

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Marcela Sekaninová

**Realizace ošetrovatelské intervence Péče o umírající
a Duchovní podpora u pacientů v interních oborech**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 10. července 2015

podpis

Děkuji PhDr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za pomoc a cenné rady při jejím zpracování. Děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat.

Výzkumné šetření probíhalo v rámci řešení projektu studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (Projekt FZV_2014_007) a bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Prohlášení o dedikaci k projektu

Diplomová práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2014. Je dedikována projektu FZV_2014_007.

Spoluřešitelka projektu Bc. Marcela Sekaninová se v rámci řešení projektu podílela na distribuci dotazníků a na přípravě podkladů pro zpracování dat.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu činnosti Bc. Marcely Sekaninové dokládá *Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (2015)*.

V Olomouci 10. 7. 2015

.....
PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
řešitelka projektu FZV_2014_007

.....
Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
spoluřešitelka projektu

.....
Mgr. Jana Konečná
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Marcela Sekaninová
spoluřešitelka projektu

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Realizace ošetrovatelské intervence Péče o umírající u pacientů v interních oborech
Název práce:	Realizace ošetrovatelské intervence Péče o umírající a Duchovní podpora u pacientů v interních oborech
Název práce v AJ:	Implementation of nursing interventions Dying Care and Spiritual support for patients in Internal Medicine
Datum zadání:	2014-01-31
Datum odevzdání:	2015-07-10
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetrovatelství
Autor práce:	Bc. Marcela Sekaninová
Vedoucí práce:	PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ:

Cílem diplomové práce bylo zjistit frekvenci NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora při péči o terminálně nemocné. Byla použita průřezová studie, ad hoc strukturovaný dotazník s Likertovými škálami a aktivitami intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora. Soubor respondentů zahrnoval 201 všeobecných sester z oddělení geriatric, interny, neurologie, onkologie, pneumologie a dlouhodobé péče. Nejčastěji uváděnými aktivitami byly: pečovat o pacienta s důstojností a respektem, sledovat bolest a pomáhat pacientovi při základní péči. Aktivity s nejnižší frekvencí byly dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti a nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta. Statistická závislost se prokázala mezi typem pracoviště a frekvencí těchto aktivit: být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta, usnadnit diskusi o zařizování

pohřbu, zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity a sledovat zhoršení fyzických/duševních schopností pacienta. Nejsilnější negativní korelace byla mezi délkou praxe a frekvencí aktivity dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti. Pozitivní korelace mezi vzděláním sester a frekvencí aktivit byla prokázána pouze u aktivity sledovat úzkost u pacienta.

Abstrakt v AJ:

The aim of the thesis is to find out the frequency of NIC interventions Dying care and Spiritual support during the care of terminally ill patients. A cross-section study with an ad hoc structured questionnaire with Likert scale and activities of interventions Dying care and Spiritual support were used. The set of respondents included 201 nurses from geriatrics, internal medicine, neurological, oncological, pulmonary and long term care departments. The most frequently mentioned activities were: Treat patient with dignity and respect, Monitor pain and Assist with basic care. The least frequent activities were: Communicate willingness to discuss death and Offer culturally appropriate food. The statistical correlation between the type of the department and the frequency of the activity was in: Stay physically close to frightened patient and Monitor deterioration of physical/mental capabilities. The strongest negative correlation between the length of practice and the frequency of the activities was in: Communicate willingness to discuss death. The positive correlation between education of nurses and frequency of activities was demonstrated only in the activity Monitor patient for anxiety.

Klíčová slova v ČJ:

Péče o umírající; duchovní podpora; terminálně nemocný; intervence; ošetrovatelská péče; umírání; smrt

Klíčová slova v AJ:

Dying care; spiritual support; terminally ill; intervention; nursing care; dying; death

Rozsah: 85 s. / 2 přílohy

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	10
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	12
2.1 Umírání v institucionálním prostředí.....	12
2.1.1 Definování umírání.....	14
2.1.2 Fáze vývoje nevyléčitelného onemocnění	15
2.1.3 Rozdělení umírajících pacientů	15
2.2 Potřeby umírajících	17
2.2.1 Biologické potřeby umírajících	17
2.2.2 Psychologické potřeby umírajících	20
2.2.3 Sociální potřeby umírajících.....	21
2.2.4 Spirituální potřeby umírajících.....	22
2.3 Ošetrovatelská NIC intervence Péče o umírající.....	24
2.3.1 Ošetrovatelská NIC intervence Duchovní podpora	26
2.4 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy.....	28
3 METODIKA VÝZKUMU	30
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	30
3.2 Charakteristika souboru.....	31
3.3 Metoda sběru dat	31
3.4 Realizace výzkumu.....	32
3.5 Metody zpracování dat	32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	33
4.1 Demografické charakteristiky respondentů	33
4.2 Frekvence ošetrovatelských aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora.....	36
4.3 Ověření platnosti hypotéz.....	40

5 DISKUZE	55
ZÁVĚR.....	58
REFERENČNÍ SEZNAM.....	60
SEZNAM ZKRATEK	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM OBRÁZKŮ	73
SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

„Člověk nemůže utřít plačícímu slzy bez toho, že by si navlhčil ruce.“

Africké přísloví

Péče o umírající a terminálně nemocné patří k základním principům lékařské, ošetrovatelské a sociální péče (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 212). Kvalita závěru života a podpora důstojného umírání je významně ovlivněna typem poskytované péče. Pro současnou společnost je charakteristická medicinalizace a institucionalizace péče o terminální pacienty, což potvrzuje i počet úmrtí v institucionálním prostředí (Gomes, Higginson, 2008, s. 40). Umírání představuje klinickou situaci s charakteristickými symptomy a syndromy. Předpokladem odpovídající péče je správné rozpoznání, že nemocný umírá, jasné stanovení léčebných cílů, intenzivní léčba tělesných a duševních symptomů a pravidelné hodnocení pacientova komfortu (Sláma, 2004, s. 38). Způsob umírání nemůže být nikdy dokonalý, ovlivňují ho jak konkrétní materiální podmínky, tak sám nemocný, který zvažuje, jaký měl jeho život smysl, myslí na svou rodinu, přátele, nepřátele a na svá vnitřní zranění (Dolista, 2007, s. 266). Blížící se smrt je jedinečnou životní situací a každý člověk má své vlastní představy o jeho významu a důsledcích jak pro něj osobně tak pro jeho blízké (Calander et al., 2011, s. 13). Zdravotnická péče, i když je hlavně zaměřená na potlačení nemoci, nesmí ztratit ze zřetele celkový pohled na člověka a na všechny jeho dimenze. Ambicí zdravotní péče státu by mělo být zajištění kvalitní a důstojné péče o umírající (Homolová, 2009b, s. 320).

Umírání je proces, při němž se nemocný ocitá v naprosto nové situaci. Mnohdy zůstává na své poslední cestě osamocen a v neznámém prostředí nemocničního zařízení. Ošetrovatelský personál je často posledním, kdo během této životní etapy umírajícího na nemocničních odděleních doprovází. Možnost poskytovat péči těmto pacientům co nejlépe, a přitom nevynechat žádnou důležitou oblast v této fázi onemocnění, nabízejí sestřím aktivity ošetrovatelské intervence Péče o umírající a Duchovní podpora. Tato diplomová práce se zaměřuje na zjištění využití těchto intervencí sestrami při poskytování náročné péče o umírající. Teoretická část byla zpracována formou rešerše dostupných publikovaných poznatků ze zahraničních a českých periodik. V části praktické jsou uvedeny poznatky získané kvantitativním výzkumným šetřením realizovaného dotazníkovou metodou.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Pro orientaci v problematice a tvorbu diplomové práce byla prostudována tato vstupní literatura:

V českém jazyce:

MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

O`CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

PAYNOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETOVÁ, C. 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

THEMOVÁ, A. M. 2007. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-1.

V anglickém jazyce:

BULECHEK, G. et al. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th ed. St. Luis: Elsevier, 2008. ISBN 978-0323053402.

HANKS, G. (eds.). 2010. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford university press, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATZO, M., SHERMAN, D. 2010. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. Third edition. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 0-8261-5794-7.

STEVENS, E., JACKSON, S., MILIGAN, S. 2009. *Palliative Nursing: Across the Spectrum of Care*. 1st ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 978-1-4051-6997-4.

Rešeršní strategie

ALEGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: Péče o umírající; duchovní podpora; terminálně nemocný; intervence; ošetrovatelská péče; umírání; smrt

Klíčová slova v AJ: Dying care; spiritual support; terminally ill; intervention; nursing care; dying; death

Jazyk: český, slovenský, anglický

Vyhledávací období: 2004 - 2015

Další vyhledávací kritéria:

- abstrakt v anglickém jazyce
- odborná periodika
- články týkající se dané problematiky

Databáze: PubMed, BMČ, GOOGLE scholar



Nalezeno 161 článků



Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články
- články zaměřené úzce medicínsky (psychiatrie)
- články s odlišnou tématikou
- plný text v jiném než anglickém jazyce



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

Databáze PubMed – 34 článků

Databáze BMČ – 37 článků



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 71 dohledaných článků

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Umírání v institucionálním prostředí

Dnešní technologicky vyspělá, konzumní a sekularizovaná společnost smrt tabuizuje. Přesouvá umírání z domácího prostředí do anonymity zdravotnických a sociálních institucí (Gomes, Higginson, 2008, s. 33). Místo smrti je považováno za jeden z klíčových ukazatelů kvality péče na konci života. Loučka et al. uvádí, že v řadě studií byl preferován jako nejlepší místo pro umírání domov. Nicméně zjištěné údaje o skutečném místě úmrtí ukazují, že v současnosti většina lidí ve vyspělých zemích umírá v institucionálním prostředí (Loučka et al., 2014a, s. 268). Způsob, jakým je v těchto zařízeních poskytována péče, může mít zásadní vliv na kvalitu života a smrti pacienta (Donnelly, Dickson, 2013, s. 731). Loučka et al. ve své analýze poukazují, že více než polovina obyvatel České republiky a Slovenska umírá v nemocnicích, a to 58,4 % v ČR a 54,8 % v SR. Větší šanci zemřít doma mají pacienti s rakovinou nebo srdečním selháním než pacienti s jiným chronickým onemocněním (Loučka et al., 2014b, s. 19-20). I většina Kanadánů si přeje zemřít doma, ale až 63 % jich umírá v nemocnici (Salder et al., 2014, s. 1). Také anglická studie sledující místo smrti při onkologickém onemocnění uvádí, že nejčastěji, a to 48 % pacientů umírá v nemocnicích a ukazuje na fakt, že menší šanci zemřít doma mají lidé osamělí a starší 75 let. (Gao et al., 2013, s. 1). Ve švýcarských nemocnicích umírá celkem 38,4 % a v domech s pečovatelskou službou 35,1 % lidí ze všech zemřelých. Místo úmrtí ovlivňuje věk, pohlaví, region a výskyt chronicky nemocných pacientů (Reich, Signorell, Busato, 2013, s. 1). Největší rozdíl v místě úmrtí byl jednotlivými zeměmi vykazován u pacientů s demencí. V souvislosti s demencí zemřelo v nemocnici nejméně pacientů v Nizozemsku 1,6 % a nejvíce v Jižní Koreji 73,6 % přitom největší zastoupení měli muži mladší 80 let (Reyniers et al., 2015, s. 165). Větší šance pro splnění svého přání zemřít v domácím prostředí byla u lidí žijících v manželství. Rodinný stav se projevil jako rizikový faktor pro úmrtí v nemocnici (Gao et al., 2013, s. 8).

Poskytování péče na konci života v nemocnicích je náročné, protože tato péče je obvykle zaměřena na prodloužení života. Nejsou pak uspokojované potřeby umírajících, jako je kontrola symptomů a dostatečná komunikace, zejména pacientům chybí informace o blížící se smrti (Witkamp et al., 2013, s. 115). V kritických chvílích chce být člověk obklopen známým prostředím, které mu skýtá oporu (Homolová, 2009b, s. 326). Měli bychom si uvědomit, že během aktivní léčby není do péče dostatečně integrován paliativní přístup

s cílem zlepšit kvalitu života. Studie ukazují, že průměrná doba mezi přestoupením na paliativní péči a smrtí pacienta je na lůžkových odděleních sedm dnů (Daly et al., 2013, s. 8). Paliativní péče by ale měla být zahájena co nejdříve dle zdravotního stavu, zejména u pacientů trpících život ohrožujícím chronickým srdečním selháním, nejlépe souběžně s léčbou kurativní. Základ této péče spočívá především v otevřené a empatické komunikaci, naslouchání pacientovi, sdělování nepříznivé prognózy s ohledem na chápání, věk a vedení terapeutického rozhovoru (Gřiva, Loučka, Šťastný, 2015, s. 39). Je velmi důležité klást důraz na otevřenost a srozumitelnost komunikace s pacientem a uvědomovat si význam jeho důvěry, protože tento vztah tvoří základní kámen kvalitní péče (Kabelka, Havlénová, 2009, s. 79). Avizovaná a anticipovaná smrt dává pacientovi a jeho příbuzným relativní výhodu určitého času a prostoru, aby se pokud je to možné na ztrátu připravili (Dobryčková, 2012, s. 57-58). Být si vědom umírání je spojeno s jeho přijetím. Pacienti, kteří si jsou vědomi bezprostředního nebezpečí smrti, častěji umírají smířeni (Lokker et al., 2012, s. 1227). Smrt je zatěžující skutečností, jak pro samotného umírajícího, tak pro jeho blízké. Existuje spojení mezi dobrými životními vztahy, smrtí a umíráním. Člověk je závislý na vztazích i v procesu umírání. Situace umírajících se pak ve světle těchto poznatků zdá často nevyhovující (Homolová, 2009a, s. 328).

