualitu. Sestra s existenciálním pohledem interpretuje spiritualitu jako koncept, který přináší smysl, naplnění, spokojenost, víru v sebe, propojení vlastní osoby s jinými jedinci, přírodou a vyšší mocí. Sestra s náboženskou perspektivou vidí spiritualitu jako realizaci rituálů a specifické náboženské praxe vedoucí k integraci vlastní osoby s božstvem (Costello, 2009, s. 263).

1.4 Profesionální zkušenost sestry

Úzkost spojená se strachem z umírání a smrti patří k hlavním zdrojům utrpení pacientů. Pro sestry je náročné hodnotit aspekty pocitů a prožívání, které se jen obtížně sledují, jako například duchovní a existenciální obavy nebo příprava na smrt v závěru života. Tento faktor může mít vliv na posouzení a hodnocení problému sestrou (Hales, Zimmermann, Rodin, 2010, s. 142). Osobní zkušenost ze setkání s umíráním a smrtí pacientů v rámci vykonávání profese ovlivňuje vnímavost zdravotnických profesionálů při posuzování pacienta s úzkostí ze smrti a realizaci aktivit duchovní podpory. Jedná se o zkušenost se smrtí v rámci profesní přípravy nebo jako opakovanou zkušenost související s vykonáváním profese všeobecné sestry. Zkušenost sestry související s vykonáváním profese ovlivňuje především délka ošetrovatelské praxe a doba strávená v přímém kontaktu s terminálně nemocnými, typ pracoviště i vnímání spirituality.

- **Délka odborné praxe a frekvence péče o terminálně nemocné**

U sester s většími pracovními zkušenostmi se projevuje tendence k pozitivnějšímu postoji ke smrti a péči o umírající pacienty, jak prokázal výzkum mezi americkými onkologickými sestrami (Lange, Tom, Klime, 2008, s. 955). Vztah mezi fyzickou přítomností sestry u umírajícího a vnímavostí sestry pro problémy pacientů potvrdila i výzkumná studie mezi španělskými sestrami v pěti všeobecných nemocnicích

a třinácti zařízeních hospicové nebo paliativní péče v Katalánsku (Roman, Sorribes, Ezquerro, 2001, s. 338–345). Ukázala, že sestry pracující v denních směnách, které byly více přítomné u terminálně nemocných, měly kladnější postoj k ošetřování umírajících pacientů než sestry pracující pouze v nočních směnách bez častější přítomnosti u umírajících. Rovněž Dunn, Otten a Stephens (2005, s. 102) potvrdili, že sestry, které byly častěji přítomné u terminálně nemocných, projevovaly pozitivnější postoj k pečování o umírající a jejich potřeby. Americký výzkum, který realizovali Caton a Klemm, rovněž upozorňuje na význam zkušenosti s péčí o terminálně nemocné. Uvádí, že umírající pacienti a jejich rodiny mají často jedinečné fyzické, psychosociální, sociální a duchovní potřeby a onkologické sestry na počátku své profesní kariéry potřebují podporu, aby dokázaly zvládnout poskytovat vysoce kvalitní a empatickou péči o pacienty v závěru života. Velkým přínosem je pro ně podpora spolupracovníků, kteří již mají větší zkušenosti s péčí o terminálně nemocné (Caton, Klemm, 2006, s. 604). Profesionální nezkušenost sestry v oblasti péče o pacienty s život ohrožujícími nemocemi se odráží v podcenění ošetřovatelských intervencí a omezení komunikace s pacientem, což zhoršuje vnímavost sestry pro existenciální problémy pacienta a možnost spirituální podpory (Baldacchino, 2006, s. 892).

- **Typ pracoviště**

V prostředí intenzivní medicíny ovlivňuje menší zkušenost sester s paliativními přístupy vnímání psychologických, sociálních a duchovních potřeb pacientů (Parish et al., 2006, s. 21–25). Ve výzkumné studii mezi českými sestrami z pracovišť intenzivní medicíny tři čtvrtiny respondentů připustilo, že péče o umírající pacienty v nich evokuje úvahy o své vlastní smrti spojené se strachem. Může to být důsledek skutečností, že sestry z intenzivních oddělení a úrazových pracovišť mají většinou kratší kontakt s umírajícím pacientem (Kisvetrová, 2011c, s. 180). Brazílské autorky Salgado a Chianca (2011, s. 931–934) ve studii zaměřené na ošetřovatelské diagnózy v prostředí jednotek intenzivní péče dokládají, že většina ošetřovatelských diagnóz byla zaměřena pouze na biologické potřeby. Jen v 11 % byla uvedena ošetřovatelská diagnóza Úzkost. I když na pracovištích intenzivní péče jsou pacienti s vysokým rizikem úmrtí, ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti se nevyskytovala. Podobně i retrospektivní australská studie zaměřená na paliativní intervence na nemocničních

odděleních akutní péče uvádí, že v ošetrovatelských dokumentacích se posouzení psycho-sociální a spirituální dimenze vyskytovalo velmi málo. A pokud byla v dokumentaci informace o úzkosti nebo strachu, nebyl problém řešen (Parish et al., 2006, s. 24).

- **Vnímání spirituality**

Profesionální zkušenost sestry je ovlivněna i jejím chápáním spirituality. Sawatzky a Pesut uvádějí, že poskytování duchovní péče je závislé na povědomí sestry o transcendentní dimenzi života, ale má odrážet realitu vnímání této dimenze pacientem (Sawatzky, Pesut, 2005, s. 19). Profesionální postoj sestry k aktivitám duchovní podpory se odvíjí od její schopnosti ovládnout své vlastní pocity a přesvědčení v profesionálním vztahu s pacienty různých vyznání a náboženství (Van Leeuwen, Cusveller, 2004, s. 237). I humanisticky a ateisticky orientované sestry by měly vnímat pacientovu nejistotu ohledně existence vyšší moci, posmrtného života a dalších transcendentních hodnot (Aubin, 2009, s. 318), protože tyto problémy patří mezi diagnostické prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti. Rovněž Costello uvádí, že sestry s nenáboženským (humanistickým) přesvědčením mohou a měly by reagovat na existenciální distres, tedy strach ze smrti, zoufalství, beznaděj a obavy z posmrtného života (Costello, 2009, s. 263).

Výsledky studií ukazující na souvislost mezi profesionální zkušeností sestry a její vnímavostí k problémům umírajících pacientů. Navozují otázku, zda profesionální zkušenost sestry souvisí s vnímavostí pro identifikaci diagnostických prvků vedoucích k potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti a poskytování duchovní podpory.

1.5 Souhrn

Základním teoretickým východiskem je vymezení úzkosti ze smrti jako multidimenzionálního konceptu, který je určen vnitřními a vnějšími faktory. K vnitřním faktorům ovlivňujícím úzkost ze smrti se řadí pocity a náboženské přesvědčení, k vnějším pak situace a prostředí (Lester, Templer, 1993, s. 239–253).

Z tohoto konceptu vychází formulace diagnostických prvků revidované ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA International (Herdman, 2012, s. 373). Definované diagnostické prvky (určující znaky a související faktory) ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti zohledňují aspekty související s emocionálním vnímáním myšlenky smrti a umírání (Tomás-Sábado et al., 2007, s. 153–156).

Druhým teoretickým východiskem je koncept spirituality chápané jako univerzální lidský fenomén, který uznává celistvost jednotlivce a jeho transcendentní propojení. Paley ji vnímá jako lidskou dimenzi, která zahrnuje ateisty, agnostiky i humanisty. Spiritualita v tomto chápání spojuje jedince s celým lidstvem a poskytuje pocit jednoty s vesmírem (Paley, 2008b, s. 448-452). Duchovní pohoda vnímaná v tomto kontextu ovlivňuje zoufalství a úzkost spojenou s konečností života (Cavendish et al., 2003, s. 116). Duchovní podpora má proto pomoci pacientovi cítit vyrovnání a spojení s vyšší mocí, což je podstata souboru existenciálních i religiózních aktivit NIC intervence Duchovní podpora (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2012, s. 353)

Potvrzení diagnostického závěru a výběr ošetrovatelských intervencí pro konkrétního pacienta je součástí klinického rozhodování realizovaného sestrou (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2012, s. 13). Ovlivňuje je mimo jiné i profesionální zkušenost, která je formována také délkou ošetrovatelské praxe, dobou strávenou v přímém kontaktu s terminálně nemocnými, typem pracoviště a vnímáním vlastní spirituality (Dunn, Otten, Stephens, 2005; Parish et al., 2006; Sawatzky, Pesut, 2005).

Vzhledem ke zvolené problematice byla formulována teoretická hypotéza vztahující se ke stanoveným cílům výzkumu a vycházející z výsledků výzkumných šetření pro oblast úzkosti ze smrti. Cílem teoretické hypotézy je snaha vysvětlit domnělé souvislosti zkoumaného jevu, které korespondují s platnými teoriemi oboru (Hubík, 2006, s. 23). Teoretická hypotéza byla proto formulována následovně: Identifikace diagnostických prvků ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti a volba aktivit duchovní podpory souvisí s profesionální zkušeností sestry.

2 METODIKA (DESIGN)

V disertační práci byly využity dvě výzkumné metody. Pro realizaci pilotní studie byla zvolena kvalitativní metoda focus group a pro získání empirických dat v následném výzkumném šetření pak kvantitativní metoda strukturovaného nestandardizovaného dotazníku. V rámci metodologické triangulace se jedná se o tzv. triangulaci sekvenční, kdy výsledky jedné metody jsou podstatné pro další metodu (Casey, Murphy, 2009, s. 41).

Dialogický výzkumný postup - interview v ohniskové skupině (focus group) využívá interakci členů skupiny (tzv. snow-ball efekt) během diskuze na zadané téma. Může sloužit jako vhodný zdroj předběžných údajů v kvantitativní studii (Bártlová, 2005, s. 24). Tato metoda se v oblasti zdravotní péče a ošetrovatelské vědy využívá i pro rozvoj výzkumných nástrojů, například dotazníků (Arnetz et al., 2008, s. 229; Jayasekara, 2012, s. 413). Cílem pilotní studie této disertační práce bylo ověřit opodstatněnost zařazení souboru aktivit NIC intervence Duchovní podpora do dotazníkového výzkumného šetření.

Dotazník získává empirické informace prostřednictvím nepřímého dotazování se respondentů s použitím předem formulovaných písemných položek (Žiaková, 2009, s. 130). Strukturovaný dotazník pro realizaci výzkumu disertační práce byl zvolen proto, že je to vhodná metoda pro získání dat od velkého množství respondentů v poměrně krátkém časovém intervalu. Umožňuje navodit atmosféru anonymity, což podporuje získání pravdivějších výpovědí respondentů. Není pro respondenty časově a finančně náročná, a to může být motivujícím prvkem pro ochotu respondentů zapojit se do výzkumného šetření.

2.1 Cíle a hypotézy

Výzkumnou oblastí disertační práce je úzkost ze smrti. Od toho se odvíjí obecná výzkumná otázka, která zužuje zaměření výzkumu (Punch, 2008, s. 40). Byla formulována následovně: *Jak je řešen problém úzkosti ze smrti dospělého pacienta*

v české ošetrovateľskej praxi? Z definovania výskumnej otázky vychádza stanovenie hlavného výskumného cieľa, ktorým je: *zistiť, ako identifikujú a riešia české všeobecné sestry s rôznou profesionálnou skúsenosťou ošetrovateľský problém úzkosti zo smrti dospelého pacienta*. Od definovaného hlavného cieľa sa odvíja vymedzenie troch dílčích cieľov výskumu.

Cíl 1:

- *Identifikovať, ktoré diagnostické prvky vedú české sestry s rôznou profesionálnou skúsenosťou k potvrdeniu diagnostického záveru Úzkosť zo smrti.*

Cíl 2:

- *Specifikovať, ktoré ošetrovateľské aktivity zo souboru NIC intervencie Duchovná podpora realizujú české sestry s rôznou profesionálnou skúsenosťou u pacienta s úzkosťou zo smrti.*

Cíl 3:

- *Zistiť, ktoré aktivity zo souboru NIC intervencie Duchovná podpora považujú sestry s rôznou profesionálnou skúsenosťou za implementovateľné v súčasnej ošetrovateľskej praxi v ČR.*

Teoretická hypotéza a jej operacionalizácia

Vzhľadom ke zvolenej problematike bola teoretická hypotéza formulovaná nasledovne: *Identifikácia diagnostických prvkov ošetrovateľskej diagnózy Úzkosť zo smrti a voľba aktivít duchovnej podpory súvisí s profesionálnou skúsenosťou sestry.*

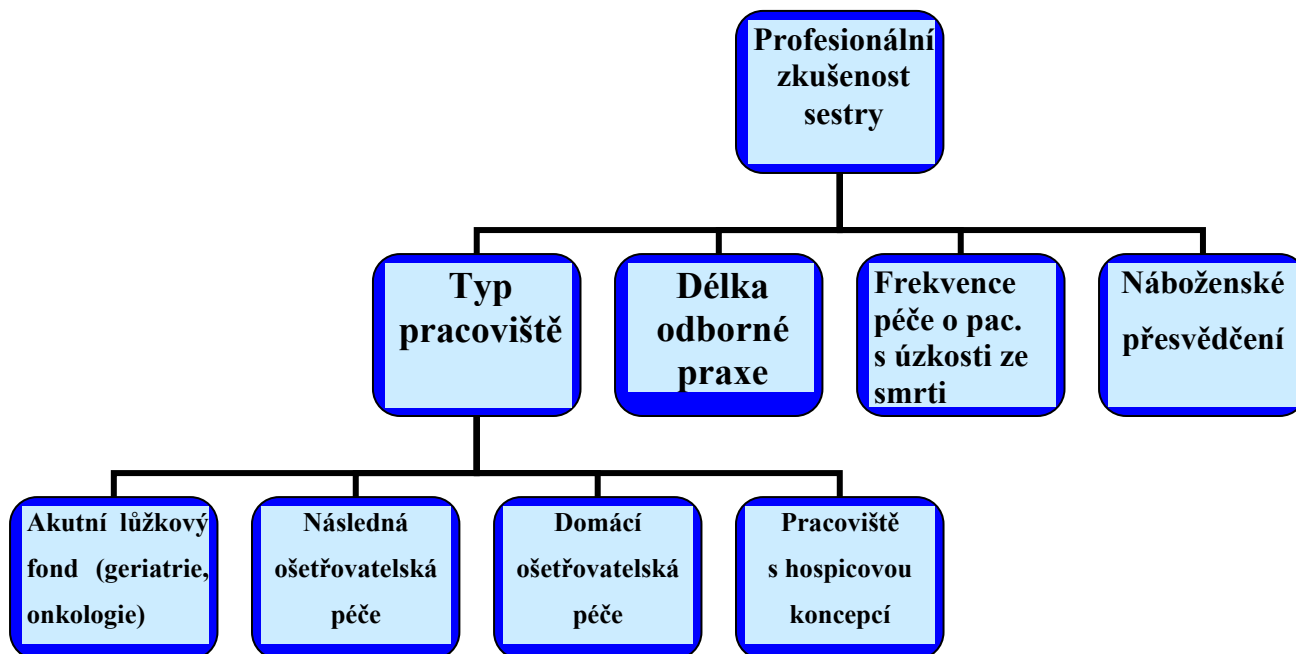
Operacionalizácia pojmu **diagnostické prvky** vychádza z odbornej literatúry z oblasti ošetrovateľskej vedy, ktorá s týmto pojmom pracuje a definuje jeho obsah (Marečková, 2006, s. 17). Pojem je operacionalizovaný na *konkrétne určujúce znaky a súvisiace faktory*, ktoré uvádza klasifikácia NANDA International 2012–2014 (Herdman, 2013, s. 373)

Pojem **duchovná podpora** je operacionalizovaný jednotlivými definovanými aktivitami existenciálnej a religioznej dimenzie NIC intervencie Duchovná podpora (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2012, s. 353).

Operacionalizácia pojmu **profesionálna skúsenosť sestry** vychádza z dřívějších výskumných štúdií (Payne, Dean, Kalus, 1998; Roman, Sorribes, Ezquerro, 2001; Parish et al., 2006). Pojem je pro potreby výskumného šetření v rámci disertační práce

operacionalizován na prvky: *pracoviště, odborná praxe, víra, frekvence péče o pacienta s úzkostí ze smrti*. Operacionalizaci graficky znázorňuje obr. 2.

Obr. 2 Diagram operacionalizace pojmu „Profesionální zkušenost“



Operacionalizace pojmů teoretické hypotézy je východiskem pro formulování výzkumných (operačních) hypotéz a zároveň se od ní odvíjí konstrukce jednotlivých položek výzkumného nástroje (Hubík, 2006, s. 23).

Výzkumné (operační hypotézy)

Operační hypotéza představuje výsledek transformace teoretické hypotézy do podoby výroku nižšího stupně obecnosti. Jejím cílem je tvorba východiska pro konstrukci konkrétního výzkumného nástroje (Hubík, 2006, s. 23).

Výzkumné (operační) hypotézy k cíli 1 (Identifikovat, které diagnostické prvky vedou české sestry s různou profesionální zkušeností k potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti):

- sestry z pracovišť s hospicovou koncepcí identifikují u pacienta častěji diagnostické prvky potvrzující diagnózu Úzkost ze smrti

- sestry s delší odbornou praxí identifikují u pacienta častěji diagnostické prvky potvrzující diagnózu Úzkost ze smrti
- sestry pečující častěji o pacienta s úzkostí ze smrti identifikují častěji diagnostické prvky potvrzující diagnózu Úzkost ze smrti

Výzkumné (operační) hypotézy k cíli 2 (*Specifikovat, které ošetrovatelské aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora realizují české sestry s různou profesionální zkušeností u pacienta s úzkostí ze smrti*):

- věřící sestry častěji volí religiózní aktivity NIC intervence Duchovní podpora
- sestry z pracovišť s hospicovou koncepcí častěji volí religiózní aktivity NIC intervence Duchovní podpora

Výzkumné (operační) hypotézy k cíli 3 (*Zjistit, které aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora považují české sestry s různou profesionální zkušeností za implementovatelné v současné ošetrovatelské praxi v ČR*):

- sestry s delší praxí považují implementaci aktivit NIC intervence Duchovní podpora za obtížně realizovatelnou
- sestry z pracovišť následné péče považují implementaci aktivit NIC intervence Duchovní podpora za obtížně realizovatelnou
- nevěřící sestry považují implementaci aktivit NIC intervence Duchovní podpora za obtížně realizovatelnou

Statistické hypotézy

Pro zjištění statisticky významných souvislostí mezi získanými daty byly definovány k jednotlivým dílčím cílům statistické hypotézy. Zabývají se vztahem mezi nezávisle proměnnými: *typ pracoviště, délka odborné praxe, frekvence péče o pacienta s úzkostí ze smrti, náboženská orientace* a závisle proměnnými: *identifikace diagnostických prvků, volba aktivit intervence Duchovní podpora, preferovaná aktivita, reálnost implementace intervence Duchovní podpora*.

- **Statistické hypotézy k cíli 1:**

H1₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*

H1_A – existuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*

H2₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *délkou odborné praxe a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*

H2_A – existuje signifikantní vztah mezi *délkou odborné praxe a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*

H3₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *skutečností, jak často se respondenti u pacienta setkávají s úzkostí ze smrti a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*

H3_A – existuje signifikantní vztah mezi *skutečností, jak často se respondenti u pacienta setkávají s úzkostí ze smrti a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*

- **Statistické hypotézy k cíli 2:**

H4₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště a realizovanými aktivitami ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

H4_A – existuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště a realizovanými aktivitami ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

H5₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *náboženským přesvědčením respondentů a realizovanými aktivitami ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

H5_A – existuje signifikantní vztah mezi *náboženským přesvědčením respondentů a realizovanými aktivitami ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

- **Statistické hypotézy k cíli 3:**

H6₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

H6_A – existuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

H7₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *délkou odborné praxe a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

H7_A – existuje signifikantní vztah mezi délkou odborné praxe a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora

H8₀ – neexistuje signifikantní vztah mezi *náboženským přesvědčením respondentů a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*

H8_A – existuje signifikantní vztah mezi náboženským přesvědčením respondentů a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora

2.2 Měřicí nástroj

Pro získání empirických dat byl použit ad hoc dotazník. Strukturovaný nestandardizovaný dotazník byl rozdělen do tří oddílů. Konstrukce jednotlivých položek měřicího nástroje vycházela z operacionalizace pojmů teoretické hypotézy.

- První oddíl obsahoval položky vztahující se k identifikaci diagnostických prvků, na základě kterých české sestry usuzují, že se u pacienta vyskytuje ošetrovatelský problém úzkost ze smrti.
- Druhý oddíl byl zaměřen na definované aktivity NIC intervence Duchovní podpora.
- Závěrečná část zjišťovala demografická data respondentů.

Do dotazníku byly zařazeny následující druhy položek (Žiaková a kol., 2009, s. 142–145):

open-ended questions – čtyři otevřené položky zjišťovaly, které diagnostické prvky vedou české sestry ke stanovení diagnostického závěru úzkost ze smrti, jejich subjektivní názor na nejdůležitější aktivity a problémy limitující je při realizaci aktivit duchovní podpory v současné praxi.

closed-ended questions – uzavřené položky tvořily 29 souborů. Každý soubor se skládal z jedné aktivity, která odpovídala definované aktivitě NIC intervence Duchovní podpora, a ze dvou konstatování s pětistupňovými Likertovými škálami.

- 1. „Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti“ (frekvence od stále po nikdy).
- 2. „Aktivitu považuji za implementovatelnou v české ošetrovatelské praxi“ (frekvence od ano po nevím).

Zařazení souboru aktivit NIC intervence Duchovní podpora do dotazníku vycházelo z výsledků focus group, jehož účastníci se shodli na důležitosti těchto aktivit pro pacienta trpícího v závěru života úzkostí ze smrti, a z doporučení zahraničních expertů na ošetrovatelské klasifikace (Mc Clocky, Bulechek, 2004, s. 805; Johnson et al., 2006, s. 135–137; Johnson et al., 2011, s. 86).

Předvýzkum

Cílem předvýzkumu bylo ověření srozumitelnosti a jednoznačnosti formulace položek a škálování dotazníku včetně provázanosti položek. Bylo osloveno 30 expertů (kritéria výběru: vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství, minimálně 5 let klinické praxe se zkušeností péče o terminálně nemocné). Na základě jejich připomínek byly provedeny drobné úpravy formulace některých položek.

2.3 Soubor respondentů

Výběr respondentů cílové populace byl definován následujícími kritérii: registrovaná všeobecná sestra pracující minimálně jeden rok v instituci, kde častěji pečují o dospělé terminálně nemocné. Byly zvoleny lůžkové hospice, oddělení onkologie/hematoonkologie, geriatric, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory a agentury domácí péče. Způsob stanovení velikosti výběrového souboru vycházel z doporučení Žiakové a kol, která odkazuje na dřívější autory (Žiaková, 2009, s. 119). Podle nich je při velikosti základního souboru do 50 000 doporučená velikost výběrového souboru 2,5 % (Červenka, 1975, s. 16; Ticháček, 1997, s. 39). Počet oslovených respondentů byl

proto stanoven na 750, což odpovídá orientačně 2,5 % populace registrovaných všeobecných sester pracujících u lůžka dle údajů ÚZIS ČR (UZIS, 2010b).

2.4 Sběr dat

Administrace dotazníků byla realizována prostřednictvím kontaktních osob, které formuláře distribuovali formou přímého kolektivního kontaktu (Žiaková a kol., 2009, s. 148). Vracení vyplněných dotazníků proběhlo prostřednictvím neosobního sběru do papírových boxů, které si vyzvedly z pracovišť kontaktní osoby, nebo byla možnost odeslat dotazníky Českou poštou. Kombinovaný způsob administrace dotazníků spojil pozitivní prvky přímé a nepřímé distribuce a umožnil vyšší motivaci respondentů a zvýšení počtu vyplněných dotazníků (Žiaková et al., 2009, s. 149).

Výzkumné šetření probíhalo od ledna do května 2011. Celkem bylo distribuováno 750 dotazníků do 34 zdravotnických a sociálních zařízení (lůžkové hospice, oddělení onkologie/hematoonkologie, oddělení geriatry, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory a agentury domácí péče).

Přehled o zastoupení jednotlivých typů zdravotnických pracovišť byl získán z údajů pro rok 2009, které ÚZIS publikoval v roce 2010 (UZIS, 2010a). Podle těchto údajů byly osloveny všechny lůžkové hospice, pracoviště s geriatrickým lůžkovým fondem a pracoviště komplexních onkologických center. Dále byly kontaktovány Agentury domácí péče, jejichž zaměstnanci se zúčastnili semináře „*Umírání v domácím prostředí*“ (Olomouc, 2009). Respondenti z léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory byli získáni prostřednictvím zástupců pracovišť, kteří se zúčastnili v roce 2009 mezinárodní konference *Důstojné umírání II*, kde byla problematika umírání v institucionálních podmínkách následné péče široce diskutována (Kisvetrová, 2009, s. 49–57).

Tato metoda výběru respondentů eliminovala riziko zkreslení výsledků způsobené skutečností, že by dotazníky vyplňovali respondenti pracovišť, kde s péčí o terminálně nemocné nemají zkušenosti.