Zdravotníci, setkávající se profesionálně se smrtí, nejsou vždy na umírání svých pacientů vnitřně připraveni, a tak smrt chápou jako hrozbu (Homolová, 2009a, s. 329). Mažgútová et al. konstatují, že velká psychická pracovní zátěž zdravotníků je navíc ovlivňována vždy přítomnou specifickou zodpovědností vyplývající z mentální a emocionální zátěže. Ve své studii zjistili, že zdravotníci poskytující péči umírajícím trpí nadměrnou neuropsychickou zátěží a je u nich vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření (Mažgútová et al., 2012, s. 95-98). Pokud nejsou vyrovnané a klidné interpersonální vztahy a pracovní pohoda, těžko se podaří vnášet pohodu a klid mezi nemocné a umírající. Atmosféru vládoucí v kolektivu by měl pozitivně ovlivňovat vedoucí ošetrovatelského týmu (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 42). Nezastupitelná je i přímá zkušenost zdravotníků s paliativní péčí v rámci pregraduální přípravy studentů ošetrovatelství na klinických praxích v hospicových zařízeních, kde dochází k formování postoje ke specifickým potřebám terminálně nemocných (Kisvetrová, 2012, s. 28). Je dobré si uvědomit, že je to naše zdravotnické pracoviště, kde pacient umírá. Pro rodinu pacienta je takové pracoviště místem, kde pro ni dochází k těžké životní změně. Kvalita umírání v nemocnici se pak týká všech jejich zaměstnanců (Donnelly, Dickson, 2013, s. 735). Dobrá péče o umírající není možná bez odborné způsobilosti a motivace zdravotníků. Základním předpokladem je vzdělaný, k potřebám nemocných

vstřícný multidisciplinární pečující tým, jehož součástí jsou i laičtí pečovatelé s možností podpory psychologa a sociálního pracovníka (Sláma, 2004, s. 43).

2.1.1 Definování umírání

Umírání je individuální, aktivní, degenerativní, měnící se, různě dlouho trvající proces, který končí smrtí (Valancová, 2013, s. 10). Smrt je nevyhnutelnou a přirozenou součástí našeho života (Alexandrová et al., 2009, s. 32). Umírání je také proces, ve kterém mají významnou úlohu příbuzní umírajícího a zdravotničtí pracovníci. Kvalita poskytované péče ovlivňuje přijetí skutečnosti blížící se smrti a snižuje emoční zatížení příbuzných i nemocného (Homolová, 2009b, s. 320-321). V péči o umírající se může objevovat nejistota, a proto je nutné, vnímat diagnostiku umírání jako komplexní klinické rozhodnutí, které je třeba využít, aby se předcházelo zbytečným zásahům (Kennedy et al., 2014, s. 263). Je vhodné vidět nemocného jako zdroj našeho práva ho léčit, ale i jeho práva rozhodovat o tom, jak chce žít při umírání. Pochopení skutečnosti, že utrpení, umírání a smrt je neodmyslitelnou součástí života, nám pomůže chápat umírání jiných lidí. Jestliže máme vyřešen vlastní vztah k utrpení a ke smrti, můžeme se stát oporou umírajícím. Uznáme-li originalitu každého člověka i jeho svobodu a jsme si vědomi potřeby vnímat a ošetřovat všechny jeho dimenze, pak mu budeme moci lépe pomáhat ve všech trápeních i v umírání (Munzarová, 2006, s. 13-14).

V souvislosti se stárnutím populace lze předpokládat, že bude přibývat seniorů umírajících na chronická onemocnění. Tito terminálně nemocní senioři potřebují specifický přístup a jejich potřeby se mohou a budou lišit (Bužgová, 2011, s. 267). Významným předpokladem dobré péče o umírajícího pacienta je správné rozpoznání, že se nemocný v této fázi nachází. Ve většině případů předchází smrti několik hodin až dní trvající postupné zhoršování celkového stavu se známými typickými příznaky terminální fáze jako je anorexie až kachexie, dušnost, bolest, často i zmatenost, úzkost a deprese. Stanovení diagnózy umírání u starých pacientů je složitější. Jsou většinou křehcí a polymorbidní s výrazně sníženými funkčními rezervami (Sláma, 2004, s. 38).

2.1.2 Fáze vývoje nevléčitelného onemocnění

V nemocničním prostředí se péče soustřeďuje na léčení a vyléčení pacienta a tímto směrem je nahlížena i kvalita života nemocného. Paliativní péči s celostním přístupem je vhodné a efektivní začít poskytovat dlouho před nástupem fáze terminální. Kabelka předkládá informace o jednotlivých fázích nevléčitelného onemocnění z hlediska prognózy přežití, ve kterých je doporučován paliativní přístup:

- **Fáze kontrolovaného onemocnění** – může trvat několik měsíců i roků. Kombinace kauzálních a symptomatických léčebných postupů udržuje projevy nemoci pod kontrolou a na dobrém stupni funkční zdatnosti.
- **Fáze zlomu** – délka trvání této fáze se pohybuje různě někdy jen několik dnů, někdy řady týdnů nebo měsíců. Dochází k postupnému selhání orgánových soustav a reakce na léčbu již není optimální.
- **Fáze terminální** – považujeme za ni poslední týdny a dny onemocnění. Dochází k nevratnému zhoršení celkového stavu a cílem léčby je minimalizovat dyskomfort umírajícího (Kabelka, 2008, s. 68).

Podle Světové zdravotnické organizace mnoho Evropanů, kteří jsou nevléčitelně nemocní, umírá zbytečně v bolestech a nepohodlí, protože zdravotnický systém postrádá kvalifikované pracovníky a umírajícím není nabízena odpovídající péče (Wijk, Grimby, 2008, s. 106). Pro péči o umírající je důležité si v první řadě skutečnost umírání připustit, a to z pohledu pacienta, jeho blízkých a hlavně zdravotníků. Realita umírání je podstatným zdrojem stresu a její přijetí je velmi obtížné (Kabelka, 2008, s. 68). Smrt se, podle Dolisty, na jedné straně jeví jako opak ke smyslu života, na druhé straně jako vysvobození od náročných vyšetření a od dlouhodobé ošetrovatelské péče (Dolista, 2007, s. 266).

2.1.3 Rozdělení umírajících pacientů

- **Onkologičtí pacienti** – setkáváme se s nimi nejčastěji na specializovaných onkologických odděleních. Onkologická onemocnění vedou k ekonomickým, společenským a emocionálním následkům, které ovlivňují mimo zdraví pacienta i jeho vztah k okolí, k ostatním lidem, jeho životní styl a také jeho představu o vlastním těle. Péče o tyto nemocné vyžaduje mnohostrannou spolupráci a od zdravotníků vyžaduje nejen dokonalé odborné znalosti a dovednosti, ale prověřuje i jejich morální a etické

vlastnosti (Zacharová, 2014, s. 44). Sláma uvádí kritéria pro definici terminálního stavu u onkologicky nemocných. Jako hlavní kritérium předkládá lokálně pokročilé nebo metastatické nádorové onemocnění, které již není ovlivnitelné žádnou protinádorovou léčbou. Dále uvádí malá kritéria terminálního stavu, do kterých řadí: pokročilou nádorovou kachexie omezující funkční zdatnost nemocného, progredující jaterní selhání při prokázaném nádorovém postižení jater, respirační selhání v důsledku nádorového postižení plic nebo pleury, neztišitelné krvácení při krvácení z nádoru, ileózní stavy při maligní střevní obstrukci, progredující psychiatrické a neurologické symptomy při nádorovém postižení CNS (Sláma, 2010, s. 183).

- **Pacienti v konečném stádiu chronických onemocnění** – do této skupiny jsou řazeni pacienti v konečných stádiích chronického srdečního selhání, jehož incidence a prevalence stále roste (Gríva, Loučka, Šťastný, 2014, s. 39). Dále jde o nemocné trpící chronickou obstrukční plicní nemocí, nemocemi neurodegenerativními (demence, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, amyotrofická laterální skleróza), chronickým renálním selháním, jaterní cirhózou, a dále také pacienti v perzistentním vegetativním stavu, vigilním komatu, v terminálním stádiu AIDS, také některých dědičných chorob (Huntingtonova chorea) a stavy po cévní mozkové příhodě s rozvinutým imobilizačním syndromem včetně komplikací. Tyto stavy nejsou řešitelné a péče je většinou dlouhodobá (Grofová, 2009, s. 276).
- **Polymorbidní „křehcí“ geriatričtí pacienti** – často se u nich sdružuje několik výše popsaných diagnóz najednou (Hrnčiariková et al, 2007, s. 511). Vznik nových zdravotních potíží se obvykle projeví formou akutní dekompenzace chronického onemocnění, kde vhodnou léčbou dojde opět ke kompenzaci stavu nebo se stane ireverzibilní. Stanovení faktu, že jde o vlastní umírání, je u těchto pacientů složitější. Mezi nejčastější projevy umírání starých lidí, řadí Sláma celkovou progresivní slabost a únavu (pacient již nevstává z lůžka), ztrátu zájmu o své okolí (vzdaluje se od vnějšího světa), poruchy vědomí (kvantitativní i kvalitativní), odmítání jídla a pití a přítomnost život ohrožujících komplikací. Staří pacienti si často blížící se konec života uvědomují a jsou na tuto skutečnost připraveni (Sláma, 2004, s. 38-39). Smrt je přijímána jako přirozené zakončení prožitého života a tím se zmírňuje její tragičnost. Mají více osobních zkušeností s úmrtím stejně starých příbuzných a přátel, na příchod smrti se připravují a tak se může strach ze smrti otupovat. Geriatričtí nemocní však mohou zvláště v ústavní péči trpět osamělostí, citovou deprivací a ztrátou soukromí.

Vzhledem k jejich časté imobilitě, inkontinenci a psychiatrickým příznakům mají geriatričtí pacienti vysoké nároky na ošetrovatelskou péči. Často se u těchto pacientů projevují i poruchy v komunikaci, poruchy vnímání a myšlení s kolísající dezorientací a neklidem (Topinková, 2004, s. 17).

2.2 Potřeby umírajících

Péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci zůstává v České republice nedostačující, i přes nezadržitelný rozvoj medicíny a ošetrovatelství (Machová, Sedláková, Tóthová, 2009, s. 333). Mezi základní předpoklady úspěchu poskytované péče zvyšující kvalitu života je respektování křehkosti těchto pacientů (Rusina et al., 2010, s. 18). Postoj seniorů ke smrti a umírání může mít značný vliv na jejich způsob prožívání a vyrovnávání se s vlastním umíráním a tím může v tomto období také ovlivňovat jejich přání a potřeby. Pokud si ošetřující personál klade za cíl uspokojovat bio-psycho-socio-spirituální potřeby svých pacientů, je vhodné znát jeho osobní pohled na smrt a umírání a podle něj se řídit. Při navazování a budování vztahů se seniorem pomáhá otevřenost, selektivní upřímnost, lidský přístup, projevy úcty a respektu (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 338). Pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče je nezbytné porozumění člověku v závěru života i jeho individuálním potřebám. Ve studiích byly nalezeny důkazy, že vyšší míra nenaplněných potřeb a nižší kvalita života byla prokázána zejména u chronicky nemocných a demenčních pacientů (Bužgová, Sikorová, 2010, s. 47). Hodnocení naplněných potřeb může být indikátorem měření kvality poskytované péče (Bužgová, 2011, s. 273).

2.2.1 Biologické potřeby umírajících

Dochází-li k nevratnému selhání jedné nebo více orgánových soustav, je tato situace označována za terminální stav a úmrtí je u takového pacienta neodvratné a očekávané. U umírajících pacientů se stává cílem léčby mírnění dyskomfortu, který tuto fázi nemoci provází. Doporučovány jsou tedy pouze ty léčebné postupy, které bezprostředně přispívají ke zmírnění dyskomfortu. Tyto postupy pak vytváří rámec pro rozhodování o indikaci léčebných postupů, v první řadě k mírnění bolestí. Je žádoucí, aby se pacient a s jeho souhlasem i jeho blízcí, podíleli na tomto rozhodování (Sláma, 2010, s. 182-183). Způsob

uskutečňování ošetrovatelských intervencí spočívá především v zajištění bezbolestnosti aplikací farmakologických i nefarmakologických postupů. Fyzickou nepohodu odstraňovat relaxací, odpočinkem a předcházením komplikací nevyléčitelné nemoci (Machová, Sedláková, Tóthová, 2009, s. 338).

Z mnoha fyzických potřeb je pacienty jako primární a prioritní označována potřeba **být bez bolesti** (Wijk, Grimby, 2008, s. 107). I přes současné možnosti není bolest u mnohých pacientů dostatečně léčena. Jednou z příčin může být, že jí zdravotníci věnují malou pozornost. Významně ji mohou ovlivnit i sestry dobře ovládající problematiku bolesti a jejího monitorování (Zacharová, 2014, s. 44). S přihlédnutím ke kognitivnímu stavu umírajících je zpravidla poměrně obtížné hodnotit intenzitu bolesti. Pacient někdy udává, že ho bolí vše. Tato celková bolest obvykle vyjadřuje utrpení umírajícího. Pokud nelze s pacientem navázat žádný verbální kontakt, řídíme se při mírnění bolesti nepřímými známkami dyskomfortu, jako je výraz ve tváři, obranné pohyby, dechová frekvence. Analgetika se pak snažíme titrovat až do dosažení komfortu (Sláma, 2004, s. 41). U většiny onkologických pacientů intenzita bolesti během dne výrazně kolísá v závislosti na řadě různých faktorů. I dobře kontrolovaná bolest může být přerušována epizodami mnohdy velmi silné bolesti tzv. průlomové bolesti. Průlomovou bolest je nezbytné vždy hodnotit ve vztahu k základní chronické bolesti a její léčbě. Léčebný plán průlomové bolesti musí být vždy individualizovaný s ohledem na charakteristiky pacienta a bolestivosti stavu. Při léčbě se používá kombinace jedné nebo více obecných léčebných strategií (Sláma, 2011, s. 94-95). U terminálně nemocných se bolest stává zdrojem utrpení a ztrácí svůj pozitivní význam. Jako důsledek prožívání bolesti se může u pacienta objevit emoční oploštění, dysforie, ztráta zájmů a iracionalita některých reakcí (Blažková, 2012, s. 21).

Jedním z velmi závažných symptomů významně snižující kvalitu života nemocných je **dušnost**, která je charakterizována jako subjektivní pocit ztíženého dýchání (Slováček, 2013, s. 33). Příčina pocitu dušnosti je často multifaktoriální a může ji pociťovat i pacient s normální saturací kyslíku. Dušnost je často spojena se strachem, úzkostí, depresí, neklidem a nespavostí (Brant, 2013, s. 418). Podávání kyslíku pak není nutné, ale má výrazný symbolický význam se zklidňujícím psychologickým efektem. U pacienta, který není schopen dostatečně odkašlat sekret z horních cest dýchacích, vzniká **hlasité chrčivé dýchání**. Tento projev je nejčastější u nemocných v terminální agónii. Není automaticky projevem dušnosti a odsávání se obvykle nedoporučuje. Je důležité polohování pacienta: lehce zvýšená horní část těla, podložení v podpaží a pod kolena, aby se podpořilo účinnější zapojení pomocných dýchacích svalů a odkašlání sekretu (Sláma, 2004, s. 41-46).

Hydratace a výživa tvoří jeden z pilířů péče o nevléčitelně nemocné. U těchto pacientů se často vyskytují symptomy snížení nebo vymizení chuti k jídlu. Příčinou tohoto stavu mohou být poruchy vnímání chuti a čichu, chronická nauzea, obtíže s vyprazdňováním, vedlejší účinky léků, ale i psychické potíže jako je deprese, úzkostné stavy a demence. Při hospitalizaci přichází v úvahu také to, že strava je připravovaná jinak, než jsou zvyklosti pacienta, roli může hrát i prostředí při konzumaci jídla. Dehydratace násobí nepříznivé pocity a vede k neklidu. Naopak dobrá hydratace tlumí nepříjemné pocity a strádání a tekutiny mohou být u terminálních stavů podávány i formou podkožní infuze. Hydrataci je nutné udržovat ve všech fázích nemoci (Grofová, 2009, s. 276-278). Cílem nutriční podpory je přispět k emočnímu zklidnění pacienta a udržení co nejvyšší kvality života. Volba typu nutriční podpory je vysoce individuální a nesmí zbytečně prodlužovat délku umírání a utrpení nemocných. Při výběru jídla je nezbytné zohlednit přání pacienta, jeho stravovací návyky a chuťové preference. Nejvíce preferovaná je perorální výživa. Je však třeba počítat s postupným přechodem z pevné stravy na kašovitou až tekutou s vynecháním masa a jiných hůře stravitelných pokrmů. Podpořit chuť k jídlu je možné i malým množstvím piva, pokud o to pacient požádá. Nemocní často upřednostňují chlazené nebo studené potraviny před teplými. Jídlo by mělo být pestré a lákavě upravené. Pokud nejsme schopni zajistit uspokojivý příjem, pak je vhodné využít nutričních přísad formou popíjení mezi jídly tzv. sipping (Hrnčiariková et al, 2007, s. 512).

Pacienti umírající na pokročilé stádium demence nejsou také schopni jíst z několika možných důvodů, které mohou být: averze k potravinám, nedostatek chuti, poruchy polykání až progresivní ztráta naučeného chování. U těchto pacientů je velmi důležitá dobrá péče o dutinu ústní, udržovat rty a ústa navlhčené, krmit pacienty lžící po malých dávkách a tekutiny podávat po doušcích (Kumar, Kuriakose, 2013, s. 130). Výživová sonda ani perkutánní gastrostomie (PEG) není u umírajících pacientů indikována. Podávání parenterální výživy není ve většině případů odůvodněné. Podává se jen v ojedinělých případech, pokud její podání zvyšuje kvalitu života a pokud by její odnětí pacient vnímal subjektivně negativně. U terminálně nemocných nepřiměřené podávání výživy již nemá žádný pozitivní přínos, pacienti už nemají pocit hladu a ani jíst nechtějí. Pokud plně informovaný pacient, který je při plném vědomí, výživu odmítá, je nutné jeho přání respektovat. Nutriční podpora v péči o umírající je velmi složitý problém zatížený řadou etických otázek a neexistují v této oblasti jednoznačná doporučení (Hrnčiariková et al, 2007, s. 512-513).

Další častou příčinou dyskomfortu umírajících pacientů je **zácpa** způsobená převážně imobilitou a dehydratací. Prevencí tohoto stavu tvoří správný hydratační a dietetický režim, pravidelná rehabilitace, respektive mobilizace a polohování do pro pacienta pohodlných poloh. Popřípadě se doporučuje zvolit manuální vybavení stolice před automatickým nasazením laxativ, která mohou způsobit průjem a bolesti břicha (Rusina et al., 2010, s. 18).

Únava je nespecifický symptom, který se projevuje ztrátou fyzických a psychických sil při vykonávání běžných aktivit (Jakubíková, Klímová, 2010, s. 30). Je to subjektivní stav nadměrného, trvalého vyčerpání, kdy odpočinek nevede k jejímu odstranění. Příčina této únavy je komplexní a podílí se na ní vliv vlastního onemocnění, léčby, útlum krvetvorby, poruchy spánku, deprese, úzkost (Voláková, 2012, s. 277).

2.2.2 Psychologické potřeby umírajících

Psychologické potíže mají vliv na schopnost pacienta se z něčeho těšit, mohou zesilovat intenzitu bolesti, snižují schopnost rozloučit se a jsou příčinou i trápení rodiny (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 12). Zjišťování psychosociálních potřeb je důležitou součástí péče o umírajícího pacienta (Bužgová, 2011, s. 273).

Neklid a úzkost umírajících může mít řadu příčin, které se mohou vzájemně kombinovat (Sláma, 2004, s. 42). Kisvetrová podotýká, že by sestry měly ovládat dovednost rozpoznat u pacienta úzkost ze smrti a pomoci jim s vyjádřením obav a negativních emocí. Ve výsledcích jejího průzkumu je prezentováno, že téměř polovina sester-respondentů se na svém pracovišti často setkává s pacientem trpícím úzkostí ze smrti. K identifikaci úzkosti ze smrti byly využity diagnostické prvky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti podle NANDA International taxonomie. Nejčastěji byl zjištěn výskyt následujících diagnostických prvků: *„uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“*, *„uvádí hluboký smutek“* a *„diskuse na téma smrti“* (Kisvetrová, 2012, s. 22-29). Je moudré, aby pacient nezůstal se svým onemocněním sám a přijímal nabízenou pomoc od rodiny a přátel. Mohou pak nést vzájemně velkou emoční zátěž (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 42).

Hodnocení **deprese** v péči o terminálně nemocné má vliv na celkovou kvalitu života umírajících. Při následném využití správných intervencí dochází ke zmírnění deprese (McMillan, Small, Haley, 2011, s. 89). Na pracovištích, kde se častěji pacientům sděluje závažná informace o nemoci, bývá členem týmu i psycholog. Má-li nemocný obavy, že by ohrozil existující a fungující rodinné vztahy, pokud by vyslovil všechny své pocity a projevil

i skryté emoce, má možnost je vyjádřit v rámci psychoterapie. Pokud je to nutné, probere psycholog s pacientem jeho situaci a popřípadě tuto psychoterapii navrhne. Pacient má pak možnost si zvolit individuální psychoterapii nebo využije možnosti zapojit se do skupinové psychoterapie. Členové skupiny mají obvykle stejnou diagnózu, léčbu, a pokud je to možné, tak i věk. Skupina je tak sdružením rovnocenných lidí, které spojuje zkušenost nemoci. Tito lidé mají podobný osud a většinou jsou schopni pochopit plnou hloubku sdělených pocitů (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 42).

Během léčby se pacient může dostat do stavu, kdy velmi intenzivně prožívá **pocit smutku a beznaděje**. Potom je nutná tzv. krizová intervence psychologa, který se snaží vnést do prožívání nemoci trochu světla a naděje (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 42). Další možností pro ulehčení stavu umírajícího je využití kognitivně-behaviorální terapie, která se zaměřuje na psychologickou podporu a stabilitu, nalezení pozitivního postoje nemocného, klade si za cíl snížit pacientův situačně **emoční stres** a pomoci mu spolupracovat na léčbě. Psychoterapie tvoří nedílnou součást multidisciplinární péče o umírající (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 307).

Zvláště umírající pacienti vyššího věku trpí často poruchami kognice, pozornosti a psychomotoriky, které je možné sloučit pod souhrnné označení **delirium** (Sláma, 2004, s. 42). Pacienti ztrácí schopnost monitorace vlastního prožívání a často vyjadřují dyskomfort naříkáním, sténáním a bolestivými grimasami. Pokročilé onemocnění disponuje pacienta k rozvoji deliria v řadě příčin jako je například dehydratace a metabolické poruchy, hypoxie mozku při závažném onemocnění plic a při hypotenzi, infekce, sepse, ale i vliv pacientem užívaných léků: opioidy, antidepresiva (Sláma, 2007, s. 21).

2.2.3 Sociální potřeby umírajících

V České republice lidé často umírají bez přítomnosti svých nejbližších, i když příbuzné mají, ti se o ně však už nezajímají. Důvodem je z části jejich pracovní aktivita a také strach z blízkosti umírajících. Někdy došlo mezi umírajícím a jeho příbuznými k tzv. sociální smrti a to již v době jeho tělesné aktivity (Dolista, 2007, s. 265). V závěru života však člověk potřebuje být se svým životním partnerem, dětmi, řešit problémy ve vztazích a v neposlední řadě i ekonomické problémy (Wijk, Grimby, 2008, s. 4). V průběhu onemocnění dochází ke změnám v sociální situaci pacienta. Mění se sociální prostředí, sociální role, potřeby, partnerské vztahy, vztahy v rodině a často se zhoršuje i ekonomické zabezpečení. Důležitou

roli zde hraje věk nemocného. Ve stáří dominuje zvýšená emotivita, ve které pacienti prožívají smutek, obavy ze samoty, pocity bezmoci a strachu ze smrti (Zacharová, 2014, s. 44). Podle priorit pacientů je nejvíce psychosociálních potřeb vázáno na vztah mezi pacientem, ošetřujícím týmem a rodinou. Důležitým komponentem péče o terminálně nemocné by se mělo stát vytvoření psychoterapeutického vztahu založeného na důvěře, vzájemné úctě, otevřené komunikaci a podpoře nezávislosti (Bužgová, 2011, s. 273).

Podpora rodiny je důležitou součástí ošetrovatelské péče o umírající, která by měla být poskytována sestrami v rámci jejich kompetencí na každém pracovišti. Na sociální oporu pro rodinné příslušníky pacientů by se měly zaměřovat ošetrovatelské aktivity. Pro příbuzné pacientů je také nutné ujištění, že jsou personálem vnímáni jako aktivní účastníci péče. V tomto přístupu je zahrnuto **naslouchání a uklidnění, umožnění přítomnosti u pacienta, poskytnutí dostatečných informací, nabídka duchovní podpory**. Sestra může pozitivně ovlivnit kvalitu závěru života pacienta i proces truchlení rodiny (Kisvetrová, 2014, s. 30). Nezbytnou složkou je **podpora vztahu mezi pacientem a jeho rodinou** (Bužgová, 2011, s. 273). Vnímání vlastní hodnoty, důvěra k rodinným příslušníkům a láskyplná péče posiluje sebeúctu seniorů (Azaiza et al., 2010, s. 361).