Realizace výzkumu byla schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Někteří respondenti projevili v průběhu distribuce dotazníků obavy související s případným zveřejněním komentářů z konkrétních pracovišť. Respondentům bylo zaručeno, že publikované výsledky se budou vztahovat pouze celkově k jednotlivým typům pracoviště, anonymita konkrétních pracovišť bude zachována.

Zpracování a analýza empirických dat byla realizována v rámci projektu studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci, který byl řešen na Fakultě zdravotnických věd v roce 2012. (Název projektu: Využití NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora u pacientů s ošetrovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti (00147) v České republice; číslo projektu: FZV_2012_003)

2.5 Metody statistického zpracování

Pro statistickou analýzu získaných dat byla použita popisná statistika a pro statistické ověřování hypotéz neparametrické testy dle charakteru dat.

Z metod popisné statistiky byly využity míry centrální tendence a míry rozptýlenosti. Míry centrální tendence mají charakterizovat typickou hodnotu dat (Hendl, 2004, s. 93; Polit, Beck, 2008, s. 563). V disertační práci byl použit aritmetický průměr a medián. Aritmetický průměr byl zvolen u intervalových a poměrových proměnných. Medián představuje hodnotu, která dělí řadu podle velikosti seřazených výsledků na dvě stejně početné poloviny (Hendl, 2004 s. 94–95; Polit, Beck, 2008, s. 563). V disertační práci byl medián použit pro poměrové proměnné (věk, délka praxe). Míry rozptýlenosti zachycují velikost proměnlivosti dat. V disertační práci byla použita směrodatná odchylka, která měří rozptýlenost dat kolem aritmetického průměru dat. Dává tak větší váhu extrémnějším hodnotám než průměrná absolutní odchylka (Hendl, 2004, s. 96–97; Polit, Beck, 2008, s. 565–566).

Pro posouzení závislostí byl použit Pearsonův chí-kvadrát test (test dobré shody). V případě prokázané signifikantní závislosti ($p < 0,05$), byly následně jednotlivé kategorie porovnány po dvojicích. K tomuto porovnání byl použit chí-kvadrát test

s Bonferroniho korekcí signifikance, která při mnohonásobném porovnávání zajistí, aby chyba I. druhu nepřesáhla 5 %. Pro posouzení závislosti četnosti diagnostických prvků a délky praxe byl použit Mann-Whitney U test, což je neparametrický test používaný k testování rozdílu mezi dvěma nezávislými skupinami, na základě hodnocených skóre (Polit, Beck, 2008, s. 596). Pro posouzení závislosti mezi délkou praxe a názory respondentů byl použit neparametrický test Kruskal-Wallis. Ten se používá pokud nelze vycházet z předpokladu, že měření jsou normálně rozdělená (porovnává mediány mezi třemi a více nezávislými skupinami).

3 VÝSLEDKY

3.1 Pilotní studie

Pro realizaci pilotní studie byl zvolen interview v ohniskové skupině (focus group) s využitím tzv. snowball efektu (využití interakce členů skupiny během diskuze). Účastníky focus group bylo 15 všeobecných sester, absolventek semináře „*Umírání v domácím prostředí*“ (Olomouc, 2009). Cílem bylo zjistit, které aktivity považují sestry za významné při péči o pacienta s úzkostí ze smrti a ověřit tak validnost zařazení souboru aktivit NIC intervence Duchovní podpora do dotazníkového šetření. V závěru se všichni diskutující shodli *na důležitosti spirituálních intervencí*, které umožňují redukovat úzkost ze smrti u terminálně nemocných. Výsledek focus group potvrdil vhodnost použití aktivit intervence Duchovní podpora ošetrovatelské klasifikace NIC pro konstrukci dotazníku. Shrnutí přepisu výpovědí účastníků focus group uvádí v přehledu tab. 4.

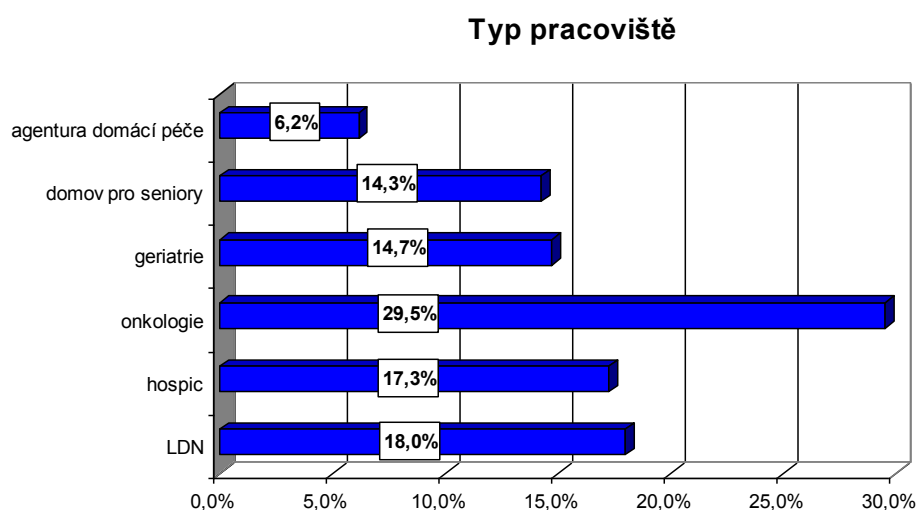
Tab. 4 Focus group - shrnutí

Shrnutí přepisu výpovědí účastníků focus group ve vztahu k definovaným aktivitám NIC intervence (Duchovní podpora)
NIC: Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět <ul style="list-style-type: none">Sestra musí mít pochopení pro víru a názory umírajícího a chápat projevy jeho nejistoty ... nejdůležitější je to, co je nejlepší pro umírajícího... Někdy si chce pacient jen s někým promluvit o svém pohledu na život, umírání, jestli je něco po smrti... nejedná se o konkrétní náboženství. Jen chce mluvit s někým, ke komu má důvěru a který už umírání jiných lidí zažil. A často je to právě sestra...
NIC: Být otevřený k vyjádření obav pacienta
NIC: Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti <ul style="list-style-type: none">Nemocný si někdy o duchovní pomoc sám bojí požádat, tak by se mu mělo pomoci, aby dokázal vyslovit to svoje přání... Umírající může mít strach z různých věcí, např. z utrpení při umírání, bolesti ...může se obávat rychlého zhoršení průběhu nemoci,... a sestra by měla být vnímavá a pozorná, aby si toho všimla, protože se to může často projevit jen v nějakých náznacích ...
NIC: Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení
NIC: Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta <ul style="list-style-type: none">Myslím si, že pro umírajícího je nejdůležitější, aby u něj někdo byl, držel ho za ruku a dal mu pocit, není sám, že jsme tu, když nás potřebuje...to přece také patří do duchovní oblasti, to není jen o modlení ... Umírající má často úzkost spojenou se strachem ze samoty, tak si myslím, že mu pomůže, když u něj sedím a poslouchám ho ... může mít strach ze závislosti na druhých, bezmocnosti nebo opuštěnosti ... Ani nemusím sama nic říkat, jen tam jsem a dávám mu najevo, že jsem tu pro něj a snažím se chápat jeho pocity ...
NIC: Jednat s pacientem důstojně a s respektem <ul style="list-style-type: none">Umírající potřebuje, aby se s ním jednalo důstojně až do konce života, i když je už úplně bezmocný. Je to také forma duchovní podpory ... Někdo má úzkost ze smrti spojenou právě se strachem ze ztráty důstojnosti třeba kvůli demenci ... Každý člověk má právo, aby se mu při péči projevoval respekt k jeho lidské důstojnosti, i když už je starý, nikoho nemá nebo pro svoje příbuzné nic neznamena ...
NIC: Modlit se s pacientem
NIC: Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje
NIC: Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí
NIC: Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program <ul style="list-style-type: none">Když je věřící, tak se s ním modlím. Snažím se do modlitby zapojit i rodinu, pokud tam je ... Když je pacient věřící a má zájem, tak ho odvezu na bohoslužbu do nemocniční kaple...Nabídnu mu, že mu pustím rádio, když je tam nějaký náboženský pořad ... Vidím, že ho to uklidňuje a potěší, tak to pro něj ráda udělám, i když sama do kostela nechodím ...
NIC: Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity <ul style="list-style-type: none">Někdy chce být umírající sám, aby měl klid pro svoji modlitbu ...V nemocnici je většinou dost obtížné zajistit pacientovi soukromí ... Pokud je to jen trochu možné, snažím se mu ten klid nějak zajistit ...
NIC: Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce <ul style="list-style-type: none">Nabídnu pacientovi většinou zajištění kněze a zprostředkování svátostí ... Někdy se rodina sama neodvážá požádat o kněze, má strach, že by to mohlo nemocného vylekat... Ale spíš má z té návštěvy kněze strach rodina než ten nemocný... Snažím se jim vysvětlit, že návštěva duchovního může pacienta naopak uklidnit, pomůže mu třeba vyrovnat se s nějakým problémem, který ho tíží ...

3.2 Demografické charakteristiky souboru respondentů

Návratnost dotazníkového šetření byla 62,4 % (n=468) z celkově distribuovaných 750 dotazníků, což potvrdilo předpoklad pozitivního vlivu kombinovaného způsobu administrace formulářů na motivaci respondentů k vyplnění dotazníku. Jak uvádí Žiaková et al. (2009, s. 148) při vysoké motivaci respondentů se pohybuje návratnost mezi 50–70 %. Proto lze považovat výsledek celkové návratnosti, s ohledem na zvolený vzorek populace, za dostatečný. Nejvyšší podíl respondentů (29,5 %) pracoval na oddělení typu onkologie/hematoonkologie. Nejmenší počet respondentů (6,2 %) byl z agentur domácí péče. Zastoupení jednotlivých typů pracovišť ukazuje obr. 3.

Obr. 3 Typ pracoviště



Průměrný věk respondentů byl 38,6 let (minimum - maximum: 19–67 let), medián věku byl 38 let. Nejmladší respondenti byli z agentury domácí péče (medián věku 30 let) a nejstarší respondenti byli z ošetrovatelských oddělení domovů pro seniory (medián věku 41 let). – viz tab. 5.

Tab. 5 Věk respondentů

Věk

Věk

Typ pracoviště	N	Minimum	Maximum	Medián	Průměr	měrodatná odchylka
LDN	84	21	65	40,0	40,3	11,3
hospic	81	22	67	38,0	38,7	11,0
onkologie	138	20	60	35,5	37,0	10,7
geriatrie	69	21	56	36,0	38,5	9,5
domov pro seniory	67	25	65	41,0	42,3	9,2
agentura domácí péče	29	19	56	30,0	32,7	9,1
Celkem	468	19	67	38,0	38,6	10,6

Nejpočetnější skupinou podle *nejvyššího dosaženého vzdělání* byli absolventi středních zdravotnických škol (SZŠ) – 58,7 %. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti s vysokoškolským vzděláním magisterského stupně – 3,0 %.

Co se týká *náboženského přesvědčení*, 42,7 % respondentů se označilo jako věřící a 57,3 % respondentů uvedlo, že se považuje za nevěřící.

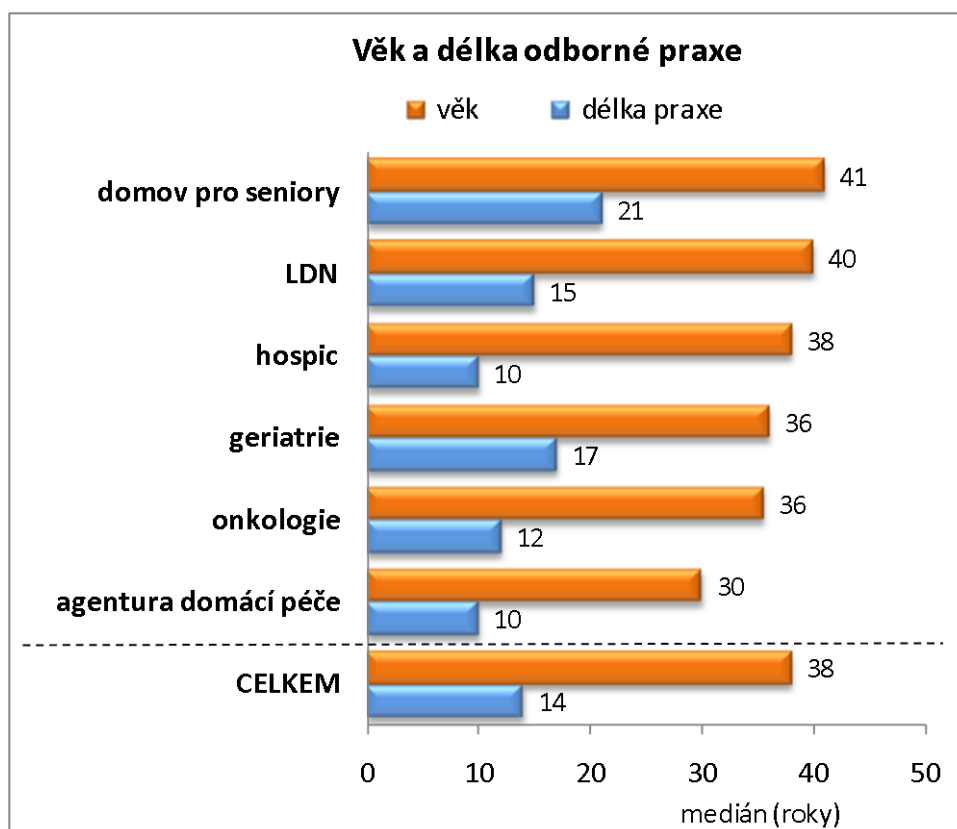
Průměrná *délka odborné praxe* respondentů byla 15,5 roku (minimum – maximum: 1 rok – 49 let), medián délky praxe byl 14 let. Nejdelší praxi měli respondenti z domovů pro seniory (medián délky praxe 21 let), nejkratší praxi měli respondenti z hospiců a agentur domácí péče (medián délky praxe 10 let), viz tab. 6. Srovnání věku a délky praxe na jednotlivých pracovištích uvádí obr. 4. Přehled věku, délky praxe a náboženského přesvědčení respondentů uvádí v souhrnu tab. 7.

Tab. 6 Délka odborné praxe

Délka odborné praxe

Typ pracoviště	N	Minimum	Maximum	Medián	Průměr	měrodatná odchylka
LDN	84	1	46	15,0	17,0	11,8
hospic	81	1	49	10,0	12,6	10,1
onkologie	138	1	38	12,0	13,2	10,1
geriatrie	69	1	35	17,0	17,0	9,5
domov pro seniory	67	2	45	21,0	21,7	9,4
agentura domácí péče	29	1	32	10,0	12,1	8,9
Celkem	468	1	49	14,0	15,5	10,6

Obr. 4 Srovnání věku a délky praxe respondentů



Tab. 7 Demografické charakteristiky

	N; (%)	<i>věk</i>	<i>praxe</i>	<i>víra</i>
		průměr; SD	median; SD	věřící nevěřící
LDN	84 (18,0%)	40,3; 11,3	15,0; 11,8	41,7 % 58,3 %
Hospice	81 (17,3%)	38,7; 11,0	10,0; 10,1	46,9 % 53,1 %
Onkologie / hematoonkologie	138 (29,5%)	37,0; 10,7	12,0; 10,1	37,7 % 62,3 %
geriatrie	69 (14,7%)	38,5; 9,5	17,0; 9,5	40,6 % 59,4 %
Domovy pro seniory	67 (14,3%)	42,3; 9,2	21,0; 9,4	53,7 % 49,3 %
ADP	29 (6,2%)	32,7; 9,1	10,0; 8,9	37,9 % 62,1 %
celkem	468 (100%)	38,6; 10,6	14,0; 10,6	42,7 % 57,3 %

Pro přehlednost je interpretace výsledků analyzovaných dat prezentována ve vztahu k jednotlivým stanoveným cílům výzkumu.

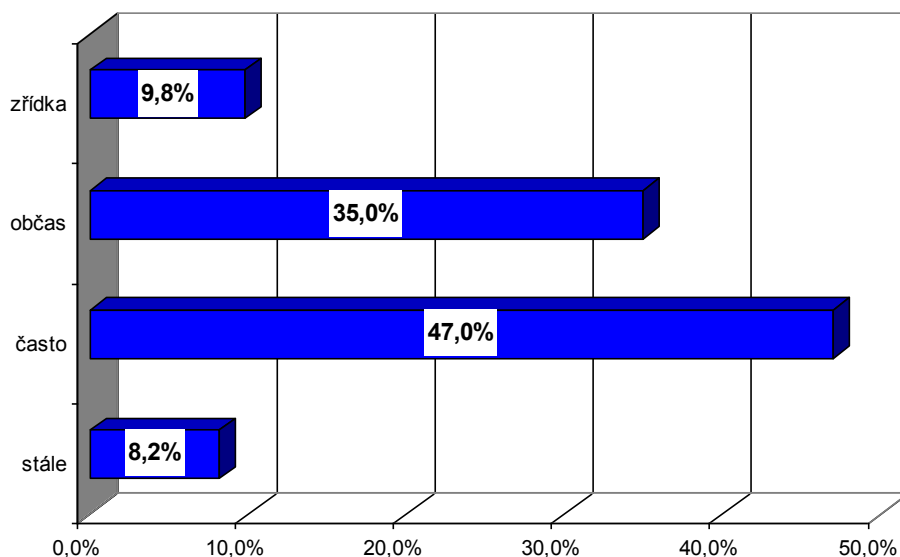
3.3 Výsledky k cíli 1

Výsledky k cíli 1 (*Identifikovat, které diagnostické prvky vedou české sestry s různou profesionální zkušeností k potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti*) byly získány zpracováním dat z prvního oddílu dotazníkového šetření. Ten se vztahoval k diagnostickým prvkům ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti a její využívání v ošetrovatelských plánech pacientů.

Zkušenost s pacientem trpícím úzkostí ze smrti

S úzkostí ze smrti se u pacientů setkává „*stále*“ 8,2 % respondentů. Nejčastěji byla uváděna varianta „*často*“, a to 47,0 % respondentů. U dotazu nebyl definován časový horizont. Přehled zastoupení jednotlivých kategorií (od nikdy po stále) uvádí obr. 5.

Obr. 5 Zkušenost s pacientem trpícím úzkostí ze smrti



Využívání ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti v ošetřovatelských plánech pacientů

32,9 % respondentů deklarovalo, že ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti uvádí v ošetřovatelských plánech pacientů. Nejvyšší frekvence této diagnózy (74,1 %) byla uvedena respondenty z lůžkových hospiců. Naopak nejméně byla využívána respondenty z agentur domácí péče (6,9 %). Přehled využívání ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti v jednotlivých typech pracovišť uvádí tab. 8.

Tab. 8 Kontingenční tabulka Využívání oš dg Úzkost ze smrti (00147)

Kontingenční tabulka

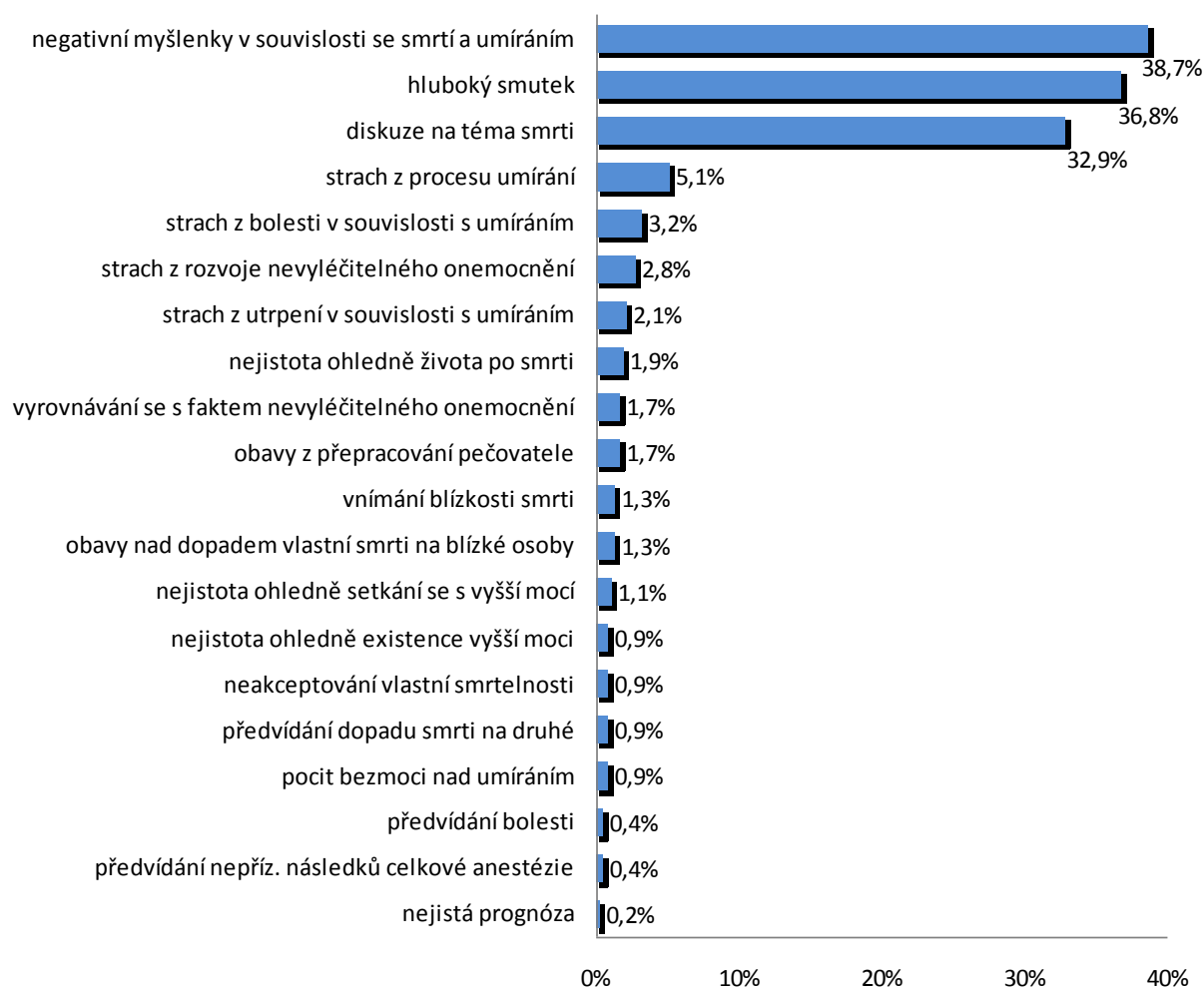
			Oš. dg. 00147 využívám v oš. plánech		Celkem
			ano	ne	
Typ pracoviště	LDN	Četnost %	23 27,4%	61 72,6%	84 100,0%
	hospic	Četnost %	60 74,1%	21 25,9%	81 100,0%
	onkologie	Četnost %	44 31,9%	94 68,1%	138 100,0%
	geriatrie	Četnost %	12 17,4%	57 82,6%	69 100,0%
	domov pro seniory	Četnost %	13 19,4%	54 80,6%	67 100,0%
	agentura domácí péče	Četnost %	2 6,9%	27 93,1%	29 100,0%
	Celkem	Četnost %	154 32,9%	314 67,1%	468 100,0%

Diagnostické prvky vedoucí k potvrzení ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti

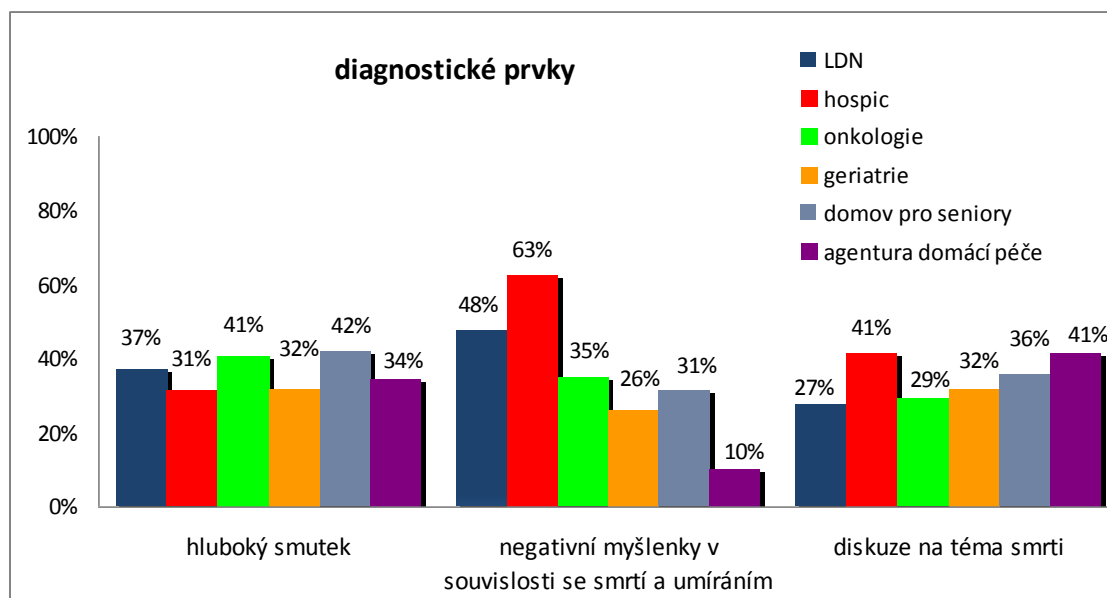
V rámci otevřené otázky respondenti popisovali na základě jakých signálů se domnívají, že pacient trpí úzkostí ze smrti. 12,6 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Odpovědi ostatních respondentů byly sumarizovány a kategorizovány podle definovaných určujících znaků a souvisejících faktorů ošetřovatelské diagnózy

Úzkost ze smrti a následně statisticky zpracovány. Nejčastěji se vyskytující kategorií byl určující znak „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“, který uvedlo 38,7 % respondentů. Další kategorií s vyšší četností výskytu byl určující znak „*uvádí hluboký smutek*“ (36,8 %). Třetí nejčastěji se vyskytující kategorií byl související faktor „*diskuze na téma smrti*“ (32,9 %). Četnost výskytu ostatních diagnostických prvků byla nižší než 6 %. Přehled frekvence výskytu diagnostických prvků prezentuje obr. 6. Zastoupení tří nejčastěji se vyskytujících diagnostických prvků podle typu pracoviště prezentuje obr. 7.