2.2.4 Spirituální potřeby umírajících

Péče o duchovní potřeby představuje pomoci lidem nalézt smysl života, jeho hodnotu a cíl, který je nemocí změněn. Vyhledávání a uspokojování spirituálních potřeb by mělo tvořit součást komplexní ošetrovatelské péče (Hajnová, Bužgová, 2013, s. 713). Duchovní záležitosti se stávají pro mnoho vážně nemocných i jejich pečovateli významnými zejména až v posledním roce jejich života. Velká část zdravotníků nemá potřebný čas a schopnosti tyto problémy řešit. Diskutovat o duchovních otázkách vyžaduje vysoce vyvinuté komunikační dovednosti a dostatek času (Murray et al., 2004, s. 39). Přesto v nejtěžších okamžicích života je důležité zaměřit pozornost na **smysluplnost lidské existence**. Dobříková a Pčolková prezentují ve výsledcích svého výzkumu, že existuje signifikantní rozdíl mezi prožíváním smyslu života mezi umírajícími pacienty a pozůstalými v akutní fázi smutku a mezi klienty bez domova a klienty hospitalizovanými na psychiatrickém oddělení po neúspěšném suicidálním pokuse. Třetina pozůstalých a pacientů s infaustní prognózou uvedla velmi dobrou úroveň **naplnění smyslu života**, ale jen setina klientů bez domova a desetina klientů po suicidálním pokuse uvedla stejně dobrou úroveň **naplnění smyslu života**. Uvedený

výzkum ukazuje, že umírající pacienti mají navzdory velmi těžké životní situaci a prožívanému utrpení významně vyšší úroveň naplnění smyslu života než klienti suicidální a lidé bez domova (Dobříková, Pčolková, 2012, s. 99-101). Hajnová a Bužková ve své publikaci poukazující na duchovní potřeby nemocných, které obsahují šest položek zahrnující **potřeby náboženské (religiózní)**, jako je podpora duchovního, účast na bohoslužbě, a **potřeby nenáboženské (nereligiózní)**, k nimž řadí smysl života, být naplněn klidem, naděje, estetické potřeby - prostředí. Autorkami předložené dotazníkové šetření absolvovali pacienti dvakrát (při přijetí do péče a po dvou měsících). Bylo zjištěno, že nejčastěji respondenti považovali za důležité nenáboženské duchovní potřeby a z nich nejvíce: „*být naplněn klidem*“, „*mít smysl života*“ a „*mít pozitivní nadhled na život a naději*“. Při opakovaném měření nedošlo ke změnám v hodnocení důležitosti těchto potřeb. V rámci tohoto projektu se projevila největší nespokojenost v možnosti „*mít účast na bohoslužbě*“, a to téměř u poloviny respondentů, kteří ji označili za důležitou. Byla také zjištěna nižší kvalita života u pacientů s větším množstvím nenaplněných spirituálních potřeb. Jako důležité uváděli duchovní potřeby častěji pacienti starší 65 let (Hajnová, Bužgová, 2013, s. 711- 713).

Specifické duchovní potřeby mají pacienti, kteří náboženství aktivně praktikují. Může se mezi ně zařadit **potřeba duchovních rituálů, víry, účasti na bohoslužbách**. Náboženské potřeby jsou ve zdravotní péči zaměňovány za potřeby duchovní (Hajnová, Bužgová, 2013, s. 713). Víra je starým lidem oporou a poskytuje jim návod jak zvládat různé zátěže. Daalemen sděluje, že umírajícími v dlouhodobých pečovatelských zařízeních, kterým byla poskytnuta duchovní péče, byla jako lepší označena celková péče v posledním měsíci života, ve srovnání s umírajícími, kteří duchovní péči neobdrželi. Tato péče byla vysoce hodnocena hlavně těmi, kteří získali duchovní podporu od personálu a hlavně od sester (Daaleman, 2012, s. 1021). Sestry mají potenciál na zmírnění existenciálního a duchovního utrpení terminálně nemocných prostřednictvím své utěšující přítomnosti, která vytváří atmosféru spojení jak s pacientem, tak s jeho rodinou, a ta je posiluje a usnadňuje žít smysluplný život až do smrti (Tornoe et al., 2014, s. 1).

2.3 Ošetrovatelská NIC intervence Péče o umírající

Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC) je souhrnná standardizovaná klasifikace, kterou je možné využít pro dokumentaci ošetrovatelské péče napříč spektrem zdravotnických zařízení (Bulechek et al., 2008, s. 3). Volba ošetrovatelské intervence pro konkrétního pacienta je prvkem klinického rozhodování realizovaného sestrou, která by při výběru intervence měla zvažovat její výhody a akceptovatelnost pro pacienta, proveditelnost postupu a kompetentnost sestry. Každá intervence má svoji definici, číselný kód a přiřazen soubor aktivit (Bulechek et al., 2008, s. 44-45). Používání mezinárodní klasifikace v ošetrovatelství tak usnadňuje porovnávání a integraci ošetrovatelských jevů na mezinárodní úrovni (Doorenbos et al., 2013, s. 332). V mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských intervencí NIC, v doméně 3 chování, v rámci třídy R podpora při zvládnutí zátěže, je zařazena intervence „Péče o umírající“. Jsou v ní obsaženy definované aktivity bio-psycho-socio-spirituálního rozměru, jednotlivé aktivity jsou uvedeny v tabulce 1 (Bulechek et al., 2008, s. 274). Pro zajištění co nejlepší kvality života umírajícím pacientům se očekává, že se ošetrovatelské intervence budou týkat všech lidských dimenzí a to jak fyzické tak i psychické, sociální a duchovní. Na podkladě empatického přístupu a s využitím znalostí mezinárodních klasifikací bude možné cílené poskytování péče v rámci a s uplatněním struktur mezinárodních klasifikací. Sestry pak budou volit na základě svých kompetencí optimální intervence (Kisvetrová, 2012, s. 28-29). Sestry by měly poskytovat umírajícím podporu a začlenit jejich subjektivní pohled na každodenní život do plánu péče a tím mu umožnit větší kontrolu nad svým životem (Carlander et al., 2011, s. 13). Také by měly být schopny navázat dialog s pacienty a jejich blízkými, pomáhat jim pochopit stav onemocnění a na základě jejich osobních hodnot hledat možnosti vhodné péče (Herbert et al., 2011, s. 326). Umírající si přeje až do konce komunikovat se svými blízkými. Mít možnost se s nimi rozloučit a jejich slova jsou pro něj útěchou (Dolista, 2007, s. 266). Sestra při poskytování péče umírajícím musí zvážit své osobní a duchovní schopnosti, které by mohly mít vliv na objektivitu poskytované péče. Ošetrovatelská péče o umírající je velmi náročná a vyžaduje dobré ošetrovatelské schopnosti. Studie ukázaly, že bez ohledu na kulturní prostředí, ve kterém sestry pracují, jsou sestry mladší 30 let méně schopny vyrovnat se s negativními postoji emocionálně náročné práce (Peters et al., 2013, s. 20). Je třeba se zaměřit na podporu změny smýšlení lékařů i sester v této oblasti, aby si více uvědomovali, že agresivní kauzální léčba je pro terminálně nemocného traumatizující. Umírající velmi potřebují léčbu paliativní,

kteřá je zaměřena na boj proti bolesti, úzkosti, strachu a osamělosti pacienta (Homolová, 2009a, s. 331). Být s umírajícím, naslouchat mu, doprovázet ho v jeho utrpení, je nedílnou součástí ošetrovatelství (Tornoe et al., 2014, s. 1). Ošetrovatelské intervence poskytované pacientům v závěru života by se měly primárně zaměřovat na zajištění bezbolestnosti, pocitu pohodlí, pocitu důstojnosti a respektu, pocitu smíření a blízkosti nejbližších příbuzných pacienta. Po smrti pacienta směřují intervence k jeho rodině (Machová et al., 2009, s. 333-338).

Tab. 1: NIC intervence Péče o umírající

PÉČE O UMÍRAJÍCÍ (5260)
Definice
<i>„Podpora tělesného komfortu a tělesného klidu v konečné fázi života“</i>
<p>Aktivity</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpoznat priority péče o pacienta • dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti • podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti • sledovat úzkost u pacienta • být fyzicky blízko vystrašeného pacienta • sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností • snížit nároky na kognitivní funkce, když je pacient vyčerpaný • sledovat změny nálady • respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči • zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči • podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku • sledovat bolest u pacienta • pokud je to možné, minimalizovat dyskomfort pacienta • pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup • pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy • pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo • nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta • zajistit pacientovi dostatečný odpočinek • pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči • respektovat pacientovu potřebu soukromí • upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání • podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta • usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu • usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu

Zdroj: Bulechek et al., 2008, s. 274

2.3.1 Ošetřovatelská NIC intervence Duchovní podpora

NIC intervence „Duchovní podpora“, která je také zařazena v doméně 3 chování, v rámci třídy R podpora při zvládnutí zátěže, obsahuje 29 aktivit zaměřených jak na existenciální tak religiozní dimenzi pacientů (Bulechek et al., 2008, s. 674). Výsledky výzkumu realizovaného českými sestrami v roce 2011, který byl zaměřený na intervenci „Duchovní podpora“ ukázal, že 7 aktivit (tabulka 2) uváděly sestry minimálně s 10% frekvencí, ostatních 22 využívaly sestry jen minimálně. Ukazuje to, že právě těchto sedm aktivit vnímají sestry jako významné při péči o umírající v českém kulturním prostředí. České sestry vnímají duchovní podporu především v existenciální dimenzi a nejvíce se zaměřovaly na aktivitu „*jednat s pacientem důstojně a s respektem*“ (Kisvetrová, 2013, s. 255-256). Touha umírajících po důstojném zacházení je univerzální preferencí a lze ji nalézt ve většině kultur (Doorenbos et al., 2013, s. 1). Také americké sestry pracující v zařízeních dlouhodobé péče, jak uvádí Periyakoil et al., cítí jako velmi důležité spolupracovat s pacientem a jeho rodinou na zachování důstojnosti pacienta až do konce života. I pacienti s kognitivní poruchou, kteří nemohou formulovat své preference v poskytované péči, mají stále svou důstojnost a je povinností ošetřovatelského týmu a opatrovníků ji zachovat (Periyakoil et al., 2013, s. 442). Inherentní důstojnost, tedy vlastní úctu vyžadující hodnotu lidské bytosti, nelze jakkoli zpochybňovat. Člověk o ni nemůže přijít ani při umírání, jsme povinni ji hájit až do posledního dechu (Munzarová, 2011, s. 61). I nevyléčitelně nemocný imobilní pacient má právo prožít závěr svého života v co nejvyšší možné kvalitě (Sadovská, 2012, s. 66). Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě vždy zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo hodnocení prožívání konce života (Bužgová, Sikorová, 2010, s. 43).

Nedostatečná péče o duchovní potřeby pacientů v závěru života může mít zásadní vliv na celkovou pohodu pacienta a kvalitu jeho života. Tato skutečnost se může projevit frustrací a strachem pacienta, pocity, že život nemá smysl, pocity izolace, zbytečnosti, ztráty sebedůvěry, ztráty kontroly a problémy ve vztazích (Murray et al., 2004, s. 40). Aktivity existenciální dimenze duchovní podpory jsou pro umírající důležité a pozitivně ovlivňují jejich duchovní pohodu. Mohou být prospěšné i pro pacienty, kteří se nehlásí ke konkrétnímu náboženskému vyznání. Pacienti očekávají od sestry empatický přístup, který vytváří soucitné a láskyplné prostředí umožňující naději a pozitivně ovlivňující duchovní pohodu pacienta (Kisvetrová, 2013, s. 253). Mírnit existenciální a duchovní utrpení umírajících je hluboce osobní, vyžadující od sester vysoký stupeň empatie a schopnosti zůstat s nemocným a jeho rodinou a sdílet s nimi strach z konečnosti života (Tornoe et al., 2014, s. 8). Podle zjištění

Kisvetrové sestry, které pracující s terminálně nemocnými pacienty, mají pozitivní náhled na smíření se s vlastní smrtelností, což potvrdilo 92,9 % oslovených všeobecných sester. U sester považujících se za věřící, byla pozitivní odpověď v 98,6 %, u nevěřících sester v 78,1 %. Z toho vyplývá, že pokud sestra pečující o terminálně nemocné přijme konečnost lidské existence, je smířená a sdílí názor, že smysl lidské existence je ovlivněn i jeho transcendentním charakterem, pak taková sestra může empaticky doprovázet pacienta v závěrečné části jeho života (Kisvetrová, 2011, s. 69-71).

Tab. 2: NIC intervence Duchovní podpora – výběr aktivit využívaných v ČR

DUCHOVNÍ PODPORA (5420)
Definice <i>„pomoc pacientovi cítit vyrovnaní a spojení s vyšší mocí“</i>
Aktivity <ul style="list-style-type: none"> • jednat s pacientem důstojně a s respektem • ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení • být schopný naslouchat pacientům • být otevřený k vyjádření obav pacienta • projevit vcítění se do pocitů pacienta • zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce • zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity

Zdroj: Bulechek et al., 2008, s. 674

2.4 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy

Z použitých zdrojů pro tvorbu teoretické části diplomové práce vyplývá, že většina umírajících pacientů, i když si přeje prožít poslední chvíle života v domácím prostředí, umírá ve zdravotnických institucích. Tuto skutečnost potvrzují data o místě úmrtí ve vyspělých evropských i mimoevropských zemích (Loučka et al., 2014a, s. 268). Poskytování kvalitní péče pacientům v závěru života v těchto zařízeních je náročné, protože péče v nemocnicích je hlavně zaměřena na prodlužování života. Umírajícím pacientům pak chybí informace o blížící se smrti, nejsou dostatečně uspokojovány jejich potřeby a není dostatečná kontrola symptomů pokročilého onemocnění (Witkamp et al., 2013, s. 1). Významným předpokladem pro poskytování kvalitní péče je správné určení, že se pacient nachází v terminální fázi nemoci a tento fakt akceptovat. Typickými příznaky této fáze jsou anorexie, dušnost, bolest, deprese, úzkost a zmatenost (Sláma, 2004, s. 38). Umírající pacienty lze podle specifík poskytované péče rozdělit na pacienty onkologické (trpícími nádorovým onemocněním), pacienty v konečných stádiích chronických nemocí a poslední skupinu tvoří polymorbidní geriatrickí pacienti (Grofová, 2009, s. 276).

Pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče je důležité porozumění umírajícímu a jeho potřebám. Hodnocení naplněných potřeb může být indikátorem kvality poskytované péče (Bužgová, 2011, s. 273). Cílem péče se stává mírnění dyskomfortu pacienta (Sláma, 2010, s. 182). Potřeba být bez bolesti je pacienty označována za prioritní mezi fyzickými potřebami (Wijk, Grimby, 2008, s. 2). Další velmi důležitou z fyziologických potřeb je pro nemocného na konci života poskytování vhodné péče v oblasti hydratace a výživy (Grofová, 2009, s. 276). Velmi častou příčinou dyskomfortu u umírajících pacientů může být únava, zácpa, dušnost, hlasité chrčivé dýchání a z oblasti psychologických potřeb neklid a úzkost (Sláma, 2004, s. 41-46). Vliv na celkovou kvalitu poskytované péče má i hodnocení deprese. Pokud se pacient dostane až do stavu intenzivního prožívání pocitu smutku a beznaděje, pak je nutná krizová intervence psychologa (Sochorová, Krejčířiková, 2009, s. 42). Emoční stres pacientům pomáhá snižovat i kognitivně-behaviorální terapie v rámci psychologické podpory (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 307). Poruchami kognice, pozornosti a psychomotoriky, které můžeme sloučit pod název delirium, mnohdy trpí zejména umírající pacienti ve vyšším věku (Sláma, 2004, s. 42). Podle priorit pacientů se nejvíce psychosociálních potřeb váže na vztah mezi pacientem, ošetřujícím týmem a rodinou. Podpora vztahu mezi pacientem a jeho rodinou se stává důležitou složkou péče (Bužgová,

2011, s. 273). Podpora rodiny je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské aktivity, zaměřené na sociální oporu, by měly zahrnovat naslouchání a uklidnění, poskytnutí dostatečných informací, nabídka duchovní podpory a zejména umožnění přítomnosti blízkých u pacienta (Kisvetrová, 2014, s. 30). Péče o duchovní potřeby umírajících představuje pomoci jim nalézt i v nejtěžších chvílích smysluplnost lidské existence. Spirituální potřeby zahrnují položky náboženské (religiózní), do kterých náleží podpora duchovního, účast na bohoslužbě, potřeba duchovních rituálů, a položky nenáboženské (nereligiózní), do kterých lze zařadit zachování smyslu života, naplnění klidem, nadějí a také potřeby estetické (Hajnová, Bužgová, 2013, s. 713).

Pro zajištění co nejlepší kvality života umírajícím se očekává, že ošetrovatelské intervence se budou týkat všech lidských dimenzí a to jak fyzické tak psychické, sociální i duchovní (Kisvetrová, 2012, s. 29). V mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských intervencí (NIC) je zařazena intervence „Péče o umírající“, která obsahuje aktivity ošetrovatelské péče zaměřené na bio-psycho-socio-spirituální rozměr a intervence „Duchovní podpora“, která se zaměřuje na existenciální a religiózní dimenzi pacientů na konci života (Bulechek et al., 2008, s. 274, 674). Být s umírajícím, naslouchat mu, doprovázet ho v jeho utrpení, je nedílnou součástí ošetrovatelství (Trone et al., 2014, s. 1).

Na základě sumarizace získaných informací, chceme zjistit, zda sestry pracující na odděleních zdravotnických zařízení s interním zaměřením využívají aktivity ošetrovatelských intervencí „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“ při péči o pacienty v závěru života.

3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření k diplomové práci s názvem „Realizace ošetrovatelské intervence Péče o umírající a Duchovní podpora u pacientů v interních oborech“ bylo provedeno formou kvantitativního typu výzkumu, průřezová prospektivní studie. Byl použit nestandardizovaný strukturovaný dotazník. Design dotazníku byl vytvořen v rámci projektu studentské grantové soutěže (projekt FZV_2014_007), byl schválen Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je: *zjistit frekvenci ošetrovatelských aktivit intervencí „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“ při péči o terminálně nemocné na pracovištích s interním zaměřením.* Od vymezení hlavního cíle se odvíjí stanovení dalších tří cílů.

Cíl 1: Zjistit, zda frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na typu pracoviště.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H₁₀ – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na typu pracoviště.

H_{1A} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na typu pracoviště.

Cíl 2: Zjistit, zda frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na délce praxe.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H₂₀ – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na délce praxe.

H_{2A} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na délce praxe.

Cíl 3: Zjistit, zda frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H₃₀ – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na nejvyšším dosaženém vzdělání.

H_{3A} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na nejvyšším dosaženém vzdělání.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry. Zařazující kritéria: minimálně jeden rok praxe, pracoviště s interním zaměřením, kde často pečují o pacienty v terminální fázi chronických nebo onkologických nemocí, ale neposkytují specializovanou paliativní péči. Proto byla zvolena oddělení interní, geriatrické, onkologické, neurologické, pneumologické a dlouhodobé péče. Pro stanovení velikosti výběrového souboru byla použita metodika, kterou uvádí Žiaková (2009, s. 119). Při velikosti základního souboru do 50 000 doporučuje velikost výběrového souboru 2,5 %.

3.3 Metoda sběru dat

Měřicí nástroj

Pro realizaci výzkumného šetření byl použit nestandardizovaný strukturovaný dotazník, který obsahoval soubor sociodemografických dat a 31 položek zaměřených na ošetrovatelské aktivity. Do dotazníku bylo zařazeno všech 24 definovaných aktivit NIC intervence „Péče o umírající“ a 7 převážně nereligiózních aktivit z NIC intervence „Duchovní podpora“, které v předchozím rozsáhlém výzkumu české sestry uvedly, vzhledem k míře sekularizace české společnosti, jako reálně využitelné v ošetrovatelské praxi (Kisvetrová, 2013, s. 255-257). Každá aktivita byla doplněna pětistupňovou Likertovou škálou, která zjišťovala frekvenci. Reliabilita měření byla ověřena metodou test-retest u 20 respondentů. Obsahová validita dotazníku je dána použitím mezinárodní standardizované klasifikace ošetrovatelských intervencí. Test-retest reliability byl 0,884 a hodnota Cronbach´ α byla 0,921.

Předvýzkum

Předvýzkum byl realizován s cílem ověření srozumitelnosti a pochopení jednotlivých otázek všeobecnými sestrami. Bylo osloveno 20 respondentů. Nebyly zjištěny připomínky k nástroji výzkumného šetření – dotazníku. Při vyplňování otázek nenastaly žádné potíže, otázky z dotazníku byly pro respondenty srozumitelné. Data zjištěná v předvýzkumném šetření byla korelována s hodnotami zjištěnými při výzkumu. Korelace byla měřena Spearmanovým korelačním koeficientem.

3.4 Realizace výzkumu

Distribuce a sběr vyplněných dotazníků byl realizován osobně, prostřednictvím kontaktních osob a Českou poštou. Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno v období od září 2014 do ledna 2015. Bylo distribuováno 370 dotazníků do zdravotnických zařízení, která vyjádřila souhlas se zapojením do výzkumného šetření (Fakultní nemocnice Olomouc, Vojenská nemocnice Olomouc, Nemocnice Milosrdných sester Kroměříž, Nemocnice Milosrdných bratří Vizovice, Nemocnice Nymburk a Odborný léčebný ústav Paseka). Návratnost dotazníků činila 54,32 %. Realizace výzkumu byla schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

3.5 Metody zpracování dat

Zjištěná data získaná dotazníkovým šetřením byla nejdříve umístěna do tabulky v programu Microsoft Office – Excel 2010. Ke statistickému zpracování dat byl použit statistický software IBM SPSSStatistics 22 a program Microsoft Excel 2010. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05. Respondenti odpovídali na 31 otázek, které se týkaly aktivit ošetrovatelské péče o pacienta využívaných v závěru života. Každá otázka je hodnocena na Likertově škále 1-5, kde hodnota 1 označuje vždy, hodnota 5 nikdy. Každá položka dotazníku byla popsána absolutními a relativními četnostmi odpovědí. U každé položky byl vypočítán také aritmetický průměr, směrodatná odchylka (SD), hodnota mediánu a modusu.

Pro ověření statistické závislosti mezi typem pracoviště a frekvencí aktivit byla pracoviště sloučena do tří skupin podle převažujícího typu pacientů: onkologičtí (onkologické a pneumologické); chroničtí neoncologičtí (interní a neurologické); geriatričtí (dlouhodobá péče a geriatric). Odpovědi měřené na pětibodové Likertově škále byly sloučeny do tří možností (vždy/často, občas, výjimečně/nikdy). Závislost byla ověřena Fisherovými přesnými testy. Při $p < 0,05$ byly následně provedeny Fisherovy testy mnohonásobného porovnání s Bonferroniho korekcí. Pro ověření závislosti mezi délkou praxe sestry a frekvencí aktivit; a mezi stupněm vzdělání a frekvencí aktivit, byl použit Spearmanův korelační koeficient (hladina signifikance $p = 0,05$).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tato kapitola přináší demografické údaje sester - respondentů. Jsou zde vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníku a zpracované výsledky výzkumného šetření.

4.1 Demografické charakteristiky respondentů

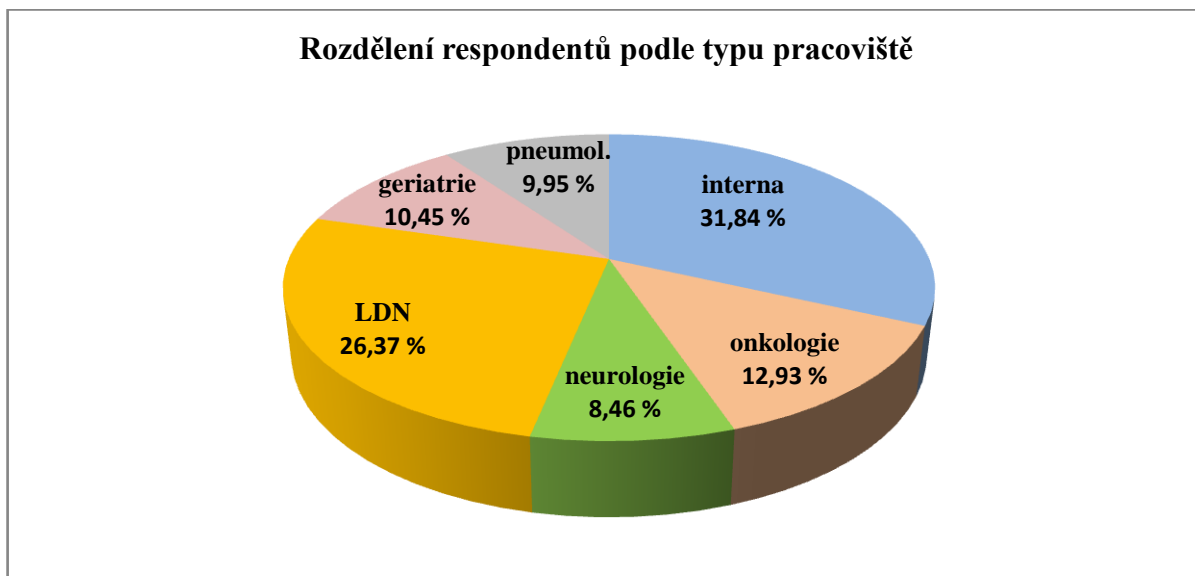
Výzkumu se zúčastnilo 201 respondentů z pracoviště geriatrického, interního, neurologického, onkologického, pneumologického a dlouhodobé péče. Celková návratnost dotazníků byla 54,32 % (201 z 370 distribuovaných). Průměrný věk respondentů byl 40,5 let (SD=10,1); průměrná délka praxe 16,6 let (SD=10,5). Středoškolské vzdělání mělo 72,64 % respondentů, vysokoškolské 17,91 % respondentů a 33,83 % respondentů uvedlo, že absolvovali specializační vzdělání. Základní demografické údaje jsou shrnuty v tabulce 3:

Tab. 3: Demografické údaje

		Počet	Procenta	Průměr	SD	Medián	Modus	Minimum	Maximum
Pracoviště	interna	64	31,84 %						
	onkologie	26	12,93 %						
	neurologie	17	8,46 %						
	LDN	53	26,37 %						
	geriatrie	21	10,45 %						
	pneumologické	20	9,95 %						
Věk				40,50	10,11	38,00	35,00	22	59
Pohlaví	ženy	195	97,01 %						
	muži	6	2,99 %						
Délka praxe				16,61	10,50	16,00	20,00	1	40
Vzdělání	SZŠ	146	72,64 %						
	VOŠ	19	9,45 %						
	VŠ - Bc.	27	13,43 %						
	VŠ- Mgr.	9	4,48 %						
Specializace	ne	133	66,17 %						
	ano	68	33,83 %						

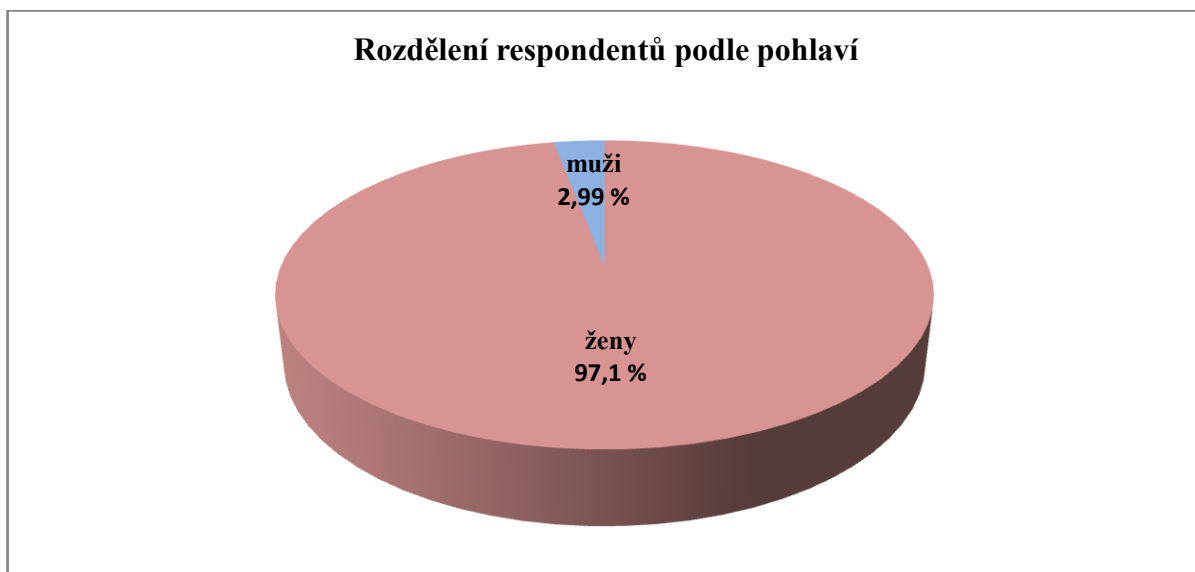
SD – směrodatná odchylka

Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 201 respondentů pracujících na pracovištích s interním zaměřením. Z nich největší skupinu tvořilo 64 (31,84 %) respondentů z interních oddělení, podle počtu respondentů pak následuje 53 (26,37 %) osob z LDN, z onkologie 26 (12,94 %), z geriatric 21 (10,45 %), z pneumologie 20 (9,95 %) a nejmenší počet respondentů 17 (8,46 %) byl z neurologie.



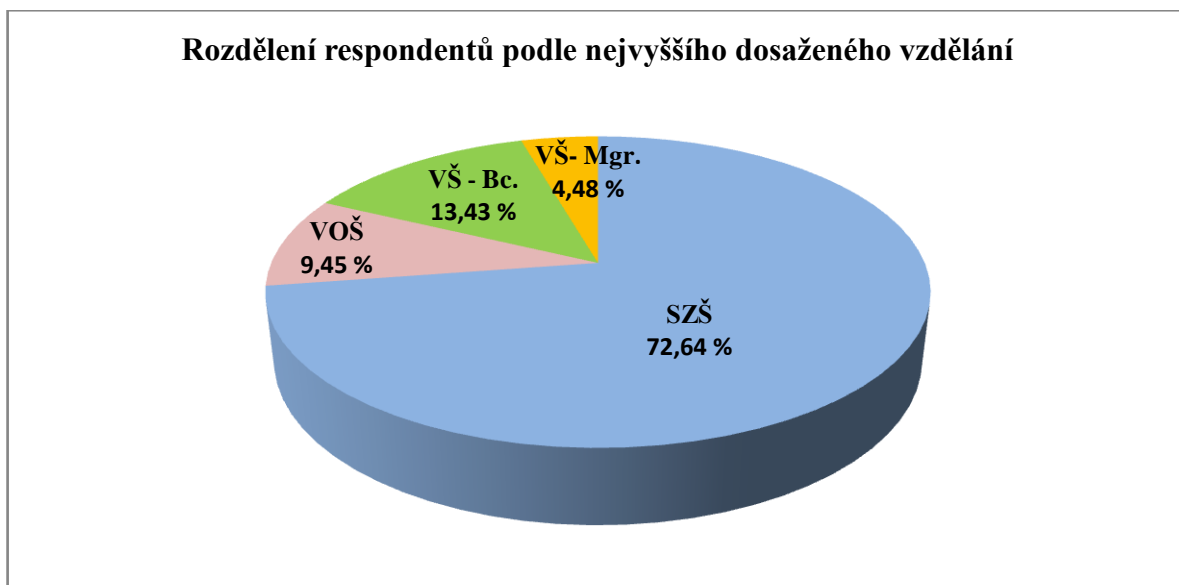
Obrázek 1: Rozdělení respondentů podle typu pracoviště

Výzkumný soubor tvořily převážně ženy a to 195 (97,01 %) a jen 6 (2,99 %) mužů.



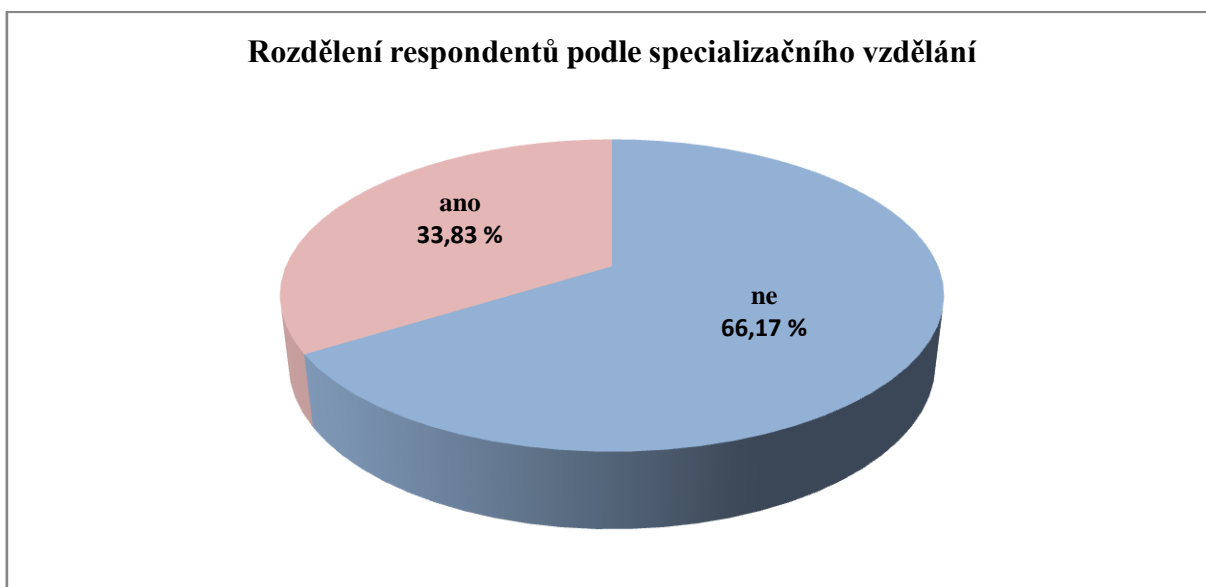
Obrázek 2: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Nejvíce respondentů 146 (72,64 %), kteří se účastnili šetření, uvedlo SZŠ jako nejvýše dosažené vzdělání, dále 19 (9,45 %) respondentů uvedlo absolvování VOŠ, skoro pětina respondentů 36 (17,91 %) uvedla vysokoškolské vzdělání z toho 27 (13,43 %) osob absolvovalo studium bakalářské a 9 (4,48 %) osob studium magisterské.



Obrázek 3: Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Z výzkumného souboru absolvovalo specializační vzdělání 68 (33,83 %) respondentů, ale většina 133 (66,17 %) respondentů specializační vzdělání neuvádělo.



Obrázek 4: Rozdělení respondentů podle specializačního vzdělání

4.2 Frekvence ošetrovatelských aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora

Respondenti odpovídali na 31 otázek, které se týkaly aktivit ošetrovatelské péče o pacienta využívaných v závěru života. Každá otázka je hodnocena na Likertově škále 1-5, kde 1 označuje vždy, 5 nikdy. Každá položka dotazníku byla popsána absolutními a relativními četnostmi odpovědí. U každé položky byl spočítán také aritmetický průměr, směrodatná odchylka (SD), hodnota mediánu a modusu.

Nejčastěji uváděnými aktivitami byly: *pečovat o pacienta s důstojností a respektem* (průměr škály 1,16; SD=0,39), *sledovat bolest* (průměr škály 1,19; SD=0,45) a *pomáhat pacientovi při základní péči* (průměr škály 1,24; SD=0,53). Dále následovaly aktivity: *zajistit pacientovi dostatečný odpočinek* (průměr škály 1,43; SD=0,60), *sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností* (průměr škály 1,54; SD=0,73), *minimalizovat dyskomfort pacienta* (průměr škály 1,61; SD=0,71), *pravidelně nabízet tekutiny a měkké jídlo* (průměr škály 1,61; SD=0,72). Aktivity s nejnižší frekvencí byly: *podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti* (průměr škály 2,92; SD=1,05), *dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti* (průměr škály 2,98; SD=1,07) a *nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta* (průměr škály 2,98; SD=1,06).

Popisná statistika odpovědí na 31 otázek je shrnuta v tabulkách 4 – 7:

Tab. 4: Frekvence ošetrovatelských aktivit č. 1 – č. 10

Aktivity ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Počet	Procenta	Průměr	SD	Medián	Modus
1. Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný	vždy	48	23,88 %	2,23	0,95	2,00	2,00
	často	78	38,80 %				
	občas	59	29,35 %				
	výjimečně	12	5,97 %				
	nikdy	4	1,99 %				
2. Sledovat úzkost u pacienta	vždy	84	41,79 %	1,89	0,87	2,00	1,00
	často	60	29,85 %				
	občas	54	26,86 %				
	výjimečně	2	1,00 %				
	nikdy	1	0,50 %				
3. Sledovat změny nálady u pacienta	vždy	69	34,33 %	1,93	0,84	2,00	2,00
	často	87	43,28 %				
	občas	36	17,91 %				
	výjimečně	9	4,48 %				
4. Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti	vždy	24	11,94 %	2,98	1,07	3,00	3,00
	často	35	17,41 %				
	občas	74	36,82 %				
	výjimečně	58	28,85 %				
	nikdy	10	4,98 %				
5. Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	vždy	23	11,44 %	2,92	1,05	3,00	3,00
	často	42	20,89 %				
	občas	74	36,82 %				
	výjimečně	53	26,37 %				
	nikdy	9	4,48 %				
6. Sledovat bolest u pacienta	vždy	167	83,08 %	1,19	0,45	1,00	1,00
	často	29	14,43 %				
	občas	5	2,49 %				
7. Pokud je to možné, minimalizovat dyskomfort pacienta	vždy	104	51,74 %	1,61	0,71	1,00	1,00
	často	73	36,32 %				
	občas	23	11,44 %				
	výjimečně	1	0,50 %				
8. Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup	vždy	86	42,79 %	1,78	0,84	2,00	1,00
	často	83	41,29 %				
	občas	23	11,44 %				
	výjimečně	8	3,98 %				
	nikdy	1	0,50 %				
9. Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy	vždy	46	22,88 %	2,25	0,93	2,00	2,00
	často	77	38,31 %				
	občas	62	30,85 %				
	výjimečně	15	7,46 %				
	nikdy	1	0,50 %				
10. Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo	vždy	103	51,25 %	1,61	0,72	1,00	1,00
	často	76	37,81 %				
	občas	19	9,45 %				
	výjimečně	3	1,49 %				