Obr. 6 Výskyt diagnostických prvků oš. diagnózy Úzkost ze smrti



Obr. 7 Zastoupení diagnostických prvků podle pracovišť



19,0 % respondentů uvedlo ještě další signály, které nejsou zahrnuty do diagnostických prvků ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti v klasifikaci NANDA International. Na základě obsahové analýzy byly sloučeny do kategorie „*strach ze samoty*“ (pacient nechce být sám; chce nechat otevřené dveře u pokoje; stále se dožaduje přítomnosti sestry ...). 57,3 % respondentů, kteří tento signál uvedli, byli z pracovišť s převahou pacientů seniorského věku (domov pro seniory, geriatrie, LDN).

Posouzení výskytu diagnostických prvků v závislosti na typu pracoviště, délce odborné praxe a na skutečnosti, jak často se respondenti setkávají s pacientem trpícím úzkostí ze smrti

Identifikované diagnostické prvky taxonomie NANDA International vedoucí k potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti byly následně porovnány *v závislosti na typu pracoviště, délce odborné praxe sester a frekvenci, se kterou se na pracovišti setkávají s pacientem trpícím úzkostí ze smrti.* (statistické výpočty jsou v příloze I). Pro posouzení těchto závislostí byly vybrány diagnostické prvky s četností výskytu vyšší než 30 %; tedy určující znaky „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“ (38,7 %), „*uvádí hluboký smutek*“ (36,8 %) a související faktor

„diskuze na téma smrti“ (32,9 %). Hranice 30 % byla stanovena na základě eyeball testu.

Závislost mezi četností výskytu vybraných diagnostických prvků a typem pracoviště, respektive zkušeností sester s pacienty trpícími úzkostí ze smrti, byla posouzena pomocí chí-kvadrát testu. V případě, že byla prokázána signifikantní závislost ($p < 0,05$), byly následně porovnány jednotlivé typy pracovišť po dvojicích. K porovnání byl použit chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance, která při mnohonásobném porovnávání zajistí, aby chyba I. druhu nepřesáhla 5 %.

Závislost mezi četností výskytu vybraných diagnostických prvků a délkou praxe byla posouzena pomocí testu Mann-Whitney. V tab. 9 jsou uvedeny hodnoty signifikance (p) jednotlivých testů. Hodnoty signifikance $p < 0,05$ vypovídají o statisticky významné závislosti.

Tab. 9 Závislost výskytu diagnostického prvku

Diagnostický prvek	Typ pracoviště p	Délka praxe p	Zkušenost s pacienty trpícími úzkostí ze smrti p
Uvádí hluboký smutek	0,612	0,559	0,175
Uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním	< 0,0001	0,786	0,002
Diskuze na téma smrti	0,346	0,628	0,383

Signifikantní závislost byla prokázána mezi četností výskytu diagnostického prvku „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“ a typem pracoviště, a dále mezi četností výskytu tohoto diagnostického prvku a závislostí na skutečnosti jak často se respondenti u pacientů setkávají s úzkostí ze smrti. Následně byla porovnána pomocí chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance četnosti výskytu diagnostického prvku „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“ v závislosti na typu pracoviště. Výsledky jsou uvedeny v tab. 10.

Tab. 10 Závislost mezi typem pracoviště a diagnostickým prvkem

Typ pracoviště	„negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ p
LDN/hospic	0,714
LDN/onkologie	0,869
LDN/geriatrie	0,095
LDN/ DpS	0,643
LDN/ADP	0,005
Hospic/onkologie	0,001
Hospic/geriatrie	0,0001
Hospic/DpS	0,002
Hospic/ADP	<0,0001
Onkologie/geriatrie	1,000
Onkologie/DpS	1,000
Onkologie/ADP	1,000
Geriatrie/DpS	1,000
Geriatrie/ADP	1,000
DpS/ADP	0,437

Porovnání četnosti výskytu diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ v závislosti na **skutečnosti jak často se respondenti u pacientů setkávají s úzkostí ze smrti** (výsledky chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance). Hodnoty signifikance $p < 0,05$ jsou v tab. 11 vyznačeny tučně.

Tab. 11 Zkušenost s pacienty trpícími úzkostí ze smrti a určený dg. znak

Zkušenost s pacienty trpícími úzkostí ze smrti	„uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ p
Stále/často	1,000
Stále/občas	0,246
Stále/zřídka	0,004
Často/občas	0,472
Často/zřídka	0,006
Občas/zřídka	0,146

3.3.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 1

U diagnostických prvků „uvádí hluboký smutek“ a „diskuze na téma smrti“ nebyla prokázána signifikantní závislost mezi četností výskytu diagnostického prvku a typem

pracoviště, respektive délkou praxe, respektive skutečností, jak často se respondenti u pacientů setkávají s úzkostí ze smrti.

U diagnostického prvku „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“ byla zjištěna signifikantní závislost mezi četností výskytu a typem pracoviště ($p < 0,0001$), resp. skutečností jak často se respondenti u pacientů setkávají s úzkostí ze smrti ($p = 0,002$). Signifikantně **vyšší četnost výskytu** tohoto diagnostického prvku byla **prokázána v hospici ve srovnání s onkologií, geriatrií, domovem pro seniory a ADP** (hodnoty $p = 0,001$; $p = 0,0001$; $p = 0,002$; $p < 0,0001$). Četnost výskytu diagnostického prvku v hospici a v LDN se nelišila statisticky významně ($p = 0,714$). Signifikantně vyšší četnost výskytu tohoto diagnostického prvku byla dále prokázána v **LDN ve srovnání s ADP** ($p = 0,005$). U tohoto diagnostického prvku byla dále prokázána signifikantně **vyšší četnost výskytu v situaci, kdy se respondenti s úzkostí ze smrti u pacientů setkávají „stále“, resp. „často“** ve srovnání se situací, kdy se s úzkostí ze smrti u pacientů setkávají „*zřídka*“ ($p = 0,004$, resp. $p = 0,006$).

3.3.2 Ověření hypotéz k cíli 1

Lze konstatovat, že **hypotéza H1₀** – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi typem pracoviště a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*“ **byla zamítnuta pro diagnostický prvek „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umírání“** ($p < 0,0001$). Pro ostatní diagnostické prvky nelze hypotézu zamítnout, protože nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a identifikovaným diagnostickým prvkem (hodnoty signifikance $p > 0,05$).

Hypotézu H2₀ – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi délkou odborné praxe a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*“ **nelze zamítnout pro všechny diagnostické prvky**. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi délkou odborné praxe a identifikovaným diagnostickým prvkem (hodnoty signifikance $p > 0,05$).

Hypotéza H3₀ – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi skutečností, jak často se respondenti u pacienta setkávají s úzkostí ze smrti a identifikovanými diagnostickými prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*“ **byla zamítnuta pro diagnostický prvek „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“** ($p < 0,002$). Pro ostatní diagnostické prvky nelze hypotézu zamítnout, protože nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi frekvencí péče o pacienta s úzkostí ze smrti a identifikovaným diagnostickým prvkem (hodnoty signifikance $p > 0,05$).

3.4 Výsledky k cíli 2

Výsledky k cíli 2 (*Specifikovat, které ošetrovatelské aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora realizují české sestry s různou profesionální zkušeností u pacienta s úzkostí ze smrti*) byly získány zpracováním dat druhého oddílu dotazníku. Jednalo se o položky zaměřené na výpovědi respondentů ohledně využívání ošetrovatelských aktivit odpovídajících definovaným aktivitám NIC intervence „Duchovní podpora“.

Využívání jednotlivých ošetrovatelských aktivit

Respondenti hodnotili na pětistupňové Likertově škále (rozmezí od vždy po nikdy) jak využívají ošetrovatelské aktivity, které odpovídaly definovaným aktivitám NIC intervence Duchovní podpora.

Data byla porovnána ve vztahu k typu pracoviště a náboženskému přesvědčení sester (statistické výpočty jsou v příloze na CD). Průměrnou hodnotu škály a pořadí jednotlivých aktivit uvádí v souhrnném přehledu tab. 12.

Tab. 12 Využívání ošetřovatelských aktivit

Ošetřovatelská aktivita	Průměr škály	pořadí
Jednat s pacientem důstojně a s respektem	1,23	1
Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	1,68	2
Být schopný naslouchat pocitům pacienta	1,73	3
Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti	1,85	4
Být otevřený k vyjádření obav pacienta	1,87	5
Projevit vcítění se do pocitů pacienta	1,89	6
Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	2,041	7
Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje	2,045	8
Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	2,08	9
Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta	2,14	10
Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi	2,23	11
Použít terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči	2,35	12
Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu	2,46	13
Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů	2,57	14
Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek	2,63	15
Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta	2,81	16
Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí	2,82	17
Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu	2,84	18
Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program	2,95	19
Využít nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné	2,970	20
Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta	2,974	21
Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů	3,16	22
Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách	3,28	23
Sdílet vlastní názory na význam a smysl, je-li to vhodné	3,34	24
Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět	3,436	25
Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné	3,44	26
Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné	3,62	27
Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ	3,68	28
Modlit se s pacientem	4,05	29

Využívání aktivit při péči o pacienta s úzkostí ze smrti v závislosti na typu pracoviště a náboženském přesvědčení

Původní škála odpovědí na otázky týkající se využívání uvedených aktivit byla zhrubena na ordinální škálu se třemi kategoriemi: „vždy/často“, „občas/výjimečně“ a „nikdy“. Každé aktivitě byl pro větší přehlednost prezentace výsledků výpočtů přidělen kód (B1 až B29). Závislost mezi typem pracoviště a využíváním aktivit, resp. náboženským přesvědčením sester, byla posouzena pomocí chí-kvadrát testu. V případě, že byla prokázána signifikantní závislost mezi typem pracoviště a využíváním konkrétní aktivity, byly následně porovnány jednotlivé typy pracovišť po dvojicích. K porovnání byl použit chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance a analýza adjustovaných reziduí.

Hodnoty signifikance $p < 0,05$ (v tab. 13 vyznačeny tučně) vypovídají o možné statisticky významné závislosti a byly následně podrobeny další analýze.

Tab. 13 Využívání aktivit v závislosti na typu pracoviště a víře

<i>kód</i>	<i>aktivita</i>	<i>pracoviště p</i>	<i>víra p</i>
B1	Použít terapeut. prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči	0,041	0,151
B2	Využít nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné	0,341	0,200
B3	Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu	< 0,0001	0,115
B4	Jednat s pacientem důstojně a s respektem	0,626	0,893
B5	Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek	0,043	0,459
B6	Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi	0,0002	0,791
B7	Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	< 0,0001	0,952
B8	Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách	0,0001	0,247
B9	Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ	0,061	0,388
B10	Sdílet vlastní názor na význam a smysl, je-li to vhodné	0,009	0,093
B11	Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné	0,001	0,001
B12	Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět	< 0,0001	0,222
B13	Být otevřený k vyjádření obav pacienta	0,015	0,637
B14	Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	< 0,0001	0,550
B15	Modlit se s pacientem	< 0,0001	< 0,0001
B16	Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program	< 0,0001	0,748
B17	Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta	0,073	0,452
B18	Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje	< 0,0001	0,829
B19	Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí	< 0,0001	0,031
B20	Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta	< 0,0001	0,162
B21	Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta	< 0,0001	0,310
B22	Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné	< 0,0001	0,661
B23	Být schopný naslouchat pocitům pacienta	0,042	0,007
B24	Projevit vcítění se do pocitů pacienta	0,273	0,291
B25	Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů	< 0,0001	0,248
B26	Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů	0,002	0,057
B27	Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	0,059	0,353
B28	Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti	0,610	0,009
B29	Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu	0,003	0,114

Porovnání odpovědí respondentů v závislosti na **typu pracoviště** - výsledky chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance prezentují tab. 14 až 16.

Tab. 14 Odpovědi respondentů v závislosti na typu pracoviště

pracoviště*	B1	B3	B5	B6	B7	B8	B10	B11	B12
1 vs. 2	0,450	0,0001	1,000	0,018	<0,0001	0,002	0,002	0,068	0,0002
1 vs.3	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,159	0,159	1,000	0,072
1 vs.4	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,824
1 vs.5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,509	<0,0001
1 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,887	1,000
2 vs.3	1,000	<0,0001	0,096	0,013	<0,0001	0,586	0,586	1,000	0,009
2 vs.4	0,833	<0,0001	0,149	0,0001	<0,0001	0,006	0,006	0,009	0,0001
2 vs.5	1,000	0,0001	0,343	0,001	0,002	0,046	0,046	0,002	<0,0001
2 vs.6	0,272	<0,0001	0,494	0,0003	<0,0001	0,099	0,099	1,000	0,908
3 vs.4	1,000	0,395	1,000	0,525	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
3 vs.5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,685	0,685	0,322	0,091
3 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
4 vs.5	0,314	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,875
4 vs.6	0,112	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
5 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	0,311	1,000	1,000	1,000	0,234

*1 = LDN, 2 = hospic, 3 = onkologie, 4 = geriatric, 5 = domov pro seniory, 6 = ADP

Tab. 15 Odpovědi respondentů v závislosti na typu pracoviště – pokračování I

pracoviště*	B13	B14	B15	B16	B18	B19	B20	B21
1 vs. 2	0,028	0,0002	0,0001	<0,0001	0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
1 vs.3	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.4	1,000	1,000	1,000	0,757	1,000	1,000	0,116	0,608
1 vs.5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.6	1,000	0,084	1,000	1,000	0,0004	1,000	0,285	1,000
2 vs.3	0,005	0,0001	0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
2 vs.4	1,000	0,002	<0,0001	0,0001	0,0006	0,0000	0,059	<0,0001
2 vs.5	0,006	<0,0001	0,0006	<0,0001	0,009	0,002	0,008	<0,0001
2 vs.6	0,077	<0,0001	0,0005	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
3 vs.4	1,000	1,000	0,569	0,063	1,000	0,463	0,795	0,778
3 vs.5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
3 vs.6	1,000	0,018	1,000	0,268	0,001	1,000	0,239	0,105
4 vs.5	1,000	1,000	1,000	0,108	1,000	0,310	1,000	1,000
4 vs.6	1,000	0,071	1,000	0,140	0,0002	1,000	0,010	0,006
5 vs.6	1,000	0,272	1,000	1,000	<0,0001	0,637	0,077	0,131

*1 = LDN, 2 = hospic, 3 = onkologie, 4 = geriatric, 5 = domov pro seniory, 6 = ADP

Tab. 16 Odpovědi respondentů v závislosti na typu pracoviště – pokračování II

pracoviště*	B22	B23	B25	B26	B29
1 vs. 2	< 0,0001	0,103	0,0003	0,293	1,000
1 vs.3	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.4	0,074	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.5	1,000	1,000	1,000	1,000	0,749
1 vs.6	1,000	1,000	0,024	1,000	0,022
2 vs.3	0,0001	0,031	< 0,0001	0,575	1,000
2 vs.4	< 0,0001	0,006	0,453	0,093	1,000
2 vs.5	< 0,0001	0,226	0,066	1,000	0,205
2 vs.6	0,002	0,017	< 0,0001	0,008	0,005
3 vs.4	0,005	1,000	0,003	1,000	1,000
3 vs.5	1,000	1,000	0,230	1,000	0,329
3 vs.6	1,000	1,000	0,949	0,200	0,010
4 vs.5	0,871	1,000	1,000	1,000	1,000
4 vs.6	1,000	1,000	< 0,0001	0,308	0,076
5 vs.6	1,000	1,000	0,009	0,132	1,000

*1 = LDN, 2 = hospice, 3 = onkologie, 4 = geriatry, 5 = domov pro seniory, 6 = ADP

Výsledky porovnání vlivu typu pracoviště na využívání jednotlivých aktivit

Aktivita B3 „Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (74,1 % vs. 35,7 %, 35,5 %, 31,9 %, 34,3 %, resp. 20,7 %).

Aktivita B6 „Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (88,9 % vs. 65,5 %, 66,7 %, 52,2 %, 58,2 %, resp. 48,3 %).

Aktivita B7 „Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (96,3 % vs. 59,5 %, 62,3 %, 62,3 %, 71,6 %, resp. 48,3 %).

Aktivita B8 „*Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, geriatricie a domova pro seniory (50,6 % vs. 23,8 %, 20,3 %, 29,9 %).

Aktivita B10 „*Sdílet vlastní názor na význam a smysl, je-li to vhodné*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, geriatricie a domova pro seniory (34,6 % vs. 22,6 %, 10,1 %, 13,4 %).

Aktivita B11 „*Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z geriatricie a domova pro seniory (33,3 % vs. 10,1 %, 7,5 %).

Aktivita B12 „*Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírácích a pohledech na svět*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatricie, resp. domova pro seniory (40,7 % vs. 23,8 %, 19,6 %, 11,6 %, resp. 3,0 %). Signifikantně více respondentů z LDN využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (23,8 % vs. 3,0 %).

Aktivita B13 „*Být otevřený k vyjádření obav pacienta*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, resp. domova pro seniory (92,6 % vs. 71,4 %, 69,6 %, resp. 67,2 %).

Aktivita B14 „*Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatricie, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (95,1 % vs. 65,5 %, 65,9 %, 69,6 %, 59,7 %, resp. 34,5 %). Signifikantně více respondentů z onkologie využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z agentury domácí péče (65,9 % vs. 34,5 %).

Aktivita B15 „*Modlit se s pacientem*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (38,3 % vs. 9,5 %, 14,5 %, 2,9 %, 7,5 %, resp. 3,4 %).

Aktivita B16 „*Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (70,4 % vs. 28,6 %, 36,2 %, 30,4 %, 29,9 %, resp. 10,3 %).

Aktivita B18 „*Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (96,3 % vs. 66,7 %, 60,1 %, 69,6 %, 74,6 %, resp. 17,2 %).
Signifikantně více respondentů z LDN, onkologie, geriatry a domova pro seniory využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z agentury domácí péče (66,7 %, 60,1 %, 69,6 %, 74,6 % vs. 17,2 %).

Aktivita B19 „*Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (76,5 % vs. 35,7 %, 35,5 %, 26,1 %, 47,8 %, resp. 20,7 %).

Aktivita B20 „*Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (70,4 % vs. 31,0 %, 33,3 %, 38,8 %, resp. 6,9 %).

Aktivita B21 „*Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta*“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatry, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (81,5 % vs. 29,8 %, 40,6 %, 40,6 %, 34,3 %, resp. 10,3 %).

Signifikantně více respondentů z geriatry využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z agentury domácí péče (40,6 % vs. 10,3 %).

Aktivita B22 „Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, geriatric, domova pro seniory, resp. agentury domácí péče (51,9 % vs. 13,1 %, 21,0 %, 2,9 %, 11,9 %, resp. 6,9 %). Signifikantně více respondentů z onkologie využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z geriatric (21,0 % vs. 2,9 %).

Aktivita B23 „Být schopný naslouchat pocitům pacienta“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z onkologie, geriatric, resp. agentury domácí péče (96,3 % vs. 79,7 %, 76,8 %, resp. 75,9 %).

Aktivita B25 „Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologie, resp. agentury domácí péče (80,2 % vs. 45,2 %, 34,1 %, resp. 13,8 %). Signifikantně více respondentů z LDN, geriatric a domova pro seniory využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z agentury domácí péče (45,2 %, 62,3 %, 55,2 % vs. 13,8 %). Signifikantně více respondentů z geriatric využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z onkologie (62,3 % vs. 34,1 %).

Aktivita B26 „Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů“

Signifikantně více respondentů z *hospice* využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z agentury domácí péče (46,9 % vs. 6,9 %).

Aktivita B29 „Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu“

Signifikantně více respondentů z LDN, *hospice* a onkologie využívá tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z agentury domácí péče (59,5 %, 64,2 %, 59,4 % vs. 20,7 %).

Aktivity, které využívaly „vždy/často“ respondenti z hospiců signifikantně častěji než na všech ostatních pracovištích, uvádí v přehledu tabulka č. 17.

Tab. 17 Aktivity využívané vždy/často respondenty z hospiců

<i>Aktivita</i>	<i>Hospic/ LDN</i>	<i>Hospic/ onkologie</i>	<i>Hospic/ geriatrie</i>	<i>Hospic/ DpS</i>	<i>Hospic/ ADP</i>
Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duch. sílu a podporu	0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0001	<0,0001
Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi	0,018	0,013	0,0001	0,001	0,0003
Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,002	<0,0001
Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	0,0002	0,0001	0,002	<0,0001	<0,0001
Modlit se s pacientem	0,0001	0,0001	<0,0001	0,0006	0,0005
Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program	<0,0001	<0,0001	0,0001	<0,0001	<0,0001
Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje	0,0001	<0,0001	0,0006	0,009	<0,0001
Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí	<0,0001	<0,0001	0,0000	0,002	<0,0001
Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Použití techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pac. vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné	<0,0001	0,0001	<0,0001	<0,0001	0,002

Vliv náboženského přesvědčení na využívání jednotlivých aktivit

Tab. 18 udává (pro každou aktivitu, jejíž využívání je signifikantně ovlivněno náboženským přesvědčením, jak ukazuje tab. 13) přehled o procentuálním podílu respondentů podle jejich odpovědí.

Tab. 18 Využívání aktivity v souvislosti s náboženským přesvědčením

Využívání aktivity	Věřící	Nevěřící
B11 „Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné“ „vždy/často“ „občas/výjimečně“ „nikdy“	25,5 % 60,5 % 14,0 %	16,0 % 57,1 % 26,9 %
B15 „Modlit se s pacientem“ „vždy/často“ „občas/výjimečně“ „nikdy“	16,5 % 46,0 % 37,5 %	12,7 % 22,8 % 64,6 %
B19 „Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí“ „vždy/často“ „občas/výjimečně“ „nikdy“	49,0 % 42,0 % 9,0 %	36,9 % 50,7 % 12,3 %
B23 „Být schopný naslouchat pocitům pacienta“ „vždy/často“ „občas/výjimečně“ „nikdy“	79,5 % 20,5 % 0 %	84,7 % 12,7 % 2,6 %
B28 „Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti“ „vždy/často“ „občas/výjimečně“ „nikdy“	73,5 % 24,5 % 2,0 %	84,3 % 13,4 % 2,2 %

Výsledky porovnání náboženského přesvědčení a využívání jednotlivých aktivit

Aktivita B11 „Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné“

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli „vždy/často“ na otázku týkající se využívání této aktivity při péči o pacienta s úzkostí ze smrti (25,5 % vs. 16,0 %) a signifikantně méně často odpověděli „nikdy“ (14,0 % vs. 26,9 %).

Aktivita B15 „Modlit se s pacientem“

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli „občas/výjimečně“ na otázku týkající se využívání této aktivity při péči o pacienta s úzkostí ze smrti (46,0 % vs. 22,8 %) a signifikantně méně často odpověděli „nikdy“ (37,5 % vs. 64,6 %).

Aktivita B19 „*Povzbuzovat k využívání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí*“

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli „vždy/často“ na otázku týkající se využívání této aktivity (49,0 % vs. 36,9 %).

Aktivita B23 „*Být schopný naslouchat pocitům pacienta*“

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli „občas/výjimečně“ na otázku týkající se využívání této aktivity (20,5 % vs. 12,7 %) a signifikantně méně často odpověděli „nikdy“ (0 % vs. 2,6 %).

Aktivita B28 „*Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti*“

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli „občas/výjimečně“ na otázku týkající se využívání této aktivity při péči o pacienta s úzkostí ze smrti (24,5 % vs. 13,4 %) a signifikantně méně často odpověděli „vždy/často“ (73,5 % vs. 84,3 %).

Aktivita intervence *Duchovní podpora*, které respondenti považovali za nejdůležitější při péči o pacienta trpícího úzkostí ze smrti

V rámci volně odpovědi měli respondenti možnost uvést aktivity duchovní podpory, které považují za nejdůležitější při péči o pacienta trpícího úzkostí ze smrti. Za nejdůležitější aktivity respondenti označili *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* (37,6 %) a *Být schopný naslouchat pocitům pacienta* (32,3 %). Jednotlivé aktivity seřazené podle preferencí respondentů uvádí tab. 19. Ve sloupci „počet“ a „procento“ je uveden počet a procento respondentů, kteří danou aktivitu zařadili mezi nejdůležitější (respondenti měli možnost uvést více aktivit).