SD – směrodatná odchylka

Tab. 5: Frekvence ošetrovatelských aktivit č. 11 – č. 20

Aktivity ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Počet	Procenta	Průměr	SD	Medián	Modus
11. Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta	vždy	20	9,95 %	2,98	1,06	3,00	3,00
	často	45	22,39 %				
	občas	67	33,33 %				
	výjimečně	58	28,86 %				
	nikdy	11	5,47 %				
12. Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta	vždy	116	57,71 %	1,54	0,73	1,00	1,00
	často	66	32,84 %				
	občas	14	6,96 %				
	výjimečně	5	2,49 %				
13. Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek	vždy	126	62,68 %	1,43	0,60	1,00	1,00
	často	65	32,34 %				
	občas	9	4,48 %				
	výjimečně	1	0,50 %				
14. Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči	vždy	161	80,10 %	1,24	0,53	1,00	1,00
	často	32	15,92 %				
	občas	7	3,48 %				
	výjimečně	1	0,50 %				
15. Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta	vždy	36	18,00 %	2,25	0,84	2,00	2,00
	často	94	47,00 %				
	občas	56	28,00 %				
	výjimečně	13	6,50 %				
	nikdy	1	0,50 %				
16. Respektovat pacientovu potřebu soukromí	vždy	71	35,32 %	1,84	0,82	2,00	2,00
	často	96	47,76 %				
	občas	30	14,93 %				
	výjimečně	3	1,49 %				
	nikdy	1	0,50 %				
17. Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání	vždy	20	9,95 %	2,51	0,82	3,00	2,00
	často	80	39,80 %				
	občas	79	39,30 %				
	výjimečně	22	10,95 %				
18. Rozpoznat priority péče o pacienta	vždy	82	40,80 %	1,70	0,66	2,00	2,00
	často	97	48,26 %				
	občas	22	10,94 %				
19. Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	vždy	47	23,38 %	2,31	0,97	2,00	2,00
	často	67	33,33 %				
	občas	66	32,84 %				
	výjimečně	19	9,45 %				
	nikdy	2	1,00 %				
20. Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	vždy	22	10,95 %	2,41	0,80	2,00	2,00
	často	91	45,27 %				
	občas	71	35,32 %				
	výjimečně	17	8,46 %				

SD – směrodatná odchylka

Tab. 6: Frekvence ošetrovatelských aktivit č. 21 – č. 30

Aktivity ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Počet	Procenta	Průměr	SD	Medián	Modus
21. Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	vždy	60	29,85 %	2,01	0,85	2,00	2,00
	často	87	43,28 %				
	občas	46	22,89 %				
	výjimečně	7	3,48 %				
	nikdy	1	0,50 %				
22. Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči	vždy	18	8,96 %	2,70	0,91	3,00	3,00
	často	67	33,33 %				
	občas	76	37,81 %				
	výjimečně	38	18,90 %				
	nikdy	2	1,00 %				
23. Usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu	vždy	44	21,89 %	2,74	1,26	3,00	4,00
	často	48	23,88 %				
	občas	38	18,91 %				
	výjimečně	59	29,35 %				
	nikdy	12	5,97 %				
24. Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	vždy	39	19,40 %	2,47	1,02	2,00	2,00
	často	66	32,84 %				
	občas	62	30,85 %				
	výjimečně	31	15,42 %				
	nikdy	3	1,49 %				
25. Jednat s pacientem důstojně a s respektem	vždy	171	85,07 %	1,16	0,39	1,00	1,00
	často	28	13,93 %				
	občas	2	1,00 %				
26. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	vždy	55	27,37 %	2,20	0,96	2,00	2,00
	často	67	33,33 %				
	občas	65	32,34 %				
	výjimečně	11	5,47 %				
	nikdy	3	1,49 %				
27. Být otevřený k vyjádření obav pacienta	vždy	66	32,84 %	1,97	0,87	2,00	2,00
	často	87	43,28 %				
	občas	36	17,91 %				
	výjimečně	12	5,97 %				
28. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	vždy	62	30,85 %	2,25	1,03	2,00	3,00
	často	52	25,87 %				
	občas	63	31,34 %				
	výjimečně	23	11,44 %				
	nikdy	1	0,50 %				
29. Být schopný naslouchat pocitům pacienta	vždy	87	43,28 %	1,70	0,70	2,00	2,00
	často	90	44,78 %				
	občas	22	10,94 %				
	výjimečně	2	1,00 %				
30. Projevit vcítění se do pocitů pacienta	vždy	57	28,36 %	2,04	0,81	2,00	2,00
	často	91	45,27 %				
	občas	46	22,89 %				
	výjimečně	7	3,48 %				

SD – směrodatná odchylka

Tab. 7: Frekvence ošetrovatelské aktivit č. 31

Aktivity ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Počet	Procenta	Průměr	SD	Medián	Modus
31. Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	vždy	67	33,33 %	2,04	0,95	2,00	2,00
	často	78	38,81 %				
	občas	38	18,90 %				
	výjimečně	17	8,46 %				
	nikdy	1	0,50 %				

SD – směrodatná odchylka

4.3 Ověření platnosti hypotéz

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na typu pracoviště.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H₀ – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na typu pracoviště.

H_{1A} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na typu pracoviště.

Respondenti pracovali na šesti typech pracovišť. Pro ověření hypotézy byly typy pracovišť sloučeny do tří skupin. První skupinu tvořili respondenti pracující na interně a neurologii, druhou respondenti z onkologie a pneumologie, třetí skupina obsahovala respondenty zaměstnané v LDN a na oddělení geriatric. Odpovědi měřené na pětibodové Likertově škále byly sloučeny do tří možností – vždy/často, občas, výjimečně/nikdy.

Četnostní rozložení odpovědí na dané otázky v závislosti na typu pracoviště je zapsáno v tabulkách 8, 9 a 10. Hypotéza byla ověřena Fisherovými přesnými testy. V posledním sloupci tabulky je dosažená hodnota statistické signifikance tohoto testu (p). Pokud byla p-hodnota nižší než 0,05, byla zvýrazněna tučným písmem a rozdíl byl považován za statisticky významný. V takovém případě byly následně provedeny Fisherovy testy mnohonásobného porovnání s Bonferroniho korekcí, aby bylo zjištěno, mezi kterými dvojicemi jsou rozdíly statisticky významné.

Signifikantní rozdíly byly nalezeny u ošetrovatelských aktivit:

Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo - položka č. 10 ($p = 0,001$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z interny a neurologie nabízejí tekutiny a měkké jídlo statisticky významně méně často než respondenti z LDN a geriatric (p = 0,001). Ostatní porovnávané skupiny se mezi sebou významně neliší.

Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta - položka č. 12 ($p = 0,001$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z interny a neurologie sledují zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta významně méně často než respondenti z onkologie a pneumologického oddělení ($p = 0,037$) a než respondenti z LDN a geriatric (p = 0,004).

Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta - položka č. 15 ($p = 0,010$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z onkologie a pneumologie užívají tuto aktivitu významně častěji než respondenti z interny a neurologie ($p = 0,013$) a než respondenti z LDN a geriatric (p = 0,010).

Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu - položka č. 19 ($p = 0,001$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z onkologie a pneumologie užívají tuto aktivitu významně častěji než respondenti z interny a neurologie ($p = 0,015$). Ostatní porovnávané skupiny se mezi sebou významně neliší.

Usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu - položka č. 23 ($p = 0,011$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z LDN a geriatric užívají tuto aktivitu významně častěji než respondenti z interny a neurologie ($p = 0,006$) a než respondenti z onkologie a pneumologie (p = 0,007).

Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity - položka č. 26 ($p = 0,004$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z LDN a geriatric užívají tuto aktivitu významně častěji než respondenti z interny a neurologie ($p = 0,021$) a než respondenti z onkologie a pneumologie (p = 0,029).

Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce - položka č. 28 ($p = 0,0001$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z LDN a geriatric užívají tuto aktivitu významně častěji než respondenti z interny a neurologie ($p = 0,0001$). Ostatní porovnávané skupiny se mezi sebou významně neliší.

Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení - položka č. 31 ($p = 0,003$). Testy mnohonásobného porovnání bylo prokázáno, že respondenti z onkologie a pneumologie užívají tuto aktivitu významně častěji než respondenti z LDN a geriatric (p = 0,004). Ostatní porovnávané skupiny se mezi sebou významně neliší.

Přesné četnostní rozložení je patrné z tabulek 8 – 10:

Tab. 8: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 1- č. 10 v závislosti na typu pracoviště

Aktivita ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Pracoviště						Signifikance (p)
		interna, neurologie		onkologie, pneumologie		LDN, geriatric		
		N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta	
1. Snížit nároky na kognitivní funkce, když je pacient vyčerpaný	vždy, často	54	66,67 %	27	58,69 %	45	60,81 %	0,862
	občas	22	27,16 %	15	32,61 %	22	29,73 %	
	výjimečně, nikdy	5	6,17 %	4	8,70 %	7	9,46 %	
2. Sledovat úzkost u pacienta	vždy, často	60	74,07 %	35	76,09 %	49	66,22 %	0,299
	občas	21	25,93 %	11	23,91 %	22	29,73 %	
	výjimečně, nikdy	0	0,00 %	0	0,00 %	3	4,05 %	
3. Sledovat změny nálady u pacienta	vždy, často	59	72,84 %	40	86,96 %	57	77,03 %	0,287
	občas	16	19,75 %	6	13,04 %	14	18,92 %	
	výjimečně, nikdy	6	7,41 %	0	0,00 %	3	4,05 %	
4. Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti	vždy, často	21	25,93 %	17	36,96 %	21	28,38 %	0,100
	občas	25	30,86 %	20	43,48 %	29	39,19 %	
	výjimečně, nikdy	35	43,21 %	9	19,56 %	24	32,43 %	
5. Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	vždy, často	23	28,40 %	16	34,78 %	26	35,14 %	0,792
	občas	32	39,50 %	18	39,13 %	24	32,43 %	
	výjimečně, nikdy	26	32,10 %	12	26,09 %	24	32,43 %	
6. Sledovat bolest u pacienta	vždy, často	79	97,53 %	44	95,65 %	73	98,65 %	0,734
	občas	2	2,47 %	2	4,35 %	1	1,35 %	
7. Pokud je to možné, minimalizovat dyskomfort pacienta	vždy, často	71	87,65 %	43	93,48 %	63	85,14 %	0,529
	občas	10	12,35 %	3	6,52 %	10	13,51 %	
	výjimečně, nikdy	0	0,00 %	0	0,00 %	1	1,35 %	
8. Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup	vždy, často	66	81,48 %	40	86,96 %	63	85,13 %	0,804
	občas	12	14,82 %	4	8,69 %	7	9,46 %	
	výjimečně, nikdy	3	3,70 %	2	4,35 %	4	5,41 %	
9. Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy	vždy, často	56	69,13 %	26	56,52 %	41	55,41 %	0,063
	občas	17	20,99 %	15	32,61 %	30	40,54 %	
	výjimečně, nikdy	8	9,88 %	5	10,87 %	3	4,05 %	
10. Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo	vždy, často	65	80,25 %	41	89,13 %	73	98,65 %	0,001
	občas	13	16,05 %	5	10,87 %	1	1,35 %	
	výjimečně, nikdy	3	3,70 %	0	0,00 %	0	0,00 %	

N - počet

Tab. 9: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 11 - č. 20 v závislosti na typu pracoviště

Aktivita ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Pracoviště						Signifikance (p)
		interna, neurologie		onkologie, pneumologie		LDN, geriatric		
		N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta	
11. Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta	vždy, často	21	25,93 %	18	39,13 %	26	35,13 %	0,077
	občas	29	35,80 %	19	41,30 %	19	25,68 %	
	výjimečně, nikdy	31	38,27 %	9	19,57 %	29	39,19 %	
12. Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta	vždy, často	65	80,25 %	45	97,83 %	72	97,30 %	0,001
	občas	12	14,81 %	1	2,17 %	1	1,35 %	
	výjimečně, nikdy	4	4,94 %	0	0,00 %	1	1,35 %	
13. Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek	vždy, často	75	92,59 %	44	95,65 %	72	97,30 %	0,734
	občas	5	6,17 %	2	4,35 %	2	2,70 %	
	výjimečně, nikdy	1	1,24 %	0	0,00 %	0	0,00 %	
14. Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči	vždy, často	77	95,06 %	43	93,48 %	73	98,65 %	0,258
	občas	4	4,94 %	2	4,35 %	1	1,35 %	
	výjimečně, nikdy	0	0,00 %	1	2,17 %	0	0,00 %	
15. Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta	vždy, často	48	59,26 %	38	82,60 %	44	60,27 %	0,010
	občas	27	33,33 %	4	8,70 %	25	34,25 %	
	výjimečně, nikdy	6	7,41 %	4	8,70 %	4	5,48 %	
16. Respektovat pacientovu potřebu soukromí	vždy, často	63	77,78 %	41	89,13 %	63	85,14 %	0,512
	občas	15	18,52 %	5	10,87 %	10	13,51 %	
	výjimečně, nikdy	3	3,70 %	0	0,00 %	1	1,35 %	
17. Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání	vždy, často	38	46,91 %	24	52,17 %	38	51,35 %	0,745
	občas	31	38,27 %	18	39,13 %	30	40,54 %	
	výjimečně, nikdy	12	14,82 %	4	8,70 %	6	8,11 %	
18. Rozpoznat priority péče o pacienta	vždy, často	73	90,12 %	43	93,48 %	63	85,14 %	0,384
	občas	8	9,88 %	3	6,52 %	11	14,86 %	
19. Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	vždy, často	39	48,15 %	20	43,48 %	55	74,33 %	0,001
	občas	29	35,80 %	21	45,65 %	16	21,62 %	
	výjimečně, nikdy	13	16,05 %	5	10,87 %	3	4,05 %	
20. Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	vždy, často	44	54,32 %	29	63,04 %	40	54,05 %	0,796
	občas	29	35,80 %	15	32,61 %	27	36,49 %	
	výjimečně, nikdy	8	9,88 %	2	4,35 %	7	9,46 %	