Tab. 19 Preferované aktivity NIC intervence Duchovní podpora

	AKTIVITA	POČET	% N=468)	POŘADÍ
B4	Jednat s pacientem důstojně a s respektem	176	37,6	1
B23	Být schopný naslouchat pocitům pacienta	151	32,3	2
B27	Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	118	25,2	3
B13	Být otevřený k vyjádření obav pacienta	106	22,6	4
B24	Projevit vcítění se do pocitů pacienta	106	22,6	5
B7	Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	98	20,9	6
B14	Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	84	17,9	7
B28	Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti	80	17,1	8
B6	Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi	69	14,7	9
B17	Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta	57	12,2	10
B1	Použít terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči	46	9,8	11
B18	Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje	37	7,9	12
B5	Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek	35	7,5	13
B21	Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta	26	5,6	14
B29	Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu	24	5,1	15
B25	Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů	20	4,3	17
B3	Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu	20	4,3	16
B16	Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program	16	3,4	18
B2	Využít nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné	14	3,0	19
B8	Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách	11	2,4	20
B12	Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírácích a pohledech na svět	10	2,1	21
B9	Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ	8	1,7	22
B15	Modlit se s pacientem	7	1,5	23
B20	Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta	7	1,5	24
B26	Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů	7	1,5	25
B10	Sdílet vlastní názor na význam a smysl, je-li to vhodné	3	0,6	26
B11	Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné	3	0,6	27
B19	Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí	2	0,4	28
B22	Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné	1	0,2	29

3.4.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 2

Nejčastěji byla uváděná aktivita *jednat s pacientem důstojně a s respektem*. U této aktivity nebyla zjištěna statisticky významná souvislost ve vztahu k typu pracoviště nebo náboženskému přesvědčení respondentů.

Výsledky prokázaly rozdíly ve využívání konkrétních aktivit mezi respondenty z hospice ve srovnání s ostatními pracovišti. Signifikantně **více respondentů z hospice využívá v praxi následujících deset aktivit „vždy/často“ ve srovnání s respondenty ze všech ostatních typů pracovišť** (LDN, onkologie, geriatric, domova pro seniory a ADP).

- *Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity*
- *Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje*
- *Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program*
- *Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi*
- *Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta*
- *Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí*
- *Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu*
- *Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta*
- *Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné*
- *Modlit se s pacientem*

Věřící respondenti signifikantně častěji využívali „vždy/často“ následující dvě aktivity:

- *Povzbuzovat k využívání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí*
- *Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné*

Věřící respondenti rovněž signifikantně častěji odpovídali „občas/výjimečně“ na využívání následujících tří aktivit při péči o pacienta s úzkostí:

- *Modlit se s pacientem* (rovněž u této aktivity signifikantně méně často věřící ve srovnání s nevěřícími odpověděli „nikdy“).

- *Být schopný naslouchat pocitům pacienta* (rovněž u této aktivity signifikantně méně často věřící ve srovnání s nevěřícími odpověděli „nikdy“).
- *Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti* (dále u této aktivity signifikantně méně často věřící ve srovnání s nevěřícími odpověděli „vždy/často“).

3.4.2 Ověření hypotéz k cíli 2

Hypotézu H4₀ – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi typem pracoviště a realizovanými aktivitami ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*“ **nelze zamítnout pro tyto aktivity** (nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a realizovanými aktivitami; hodnoty signifikance $p > 0,05$);

1. Využívat nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné
2. Jednat s pacientem důstojně a s respektem
3. Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ
4. Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta
5. Projevit vcítění se do pocitů pacienta
6. Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení
7. Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti

U ostatních aktivit NIC intervence Duchovní podpora byla hypotéza zamítnuta (hodnoty signifikance $p < 0,05$).

Hypotéza H5₀ – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi náboženským přesvědčením respondentů a realizovanými aktivitami ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*“ **byla zamítnuta pro tyto aktivity** (hodnoty signifikance $p < 0,05$):

1. Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné
2. Modlit se s pacientem
3. Povzbuzovat k používání duchovních prostředky, jestliže je to žádoucí
4. Být schopný naslouchat pocitům pacienta
5. Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti

U ostatních aktivit NIC intervence hypotézu nelze zamítnout, protože nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi vztahem náboženského přesvědčení respondentů a realizovanými aktivitami (hodnoty signifikance $p > 0,05$).

3.5 Výsledky k cíli 3

Výsledky k cíli 3 (*Zjistit, které aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora považují sestry s různou profesionální zkušeností za implementovatelné v současné ošetrovatelské praxi v ČR*) byly získány zpracováním dat z druhého oddílu dotazníku. Jednalo se o položky, kde respondenti vyjadřovali na pětistupňové Likertově škále (od ano po nevím) svůj subjektivní názor na možnost implementovatelnosti konkrétní aktivity při péči o pacienta trpícího úzkostí v současné ošetrovatelské praxi v České republice. Přehled je uveden v tab. 20.

Tab. 20 Implementovatelnost aktivit intervence Duchovní podpora

kód	aktivita	vždy	často	obtížně	ne	nevím	Průměr*	pořadí
B1	Použit terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči	23,9%	34,6%	25,9%	6,8%	8,5%	2,17	12
B2	Využit nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné	15,0%	27,1%	26,7%	12,8%	18,4%	2,46	19
B3	Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu	16,9%	23,7%	34,0%	14,5%	10,9%	2,52	21
B4	Jednat s pacientem důstojně a s respektem	64,5%	23,7%	7,1%	1,3%	3,4%	1,43	1
B5	Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek	22,0%	32,3%	27,6%	10,0%	8,1%	2,28	16
B6	Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi	27,8%	34,4%	21,6%	9,2%	7,1%	2,13	11
B7	Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	34,2%	25,2%	25,6%	8,8%	6,2%	2,10	9
B8	Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách	13,9%	21,2%	24,6%	19,0%	21,4%	2,62	22
B9	Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ	10,9%	15,6%	27,6%	20,3%	25,6%	2,770	28
B10	Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné	9,4%	20,9%	23,3%	17,7%	28,6%	2,69	24
B11	Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné	12,0%	17,7%	24,8%	20,3%	25,2%	2,71	26
B12	Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět	12,2%	20,1%	23,7%	21,2%	22,9%	2,70	25
B13	Být otevřený k vyjádření obav pacienta	36,5%	29,9%	20,7%	5,8%	7,1%	1,95	6
B14	Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	49,6%	22,0%	15,4%	6,2%	6,8%	1,77	3
B15	Modlit se s pacientem	8,8%	17,5%	19,4%	27,1%	27,1%	2,89	29
B16	Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program	21,6%	26,1%	22,2%	15,2%	15,0%	2,36	17
B17	Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta	29,3%	29,1%	26,1%	6,6%	9,0%	2,11	10
B18	Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje	37,4%	24,1%	18,8%	9,4%	10,3%	2,00	8
B19	Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí	19,7%	26,1%	21,8%	15,0%	17,5%	2,39	18
B20	Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta	16,9%	23,7%	23,1%	15,6%	20,7%	2,47	20
B21	Obrátit se na duch. rádce dle výběru pacienta	23,3%	25,4%	23,3%	11,3%	16,7%	2,27	15
B22	Použit techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné	8,8%	18,6%	24,4%	19,4%	28,8%	2,766	27
B23	Být schopný naslouchat pocitům pacienta	42,1%	25,6%	20,5%	5,3%	6,4%	1,88	4
B24	Projevit vcítění se do pocitů pacienta	34,8%	31,4%	21,4%	5,1%	7,3%	1,97	7
B25	Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů	21,4%	29,9%	25,0%	9,4%	14,3%	2,26	14
B26	Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů	11,8%	22,4%	26,5%	16,7%	22,6%	2,62	23
B27	Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	50,9%	23,1%	13,5%	5,1%	7,5%	1,71	2
B28	Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti	39,1%	26,7%	16,2%	7,3%	10,7%	1,91	5
B29	Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu	23,3%	31,2%	19,0%	11,3%	15,2%	2,22	13

* průměr Likertovy škály

Implementovatelnost aktivit Duchovní podpory v závislosti na typu pracoviště, náboženském přesvědčení a délce praxe

Pro hodnocení názorů respondentů na možnost implementovatelnosti daných ošetrovatelských aktivit v české ošetrovatelské praxi v závislosti na typu pracoviště, náboženském přesvědčení a délce praxe byla původní škála odpovědí zhrubena na ordinální škálu se třemi kategoriemi *vždy/často, obtížně/ne a nevím*.

Závislost mezi **typem pracoviště** nebo **náboženským přesvědčením** a názory respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit byla posouzena pomocí chí-kvadrát testu. V případě, že byla prokázána signifikantní závislost mezi typem pracoviště a názory respondentů, byly následně porovnány jednotlivé typy pracovišť po dvojicích. K porovnání byl použit chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance.

Závislost mezi **délkou praxe** a názory respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit byla posouzena pomocí testu Kruskal-Wallis. V případě, že byla prokázána signifikantní závislost mezi délkou praxe a názory sester, byly následně porovnány po dvojicích jednotlivé skupiny sester podle jejich názoru. K porovnání byl použit test Mann-Whitney s Bonferroniho korekcí signifikace (statistické výpočty pro posouzení závislosti ve vztahu k typu pracoviště, náboženskému přesvědčení a délce praxe jsou v příloze na CD).

Hodnoty signifikace $p < 0,05$ (v tab. 21 jsou vyznačeny tučně) vypovídají o možné statisticky významné závislosti a byly následně podrobeny další analýze.

Tab. 21 Implementovatelnost aktivity v závislosti na pracovišti, víře a praxi

<i>aktivita</i>		<i>pracoviště</i>	<i>víra</i>	<i>praxe</i>
		<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
B1	Použít terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči	0,0003	0,229	0,389
B2	Využít nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody	0,008	0,174	0,130
B3	Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu	0,012	0,080	0,199
B4	Jednat s pacientem důstojně a s respektem	<0,0001	0,425	0,320
B5	Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek	0,013	0,070	0,061
B6	Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi	0,002	0,003	0,909
B7	Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	0,382	0,421	0,759
B8	Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách	0,256	0,332	0,989
B9	Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ	0,157	0,784	0,686
B10	Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné	0,0002	0,642	0,881
B11	Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné	0,0002	0,947	0,535
B12	Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět	0,011	0,953	0,024
B13	Být otevřený k vyjádření obav pacienta	0,024	0,017	0,049
B14	Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	0,221	0,184	0,609
B15	Modlit se s pacientem	0,001	0,839	0,426
B16	Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program	0,003	0,135	0,655
B17	Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta	0,051	0,549	0,021
B18	Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje	0,014	0,828	0,781
B19	Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí	0,150	0,168	0,262
B20	Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta	0,305	0,188	0,011
B21	Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta	0,007	0,317	0,564
B22	Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné	0,006	0,063	0,153
B23	Být schopný naslouchat pocitům pacienta	0,016	0,047	0,829
B24	Projavit vcítění se do pocitů pacienta	0,114	0,236	0,405
B25	Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů	0,001	0,060	0,212
B26	Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů	0,0002	0,235	0,483
B27	Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	0,001	0,368	0,124
B28	Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti	0,0005	0,053	0,111
B29	Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu	0,002	0,872	0,235

Porovnání odpovědí respondentů v závislosti na **typu pracoviště** - výsledky chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance (signifikance $p < 0,05$ jsou vyznačeny tučně), viz tab. 22 až 24.

Tab. 22 Implementovatelnost aktivity v závislosti na typu pracoviště

pracoviště*	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B10	B11	B12
1 vs. 2	0,495	0,144	1,000	1,000	1,000	1,000	0,111	1,000	1,000
1 vs.3	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.4	0,347	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,333	0,319	1,000
1 vs.5	1,000	1,000	0,254	0,100	0,570	0,077	1,000	0,506	1,000
1 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,587	1,000
2 vs.3	0,487	1,000	1,000	1,000	1,000	0,662	1,000	1,000	1,000
2 vs.4	0,001	1,000	0,950	1,000	0,987	1,000	0,412	0,188	0,583
2 vs.5	1,000	0,004	0,035	0,021	0,002	0,0001	0,018	0,064	0,005
2 vs.6	1,000	1,000	0,428	1,000	1,000	1,000	0,129	0,211	1,000
3 vs.4	0,074	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,348	0,021	1,000
3 vs.5	1,000	0,091	0,035	0,0002	0,152	0,105	0,486	0,232	0,558
3 vs.6	1,000	1,000	0,569	1,000	1,000	1,000	0,910	1,000	1,000
4 vs.5	0,001	0,801	1,000	0,002	0,941	0,168	0,965	1,000	1,000
4 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,013	0,008	1,000
5 vs.6	1,000	0,371	0,373	1,000	1,000	1,000	0,213	0,109	0,334

*1 = LDN, 2 = hospic, 3 = onkologie, 4 = geriatric, 5 = domov pro seniory, 6 = ADP

Tab. 23 Implementovatelnost aktivity v závislosti na typu pracoviště – pokračování I

pracoviště*	B13	B15	B16	B18	B21	B22	B23	B25
1 vs. 2	1,000	0,064	0,041	0,374	0,209	0,329	0,477	1,000
1 vs.3	1,000	0,419	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.4	1,000	1,000	1,000	0,523	1,000	1,000	1,000	0,119
1 vs.5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
2 vs.3	1,000	1,000	0,799	0,842	1,000	1,000	1,000	1,000
2 vs.4	1,000	0,023	0,146	1,000	0,226	0,100	0,927	1,000
2 vs.5	0,080	0,022	0,0001	0,017	0,003	0,024	0,069	0,294
2 vs.6	1,000	1,000	1,000	0,761	0,320	1,000	1,000	1,000
3 vs.4	1,000	0,306	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,009
3 vs.5	1,000	0,441	0,084	1,000	0,145	0,237	0,496	1,000
3 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
4 vs.5	0,057	1,000	1,000	0,906	1,000	1,000	1,000	0,110
4 vs.6	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,015
5 vs.6	0,132	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,974	1,000

*1 = LDN, 2 = hospic, 3 = onkologie, 4 = geriatric, 5 = domov pro seniory, 6 = ADP

Tab. 24 Implementovatelnost aktivity v závislosti na typu pracoviště – pokračování II

pracoviště*	B26	B27	B28	B29
1 vs. 2	0,349	0,774	0,116	0,509
1 vs.3	1,000	1,000	1,000	1,000
1 vs.4	0,133	1,000	1,000	0,409
1 vs.5	1,000	1,000	0,638	0,097
1 vs.6	1,000	1,000	1,000	0,099
2 vs.3	1,000	1,000	0,804	1,000
2 vs.4	1,000	0,184	1,000	1,000
2 vs.5	0,037	0,010	0,001	1,000
2 vs.6	0,194	1,000	1,000	0,013
3 vs.4	0,336	0,283	1,000	1,000
3 vs.5	0,132	0,057	0,260	1,000
3 vs.6	0,556	1,000	1,000	0,177
4 vs.5	0,017	0,169	0,067	1,000
4 vs.6	0,371	1,000	1,000	0,058
5 vs.6	1,000	1,000	0,347	0,568

*1 = LDN, 2 = hospic, 3 = onkologie, 4 = geriatric, 5 = domov pro seniory, 6 = ADP

Názor na implementovatelnost aktivit intervence Duchovní podpora v závislosti na typu pracoviště respondentů

Aktivita B1 „Použit terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči“

Signifikantně více respondentů z geriatric považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z hospice, resp. z domova pro seniory (81,2 % vs. 48,1 %, resp. 44,8 %).

Aktivita B2 „Využit nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné“

Signifikantně méně respondentů z hospice považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (30,9 % vs. 53,7 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo nevíím (30,9 % vs. 6,0 %).

Aktivita B3 „Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu“

Signifikantně více respondentů z hospice a onkologie považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (48,1 %, resp. 44,9 % vs. 35,8 %).

Aktivita B4 „*Jednat s pacientem důstojně a s respektem*“

Signifikantně více respondentů z hospice, onkologie a geriatricie považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (88,9 %, 90,6 %, 97,1 % vs. 74,6 %).

Aktivita B5 „*Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek*“

Signifikantně méně respondentů z hospice považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (24,7 % vs. 50,7 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo nevíím (14,8 % vs. 0 %).

Aktivita B6 „*Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi*“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (69,1 % vs. 46,3 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo nevíím (13,6 % vs. 1,5 %).

Aktivita B10 „*Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné*“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (39,5 % vs. 19,4 %). Signifikantně méně respondentů z geriatricie považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (37,7 % vs. 55,2 %) a signifikantně více respondentů z geriatricie odpovědělo nevíím (43,5 % vs. 25,4 %).

Aktivita B11 „*Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné*“

Signifikantně více respondentů z hospice a agentury domácí péče považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z geriatricie (38,3 %, resp. 34,5 % vs. 18,8 %).

Aktivita B12 „*Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět*“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (46,9 % vs. 16,4 %).

Aktivita B15 „*Modlit se s pacientem*“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z geriatry a domova pro seniory (43,2 % vs. 17,4 %, resp. 16,4 %).

Aktivita B16 „*Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program*“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z LDN a domova pro seniory (58,0 % vs. 45,2 %, resp. 35,8 %)

Aktivita B18 „*Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje*“

Signifikantně méně respondentů z hospice považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (16,0 % vs. 37,3 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo nevim (17,3 % vs. 3,0 %).

Aktivita B21 „*Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta*“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (63,0 % vs. 35,8 %)

Aktivita B22 „*Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné*“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (42,0 % vs. 19,4 %)

Aktivita B25 „Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů“

Signifikantně více respondentů z geriatry považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z onkologie a agentury domácí péče (72,5 % vs. 44,9 %, resp. 34,5 %).

Aktivita B26 „Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (43,2 % vs. 26,9 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo neví (24,7 % vs. 13,4 %).

Signifikantně méně respondentů z geriatry považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (33,3 % vs. 59,7 %) a signifikantně více respondentů z geriatry odpovědělo neví (39,1 % vs. 13,4 %).

Aktivita B27 „Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení“

Signifikantně méně respondentů z hospice považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (12,3 % vs. 32,8 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo neví (14,8 % vs. 1,5 %).

Aktivita B28 „Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti“

Signifikantně více respondentů z hospice považuje aktivitu za implementovatelnou (odpověď ano/částečně) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (67,9 % vs. 49,3 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo neví (19,8 % vs. 7,5 %).

Aktivita B29 „Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu“

Signifikantně méně respondentů z hospice považuje aktivitu za obtížně implementovatelnou (odpověď obtížně/ne) ve srovnání s respondenty z agentury

domácí péče (23,5 % vs. 58,6 %) a signifikantně více respondentů z hospice odpovědělo nevíím (21,0 % vs. 3,4 %).

Názor na implementovatelnost aktivit intervence Duchovní podpora v závislosti na délce praxe respondentů

Následující tab. 25 udává hodnoty signifikance testu Mann-Whitney s Bonferroniho korekcí při porovnání délky praxe ve skupinách respondentů podle odpovědí na otázky týkající se možnosti implementovatelnosti daných aktivit.

Tab. 25 Možnost implementovatelnosti v závislosti na délce praxe

Možnost implementovatelnosti aktivity	B12	B13	B17	B20
„ano/částečně“ vs. „obtížně/ne“	0,588	0,042	0,018	0,030
„ano/částečně“ vs. „nevím“	0,018	1,000	1,000	1,000
„obtížně/ne“ vs. „nevím“	0,252	0,786	0,489	0,042

Medián délky praxe respondentů (v letech) ve skupinách podle odpovědi na otázky týkající se možnosti implementovatelnosti daných aktivit uvádí tab. 26.

Tab. 26 .Medián délky praxe u vybraných aktivit

Možnost implementovatelnosti aktivit	B12	B13	B17	B20
„ano/částečně“	12,0	12,0	12,0	15,0
„obtížně/ne“	14,0	15,0	16,0	12,0
„nevím“	17,0	15,0	15,0	15,0

Výsledky porovnání vlivu délky praxe na názor implementovatelnosti aktivit intervence Duchovní podpora

B12 - Aktivitu „poskytnout možnosti pro diskusi o různých vírách a pohledech na svět“ považují za implementovatelnou v české ošetrovatelské praxi

Signifikantně delší praxe byla zjištěna u respondentů, kteří odpověděli nevíím ve srovnání s respondenty, kteří odpověděli ano/částečně (medián délky praxe 17 let vs. 12 let). Signifikance testu $p=0,018$.

B13 - Aktivitu „*být otevřený k vyjádření obav pacienta*“ považují za implementovatelnou v české ošetrovatelské praxi

Signifikantně delší praxe byla zjištěna u respondentů, kteří odpověděli obtížně/ne ve srovnání s respondenty, kteří odpověděli ano/částečně (medián délky praxe 15 let vs. 12 let). Signifikance testu $p=0,042$.

B17 - Aktivitu „*být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta*“ považují za implementovatelnou v české ošetrovatelské praxi

Signifikantně delší praxe byla zjištěna u respondentů, kteří odpověděli obtížně/ne ve srovnání s respondenty, kteří odpověděli ano/částečně (medián délky praxe 16 let vs. 12 let). Signifikance testu $p=0,018$.

B20 - Aktivitu „*poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta*“ považují za implementovatelnou v české ošetrovatelské praxi

Signifikantně kratší praxe byla zjištěna u respondentů, kteří odpověděli obtížně/ne ve srovnání s respondenty, kteří odpověděli ano/částečně, resp. nevím (medián délky praxe 12 let vs. 15 let). Signifikance testu $p=0,030$, resp. $p=0,042$.

Názor na implementovatelnost aktivit *Duchovní podpora v závislosti na náboženském přesvědčení*

Následující tab. 27 udává přehled o procentuálním podílu věřících a nevěřících respondentů podle jejich názoru na možnost implementovatelnosti aktivity.

Tab. 27 Možnost implementovatelnosti aktivity v závislosti na náboženském přesvědčení

Možnost implementovatelnosti aktivity	Věřící	Nevěřící
B6 <i>Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi</i> ano/částečně obtížně/ne nevím	56,0 % 39,0 % 5,0 %	66,8 % 24,6 % 8,6 %
B13 <i>Být otevřený k vyjádření obav pacienta</i> ano/částečně obtížně/ne nevím	64,5 % 31,5 % 4,0 %	67,9 % 22,8 % 9,3 %
B23 <i>Být schopný naslouchat pocitům pacienta</i> ano/částečně obtížně/ne nevím	64,5 % 31,0 % 4,5 %	70,1 % 22,0 % 7,8 %

Výsledky porovnání náboženského přesvědčení a názoru na implementovatelnost aktivit intervence Duchovní podpora

Aktivita B6 *Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi*

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli obtížně/ne na možnost implementovatelnosti aktivity (39,0 % vs. 24,6 %) a signifikantně méně často odpověděli ano/částečně (56,0 % vs. 66,8 %).

Aktivita B13 *Být otevřený k vyjádření obav pacienta*

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli obtížně/ne na možnost implementovatelnosti aktivity (31,5 % vs. 22,8 %) a signifikantně méně často odpověděli „nevím“ (4,0 % vs. 9,3 %).

Aktivita B23 *Být schopný naslouchat pocitům pacienta*

Věřící respondenti ve srovnání s respondenty nevěřícími signifikantně častěji odpověděli obtížně/ne na možnost implementovatelnosti aktivity (31,0 % vs. 22,0 %).

3.5.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 3

Jako reálně nejlépe implementovatelné aktivity respondenti označili: *Jednat s pacientem důstojně a s respektem; Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení; Zajistit pacientovi návštěvu duchovního rádce; a Být schopný naslouchat pocitům pacienta.*

Z výsledků vyplynulo, že nejčastěji se lišily odpovědi respondentů z hospice ve srovnání s respondenty z ostatních zařízení. Signifikantně **více respondentů z hospice** považovalo následujících devět aktivit za implementovatelné v české ošetrovatelské praxi (odpověď ano/částečně) **ve srovnání s ostatními respondenty:**

- *Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi*
- *Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti*
- *Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta*
- *Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět*
- *Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů*
- *Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné*
- *Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné*
- *Modlit se s pacientem*
- *Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program*

Věřící respondenti signifikantně častěji odpovídali obtížně/ne na možnost implementovatelnosti následujících tří aktivit:

- *Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi*
- *Být otevřený k vyjádření obav pacienta*
- *Být schopný naslouchat pocitům pacienta*

Signifikantně **delší praxi** měli respondenti, kteří odpovídali **nevím** ve srovnání s respondenty, kteří odpověděli ano/částečně u aktivity

- *Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět*

Signifikantně **delší praxi** měli i respondenti, kteří volili kategorii **obtížně/ne** ve srovnání s respondenty, kteří odpověděli ano/částečně u následujících aktivit:

- *Být otevřený k vyjádření obav pacienta*
- *Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta*

Naopak signifikantně **kratší praxi** měli respondenti, kteří odpověděli **obtížně/ne** ve srovnání s respondenty, kteří odpovídali ano/částečně, respektive nevím u aktivity

- *Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta*

3.5.2 Ověření hypotéz k cíli č. 3

Hypotézu H6₀ – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi typem pracoviště a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*“ **nelze zamítnout pro následujících osm aktivit:**

- *Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity*
- *Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách*
- *Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ*
- *Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce*
- *Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta*
- *Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí*
- *Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta*
- *Projevit vcítění se do pocitů pacienta. (hodnoty signifikance $p > 0,05$)*

U ostatních aktivit byla hypotéza zamítnuta, protože u nich byla prokázána statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a subjektivním názorem respondentů na implementovatelnost aktivit (hodnoty signifikance $p < 0,05$).

Hypotéza H7₀ – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi délkou odborné praxe a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*“ **byla zamítnuta pro tyto aktivity:**

- *Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět ($p = 0,024$)*

- *Být otevřený k vyjádření obav pacienta ($p=0,049$)*
- *Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta ($p=0,021$)*
- *Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta ($p=0,011$)*

U ostatních aktivit nelze hypotézu zamítnout, protože nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi délkou praxe a subjektivním názorem respondentů na implementovatelnost aktivit (hodnoty signifikance $p>0,05$).

Hypotéza H8₀ – „*Neexistuje signifikantní vztah mezi náboženským přesvědčením respondentů a subjektivním názorem respondentů na možnost implementovatelnosti ošetrovatelských aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora*“ **byla zamítnuta pro tyto aktivity** (hodnoty signifikance $p<0,05$):

- *Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi ($p=0,003$)*
- *Být otevřený k vyjádření obav pacienta ($p=0,017$)*
- *Být schopný naslouchat pocitům pacienta ($p=0,047$)*

U ostatních aktivit NIC intervence Duchovní podpora nelze hypotézu zamítnout, protože nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi náboženským přesvědčením a subjektivním názorem respondentů na implementovatelnost aktivit (hodnoty signifikance $p>0,05$).

3.6 Problémy spojené s realizací ošetrovatelských aktivit duchovní podpory

V rámci volné odpovědi měli respondenti možnost uvést konkrétní problémy a okolnosti, které ovlivňují realizaci ošetrovatelských aktivit duchovní podpory na jejich pracovišti. Pouze 8,3 % (39 respondentů) využilo této možnosti. Obsahovou analýzou výroků bylo definováno pět kategorií: *kompetence, víra, soukromí, čas a organizace práce*. Výroky respondentů přiřazené k jednotlivým kategoriím ukazuje tab. 28.

Tab. 28 Kategorie okolnosti, které ovlivňují realizaci aktivit duchovní podpory

VÝROKY SESTER	KATEGORIE
<p>Intervencím duchovní podpory nerozumím. Je to práce klinického psychologa. Jsem sestra, která studovala za socialismu, nejsem duchovní. Jsou to aktivity vhodné pro hospic. Je to náplň práce pro řádové sestry. Aktivity duchovní podpory nepatří do činnosti sester, ale psychologa nebo kněze.</p>	<p>kompetence</p>
<p>Jsem nevěřící, tyto aktivity sama nepodporuji. Víra je soukromá věc pacienta, to já neřeším. Spousta pacientů je nevěřících, předpokládám že o takové aktivity nemají zájem</p>	<p>víra</p>
<p>Nejsou podmínky pro soukromí pacienta při náboženských činnostech. Na duchovní aktivity není na oddělení vhodný soukromý prostor. Pacienti jsou na vícelůžkových pokojích, nemají soukromí a klid.</p>	<p>soukromí</p>
<p>Na oddělení LDN není čas se zařizovat podle víry pacienta. Pacientům bych se ráda více věnovala i v oblasti duchovní péče, ale mám během pracovní doby na to málo času. Sestry nemají čas se s umírajícím modlit. Duchovní aktivity jsou z časového hlediska v praxi těžko realizovatelné.</p>	<p>čas</p>
<p>Vše se nemůže chtít po sestřích, měli by se zapojit dobrovolníci. Provoz v LDN není na duchovní podporu přizpůsobený prostorově ani personálně. Současná organizace zdravotního systému ČR nevytváří prostor pro tyto aktivity. Náročnost ošetrovatelské péče a složitost jejího dokumentování omezuje realizaci takových aktivit.</p>	<p>organizace práce</p>

4 DISKUZE

Úzkost ze smrti představuje ošetrovatelský problém, se kterým se sestry v klinické praxi setkávají napříč spektrem zdravotnických a sociálních institucí. Do výzkumného šetření zaměřeného na identifikaci a řešení ošetrovatelského problému úzkosti ze smrti se zapojilo 468 českých sester (distribuováno bylo 750 dotazníků). Celková návratnost 62,4 % ukazuje na poměrně vysoký zájem respondentů o téma výzkumu i vhodnost zvolené metody administrace dotazníků, a to formou přímého kolektivního kontaktu (Žiaková et al., 2009, s. 148). Lze ji porovnat s návratností 54,0 % ve výzkumu o NIC intervencích mezi farními sestrami v USA, kde ale byla respondentům zaslána obálka s dotazníkem poštou a nebyl žádný přímý kontakt respondentů s administrátory výzkumného šetření (Solari-Twadell, Hackbarth, 2010, s. 71).

Zájem o problémy pacientů vztahující se k umírání a smrti souvisí s rozvojem a integrací paliativní a hospicové péče v posledních desetiletích (Zimmerman, Wennberg, 2006, s. 257). To potvrzuje i skutečnost, že téměř polovina českých respondentů si uvědomovala, že se s pacientem trpícím úzkostí ze smrti setkává často a třetina potvrdila, že v ošetrovatelských plánech péče uvádí ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. Nebylo však specifikováno, zda pro potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti využívají respondenti diagnostický algoritmus (Marečková, 2006, s. 38). Nejčastěji diagnózu používali respondenti z lůžkových hospiců (74,1 %) a nejméně respondenti z agentur domácí péče (6,9 %). Tento velký rozdíl může souviset jak s rozdílným počtem terminálně nemocných v lůžkových hospicích a v domácím prostředí tak i se sociální oporou v rámci primární sociální skupiny. Lůžkový hospic je specializované pracoviště pro terminálně nemocné a umírající, které poskytuje multidisciplinární péči s akcentem na psycho-socio-spirituální dimenzi. V segmentu domácí péče tvoří terminálně nemocní jen část klientely, protože téměř tři čtvrtiny úmrtí v České republice jsou v rámci institucionální péče a jen jedna pětina obyvatel umírá doma (UZIS, 2013a, s. 13). Domácí hospicová péče je v České republice poskytována pouze asi 6 % klientů domácí zdravotní péče (UZIS, 2013b, s. 56). Podobná situace je například i ve Velké Británii, kde počet úmrtí v domácím prostředí má v posledních třiceti letech setrvalě klesající tendenci a naopak narůstá počet úmrtí v institucionálním prostředí (Ahmad, O'Mahody, 2005, s. 867; Gomes,

Higginson, 2008, s. 34). Nižší používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti respondenty z agentur domácí péče může být dále ovlivněno i sociální oporou poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí rodinnými příslušníky a přáteli. Jejich laskavá péče a důvěra k nim poskytuje pacientovi ochranu proti úzkosti ze smrti (Azaiza et al., 2010, s. 361). Tagaya v této souvislosti připomíná, že zvýšené vnímání sociální opory nemusí být vždy prediktorem nižší úzkosti ze smrti, ale ovlivňuje zvládání úzkosti ze smrti a představy o umírání (Tagaya et al., 2000, s. 131). Sociální opora snižuje existenciální úzkost, vnímanou jako pocit opuštěnosti a nejistoty (Mok, Wong, 2010, s. 366). Faktory, které vyvolávají úzkost ze smrti ve vztahu k domácí péči, jsou tak spíše spojené se strachem, že nebude možné dostatečně zvládnout bolest v závěru života. Druhým faktorem je obava z velkého přetížení rodinných pečovatelů (Grumann, Spiegel, 2003, s. 69).

Diagnostické prvky vedoucí k potvrzení ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti, které čeští respondenti uváděli nejčastěji, byly: *uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním, uvádí hluboký smutek a diskuze na téma smrti*. Lze proto předpokládat, že je české sestry vnímají jako prioritní při identifikaci ošetrovatelského problému úzkosti ze smrti. Tato skutečnost prezentuje náhled sester na problematiku úzkosti ze smrti, kdy odlišují aspekty související s emocionálním vnímáním myšlenky na smrt a umírání od konceptu strachu. Toto rozlišení je významné pro plánování specifických intervencí péče o terminálně nemocné v klinické ošetrovatelské praxi (Tomás-Sábado et al., 2007, s. 154–156).

U diagnostického prvku *uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním* byla potvrzena signifikantní závislost mezi četností výskytu a typem pracoviště ($p < 0,0001$). Signifikantně vyšší četnost výskytu tohoto diagnostického prvku byla prokázána v hospici ve srovnání s onkologií, geriatrií, domovem pro seniory a agenturou domácí péče. Tomu odpovídá i skutečnost, že téměř tři čtvrtiny respondentů z lůžkových hospiců uvedli, že používají v ošetrovatelských plánech pacientů ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti, na rozdíl od respondentů z onkologie (31,9 %), LDN (24,7 %), geriatrie (17,4 %) nebo ADP (6,9 %). Je možné se domnívat, že výsledek souvisí s typem poskytované péče a charakterem zaměření pracoviště, spektrem medicínských diagnóz i věkovou strukturou pacientů/klientů jednotlivých typů pracovišť.

Sestry v *lůžkových hospicích* se setkávají s pacienty v terminální fázi nemoci, kdy se prognóza života odhaduje v týdnech a měsících. Do hospice pacient přichází s vědomím, že zde s největší pravděpodobností zemře, ale často ještě není ve fázi smíření s realitou blížící se smrti. Sestra v hospici se tak setkává se strachem z umírání a smrti jako hlavním zdrojem úzkosti a utrpení pacientů i jejich nejbližších (Hales, Zimmermann, Rodin, 2010, s. 142). Teprve až ve fázi přijetí reality, prožívá pacient spíše hluboký smutek ze skutečnosti, že jeho život končí (Adelbratt, Strang, 2000, s. 502–504).

Také *věkové složení* pacientů, o které sestry v hospici pečují, je většinou odlišné od pracovišť typu domovy pro seniory, léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo geriatric, kde je až 90 % hospitalizovaných ve věkové kategorii nad 65 let (UZIS, 2012, s. 54–55). Také Portal Moreno poukazuje na významně nižší projevy úzkosti ze smrti u starých lidí v institucionálních podmínkách. Domnívá, že toto snížení úzkosti ze smrti u institucionalizovaných seniorů je způsobeno jejich vyšším věkem, kdy senioři vnímají, „že už mají svůj čas“. Dalším důvodem je pak častější konfrontace s realitou smrti v institucionálním prostředí dlouhodobé péče, která může způsobit vyšší úroveň desenzibilizace na okolnosti obklopující smrt (Portal Moreno et al., 2008/2009, s. 72). Tato skutečnost vede k významné změně psychosociálních a existenciálních konsekvencí trajektorie umírání geriatrických pacientů (Kabelka, 2008, s. 69).

Nižší výskyt diagnostického prvku „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“ na *pracovištích typu onkologie/hematoonkologie* ve srovnání s lůžkovými hospici může být ovlivněn i druhem poskytované léčby. Ogasawara et al. zkoumali ošetrovatelské diagnózy, které stanovily japonské sestry u pacientek s generalizovaným karcinomem prsu hospitalizovaných na oddělení onkologie. Ošetrovatelské diagnózy a intervence se lišily v závislosti na důvodu hospitalizace. U pacientek přijatých k aktivní chemoterapeutické léčbě převažovaly ošetrovatelské diagnózy a intervence zaměřené na biologické potřeby. Úzkost ze smrti sestry neřešily jako samostatnou diagnózu, ale uváděly ošetrovatelskou diagnózu Úzkost, kde určujícím znakem s nejvyšší frekvencí byla „obava“ a souvisejícím faktorem „ohrožení smrtí“ (Ogasawara et al., 2005, s. 60). Onkologické pracoviště a s ním související aktivní onkologickou léčbu pacienti většinou vnímají jako šanci na vyléčení rakoviny (Edvardsson, Sandman, Rasmussen, 2006, s. 188–189). Úzkost ze smrti je zde

vyvolávána nejistou prognózou a strachem z relapsu onkologického procesu (Tang et al., 2011, s. 290–291). Naopak přechod na paliativní režim léčby může pro pacienta znamenat konec naděje nebo dokonce i synonymum „odmítnutí péče“, což zvyšuje úzkost ze smrti (de Paola et al., 2003, s. 349). Lze předpokládat, že je to jeden z důvodů proč čeští respondenti z lůžkových hospiců častěji uváděli diagnostický prvek „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“, na jehož základě usuzovali, že pacient trpí úzkostí ze smrti.

V závěrečné fázi terminální péče u onkologických pacientů jsou negativní emoce spojené se strachem z bolesti, nejistotou, kdy přijde smrt a jaké bude umírání (Proot et al., 2004, s. 59). Na onkologických pracovištích je využívání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti velmi důležité, a to v souvislosti se zaměřením na psychosociální a existenciální potřeby pacienta. Význam této ošetrovatelské diagnózy pro pacienta s hematologickou malignitou prokázali Speksnijder et al. v rozsáhlém výzkumu (Speksnijder, Mank, van Achterbertg, 2011, s. 84).

Dalším důvodem rozdílné frekvence diagnostického prvku „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“ na jednotlivých typech pracovišť může být i *odlišná struktura medicínských diagnóz pacientů*, se kterými se sestry v různých typech zdravotnických institucí setkávají. Sherman poukazuje na skutečnost, že celková úzkost ze smrti byla u pacientů s AIDS vyšší než u pacientů s onkologickým onemocněním (Sherman, Norman, Beyer McScherry, 2010, s. 107). Selman et al. upozorňují na obtížněji předvídatelnou trajektorii neonkologických chorob s vysokým procentem mortality, jako například chronické srdeční selhání. Nejistota v prognóze pak ovlivňuje i komunikaci zdravotníků s pacientem o problémech v závěru života (Selman et al., 2007, s. 966).

Signifikantně čtenější výskyt ($p=0,004$) diagnostického prvku „*uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním*“ byl prokázán v situaci, kdy se respondenti s pacientem trpícím úzkostí ze smrti setkávají „stále“ ve srovnání se situací, kdy se s úzkostí ze smrti u pacientů setkávají „zřídka“. Signifikantní závislost ($p=0,006$) byla také prokázána v kategorii „často“ ve srovnání s kategorií „zřídka“. To potvrzuje význam profesionální zkušenosti získané přímou péčí o terminálně nemocné. Sestry, které jsou častěji v přímém kontaktu s terminálně nemocným, získávají pozitivnější postoj k poskytování péče umírajícím a stávají se vnímavějšími k problémům spojeným s psychosociálním utrpením a existenciální úzkostí umírajících (Dunn,

Otten, Stephens, 2005, s. 102; Parish et al., 2006, s. 24). Výzkum realizovaný ve španělských hospicích a nemocnicích také ukázal, že sestry s větší životní a profesionální zkušeností projevovaly vyšší citlivost k problémům terminálně nemocných (Roman, Sorribes, Ezquerro, 2001, s. 344). Naopak životní a profesionální nezkušenost sestry s péčí o pacienty s život ohrožujícími nemocemi se odráží v podcenění ošetrovatelských intervencí a omezení komunikace sestry – pacient, což zhoršuje vnímavost pro existenciální problémy pacienta (Baldachino, 2006, s. 892).

Ulehčení a zmírnění úzkosti ze smrti a existenciální tísně u pacientů v pokročilé fázi nemoci je významným úkolem lékařů i sester (Tang et al., 2011, s. 291). Sestra je v centru každodenní péče o pacienta v závěru života a má tak jedinečnou příležitost ovlivnit svými aktivitami, podporou a osobním přístupem jak pacient prožije své poslední dny (Prince-Paul, Exline, 2010, s. 458). Pokud sestra pečuje o pacienta s ošetrovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti měla by do ošetrovatelského plánu zahrnout i NIC intervenci Duchovní podpora, která obsahuje soubor 29 aktivit jak obecně spirituální (existenciální) dimenze, tak religiózní dimenze (Bulechek et al., 2012, s. 353).

Ve výzkumu v rámci této disertační práce uváděli respondenti s největší frekvencí (průměr 1,23 na pětistupňové Likertově škále) aktivitu *Jednat s pacientem důstojně a s respektem*. U této aktivity, kterou lze zařadit do obecně existenciální dimenze, nebyla zjištěna statisticky významná souvislost ve vztahu k typu pracoviště ($p=0,626$) nebo náboženskému přesvědčení respondentů ($p=0,893$). Rovněž dalších pět aktivit (průměr škály do 2,00) patřily do této dimenze. Teprve na sedmém místě byla aktivita *Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce* (závislost na typu pracoviště $p<0,0001$). Další aktivity spadající do religiózní dimenze byly uvedeny s podstatně menší frekvencí. Aktivita *Modlit se s pacientem* se vyskytovala nejméně (průměr škály 4,05). Tyto aktivity využívalo signifikantně více respondentů z lůžkových hospiců ve srovnání s respondenty z ostatních typů oslovených pracovišť. Věřící respondenti rovněž signifikantně častěji využívali tyto aktivity.

Čeští respondenti dále subjektivně hodnotili, které aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora považují při péči o pacienta s úzkostí za nejdůležitější. Třetina sester uvedla *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* a *Být schopný naslouchat pocítům pacienta*. Téměř čtvrtina uvedla aktivity: *Ujistit pacienta že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení; Být otevřený k vyjádření obav pacienta;*

Projevit vcítění se do pocitů pacienta. Pouze 17,9 % sester ale popovažovalo v této souvislosti za důležitou aktivitu *Zajistit pacientovi návštěvy duchovního.* Nejmenší četnost výskytu (kolem 1 %) byla u aktivit *Modlit se s pacientem* a *Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné.*

Tyto výsledky poukazují na skutečnost, že české sestry chápou duchovní podporu spíše v obecně existenciální dimenzi. Odráží to i trend stoupající sekularizace české společnosti. Podle statistických údajů se v roce 2011 pouze 20,6 % občanů České republiky označilo za věřící, kdežto v roce 2000 to bylo 32,1 % a v roce 1991 dokonce 43,9 %, ale převaha věřících byla ve věkové kategorii 60 let a více (www.czso, 2003; 2011). Podobný trend popisuje Paley (2008a, s. 177–178) u populace ve Spojeném Království. Ve výzkumu této disertační práce se ale za věřící označilo mnohem více sester (43 %) než je uváděno pro současnou českou populaci. V tomto kontextu rozvíjí Lundmark na základě šetření mezi švédskými sestrami zajímavou teorii, zda soukromá zbožnost primárně ovlivňuje poskytování duchovní péče nebo zda naopak péče o terminálně nemocné zpětně posiluje osobní zbožnost sester (Lundmark, 2006, s. 870–872). Také van Leewen připomíná, že sestry jsou při poskytování péče trpícím pacientům konfrontovány s vlastní spiritualitou. To znamená, že poskytování aktivit duchovní péče pacientovi ve skutečnosti ovlivňuje i sestru (van Leewen et al., 2006, s. 878). Paley (2008a, s. 177) mluví také o genderovém vlivu (v populaci věřících je více žen), a připomíná teorii vztahující se v tomto kontextu k ošetřovatelství. Podle této teorie jsou ženy "chráněny" před sekularizací v rozsahu, v jakém jejich práce zahrnuje péči o druhé a častější setkání se smrtí (Walter, Davie, 1998, s. 640–643).

Zcela odlišnou situaci, co se týká religiozity populace prezentují americké a finské studie. Cavendish et al., uvádí, že se za nevěřící považovalo pouze 3 % amerických respondentů, na rozdíl od výzkumu mezi českými respondenty v rámci této disertační práce (57 %). To se pravděpodobně odrazilo i ve volbě aktivit, které americké sestry uváděly ve vztahu k NIC intervenci Duchovní podpora. Americké sestry většinou vykonávaly aktivity, které souvisely s religiozní dimenzí, jako např. Podporovat návštěvy bohoslužeb; Povzbuzovat k používání duchovních prostředků; Poskytnout požadované duchovní prostředky (Cavendish et al., 2003, s. 118). K podobným závěrům došel i Kuuppelomäki ve finské studii, kde většina respondentů byla rovněž věřících. Aktivity duchovní podpory poskytované s největší frekvencí byly

náboženského charakteru – Zajistit pacientům svaté přijímání a Vzít pacienty na duchovní akce uspořádané na oddělení (Kuuppelomäki, 2001, s. 664). Aktivitě Modlit se pacientem a Předčítat pacientovi Bibli uváděli finské sestry sice nejméně často ze všech uvedených aktivit, ale to souvisí se skutečností, že se těmto aktivitám věnovali nemocniční kaplani a dobrovolníci, kteří pacienty pravidelně navštěvovali (Kuuppelomäki, 2001, s. 665). Také výsledky výzkumu v rámci této disertační práce ukázaly, že české věřící sestry signifikantně častěji než nevěřící realizovaly aktivity religiózní dimenze: *Povzbuzovat k využívání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí; Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné; a Modlit se s pacientem.*

V souvislosti s obecně existenciální dimenzí využívala polovina finských sester „často/velmi často“ aktivitu Zapojit se do diskuze o smyslu života (Kuuppelomäki, 2001, s. 664). Podobně definovanou aktivitu *Sdílet vlastní přesvědčení na význam a smysl, je-li to vhodné* ale uvedlo jen velmi málo českých respondentů (průměr škály 3,34), a to signifikantně častěji ty, kteří pracovali v hospici. Může to souviset se skutečností, že koncepce hospicové péče vytváří prostředí, ve kterém se sestry zabývají umíráním a smrtí velmi otevřeným způsobem (Penson et al., 2005, s. 165).

Tak jako američtí respondenti (Cavendish et al., 2003, s. 118) podobně i čeští respondenti uvedli aktivity: *Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení a Být otevřený k pacientovým pocitům ohledně nemoci a smrti.* Potvrzuje to skutečnost, že ošetrovatelské aktivity duchovní péče sestry spojují s aktivním nasloucháním, přítomností u pacienta a snahou ulehčit pacientovi přijmout jeho pocity a myšlenky (Cavendish et al., 2003, s. 119–120, 122). Také van Leewen et al. (2006, s. 883) uvádí, že základní aktivity duchovní péče jsou přítomnost, naslouchání a respekt. Rovněž Grant (2004, s. 39) identifikoval mezi pěti duchovními aktivitami, které sestry nejčastěji používaly, naslouchání a přítomnost u pacienta. Výsledky výzkumu vedli Penson et al. (2005, s. 166) k závěru, že empatie, přítomnost u pacienta a čas věnovaný naslouchání pacientovým obavám patří k nejdůležitějším aspektům péče o umírající a poskytuje naplnění role pečujícího personálu. Znamená to citovou investici, která mírní utrpení pacienta (Penson et al., 2005, s. 168). Přítomnost u pacienta s existenciálními problémy a úzkostí ze smrti je aktivita, kterou uvádí sestry ve výzkumech napříč spektrem zdravotnických a sociálních pracovišť. Potvrzuje to i studie o utrpení a umírání obyvatel ošetrovatelských domů, kde sestry konkretizovaly svou přítomnost u pacienta vedoucí ke snížení existenciálního utrpení aktivitami jako:

být zde, naslouchat a držet za ruku (Lopez, 2007, s. 143). Dunniece a Slevin (2000, s. 14) naznačují, že „přítomnost“ nebo „být zde“ zahrnuje poskytnutí informace, vysvětlení, odpovídání na dotazy nebo naslouchání. Jejich studie dokládá důležitost této aktivity pro onkologické pacienty, protože je chápána jako něco víc než pouhá fyzická přítomnost. Tyto výsledky potvrzuje i výzkum v zařízeních dlouhodobé péče v USA (Wallace, O'Shea, 2007, s. 285). Rovněž výsledky výzkumu mezi taiwanskými seniory v terminální fázi rakoviny potvrdily, že duchovní péče pomáhá překonat úzkost ze smrti spojenou se strachem z neznámého a může poskytnout obohacený vhled do přirozeného procesu závěru života (Fu-Jin et al., 2009, s. 37). Aktivity duchovní podpory, které sestry realizují, tak mohou mít ochranný účinek proti negativním emocím a být prevencí sociální i duchovní izolace seniora s demencí v závěru života v rezidenčních podmínkách (Mac Kinlay, 2006, s. 70). Pacient potřebuje jistotu, že nebude osamocený, a to je podstata aktivity *Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení*.

Narayanasamy et al. (2004, s. 8) potvrzují ve výzkumu mezi anglickými sestrami pracujícími v zařízeních pro seniory, že se prostřednictvím aktivního naslouchání může terminálně nemocným seniorům usnadnit emocionální vyjádření. Ve výzkumu mezi českými sestrami tyto činnosti, které odpovídaly aktivitě *Být schopný naslouchat pocitům pacienta*, zařadila pětina respondentů k nejdůležitějším aktivitám při péči o pacienta trpícího úzkostí ze smrti a byla uvedena jako třetí nejčastější aktivita (průměr škály 1,73). Signifikantně častěji se vyskytovala u respondenů z hospice ve srovnání s onkologií, geriatrií nebo agenturami domácí péče, což ukazuje na určité rezervy České republiky právě v těchto oblastech péče. Studie Narayanasamy et al. (2004, s. 8) přitom potvrzuje význam této aktivity při péči o terminálně nemocné seniory, stejně jako Lopez (2007, s. 143) ve studii zaměřené na obyvatele ošetrovatelských domů nebo Adelbratt a Strang (2000, s. 506) ve výzkumu u onkologických pacientů. Může to být mimo jiné způsobeno i skutečností, že poskytování péče v současném českém zdravotnictví i sociálních službách je limitováno deficitem financí a péče je orientována především výkonově. Podobně i zahraniční výzkumy poukazují na skutečnost, že dokumentování aktivit duchovní podpory nezohledňuje hodnotu času, kterou sestra stráví u pacienta (Edwards et al., 2010, s. 763; Bailey, Moran, Graham, 2009, s. 46). Na podobný problém upozorňují i autoři výzkumu mezi americkými farními sestrami, které označily intervence jako

„aktivní naslouchání“ a „duchovní podpora“ za nejčastěji využívané v komunitní péči. V tomto kontextu američtí autoři ale připomínají, že farní sestry nejsou placené výkonově, na rozdíl od sester pracujících v organizacích, které poskytují služby placené z vládních nebo soukromých sekulárních zdrojů. Proto mohou farní sestry věnovat čas těmto aktivitám, o které mají lidé čelící život ohrožující nemoci zájem (Solari-Twadell, Hackbarth, 2010, s. 74). Výzkum mezi onkologickými pacienty v USA ukázal, že duchovní podporu pacienti často chápou jako přítomnost pečujícího, empatického naslouchání a respekt. A o tyto aktivity pacienti velmi stojí (Tailor, 2006, s. 735). Obdobné výsledky jako u respondentů z českých hospiců, co se týká používání aktivity *Být schopný naslouchat pocítům pacienta*, uvádí výzkum mezi irskými hospicovými sestrami, kde většina (82 %) uvedla „naslouchání“ jako jednu z nejvýznamnějších aktivit duchovní podpory (Bailey, Moren, Graham, 2009, s. 45). Lze se domnívat, že je to důsledek realizace konceptu hospicové péče, která chápe naslouchání a doprovázení jako důležitou součást holistického pojetí ošetrovatelské péče o pacienta v závěru života.

Zajímavé zjištění uvádí výzkum Nixon a Narayanasamy (2010, s. 2265), kde angličtí neuro-onkologičtí pacienti identifikovali samotu jako duchovní potřebu. Důvodem může být přání pacientů, aby jejich duchovní pocity zůstaly skryté, a proto nejsou ochotni je sdílet se zdravotnickým personálem. To od sester vyžaduje velkou citlivost, aby pacientům potřebujícím samotu vytvořily čas a prostor, který by jim umožnil prožít ticho a klid. Odpovídá to aktivitě *Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity*, kterou zařadila mezi nejdůležitější aktivity při péči o pacienta s úzkostí ze smrti pětina českých respondentů, a to signifikantně častěji v hospicích ve srovnání se všemi ostatními pracovišti. Odráží to skutečnost, že pacienti v hospici si uvědomují jistotu blížící se smrti, se kterou se postupně smiřují. Rovněž Milligan (2011, s. 54) a Narayanasamy (2007, s. 32) zdůrazňují význam vytváření příležitostí pro klid a rozjímání, které podporuje duchovní pohodu pacientů v závěru života.

Aktivita *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* má pro pacienta trpícího úzkostí ze smrti v pokročilém stadiu onemocnění a na konci života zásadní význam. Určující znaky ošetrovatelské diagnózy „Úzkost ze smrti jako „pocit bezmoci nad umíráním“, „strach ze ztráty duševních schopností v období umírání“ nebo „strach z prodlužovaného umírání“ a „strach z utrpení v souvislosti s umíráním“ (Herdman, 2013, s. 373) většinou pacient spojuje s představou ztráty vlastní důstojnosti. Osobní

důstojnost jedince je často zmiňována právě v souvislosti s rizikem nedůstojného umírání a smrti (Chochinov, 2006, s. 92). Ve svém „Modelu důstojnosti“ Chochinov zařazuje úzkost ze smrti v rámci subtematu Psychologická tíseň do tematického bloku *Tíseň způsobená symptomy*. Společně s druhým tematickým okruhem *Úroveň nezávislosti tvoří* v Modelu důstojnosti kategorii *Obavy související s nemocí*. Většina poskytovatelů paliativní péče v tomto kontextu potvrzuje, že důstojnost je zastřešující hodnotou péče o umírající pacienty i jejich rodiny (Chochinov, 2006, s. 92–93). Rovněž sestry z USA, Indie, Keni a Etiopie ve výzkumu Coenen et al., který se zabýval ošetrovatelskými intervencemi podporujícími důstojné umírání, uváděly aktivity: přítomnost u pacienta, útěcha, mluvení o smrti a strachu pacienta z umírání, naslouchání a přijetí pacientova nahlížení na situaci. Sestry ze všech čtyř zemí se shodly na důležitosti intervencí „Pečovat o pacienta s úctou a respektem“ a „Přítomnost u pacienta“ (Coenen, Doorenbos, Willson, 2007, s. 1153–1154). V souladu s tím jsou i výsledky výzkumu u kanadských pacientů, které ukázaly, že pokud důstojnost nebyla narušená bylo méně pravděpodobné, že pacienti pocítovali beznaděj nebo úzkost (Chochinov et al., 2002, s. 2028). Rovněž Touhy, Brown a Smith (2005, s. 27) dokládají důležitost respektování osobní důstojnosti v péči na konci života v ošetrovatelských domech. Aktivity, které čeští respondenti uváděli s největší frekvencí, se tak shodují s těmito zahraničními výzkumy.

Sherman, Norman a Beyer Mc Sherry (2010, s. 109), kteří se zabývali srovnáním úzkostí ze smrti u onkologických pacientů a pacientů s AIDS, potvrdili významný vliv aktivní přítomnosti pečujících na zmírnění úzkosti ze smrti a na podporu kvality života pacientů. Adelbratt a Strang (2000, s. 506) ve studii zaměřené na úzkost ze smrti u pacientů s tumorem mozku zdůraznili, že je nutné aby pracovníci poskytující péči byli schopni podporovat a naslouchat vysloveným i nevysloveným projevům osamělosti a úzkosti ze smrti pacientů. Absence transcendentní naděje a představa postupné ztráty duševních schopností může zesilovat pocit úzkosti ze smrti a vyvolat obranný mechanismus emocionální izolace, kdy úzkost ze smrti není vyjádřena přímo (Adelbratt, Strang, 2000, s. 499, 504-506). Signifikantní roli má úroveň úzkosti i v touze uspišit smrt v souvislosti s pocitem ztráty nebo ohrožení vlastní důstojnosti, jak uvádí výzkum u korejských terminálně nemocných pacientů (Shim, Hahm, 2010, s. 400). K podobným závěrům dochází i Akechi v japonské studii (Akechi et al., 2004, s. 187). Na vliv socio-kulturních specifík v této oblasti upozorňuje

i studie Ogasawary et al. (2005, s. 62–63), která se zabývala ošetrovatelskými diagnózami a intervencemi u japonských pacientek v terminálním stádiu karcinomu prsu. Japonské sestry neuváděly žádné diagnózy související s umíráním a smrtí (jako např. Úzkost ze smrti), a od toho se odvíjel i deficit intervencí podporujících psychologickou a spirituální dimenzi života.

Co se týká názoru českých respondentů na možnost implementace NIC intervence Duchovní podpora do současné české ošetrovatelské praxe u pacienta trpícího úzkostí ze smrti byly uváděny nejčastěji aktivity *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* (průměr škály 1,43); *Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení* (průměr škály 1,71); *Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce* (průměr škály 1,77); *Být schopný naslouchat pocitům pacienta* (průměr škály 1,88) a *Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti* (průměr škály 1,91). Je zajímavé, že polovina českých respondentů uvedla, že aktivita *Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce* je „vždy“ implementovatelná do současné české ošetrovatelské praxe, ale sami ji nevyužívali ani ji nezařadili mezi aktivity, které považovali za nejdůležitější. U ostatních aktivit (*Jednat s pacientem důstojně a s respektem*; *Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení*; *Být schopný naslouchat pocitům pacienta* a *Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti*) byla u respondentů shoda co se týče využívání aktivity i subjektivního vnímání její důležitosti. Potvrzuje to skutečnost, že česká společnost je velmi sekulární. Vzhledem ke skutečnosti, že převaha věřících obyvatel je dle statistik ve vyšších věkových kategoriích, respondenti aktivitu *Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce* považují za implementovatelnou, ale sami ji nevnímali jako jednu z nejdůležitějších aktivit při péči o pacienta trpícího úzkostí ze smrti.

To, že české sestry tak preferovaly aktivity vztahující se k důstojnosti, respektu a naslouchání možná odráží i negativní zkušenosti českých zdravotníků z období totalitního režimu. Bylo to období spojené s ateizací společnosti, kdy nebyl využíván holistický model péče, a byla preferována péče o fyzickou dimenzi jedince. Výrazný rozdíl mezi názory sester z hospiců a domovů pro seniory na implementovatelnost mnohých aktivit mohla ovlivnit i skutečnost, že v České republice je v současné době tlak na redukci počtu sester na pracovištích sociální péče, jako například domovy pro seniory. Navyšuje se počet personálu s nižší kvalifikací zaměřených především na péči o základní biologické potřeby seniorů. To vede sestry ke skeptickému pohledu na

reálnou možnost implementovat aktivity duchovní podpory do ošetrovatelského procesu na těchto pracovištích.

České sestry s delší praxí měly skeptičtější názor na reálnost implementovatelnosti aktivity *Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět; Být otevřený k vyjádření obav pacienta; a Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta*. Lze se domnívat, že to mimo jiné souvisí i s dřívějším systémem vzdělávání na středních zdravotnických školách. Sestry se v rámci profesní přípravy více zaměřovaly na manuální zvládnání výkonů než na komunikační dovednosti. Ale realizace výše uvedených aktivit vyžaduje tzv. měkké kompetence (např. schopnost empatické komunikace).

Problémy, které české respondenty nejvíce limitují při realizování aktivit duchovní podpory, byly popisovány formou volně odpovědi. Odpovědělo pouze 8,3 % respondentů. Jejich odpovědi byly kategorizovány podle obsahu do pěti základních oblastí, které byly definovány jako: *kompetence, víra, soukromí, čas a organizace práce*.

Co se týká *kompetenci* čeští respondenti uváděli, že aktivity duchovní podpory nepatří do kompetence sestry, ale spíše klinického psychologa, duchovního nebo řádových sester. V rámci náplně práce to považovali za aktivity, které patří do spektra činnosti pouze u sester v hospici. Ukazuje to na nepochopení nebo neznalost podstaty těchto aktivit, což může být důsledek dřívějšiho systému vzdělávání sester. Přitom již Florence Nightingale, zakladatelka moderního ošetrovatelství, chápala spiritualitu jako podstatnou součást lidské bytosti, a řešení spirituálních potřeb pacientů považovala za součást ošetrovatelské praxe (Macrae, 1995, s. 9). Podpora duchovní dimenze v ošetrovatelské péči se v zahraničních studiích objevuje již více než dvacet let, protože výzkumníci i odborníci z praxe uznávají její důležitost (Baldacchino, 2006, s. 885). V Etickém kodexu Mezinárodní rady sester se mimo jiné připomíná, že role sester je v podpoře prostředí, které respektuje duchovní víru jednotlivce, rodiny i komunity (ICN, 2012, s. 2). Sestry tak mají významnou roli v poskytování duchovní péče. Posouzení pacientových duchovních potřeb je širší než pouhé zjištění jeho náboženského přesvědčení. Zahrnuje pacientovo vnímání smyslu a účelu života, naděje, existenciální úzkosti i jeho chápání „vyšší moci“ (Lemmer, 2005, s. 320). Van Leeuwen a Cusveller formulovali tři oblasti kompetencí, které sestry potřebují pro poskytování duchovní podpory. Do první oblasti zařadili kompetence vztahující se

k ošetrovatelským intervencím. Je to schopnost sestry shromažďovat informace o pacientově spiritualitě a posoudit jeho potřeby v této oblasti, plánovat intervence duchovní podpory, realizovat je a vyhodnotit. Druhou oblastí jsou kompetence vztahující se k profesionálnímu postoji sestry k duchovní péči. Je to schopnost sestry zvládnout své vlastní hodnoty, přesvědčení a pocity v profesionálním vztahu s pacienty různých vyznání a náboženství. Třetí oblastí jsou kompetence vztahující se k organizačním podmínkám poskytování duchovní podpory. Je to schopnost sestry přispět k zajištění kvality a zlepšení znalostí o duchovní péči v organizaci (Van Leeuwen, Cusveller, 2004, s. 237). Výzkumy dokládají kompetentnost sester pro aktivity duchovní péče a vztahují je ke koncepci holistické péče, kterou by všichni ošetrovatelští profesionálové měli poskytovat (Baldacchino, 2006, s. 885).

Druhou oblastí byla *víra*. Čeští respondenti uváděli, že aktivity duchovní podpory nepodporují, protože jsou sami nevěřící nebo že česká populace je většinou nevěřící. Proto předpokládali, že pacienti nemají o tyto aktivity zájem. Ukazuje to, že některé české sestry stále spojují duchovní aktivity pouze s náboženstvím (religiozitou) a neuvědomují si širší dimenzi spirituality, kterou připomíná už Florence Nightingelová (Macrae, 1995, s. 9). Také výzkum mezi sestrami na Maltě ukázal, že sestry vnímaly aktivity duchovní podpory převážně v religiózní dimenzi. Na rozdíl od českých respondentů byl ale názor respondentů z Malty ovlivněn skutečností, že 95 % maltské populace je věřící a v nemocnici jsou pravidelně přítomní nemocniční kaplani. Sestry je vnímaly jako experty, a proto jim přenechávaly řešení duchovních potřeb pacientů (Baldacchino, 2006, s. 889). Ale i humanisticky a ateisticky orientované sestry mohou poznat pacientovy duchovní potřeby, mluvit s ním o „vyšší moci“, posmrtném životě a dalších transcendentních hodnotách za účelem laskavé a empatické podpory těchto pro pacienta pozitivních hodnot. I když nenábožensky zaměřeni pečovatelé mohou vidět v duchu Camusovy filozofie život jako absurditu, přesto mohou pomoci pacientům podpořit jejich vlastní pohled na smysl a cíl života a snížit tak jejich úzkost (Aubin, 2009, s. 318). Rovněž Costello souhlasí s názorem, že sestry s nenáboženským (humanistickým) přesvědčením mohou a měly by pomáhat pacientům se spirituálními obavami, zvláště těm, kteří jsou v terminální fázi svého života. Nepovažuje ale za příliš pravděpodobné, že by taková pomoc vedla k diskuzi o Bohu nebo jiné vyšší moci, která se vztahuje k posmrtnému životu, protože je to v kontrastu s humanistickým názorem. Spiritualitu Costello ztotožňuje s morálním

pocitem pohody a duchovní podporu vnímá jako skutečně láskyplné empatické pečování (Costello, 2009, s. 263). Významnou částí duchovních potřeb, speciálně v kontextu blížíící se smrti, je reagování na existenciální utrpení, tedy úzkost ze smrti, zoufalství, beznaděj a obavy z posmrtného života. V kontextu takto pojímané dimenze spirituality mohou i nenábožensky zaměřené sestry být umírajícímu pacientovi velkou oporou.

Dalšími oblastmi, které uvedly české sestry jako problém, byly *nedostatek času a limity v organizaci práce*. Čas, to znamená dobu strávenou s pacientem, je přitom popisován jako zásadní element pro poskytování duchovní podpory. Daaleman uvádí, že nedostatek času byl zdravotníky pečujícími o terminálně nemocné pacienty označen jako inhibitor a hlavní překážka poskytování duchovní podpory (Daaleman, 2008, s. 409). Omezuje možnost sestry vytvořit, rozvíjet a udržovat terapeutický vztah s pacientem založený na předpokladu poznání pacienta a získání jeho důvěry (Bailey, Moran, Graham, 2009, s. 46). Pro aktivity duchovní podpory, jako např. naslouchání, je nezbytné vytvořit časový prostor, aby se pacient mohl „vnitřně otevřít“ a zbavit se úzkosti. Dostatek času pro naslouchání zlepšuje vnímavost sestry pro individuální potřeby pacienta a usnadňuje duchovní diskuzi. Upevňuje také přesvědčení pacienta, že pokud jsou sestry vnímavé, poznají kdy a jak mluvit o duchovních obavách a úzkosti. Ošetrovatelská péče poskytovaná systémem primárních sester zvyšuje možnost, aby se pacientovi v závěru života věnovala jedna sestra, která si s pacientem vytvoří terapeutický vztah a získá jeho důvěru (Edwards et al., 2010, s. 761, 763). Rovněž Baldacchino uvádí, že sestry z Malty jmenovaly jako faktory, které znesnadňují provádění duchovní péče, nedostatek času a pracovní přetížení. Pro překonání těchto faktorů byl doporučeny intervence ze strany vedení instituce, podpora ošetrovatelského vzdělání v oblasti duchovní péče a lepší koordinace mezi členy interdisciplinárního týmu (Baldacchino, 2006, s. 891) Také respondenti v kanadském výzkumu označili nedostatek času v nemocničních pracovištích za primární problém pro poskytování duchovní podpory. Nedostatek času souvisel s tlakem na snižování finančních nákladů za péči a zvýšení efektivity práce. Ze strany vedení nemocnic byla tendence posuzovat sestry spíše jako technické pracovníky než jako poskytovatele holistické péče. Sestry vystavené vysokému pracovnímu i psychickému tlaku se pak mohou stát méně vnímavé pro duchovní potřeby pacientů, na jejichž řešení mají jen minimum času (Carr, 2010, s. 1385, 1389).

Mezi problémy, které považovali čeští respondenti za limitující pro poskytování aktivit duchovní podpory, pařil i *nedostatek soukromí*. Baldacchino ve svém výzkumu uvádí nedostatek soukromí jako faktor, který omezuje sestry při poskytování duchovní podpory (Baldacchino, 2006, s. 891). Absenci soukromí způsobenou velkým počtem pacientů na odděleních a limity finančních prostředků uvádí jako překážku pro zajištění duchovní podpory i další výzkumy (Edwards et al., 2010, s. 763). Také americká studie zaměřená na aktivity duchovní péče u pacientů v závěru života identifikovala nedostatek soukromí jako zásadní problém spojený s institucionální péčí (Daaleman et al., 2008, s. 409). Rovněž britská studie potvrdila, že vysoký počet pacientů a nízké financování ve zdravotnických institucích neumožňuje vytvoření dostatečného soukromí v závěru života, což zhoršuje možnost realizovat aktivity duchovní podpory (Wright, 2002, s. 131). Přitom prostředí, které podporuje prožívání pocitu vnitřního klidu, snižuje existenciální úzkost pacienta (Mok, Wong, 2010, s. 366). Možnost poskytnout pacientovi v závěru života soukromí mu dává příležitost pro rozjímání a duchovní aktivity (Nixon, Narayanasam, 2010, s. 2265; Milligan, 2011, s. 54).

Výsledky výzkumu získané v rámci této disertační práce lze považovat za validní, protože obsahová validita výzkumného nástroje je dána použitím definovaných aktivit standardizované mezinárodní klasifikace NIC při konstrukci jednotlivých položek dotazníku. Klasifikační systém NIC má globální využití. I když byl primárně vyvinutý pro americké prostředí, má využitelnost i v jiných kulturních prostředích bez ohledu na filosofickou orientaci (Bulechek et al., 2012, s. vii). Dokládá to skutečnost, že byl přeložen do jazyků zemí s naprosto odlišnými kulturními tradicemi a různou mírou sekularizace společnosti (např. čínština, japonština, němčina, holandština, španělština nebo italština). Omezení zkreslení výsledků bylo podpořeno stanovením kritérií pro výběr respondentů tak, aby byli vyloučeni jedinci, kteří v rámci vykonávání své profese nemají s péčí o pacienty v závěru života zkušenost. Skutečnost, že na otevřenou položku o problémech spojených s realizací aktivit duchovní podpory odpovědělo pouze 8,3 % respondentů navozuje otázku, zda lze tento výsledek považovat objektivní. Na druhé straně pět základních oblastí, které byly analýzou odpovědí kategorizovány jako kompetence, víra, soukromí, čas a organizace práce se shodují s výsledky zahraničních studií.

5 ZÁVĚR

Hlavním cílem disertační práce bylo zjistit, jak identifikují a řeší české sestry s různou profesionální zkušeností ošetrovatelský problém úzkosti ze smrti dospělého pacienta. Jednotlivé cíle byly zaměřeny na diagnostické prvky vedoucí české sestry k potvrzení diagnostickému závěru Úzkost ze smrti, realizované aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora a názor na reálnost implementace těchto aktivit do současné české ošetrovatelské praxe.

Analýza výsledků ukázala, že české sestry s různou profesionální zkušeností vnímají diagnostické prvky *Uvádí hluboký smutek* a *Diskuze na téma smrti* jako nejčastější signály vedoucí k potvrzení diagnostického závěru Úzkost ze smrti. U diagnostického prvku *Uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním* byla prokázána souvislost s profesionální zkušeností sestry, a to v oblasti typu pracoviště a frekvence péče o pacienta s úzkostí ze smrti.

Z NIC intervence Duchovní podpora realizovaly u pacienta trpícího úzkostí ze smrti sestry s různou profesionální zkušeností nejčastěji aktivitu *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* a také ji považovaly za nejvýznamnější. U realizace aktivit religiózní dimenze byla prokázána souvislost s profesionální zkušeností sestry, a to v oblasti typu pracoviště a náboženského přesvědčení sestry.

Subjektivní názor na možnosti reálné implementace aktivity *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* „vždy“ při péči o pacienta trpícího úzkostí ze smrti v současné české ošetrovatelské praxi souvisel s profesionální zkušeností sestry, a to v oblasti typu pracoviště. Sestry s delší praxí byly více skeptické k reálnosti implementace u aktivit, jako např. *Být otevřený k vyjádření obav pacienta*.

Rozsáhlejší výzkum zaměřený na ošetrovatelský problém Úzkost ze smrti a jeho řešení aktivitami NIC intervence Duchovní podpora nebyl dosud v České republice realizován. Význam disertační práce je v tom, že ukázala, že i ve společnosti s poměrně vysokou sekulární kulturou mohou sestry při péči o pacienta trpícího v závěru života úzkostí ze smrti využívat aktivity intervence Duchovní podpory ze standardizovaného klasifikačního systému NIC. Výsledky disertační práce mají

význam pro oblast edukace, klinické praxe, řízení, mezinárodní spolupráce, legislativy a definování dalších oblastí zkoumání.

Edukace

Výsledky disertační práce ukazují na potřebu zařadit do kurikula pregraduálního vzdělávání sester oblast duchovní podpory religiózní i existenciální dimenze, a to v kontextu postupující sekularizace společnosti. V rámci celoživotního vzdělávání je potřeba se zaměřit na oblast spirituálních potřeb v obecné existenciální dimenzi, protože dřívější systém vzdělávání na středních zdravotnických školách se této dimenzi člověka nevěnoval.

Klinická praxe

Výzkum identifikovat konkrétní aktivity duchovní podpory, které umožňují snížit úzkost ze smrti u pacienta v závěru života. Tyto aktivity by bylo možné implementovat do ošetrovatelských plánů péče napříč spektrem zdravotnických institucí v České republice.

Řízení

Pro realizaci aktivit duchovní péče jako součásti péče poskytované ošetrovatelskými profesionály je potřeba vytvořit vhodné podmínky ve zdravotnických a sociálních institucích, a to zejména podmínky týkající se času pro realizaci těchto aktivit a zajištění soukromí pacientů. V opačném případě implementaci intervence Duchovní podpora do současné české ošetrovatelské praxe u pacienta trpícího úzkostí ze smrti nebude možno realizovat na žádoucí úrovni.

Mezinárodní spolupráce

Intervence Duchovní podpora je v mnoha vyspělých zemích realizována jako součást ošetrovatelské péče, a tyto země mají nejen zkušenosti v této oblasti ale i velkou aktivitu výzkumnou. Proto by bylo velmi přínosné podporovat spolupráci s prestižními mezinárodními sesterskými organizacemi, přejímat jejich zkušenosti a tím minimalizovat možné problémy a komplikace při implementování aktivit duchovní podpory do současné české ošetrovatelské praxe.

Legislativní oblast

Jedním z nejdůležitějších faktorů pro možnost implementace aktivit duchovní podpory je dle mého názoru legislativní oblast. V legislativě se všeobecně promítá vůle společnosti ke změně v určité oblasti. Dále se v ní promítá i politická podpora této změny, a to nejen formulováním zákonných podmínek ale také vytvářením přiměřeného ekonomického prostředí umožňujícího realizaci změny.

Další výzkum

Oblastí dalšího výzkumu, který by navázal na výzkum realizovaný v rámci této disertační práce, je dokumentování aktivit duchovní podpory v ošetrovatelských plánech péče. Druhou oblastí je formulování kompetencí sester, které se vztahují k ošetrovatelským intervencím duchovní podpory v české ošetrovatelské praxi. Třetí oblastí je představa českých sester o obsahu a definování pojmů spiritualita a duchovní podpora v ošetrovatelské praxi.

Disertační práce ukázala, že pokud si sestra nezávisle na své profesionální zkušenosti (typ pracoviště, délka praxe, doba strávená péčí o terminálně nemocné, náboženské přesvědčení) uvědomuje důležitost aktivit spirituální dimenze, pečuje o pacienta empaticky, s důstojností a respektem. Takto pojímaná duchovní podpora pomáhá vytvářet ochranu proti úzkosti ze smrti i obavám ze ztráty důstojnosti a lze ji realizovat i ve společnosti s vysokou sekulární kulturou. Umožňuje pacientovi postupně se smířovat s realitou blížící se smrti, snižovat úzkost ze smrti a prožít závěr života důstojně.

6 LITERATURA

ABDEL-KHALEK, A. 2005. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*. 2005, 29(3), 251–259. ISSN 0748-1187.

ABDEL-KHALEK, A. 2007. Love of Life and Death Distress: Two Separate Factors. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2007, 55(4), 267–278. ISSN 0030-2228.

ADELBRATT, S., STRANG, P. 2000. Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*. 2000, 14(6), 499–507. ISSN 0269-2163.

AHMED, S., O'MAHONY, M. 2005. Where older people die: a retrospective population-based study. *QJM*. 2005, 98(12), 865–870. ISSN 1460-2725.

AKECHI, T., OKUYAMA, T., SUGAWARA, Y. et al. 2004. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer*. 2004, 100(1), 183–191. ISSN 0008-543X.

ARIÉS, P. 2000. *Dějiny smrti. Díl 2. Zdivočelá smrt*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-293-3.

ARNETZ, J., HÖGLUND, A., ARNETZ, B. et al. 2008. Development and evaluation of a questionnaire for measuring patient views of involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008, 7(3), 229–238. ISSN 1474-51.

AUBIN, H. 2009. How can the „materialist“ nurse provide spiritual support? *International Journal of Palliative Nursing*. 2009, 15(7), 318. ISSN 1357-6321.

AZAIZA, F., RON, P., SHOHAM, M., GIGINI, I. 2010. Death and dying anxiety among elderly arab muslims in Izrael. *Death Studies*. 2010, 34(4), 351–364, ISSN 0748-1187.

BAILEY, M., MORAN, S., GRAHAM, M. 2009. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*. 2009, 15(1), 42–48. ISSN 1357-6321.

BALDACCHINO, D. 2006. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, 15(7), 885–896. ISSN 0962-1067.

- BÁRTLOVÁ, S. 2005. Focus groups v ošetrovatelství. *Kontakt*. 2005, 7(1-2), 24–26. ISSN 1212–4117.
- BASSETT, J. 2007. Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone’s separation theory. *Death Studies*. 2007, 31(8), 727–750. ISSN 0748-1187.
- BAY, E., ALGASE, D. 1999. Fear and Anxiety: A Simultaneous Concept Analysis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 1999, 10(3), 103–111. ISSN 1046-7459.
- BELSKY, J. 1991. *The psychology of aging: Theory, research, and interventions*. 3rd ed. Beverly, MA: Wadsworth Publishing, 1999. ISBN 0-534-35912-4.
- BENTON, J., CHRISTOPHER, A., WALTER, M. 2007. Death anxiety as a function of aging anxiety. *Death Studies*. 2007, 31(4), 337–350. ISSN 0748-1187.
- BESHAI, J. 2008. Are cross-cultural comparisons of norms on death anxiety valid? *Omega: Journal of Death & Dying*. 2008, 57(3), 299–311. ISSN 0030-2228.
- BOWLING, A., ILIFFE, S., KESSEL, A., HIGGINSON, I. 2010. Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. *Postgraduate Medical Journal*. 2010, 86(1014), 197–202. ISSN 1117-1936.
- BOZO, Ö., TUNCA, A., ŞİMŞEK, Y. 2009. The Effect of Death Anxiety and Age on Health-Promoting Behaviors: A Terror-Management Theory Perspective. *The Journal of Psychology*. 2009, 14(4), 377–389. ISSN 0022-3980.
- BROWN, R., VALPIANI, E., TENNANT, C. et al. 2009. Longitudinal assessment of anxiety, depression and fatigue in people with multiple sclerosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2009, 82(1), 41–56. ISSN 1476-0835.
- BUETOW, S. 2009. Using Philosophy to Help Manage the Fear of Death. *Journal of Palliative Care*. 2009, 25(2), 111–116. ISSN 0825-8597.
- BULECHEK, G., BUTCHER, H., DOCHTERMAN, J. et al. (ed.) 2012. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Luis: Elsevier, 2012. ISBN 978-0-323-10011-3.
- BYRNE, M. 2002. Spirituality in palliative care: What language do we need? *International Journal of Palliative Nursing*. 2002, 8(2), 67–74. ISSN 1357-6321.

CARPENITO-MOYET, L. 2008. *Handbook of nursing diagnosis*. 12th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2008. ISBN 978-0-7817-6986-0.

CARR, T. 2010. Facing Existential Realities: Exploring Barriers and Challenges to Spiritual Nursing Care. *Qualitative Health Research*. 2010, 20(10), 1379–1392. ISSN 1049-7323.

CASEY, D., MURPHY, K. 2009. Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse researcher*. 2009, 16(4), 40–55. ISSN 1351-5578.

CATON, A., KLEMM, P. 2006. Introduction of Novice Oncology Nurses to End-of-Life Care. *Clinical journal of oncology nursing*. 2006, 10(5), 604–608. ISSN 1092-1095.

CAVENDISH, R., KONECNY, L., MITZELIOTIS, C. et al. 2003. Spiritual Care Activities of Nurses Using Nursing Interventions Classification (NIC) Labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003, 14(4), 113–124. ISSN 1541-5147.

CELLA, D., TROSS, S. 1987. Death anxiety in cancer survival: A preliminary cross-validation study. *Journal of Personality Assessment*. 1987, 51(3), 451–461. ISSN 0022-3891.

CICIRELLI, V. 2002. Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journal of Gerontology*. 2002, 57(4), 358–366. ISSN 1079-5014.

CICIRELLI, V. 2006. Fear of death in mid-old age. *Journal of Gerontology, Series B, Psychological sciences and social science*. 2006, 61(2), 75–81. ISSN 1079-5014.

COENEN, A., DOORENBOS, A., WILSON, S. 2007. Nursing Interventions to Promote Dignified Dying in Four Countries. *Oncology Nursing Forum*. 2007, 34(6), 1152–1153. ISSN 0190-535X.

COSTELLO, J. 2009. Spirituality: What do we mean? *International Journal of Palliative Nursing*. 2009, 15(6), 263. ISSN 1357-6321.

ČERVENKA, J. 1975. *Základy statistiky*. Osveta: Martin, 1975. ISBN neuvedeno.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2003. Náboženské vyznání obyvatelstva podle SLDB 2001. [online]. [cit. 1.3.2013]. Dostupné z:

http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_podle_vysledku_sldb_2001753951

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2011. Obyvatelstvo podle náboženské víry, podle národnosti, věku a podle pohlaví. [online]. [cit. 12.9.2013]. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/A10032B40F/\\$File/OBCR606.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/A10032B40F/$File/OBCR606.pdf)

DA SILVA, M., DE CÁSSIA BETTENCOURT, A., MICHEL, J. et al. 2006. Most Frequently Identified Nursing Diagnoses in HIV/AIDS Patients. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006, 17(1), 53. ISSN 1541-5147.

DAALEMANN, T., USHER, B., WILLIAMS, S. et al. 2008. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Annals of family medicine*. 2008, 6(5), 406–411. ISSN 1544-1709.

DECHESNE, M., PYSZCZYNSKI, T., ARNDT, J. et al. 2003. Literal and symbolic immortality: The effect of evidence of literal immortality on self-esteem striving in response to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003, 84(4), 722–737. ISSN 0022-3514.

DEPAOLA, S., GRIFFIN, M., YOUNG, J. et al. 2003. Death anxiety and attitudes towards the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*. 2003, 27(4), 335–354. ISSN 0748-1187.

DOORENBOS, A., WILSON, S., COENEN, A. et al. 2006. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *International Nursing Review*. 2006, 53(1), 28–33. ISSN 0020-8132.

DUNN, K., OTTEN, C., STEPHENS, E. 2005. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*. 2005, 32(1), 97–104. ISSN 0190-535X.

DUNNIECE, U., SLEVIN, E. 2000. Nurses' experience of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, 32(3), 611–618. ISSN 0309-2402.

DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*. 2012, 14(3), 331–339. ISSN 1212-4117.

- EDVARDSSON, D., SANDMAN, P., RASMUSSEN, B. 2006. Caring or uncaring meanings of being in an oncology environment. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, 55(2), 188–197. ISSN 0309-2402.
- EDWARDS, A., PANG, N., SHIU, V. et al. 2010. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*. 2010, 24(8), 753–770. ISSN 0269-2163.
- ENS, C., BOND, J. 2005. Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies*. 2005, 29(2), 171–178. ISSN 0748-1187.
- FLORIAN, V., MIKULINCER, M., HIRSCHBERGER, G. 2002. The Anxiety-Buffering Function of Close Relationships: Evidence That Relationship Commitment Acts as a Terror Management Mechanism. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002, 82(4), 527–542. ISSN 0022–3514.
- FORTNER, B., NEIMEYER, R. 1999. Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*. 1999, 23(5), 387–411. ISSN 0748-1187.
- FU-JIN, S., HUNG-RU, L., MEEI-LING, G. et al. 2009. Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2009, 16(1), 31–38. ISSN 0190-535X.
- GAILLOT, M., SCHMEICHEL, B., BAUMEISTER, R. 2006. Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2006, 91(1), 49–62. ISSN 0022–3514.
- GLAS, G. 2007. Anxiety, Anxiety Disorders, Religion and Spirituality. *Southern Medical Journal*. 2007, 100(6), 621–625. ISSN 0038-4348.
- GOMES, B., HIGGINSON, I. 2008. Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine*. 2008, 22(1), 33–41. ISSN 0269-2163.
- GÓMEZ, J., HIDALGO, D., TOMÁS-SÁBADO, J. 2007. Using polytomous item response models to assess death anxiety. *Nursing Research*. 2007, 56(2), 89–96. ISSN 0029-6562.

- GONEN, G., KAYMAK, S., CANKURTARAN, E. et al. 2012. The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2012, 30(3), 347–358. ISSN 0734-7332.
- GRANT, P. 2004. Spiritual Interventions: How, When, and Why Nurses Use Them. *Holistic Nursing Practice*. 2004, 18(1), 36–41. ISSN 0887-9311.
- GRUMANN, N., SPIEGEL, D. 2003. Living in the face of death: interview with 12 terminally ill women on home hospice care. *Palliative and Supportive Care*. 2003, 1(1), 23–32. ISSN 1478-9515.
- GÜLER, E., ESER, I., KHORSHID, L. et al. 2012. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nursing Outlook*. 2012, 60(1), 21–28. ISSN 0029–6554.
- HALES, S., ZIMMERMANN, C., RODIN, G. 2010. The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliative medicine*. 2010, 24(2), 127–144. ISSN 0269-2163.
- HALLBERG, I. 2004. Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging clinical and experimental research*. 2004, 16(2), 87–103. ISSN 594-0667.
- HATOKOVÁ, M. 2007. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho. *Onkológia (Bratisl.)*. 2007, 2(2), 112–115. ISSN 1336-8176.
- HENDL, J. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-1.
- HERDMAN, T. (ed.) (překlad Kudlová, P.). 2013. NANDA International-*Ošetrovateľské diagnózy: Definície a klasifikácie 2012–2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HERDMAN, T. (ed.). 2012. NANDA International. *Nursing Diagnoses, Definitions and Classifications 2012–2014*. Oxford: Wiley-Blackwell. 2012. ISBN 978-0-4706-5482-8.
- HÉRODOTOS. 1972. *Dějiny*. 2. vyd. Praha: Odeon, 1972. ISBN neuvedeno.
- HUBÍK, S. 2006. *Hypotéza: Metodologický nástroj výzkumu ve společenských vědách*. Č. Budějovice: JU FZS, 2006. ISBN 80-7040-842-1.

HUSSEY, T. 2009. Nursing and spirituality. *Nursing Philosophy*. 2009, 10(2), 71–80. ISSN 1466-7681.

CHEN, Y., DEL BEN, K., FORTSON, B. et al. 2006. Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*. 2006, 30(10), 919–929. ISSN 0748-1187.

CHIBNALL, J, VIDEEN, S., DUCKRO, P. et al. 2002. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*. 2002, 16(4), 331–338. ISSN 0269-2163.

CHOCHINOV, H. 2006. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2006, 56(2), 84–103. ISSN 0007-9235.

CHOCHINOV, H., CANN, B. 2005. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of palliative medicine*. 2005. 8(S1), 103–115. ISSN 1096-6218.

CHOCHINOV, H., JACK, T., HAZARD, T. et al. 2002. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 2002, 360(9350), 2026–2030. ISSN 0140-6736.

CHOCHINOV, H., KRISTJANSON, J., JACK, T. et al. 2006. Dignity in the Terminally ill: revised. *Journal of palliative medicine*. 2006, 9(3), 666–672. ISSN 1096-6218.

CHOCHINOV, H., KRISTJANSON, L., BREITBART, W. et al. 2011. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 2011. 12(8), 753–762. ISSN 1470-2045.

CHORON, J. 1964. *Modern Man and Mortality*. New York: Macmillan, 1964. ISBN neuvedeno.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. 2012. *The ICN Code of Ethics for Nurses (revised)*. Geneva: ICN, 2012. ISBN 978-92-95094-95-6.

JAYASEKARA, R. 2012. Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*. 2012, 60(6), 411–416. ISSN 0029-6564.

JOHNSON, M., BULECHEK, G., BUTCHER, H. et al. 2006. *NANDA, NOC and NIC Linkages*. 2nd ed. Philadelphia: Mosby, Elsevier, 2006. ISBN 978-0-323-03194-3.

- JOHNSON, M., MOORHEAD, S., BULECHEK, G. et al. 2011. *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Thinking and Quality Care*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby, 2011. ISBN 978-0-323-07703-3.
- JOST, J., NAPIER, J., THORISDOTTIR, H. et al., 2007. Are needs to manage uncertainty and threat associated with political conservatism or ideological extremity? *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007, 33(7), 989–1007. ISSN 0146-1672.
- KABELKA, L. 2008. Principy neonkologické paliativní péče – pohled geriatra. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2008, 1(2), 67–70. ISSN 1337-9917.
- KASTENBAUM, R. 2006. *The Psychology of Death*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Co, 2006. ISBN 0-8261-0263-8.
- KASTENBAUM, R. 2012. *Death, Society, and human experience*. 11th. ed. Upper Saddle River: Pearson Education Inc, 2012. ISBN 0-205-00108-4.
- KAWANO, R. 2010-2011. A sociocultural analysis of death anxiety among older Japanese urbanites in a citizens' movement. *Omega, Journal of death and dying*. 2010–2011, 62(4), 369–386. ISSN 0030-2228.
- KHATRI, S., GULLICK, J., WILDBORE, C. et al. 2012. Marking time: The temporal experience of gastrointestinal cancer. *Contemporary Nurse*. 2012, 41(2), 146–159. ISSN 1037-6178.
- KIERKEGAARD, S., 1957. *The Concept of Dread*. 2nd ed. Princeton: Princeton University Press, 1957. ISBN neuvedeno.
- KISSANE, D. 2012. The Relief of Existential Suffering. *Archives of Internal Medicine*. 2012, 172(19), 1501–1505. ISSN 0003–9926 .
- KISVETROVÁ, H. 2009. Názory sester na péči o umírající v institucionálních podmínkách následné ošetrovatelské péče. In KISVETROVÁ, H. (ed.) *Důstojné umírání II*. Olomouc: VUP, 2009. s. 49–57. ISBN 978-80-244-2381-4.
- KISVETROVÁ, H. 2011a. Nurses' opinions on their own mortality in the context of social aspect of the profession of a nurse in palliative nursing. In BINKOWSKA-BURY, M., NAGÓRSKA, M. (ed.) *Worldviews on European Nursing*. Rzeszow: Reprint, s. 202–208. ISBN 978-836942-99-4.

- KISVETROVÁ, H. 2011b. Jak řeší české sestry v současné sekularizované společnosti úzkost ze smrti terminálně nemocných. In NYKLEWICZ, W. (ed.) *Pielegniarstwo ponad granicami*. Łódź: OIPP, 2011b. s. 52–57. ISBN 978-83-906824-1-9.
- KISVETROVÁ, H. 2011c. Umírání a smrt v prostředí intenzivní medicíny. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (ed.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelství*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatelstva. 2011c. s. 177–182. ISBN 978-80-89544-00-4.
- KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. 2010. Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2010, 3(S2), 23–25. ISSN 1337-9917.
- KÜBLER-ROSS, E., 1993. *O smrti a umírání*. Turnov: Arita, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
- KUUPPELOMÄKI, M. 2001. Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments. *Journal of Clinical Nursing*. 2001, 10(5), 660–670. ISSN 0962-1067.
- LANDAU, M., GREENBERG, J., SOLOMON, S. et al. 2006. Windows into nothingness: Terror management, meaninglessness, and negative reactions to art. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006, 90(6), 879–892. ISSN 0022–3514.
- LANGE, M., THOM, B., KLIME, N. 2008. Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*. 2008, 35(6), 955–959. ISSN 0190-535X.
- LE DOUX, J. 2008. Remembrance of emotions past. In FISCHER, K., IMMORDINO-YANG, M. (ed.) *The Jossey-Bass reader on the brain and learning*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2008. s. 151–179. ISBN 978-0-78-7879-6241-8.
- LEHTO, R., STEIN, K. 2009. Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2009, 23(1), 23–31. ISSN 1541-6577.
- LEMMER, C. 2005. Recognizing and Caring for Spiritual Needs of Clients. *Journal of Holistic Nursing*. 2005, 23(3), 310–322. ISSN 0898-0101.
- LESTER, D., TEMPLER, D. 1992-1993. Death anxiety scales: a dialogue. *Omega: Journal of Death and Dying*. 1992-1993, 26(4), 239–253. ISSN 0030-2228.

- LOPEZ, R. 2007. Suffering and Dying Nursing Home Residents: Nurses' Perceptions of the Role of Family Members. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2007, 9(3),141–149. ISSN 1522-2179.
- LUNDMARK, M. 2006. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, 15(7), 863–874. ISSN 0962-1067.
- MAC KINLAY, E. 2006. Spiritual Care: Recognizing Spiritual Needs of Older Adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2006, 18(2/3), 59–71. ISSN 1552-8030.
- MACRAE, J. 1995. Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. *Image-the journal of nursing scholarship*. 1995, 27(1), 8–10. ISSN 0743-5150.
- MADNAWAT, S., KACHHAWA, S. 2007. Age, gender, and living circumstances: discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*. 2007, 31(8), 763–767. ISSN 0748-1187.
- MALLET, K., PRICE, J., JURIS, S. et al. 1991. Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*. 1991, 68(3), 1347–1359. ISSN 0033-2941.
- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MC CLAIN, C., ROSENFELD, B., BREITBART, W. 2003. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill patients. *Lancet*. 2003, 361(9369), 1603–1607. ISSN 0140-6736.
- MC CLAIN-JACOBSON, C., ROSENFELD, B., KOSINSKI, A. et al. 2004. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*. 2004, 26(6), 484–486. ISSN 0163-8343.
- MC CLOCKY, J., BULECHEK, G. 2000. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 3rd ed. Iowa: Mosby, 2000. ISBN 0-323-00894-1.
- MC CLOCKY, J., BULECHEK, G. 2004. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4th ed. Iowa: Mosby, 2004. ISBN 0-323-02392-4.
- MICULINCER, M., FLORIAN, V., BIRNBAUM, G. et al. 2002. The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders

on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2002, 28(3), 287–299. ISSN 0146-1672.

MILLER, A., LEE, B., HENDERSON, G. 2012. Death anxiety in person with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Death Studies*. 2012, 36(7), 640–663. ISSN 0748-1187.

MILLIGAN, S. 2011. Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nursing standard*. 2011, 26(4), 47–56. ISSN 0029–6570.

MOK, E., WONG, F., WONG, D. 2012. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*. 2010, 66(2), 360–370. ISSN 1365-2648.

MOMEYER, R. 1988. *Confronting death*. 1st ed. Indianapolis: Indiana University Press. 1988. ISBN 0-2533-1403-8.

MORRIS, G., MC ADIE, T. 2009. Are personality, well-being and death anxiety related to religious affiliation. *Mental Health Religion & Culture*. 2009, 12(2), 115–120. ISSN 1367-4676.

NANDA News. 2004. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2004, 15(2), 59. ISSN 1541-5147.

NANDA News. 2005. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2005, 16(3-4), 81–87. ISSN 1541-5147.

NANDA News. 2006. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006, 17(2), 118–123. ISSN 1541-5147.

NARAYANASAMY, A. 2007. Palliative care and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care*. 2007, 13(2), 32–41. ISSN 0973-1075.

NARAYANASAMY, A., CLISSETT, P., PARUMAL, L. et al. 2004. Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 48(1), 6–16. ISSN 1365-2648.

NEIMEYER, R. 2004. Constructions of death and loss: evolution of a research program. *Personal Construct Theory & Practice*. [online]. 2004. 1(1), 8–20. [cit.25.9.2013]. ISSN 1613-5091. Dostupné z: <http://www.pcp-net.org/journal/pctp04/neimeyer04.pdf>

- NEIMEYER, R., WITTKOWSKI, J., MOSER, R. 2004. .Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*. 2004, 28(4), 309–340. ISSN 0748-1187.
- NIXON, A., NARAYANASAMY, A. 2010. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, 19(15-16), 2259–2264. ISSN 0962-1067.
- NYATUNGA, B. 2006. Towards a definition of death anxiety. *International Journal of Palliative Nursing*. 12(9), 410–413. ISSN 1357-6321.
- OGASAWARA, C., HASEGAWA, T., KUME, Y. et al. 2005. Nursing Diagnose and Interventions of Japanese Patients with End-Stage Breast Cancer Admitted for Different Care Purposes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*. 2005, 16(3/4), 54–64, ISSN 1541-5147.
- OGASAWARA, CH., KUME, Y., ANDOU, M. 2003. Family satisfaction with perception of and barriers to terminal care in Japan. *Oncology Nursing Forum*. 2003, 30(5), 100–105. ISSN 0190-535X.
- OTOOM, S., AL-JISHI, A., MONTGOMERY, A. et al. 2007. A. Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure: the journal of the British Epilepsy Association*. 2007, 16(2), 142–146. ISSN 1059-1311.
- OZANNE, A., GRANEHEIM, U., STRANG, S. 2013. Finding meaning despite anxiety over life and death in amyotrophic lateral sclerosis patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2013, 22(15-16), 2141–2149. ISSN 0962-1067.
- PALEY, J. 2008a. Spirituality and secularization: nursing and the sociology of religion, *Journal of Clinical Nursing*. 2008, 17(2), 175–187. ISSN 0962-1067.
- PALEY, J. 2008b. The concept of spirituality in palliative care: an alternative view. *International Journal of Palliative Nursing*. 2008, 14(9), 448–452. ISSN 1357-6321.
- PARISH, K., GLAETZER, K., GRBICH, C. et al. 2006. Dying for attention: palliative care in the acute setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006, 24(2), 21–25. ISSN 0813-0531.

- PAYNE, S., DEAN, S., KALUS, C. 1998. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, 28(4), 700–706. ISSN 0813-0531.
- PENSON, R., PARTRIDGE, R., SHAH, M. et al. 2005. Fear of Death. *The Oncologist*. 2005, 10(2), 160–169. ISSN 1083-7159.
- PIERCE, J., COHEN, A., CHAMBERS, J. et al. 2007. Gender differences in death anxiety and religious orientation among U.S. high school and college students. *Mental Health, Religion, and Culture*. 2007, 10(2), 143–150. ISSN 1367–4676.
- PLESCHBERGER, S. 2007. Dignity and challenge of dying in nursing homes: the residents's view. *Age and Ageing*. 2007, 36(2), 197–202. ISSN 0002-0729.
- POE, E.A. 1978. *Jáma a kyvadlo a jiné povídky*. Praha: Odeon, 1978. ISBN neuvedeno.
- POLIT, D., BECK, CH. 2008. *Nursing Research*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008. ISBN 978-0-7817-9468-8.
- PORTAL MORENO, R., DE LA FUENTE, S., RICO, M. et al. 2008/2009. Death Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2008/2009, 58(1), 61–76. ISSN 0030-2228.
- PRINCE-PAUL, M., EXLINE, J. 2010. Personal Relationships and Communication Messages at the End of Life. *The Nursing clinics of North America*. 2010, 45(3), 449–463. ISSN 0029-6465.
- PROOT, I., ABU-SAAD, H., MEULEN, R. et al. 2004. The needs of terminally ill patients at home: directing one's life, health and things related to beloved others. *Palliative Medicine*. 2004, 18(1), 53–61. ISSN 0269-2163.
- PUNCH, K. 2008. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7.
- PYSZCZYNSKI, T., GREENBERG, J., SOLOMON, S. et al. 2004. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*. 2004, 130(3), 435–468. ISSN 0033-2909.
- RASMUSSEN, CH., JOHNSON, M. 1994. Spirituality and religiosity: relative relationships to death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*. 1994, 29(4), 313–318. ISSN 0030-2228.

- RINDFLEISH, A., BURROUGHS, J. 2004. Terrifying Thoughts, Terrible Materialism? Contemplations on a Terror Management Account of Materialism and Consumer Behavior. *Journal of Consumer Psychology*. 2004, 14(3), 219–224. ISSN 1057-7408.
- ROECKLEIN, N. 2012. Using Standardized Nursing Languages in End-of-Life Care Plans. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2012. 23(3), 183–185. ISSN 2047-3087.
- ROMAN, E., SORRIBES, E., EZQUERRO, O. 2001. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 34(3), 338–345. ISSN 0813-0531.
- ROSE, B., O'SULLIVAN, M. 2002. Afterlife beliefs and death anxiety: an exploration of the relationship between afterlife expectations and fear of death in an undergraduate population. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2002, 45(3), 229–244. ISSN 0030-2228.
- RUSSAC, R., GATLIFF, C., REECE, M. et al. 2007. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*. 2007, 31(6), 549–561. ISSN 0748–1187.
- SALGADO, P., CHIANCA, T. 2011. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011, 19(4), 928–935. ISSN 0104-1169.
- SAWATZKY, R., PESUT, B. 2005. Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2005, 23(1), 19–23. ISSN 0898-0101.
- SELMAN, L., HARDING, R., BEYNON, T. et al. 2007. Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: Let's hope it'll get better, when I know in my heart of hearts it won't. *Heart*. 2007, 93(8), 963–967. ISSN 1355-6037.
- SHERMAN, D., NORMAN, R., BEYER MC SHERRY, CH. 2010. A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients With Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010, 21(2), 99–112. ISSN 1055-3290.
- SHIH, FJ., LIN, HR., GAU, ML. et al. 2009. Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2009, 36(1), 31–38. ISSN 0190-535X.

- SHIM, E., HAHM, B. 2011. Anxiety, helplessness/hopelessness and 'desire for hastened death' in Korean cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2011, 20(3), 395–402. ISSN 0961-5423.
- SLAMKOVÁ, A. 2010. Úloha sestry pri eliminácii negatívnych emócií u pacientov v paliatívnej starostlivosti. In ADAMICOVÁ, K., FETISOVOVÁ, Ž., MAŽGÚTOVÁ, A. (ed) *Sprevádzanie: Pacient, rodina a blízki v hospicovej starostlivosti*. Martin: Hospice, o.z., 2010. s. 48–55. ISBN 978-80-970593-9-2.
- SLAMKOVÁ, A., VÖRÖŠOVÁ, G., POLEDNÍKOVÁ, L. 2008. Posúdenie pacienta s úzkosťou zo smrti. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. 2008, VI(6), 9–10. ISSN 1336-183X.
- SOLARI-TWADELL, A., HACKBARTH, D. 2010. Evidence for a new paradigm of the ministry of parish nursing practice using the nursing intervention classification system. *Nursing Outlook*. 2010, 58(2), 69–75. ISSN 0029-6564.
- SPEKSNIJDER, H., MANK, A., VAN ACHTERBERG, T. 2011. Nursing Diagnoses (NANDA-I) in Hematology–Oncology: A Delphi-Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2011, 22(2), 77–91. ISSN 1541-5147.
- SUHAIL, K., AKRAM, S. 2002. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death studies*. 2002, 26(1), 39–50. ISSN 0748-1187.
- TAGAYA, A., OKUNO, S., TAMURA, M. et al. 2000. Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. *Nursing and Health Science*. 2000, 2(3), 131–137. ISSN 1441-0745.
- TANG, P., CHIOU, CH., LIN, H. et al. 2011. Correlates of Death Anxiety Among Taiwanese Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 2011, 34(4), 286–292. ISSN 0162–220X.
- TAYLOR, E. 2006. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*. 2006, 33(4), 729–735. ISSN 0192–565X.
- TICHÁČEK, B. 1997. *Základy epidemiologie*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-53-1.

- TOMÁS-SÁBADO, J., FERNÁNDEZ-NARVÁEZ, P., FERNÁNDEZ-DONAIRE, L. et al. 2007. Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enfermería Clínica*. 2007, 17(3), 152–156. ISSN 1130-8621.
- TOUHY, T., BROWN, C., SMITH, C. 2005. Spiritual caring: end of life a nursing home. *Journal of Gerontology Nursing*. 2005, 31(9), 27–35. ISSN 0098-9134.
- UZIS ČR. 2010a. *Zdravotnická ročenka České republiky 2009*. Praha: UZIS, 2010a. ISBN 978-80-7280-909-7.
- UZIS ČR. 2010b. *Lůžková péče 2009*. Praha: UZIS, 2010b. ISBN 978-80-7280-919-6.
- UZIS ČR. 2012. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011*. Praha: ÚZIS, 2012. ISBN 978-80-7472-028-4.
- UZIS ČR. 2013a. *Zemřelí 2012*. Praha: UZIS, 2013a. ISBN 978-80-7472-043-7.
- UZIS ČR. 2013b. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012*. [online] Praha: UZIS. 2013b [cit. 15.10.2013]. ISBN 978-80-7472-063-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece>
- VAN LEEUWEN, R., CUSVELLER, B. 2004. Nursing competencies for spiritual care *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 48(3), 234–246. ISSN 0813-0531.
- VAN LEEUWEN, R., TIESINGA, L., POST, D. et al. 2006. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, 15(7), 875–884. ISSN 0962-1067.
- VINDIŠOVÁ, J. 2012. Psychosociálny model distresu u jednotlivcov so sclerosis multiplex. *Československá psychologie*. 2012. 56(3), 206–220. ISSN 0009-062X.
- WALLACE, M., O'SHEA, E. 2007. Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*. 2007, 21(6), 285–289. ISSN 0887-9311.
- WALTER, T., DAVIE, G. 1998. The religiosity of women in the modern west. *British Journal of Sociology*. 1998, 49(4), 640–660. ISSN 0007-1315.
- WIJK, H., GRIMBY, A. 2008. Needs of elderly patients in palliative care. *The American journal of hospice & palliative care*. 2008, 25(2), 106–111. ISSN 1049-9091.

WINK, P. 2006. Who is afraid of death? Religiousness, Spirituality, and death anxiety in late adulthood. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2006, 18(2/3), 93–110. ISSN 1552-8030.

WINK, P., SCOTT, J. 2005. Does Religiousness Buffer Against the Fear of Death and Dying in Late adulthood? Findings From a Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*. 2005, 60B(4), 207–214. ISSN 1079-5014.

WRIGHT, M. 2002. The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry. *Palliative Medicine*. 2002, 16(2), 125–132, ISSN 0269-2163.

YALOM, I.D. 2007. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-147-6.

YANG, S., CHEN, S. 2009. The study of personal constructs of death and fear of death among Taiwanese adolescents. *Death Studies*. 2009, 33(10), 913–940. ISSN 0748-1187.

ZAMPIERON, A., SILLA, A. 2011. A Retrospective Study of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions for Patients Admitted to a Cardiology Rehabilitation Unit. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2011, 22(4), 148–154. ISSN 1541-5147.

ZIMMERMANN, C., WENNBERG, R. 2006. Integrating Palliative Care: A Postmodern Perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2006, 23(4), 255–258. ISSN 1049-9091.

ZINER, K., SLEDGE, G., BELL M. et al. 2012. Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. *Oncology Nursing Forum*. 2012, 39(3), 287–295. ISSN 0190-535X.

ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. ISBN -978-80-8063-304-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: dotazníkový formulář	139
Příloha II: publikační a přednášková činnost	145
Příloha III: statistické výpočty (CD ROM)	
Příloha IV: autoreferát (brožura)	

Příloha I.

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně/vážený kolego,

ošetřovatelská péče o umírající je péčí nesmírně náročnou, emocionálně exponovanou, dotýkající se našich vlastních existenciálních hodnot. Ve své disertační práci se zabývám problémem „úzkost ze smrti“ v mezinárodních ošetřovatelských klasifikacích. V této souvislosti si Vás dovoluji oslovit a požádat Vás o zapojení se do tohoto výzkumného šetření a podělení se o osobní, neopakovatelnou a unikátní zkušenost z Vaší praxe a o vaše názory na tuto problematiku. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více než 30 minut. Šetření je zcela dobrovolné a anonymní. Výsledky studie budou zveřejněny v odborných periodících a poslouží jako podklady pro tvorbu či inovaci příslušných ošetřovatelských metodik péče o terminálně nemocné v ČR. Za Vaši laskavou spolupráci velmi děkuji.

Mgr. H. Kisvetrová
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

I. ODDÍL DOTAZNÍKU

1. Jak často se u pacientů setkáváte s úzkostí ze smrti?

1 stále	2 často	3 občas	4 zřídka	5 nikdy
---------	---------	---------	----------	---------

2. Na základě jakých signálů se domníváte, že pacient trpí úzkostí ze smrti (prosím, vypište):

.....
.....
.....
.....
.....

3. Uvádíte „Úzkost ze smrti“ jako ošetřovatelskou diagnózu v dokumentaci?

Ano

ne

II. ODDÍL DOTAZNÍKU

II. oddíl dotazníku obsahuje prioritní ošetrovatelskou intervenci „Duchovní podpora“ z mezinárodní klasifikace sesterských intervencí NIC, kterou lze využívat u pacienta s úzkostí ze smrti. Intervence obsahuje soubor ošetrovatelských aktivit, u kterých jsou uvedeny dvě škály. Zakroužkujte, prosím, v každé škále jednu možnost.

DUCHOVNÍ PODPORA - definice: *Asistovat klientovi, aby cítil rovnováhu a spojení s vyšší silou.*

Ošetrovatelské aktivity:

1. Použit terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

2. Využit nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

3. Podporovat pacienta ke zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytly duchovní sílu a podporu

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

4. Jednat s pacientem důstojně a s respektem

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

5. Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

6. Povzbuzovat k účasti při vzájemné spolupráci mezi členy rodiny, přáteli a jinými lidmi

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

7. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

8. Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

9. Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

10. Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

11. Sdílet vlastní duchovní stanovisko, je-li to vhodné

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

12. Poskytnout možnosti pro diskuzi o různých vírácích a pohledech na svět

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

13. Být otevřený k vyjádření obav pacienta

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

14. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

15. Modlit se s pacientem

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

16. Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

17. Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

18. Podporovat návštěvy bohoslužeb, pokud si to pacient přeje

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

19. Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

20. Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

21. Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

22. Použít techniky k objasnění hodnot, které by pomohly pacientovi vyjasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

23. Být schopný naslouchat pocitům pacienta

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

24. Projevit vcítění se do pocitů pacienta

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

25. Umožnit pacientovi používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

26. Pečlivě naslouchat projevu pacienta a rozvíjet smysl pro časový rozvrh modlitby nebo duchovních obřadů

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

27. Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

28. Být otevřený k pocitům pacienta vzhledem k nemoci a smrti

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

29. Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu

Aktivitu využívám při péči o pacienta s úzkostí ze smrti				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy
Aktivitu považuji za implementovatelnou v české oš. praxi				
1 ano	2 částečně	3 obtížně	4 ne	5 nevím

30. Které z výše uvedených aktivit intervence *Duchovní podpora* považuje za nejdůležitější při péči o pacienta s ošetrovatelským problémem úzkostí ze smrti? Uveďte čísla aktivit:

.....

31. Realizujete i jiné aktivity při péči o pacienta s ošetřovatelským problémem Úzkost ze smrti?

ano

ne

32. Pokud jste na předcházející otázku odpověděli kladně, vypište, prosím, aktivity, které realizujete, a které nebyly zahrnuty v předchozích položkách tohoto dotazníku:

.....
.....
.....

33. Váš názor na problémy spojené s poskytováním aktivit duchovní péče pacientům s ošetřovatelským problémem úzkost ze smrti.

.....
.....
.....
.....

Demografická data

1. Typ pracoviště

1. LDN

2. hospic

3. onkologie

4. geriatric

5. domov pro seniory (ošetř. odd.)

6. agentura domácí péče

2. Váš věk

..... let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

1. SZŠ

2. SZŠ + PSS

3. VZŠ

4. VŠ – Bc.

5. VŠ – Mgr.

4. Délka Vaší odborné praxe v oboru

..... let

5. Náboženské přesvědčení – Vy sám / sama byste se označil/-a za:

1. věřící

2. nevěřící

Ještě jednou Vám velmi děkuji za spolupráci.

Mgr. Helena Kisvetrová

Příloha II.

PUBLIKAČNÍ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST SOUVISEJÍCÍ S TÉMATICKOU OBLASTÍ DISERTAČNÍ PRÁCE

1. KISVETROVÁ, H., KLUGAR, M., KABELKA, L. 2013. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering from death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013. ISSN 1357-6321 (in press).
2. KISVETROVÁ, H. 2013. Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence Duchovní podpora. *Kontakt*. 2013, 15(3), 252–259. ISSN 1212-4117.
3. KISVETROVÁ, H. 2012. Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti v české ošetrovatelské praxi. *Kontakt*. 2012, 14(1), 21–29. ISSN 1212-4117.
4. KISVETROVÁ, H. 2011. Nurses' opinions on their own mortality in the context of social aspect of the profession of a nurse in palliative nursing. In Binkowska-Bury, M., Nagórska, M. (ed) *Worldviews on European Nursing*. Rzeszow: RESPRINT, 2011. pp. 202–208. ISBN 978-836942-99-4.
5. KISVETROVÁ, H. 2011. Umírání a smrt v prostředí intenzivní medicíny. In Čáp, J., Žiaková, K. (ed). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelství*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2011. s. 177–182. ISBN 978-80-89544-00-4.
6. KISVETROVÁ, H. 2011. Názory českých sester na důstojnost umírání v prostředí intenzivní medicíny. In Nyklewicz, W. (ed.) *Pielegniarstwo ponad granicami*. Łódź: OIPP, 2011. s. 73–77. ISBN 978-83-906824-1-9.
7. KISVETROVÁ, H. 2011. Jak řeší české sestry v současné sekularizované společnosti úzkost ze smrti terminálně nemocných. In Nyklewicz, W. (ed.) *Pielegniarstwo ponad granicami*. Łódź: OIPP, 2011. s. 52–57. ISBN 978-83-906824-1-9.
8. KISVETROVÁ, H. 2011. Identifikace úzkosti ze smrti jako ošetrovatelského problému pacientů v domácí péči. In Stančiak, J., Cetlová, L. (ed) *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011. s. 324–330. ISBN 978-80-87035-37-5.

9. KISVETROVÁ, H. 2011. Problematika smrti z pohledu filozofie. In Petera et al. (ed) *Radiační onkologie 2011*. Hradec Králové: Klinika onkologie a radioterapie LFUK a FN HK, 2011. s. 111–115. ISBN 978-80-254-9062-4.
10. KISVETROVÁ, H. 2011. Náhled sester z hospiců v ČR na vlastní smrtelnost. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2011, 4(2), 69–71. ISSN 1337-9917.
11. KISVETROVÁ, H. 2011. Vývoj systému následné lůžkové péče pro seniory a terminálně nemocné v ČR. In Kutnohorská, J. (ed) *Historie ošetrovatelství v kontextu historie medicíny a porodní asistence*. Zlín: UTB, 2011. s. 125–131. ISBN 978-80-7454-121-6.
12. KISVETROVÁ, H. 2011. Florence Waldová – zakladatelka konceptu hospicové péče v USA In Kober, L. et al. (ed.) *Ošetrovatelstvo medzi teóriou a praxou*. Bratislava: SKSAPA, 2011. s. 56–61. ISBN 978-80-89542-06-2.
13. KISVETROVÁ, H. 2011. Ženy, které v průběhu dějin formovaly ošetrovatelskou péči o terminálně nemocné. In Krátká, A., Kutnohorská, J., Cichá, M. et al. *Ošetrovatelství - morální umění*. Praha: Grada, 2011, s. 142–160. ISBN 978-80-247-4201-4.
14. KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. 2011. Filozofické a psychologické aspekty fenoménu úzkosti ze smrti v paliativním ošetrovatelství. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2011, 4(1), s. 28–30. ISSN 1337-9917.
15. KISVETROVÁ, H. 2010. Názory sester na fenomén úzkosti ze smrti u terminálně nemocných v domácí péči. In Adamicová, K. et al. (ed) *Sprevádzanie: Pacient, rodina a blízki v hospicovej starostlivosti*. Martin: Hospice, o.z., 2010. s. 23–28. ISBN 978-80-970593-9-2.
16. KISVETROVÁ, H. 2010. Paliativní péče o terminálně nemocné seniory v pobytových zařízeních z pohledu sester. In Kolektiv autorů. *Senior living*. Č. Budějovice: Ledax o.p.s., 2010. s. 148–153. ISBN 978-80-254-6455-7.
17. KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. 2010. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*. 2010, 12(2), 212–219. ISSN 1212-4117.
18. KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. 2010. Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2010, 3(S2), 23–25. ISSN 1337-9917.

19. KISVETROVÁ, H. 2009. Fenomén dobrovolnictví v polském modelu domácí hospicové péče. *Ošetřovatelství, Teorie a praxe moderního ošetřovatelství*. 2009, 11(3-4), 91–92. ISSN 1212-723X.
20. KISVETROVÁ, H. 2009. Názory sester na péči o umírající v institucionálních podmínkách následné ošetřovatelské péče. *Ošetřovatelství, Teorie a praxe moderního ošetřovatelství*. 2009, 11(3-4), 66–70. ISSN 1212-723X.
21. KISVETROVÁ, H. 2009. Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči. In Kolektiv autorů. *Sborník 5. Mezinárodní konference sester domácí péče*. Brno: NCONZO, 2009, s. 37–42. ISBN 978-80-7013-494-8.
22. KISVETROVÁ, H., FOLWARZCNA, M. 2008. Dobrovolnictví a domácí hospicová péče v Polsku. In Adamicová, K., Fetisovová, Ž. (ed) *Povolania v hospicovej starostlivosti – vedecké a odborné príspevky z II. medzinarodnej konferencie pracovníkov v hospicovej starostlivosti v Martine*. Martin: Hospice, o.z., 2008. s. 106–111. ISBN 978-80-970088-1-9.
23. KISVETROVÁ, H. 2008. Úzkost ze smrti - determinanta postoje sester k ošetřování umírajících v mezinárodních výzkumných studiích. In Kudlová, P. (ed.) *Sociokulturní–právní, ekonomické a politické determinanty v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. Olomouc: VUP, 2008. s. 152–158. ISSN 978-80-244-2105-6.
24. KISVETROVÁ, H. 2008. Paliativní ošetřovatelství jako součástí profesní přípravy sester. In Kutnohorská, J. (ed.) *Důstojné umírání, sborník z mezinárodní konference*. Olomouc: VUP, 2008. s.80–85. ISBN 978-80-244-2016-5.
25. KISVETROVÁ, H. 2008. Vybrané aspekty procesu umírání v práci sestry. In Kutnohorská, J. (ed.) *Důstojné umírání, sborník z mezinárodní konference*. Olomouc:VUP, 2008. s. 109–115. ISBN 978-80-244-2016-5.
26. KISVETROVÁ, H. 2007. Paliativní péče o seniory. In Urbánková, Š., Vlasáková, D. (ed.) *II. Mostecké dny sester, sborník přednášek*. Most: Tiskárna K&B, 2007. s. 33–37. ISBN 978-80-239-8725-6.

KONFERENCE - PŘEDNÁŠKY / POSTERY

Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International 24th International Nursing Research Congress. Praha, 22.–26. 7. 2013 (ČR)

- Poster: Kisvetrová, H. Intervention Dying Care in Patients with Death Anxiety in a Secularised Society.

13th World Congress of the European Association of Palliative Care. Praha, 30. 5.–2. 6. 2013 (ČR)

- Poster: Kisvetrová, H. Interventions Dying care and Spiritual Support in nursing care for patients suffering from death anxiety in the final phase of life. (udělená cena: EAPC Host Country Prize – Best Poster from Czech Republic).

7. Mezinárodní konference sester domácí péče. Brno, 26. 4. 2013 (ČR)

- Přednáška: Yamada Y, Kisvetrová, H. Hodnotící nástroj kvality RAI–HC, prezentace projektu.

4. česko-slovenská konferenci paliativnej medicíny. Bratislava, 15.–16. 11. 2012 (SR)

- Poster: Kisvetrová H. Duchovní podpora jako součást ošetrovatelské péče o pacienta v závěru života.

Konference s mezinárodní účastí „Profesionalita v ošetrovatelství“. Olomouc, 10. 5. 2012 (ČR)

- Přednáška: Kisvetrová H. Využití NIC intervence Duchovní podpora u pacienta s úzkostí ze smrti.

3. česko-slovenská konference paliativní medicíny. Olomouc, 24.–25. 11. 2011 (ČR)

- Přednáška: Kisvetrová H., Bretšnajdřová M., Mikšová Z. Implementace paliativních přístupů do geriatrické péče.

Konferencia s medzinárodnou účasťou Belianske dni ošetrovateľstva, Tatranská Kotlina, 10.–12. 11. 2011 (SR)

- Prednáška: Kisvetrová H. Florence Waldová – zakladateľka konceptu hospicovej péče v USA.

IV. International symposium Nursing Professionalization as an Indicator of Nursing Care's Quality. Rzeszow, 15.–16. 9. 2011 (Polsko)

- Prednáška: Kisvetrová H. Nurses' opinions on their own mortality in the context of social aspect of the profession of a nurse in palliative nursing.

9. medzinárodná vedecká konferencia Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstvi. Martin, 26. 5. 2011 (SR)

- Prednáška: Kisvetrová H. Umírání a smrt v prostředí intenzivní medicíny.

Mezinárodní kongres Historie ošetrovatelství v kontextu historie medicíny a porodní asistence. Zlín, 18.–19. 5. 2011 (ČR)

- Prednáška: Kisvetrová H. Významné ženy v historii ošetrovatelské péče o terminálně nemocné.

Mezinárodní konference ŁÓDZKIE DNI PIELEŃNIARSTWA. Łódź, 13.–14. 5. 2011 (Polsko)

- Prednáška: Kisvetrová H. Názory českých sester na důstojnost umírání v prostředí intenzivní medicíny.
- Prednáška: Kisvetrová H. Jak řeší české sestry v současné sekularizované společnosti úzkost ze smrti terminálně nemocných.

Mezinárodní konference Jihlavské zdravotnické dny 2011. Jihlava, 21.4.2011 (ČR)

- Prednáška: Kisvetrová H. Identifikace úzkosti ze smrti jako ošetrovatelského problému pacientů v domácí péči.

5. konference všeobecných sester a radiologických asistentů. Hradec Králové, 25. 2. 2011 (ČR)

- Prednáška: Kisvetrová H. Problematika smrti z pohledu filozofie.

2. česko-slovenská konferencia paliatívnej medicíny. Bratislava, 27. 10. 2010 (SR)

- Přednáška: Kisvetrová H. Majkovičová P. Pacient s chronickou bolestí v domácí péči v ČR a v Kanadě.

Konferencia 3. bienále hospicovej starostlivosti. Martin, 4. 9. 2010 (SR)

- Přednáška: Kisvetrová H. Názory sester na fenomén úzkosti ze smrti u terminálně nemocných v domácí péči.

5. Medzinárodná konferencia hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava, 24. 4. 2010 (SR)

- Přednáška: Kisvetrová H, Kutnohorská J. Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči.

Konference s mezinárodní účastí DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ II. Olomouc, 1. 12. 2009 (ČR)

- Přednáška: Kisvetrová H. Názory sester na péči o umírající v institucionálních podmínkách následné ošetrovatelské péče.

Mezinárodní konference SENIOR LIVING. Č. Budějovice, 10.–11. 11. 2009 (ČR)

- Přednáška: Kisvetrová, H. Paliativní péče o terminálně nemocné seniory v pobytových zařízeních z pohledu sester.

5. Mezinárodní konference sester domácí péče. Brno, 17.–18. 4. 2009 (ČR)

- Přednáška: Kisvetrová H. Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči.

Mezinárodní konference ošetrovatelství a porodní asistence „Sociokulturní – právní, ekonomické a politické determinanty v ošetrovatelství a v porodní asistenci“. Olomouc, 4–5. 11. 2008 (ČR)

- Přednáška: Kisvetrová H. Úzkost ze smrti - determinanta postoje sester k ošetrování umírajících v mezinárodních výzkumných studiích,

*II. Mezinárodní vědecká konference pracovníků v hospicové starostlivosti
Povolania v hospicovej starostlivosti. Martin, 13. 9. 2008 (SR)*

- Přednáška: Kisvetrová H., Folwarzcna M. Dobrovolnictví a domácí hospicová péče v Polsku.

The International Week Conference of Tallinn Health Care College. Tallinn, 12.–16. 5. 2008. (Estonsko)

- Poster: Kisvetrová H. Palliative nursing as part of pre-graduate education of nurses at the Faculty of Medicine of Palacky University Olomouc.

Mezinárodní konference Důstojné umírání. Olomouc, 4. 12. 2007 (ČR)

- Přednáška: Kisvetrová H. Paliativní ošetřovatelství jako součást profesní přípravy sester.

*II. MOSTECKÉ DNY SESTER - multioborová národní konference ošetřovatelství
s mezinárodní účastí. Most, 3.–4. 5. 2007 (ČR)*

- Přednáška: Kisvetrová H. Paliativní péče o seniory.