N - počet

Tab. 10: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 21 - č. 31 v závislosti na typu pracoviště

Aktivita ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Pracoviště						Signifikance (p)
		interna, neurologie		onkologie, pneumologie		LDN, geriatric		
		N	Procenta	N	Procenta	N	Procenta	
21. Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	vždy, často	53	65,43 %	38	82,61 %	56	75,68 %	0,313
	občas	24	29,63 %	7	15,22 %	15	20,27 %	
	výjimečně, nikdy	4	4,94 %	1	2,17 %	3	4,05 %	
22. Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči	vždy, často	39	48,15 %	16	34,78 %	30	40,54 %	0,166
	občas	32	39,51 %	16	34,78 %	28	37,84 %	
	výjimečně, nikdy	10	12,34 %	14	30,44 %	16	21,62 %	
23. Uspadnit diskuzi o zařizování pohřbu	vždy, často	31	38,27 %	28	60,86 %	33	44,60 %	0,011
	občas	11	13,58 %	9	19,57 %	18	24,32 %	
	výjimečně, nikdy	39	48,15 %	9	19,57 %	23	31,08 %	
24. Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	vždy, často	49	60,49 %	26	56,52 %	30	40,54 %	0,055
	občas	17	20,99 %	14	30,44 %	31	41,89 %	
	výjimečně, nikdy	15	18,52 %	6	13,04 %	13	17,57 %	
25. Jednat s pacientem důstojně a s respektem	vždy, často	80	98,77 %	45	97,83 %	74	100 %	0,702
	občas	1	1,23 %	1	2,17 %	0	0,00 %	
26. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	vždy, často	43	53,09 %	23	50,00 %	56	75,68 %	0,004
	občas	28	34,57 %	21	45,65 %	16	21,62 %	
	výjimečně, nikdy	10	12,34 %	2	4,35 %	2	2,70 %	
27. Být otevřený k vyjádření obav pacienta	vždy, často	66	81,48 %	37	80,43 %	50	67,57 %	0,255
	občas	10	12,35 %	7	15,22 %	19	25,67 %	
	výjimečně, nikdy	5	6,17 %	2	4,35 %	5	6,76 %	
28. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	vždy, často	32	39,51 %	27	58,70 %	55	74,32 %	0,0001
	občas	36	44,44 %	11	23,91 %	16	21,62 %	
	výjimečně, nikdy	13	16,05 %	8	17,39 %	3	4,06 %	
29. Být schopný naslouchat pocitům pacienta	vždy, často	74	91,36 %	40	86,96 %	63	85,14 %	0,186
	občas	5	6,17 %	6	13,04 %	11	14,86 %	
	výjimečně, nikdy	2	2,47 %	0	0,00 %	0	0,00 %	
30. Projevit vcítění se do pocitů pacienta	vždy, často	60	74,07 %	36	78,26 %	52	70,27 %	0,789
	občas	17	20,99 %	9	19,57 %	20	27,03 %	
	výjimečně, nikdy	4	4,94 %	1	2,17 %	2	2,70 %	
31. Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	vždy, často	56	69,14 %	41	89,13 %	48	64,86 %	0,003
	občas	14	17,28 %	2	4,35 %	22	29,73 %	
	výjimečně, nikdy	11	13,58 %	3	6,52 %	4	5,41 %	

N - počet

Závěr hypotézy H1

Nulovou hypotézu H_{10} , že frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit, nezávisí na typu pracoviště, můžeme zamítnout. Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit na typu pracoviště závisí. Respondenti, pracující na interně a neurologii, využívali signifikantně méně často aktivitu *sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta*. Respondenti z onkologie a pneumologie signifikantně častěji než ostatní respondenti využívaly aktivitu *být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta*. Rovněž respondenti z onkologie a pneumologie signifikantně častěji než respondenti z interny a neurologie využívali aktivitu *usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu* a signifikantně častěji než respondenti z LDN a geriatricie využívali aktivitu *ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení*. Respondenti z LDN a geriatricie signifikantně častěji než ostatní respondenti využívali aktivity *usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu* a *zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity* a častěji než respondenti z interny a neurologie využívali aktivity *pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo* a *zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce*.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na délce praxe.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H_{20} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na délce praxe.

H_{2A} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na délce praxe.

Délka praxe byla měřena na metrické škále, míra frekvence užívání aktivit byla měřena na ordinální škále. Vzájemná korelace těchto veličin byla ověřena Spearmanovým korelačním koeficientem.

V tabulkách 11, 12 a 13 jsou uvedeny hodnoty Spearmanových korelačních koeficientů počítané pro jednotlivé aktivity a dosažená hodnota statistické signifikance. Pokud je signifikance nižší než 0,05 považujeme korelační koeficienty za statisticky významné a v tabulce jsou zvýrazněny tučným písmem.

Signifikantní korelace mezi délkou praxe a frekvencí výskytu ošetrovatelských aktivit:

Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný - položka č. 1
($r = -0,147$, $p = 0,037$).

Sledovat změny nálady u pacienta - položka č. 3
($r = -0,207$, $p = 0,003$).

Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti - položka č. 4
($r = -0,215$, $p = 0,002$).

Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti - položka č. 5
($r = -0,204$, $p = 0,004$).

Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy - položka č. 9
($r = -0,173$, $p = 0,014$).

Usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu položka č. 23
($r = -0,183$, $p = 0,009$).

Všechny hodnoty statisticky významných korelačních koeficientů jsou záporné a dosahují maximální hodnoty $-0,215$. To znamená, že mezi danými položkami a délkou praxe je slabá negativní korelace. Respondenti s delší praxí využívají daných aktivit méně často než respondenti s kratší dobou praxe.

Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance pro všechny položky jsou shrnuty v tabulkách 11 - 13:

Tab. 11: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 1 - č. 8 vztahující se k délce praxe

Aktivita		Délka praxe
1. Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný	Spearmanův korelační koeficient	-0,147
	Sig. (2-tailed)	0,037
2. Sledovat úzkost u pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,115
	Sig. (2-tailed)	0,104
3. Sledovat změny nálady u pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,207
	Sig. (2-tailed)	0,003
4. Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti	Spearmanův korelační koeficient	-0,215
	Sig. (2-tailed)	0,002
5. Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	Spearmanův korelační koeficient	-0,204
	Sig. (2-tailed)	0,004
6. Sledovat bolest u pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,097
	Sig. (2-tailed)	0,171
7. Pokud je to možné, minimalizovat dyskomfort pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,037
	Sig. (2-tailed)	0,605
8. Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup	Spearmanův korelační koeficient	0,097
	Sig. (2-tailed)	0,172

Tab. 12: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 9 - č. 30 vztahující se k délce praxe

Aktivita		Délka praxe
9. Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy	Spearmanův korelační koeficient	-0,173
	Sig. (2-tailed)	0,014
10. Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo	Spearmanův korelační koeficient	-0,038
	Sig. (2-tailed)	0,593
11. Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,114
	Sig. (2-tailed)	0,108
12. Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,020
	Sig. (2-tailed)	0,775
13. Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek	Spearmanův korelační koeficient	0,133
	Sig. (2-tailed)	0,060
14. Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči	Spearmanův korelační koeficient	-0,111
	Sig. (2-tailed)	0,118
15. Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,002
	Sig. (2-tailed)	0,975
16. Respektovat pacientovu potřebu soukromí	Spearmanův korelační koeficient	0,019
	Sig. (2-tailed)	0,790
17. Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání	Spearmanův korelační koeficient	0,024
	Sig. (2-tailed)	0,740
18. Rozpoznat priority péče o pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,016
	Sig. (2-tailed)	0,826
19. Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	Spearmanův korelační koeficient	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,588
20. Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	Spearmanův korelační koeficient	0,113
	Sig. (2-tailed)	0,111
21. Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,060
	Sig. (2-tailed)	0,401
22. Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči	Spearmanův korelační koeficient	0,125
	Sig. (2-tailed)	0,078
23. Usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu	Spearmanův korelační koeficient	-0,183
	Sig. (2-tailed)	0,009
24. Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	Spearmanův korelační koeficient	0,100
	Sig. (2-tailed)	0,156
25. Jednat s pacientem důstojně a s respektem	Spearmanův korelační koeficient	0,107
	Sig. (2-tailed)	0,131
26. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	Spearmanův korelační koeficient	0,029
	Sig. (2-tailed)	0,678
27. Být otevřený k vyjádření obav pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,062
	Sig. (2-tailed)	0,382
28. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	Spearmanův korelační koeficient	-0,064
	Sig. (2-tailed)	0,367
29. Být schopný naslouchat pocitům pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,086
	Sig. (2-tailed)	0,225
30. Projevit vctění se do pocitů pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,044
	Sig. (2-tailed)	0,536

Tab. 13: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelské aktivity č. 31 vztahující se k délce praxe

Aktivita		Délka praxe
31. Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	Spearmanův korelační koeficient	-0,022
	Sig. (2-tailed)	0,752

Závěr hypotézy H2

Nulovou hypotézu H_{20} , že frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na délce praxe, můžeme zamítnout. Frekvence výskytu aktivit na délce praxe závisí. Níže uvedené ošetrovatelské aktivity využívají častěji respondenti s kratší dobou praxe: *snížit nároky na kognitivní funkce, když je pacient vyčerpaný; sledovat změny nálad u pacienta; dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti; podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti; pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy a usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu.*

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H_{30} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na nejvyšším dosaženém vzdělání.

H_{3A} – Frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit závisí na nejvyšším dosaženém vzdělání.

Vzdělání bylo měřeno na ordinální škále, míra frekvence užívání aktivit byla měřena na ordinální škále. Vzájemná korelace těchto veličin byla ověřena Spearmanovým korelačním koeficientem.

V tabulkách 14 a 15 jsou uvedeny hodnoty Spearmanových korelačních koeficientů počítané pro jednotlivé aktivity a dosažená hodnota statistické signifikance. Pokud je signifikance nižší než 0,05 považujeme korelační koeficienty za statisticky významné a v tabulce jsou zvýrazněny tučným písmem.

Signifikantní korelace mezi vzděláním a frekvencí výskytu ošetrovatelských aktivit:

Sledovat úzkost u pacienta - položka č. 2

($r = 0,167$, $p = 0,018$).

Kladná hodnota korelačního koeficientu ukazuje na slabou pozitivní korelaci. Se zvyšujícím se vzděláním respondentů se zvyšuje frekvence využívání aktivity *sledovat úzkost u pacienta*.

Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance pro všechny položky jsou shrnuty v tabulkách 14 - 15:

Tab. 14: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 1 - č. 20 vztahující se ke vzdělání

Aktivita		Vzdělání
1. Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný	Spearmanův korelační koeficient	-0,083
	Sig. (2-tailed)	0,240
2. Sledovat úzkost u pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,167
	Sig. (2-tailed)	0,018
3. Sledovat změny nálady u pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,121
	Sig. (2-tailed)	0,086
4. Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti	Spearmanův korelační koeficient	0,029
	Sig. (2-tailed)	0,684
5. Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	Spearmanův korelační koeficient	-0,093
	Sig. (2-tailed)	0,189
6. Sledovat bolest u pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,108
	Sig. (2-tailed)	0,127
7. Pokud je to možné, minimalizovat dyskomfort pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,115
	Sig. (2-tailed)	0,104
8. Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup	Spearmanův korelační koeficient	-0,022
	Sig. (2-tailed)	0,761
9. Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy	Spearmanův korelační koeficient	-0,126
	Sig. (2-tailed)	0,075
10. Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo	Spearmanův korelační koeficient	0,007
	Sig. (2-tailed)	0,921
11. Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,008
	Sig. (2-tailed)	0,915
12. Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,053
	Sig. (2-tailed)	0,458
13. Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek	Spearmanův korelační koeficient	0,019
	Sig. (2-tailed)	0,791
14. Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči	Spearmanův korelační koeficient	-0,049
	Sig. (2-tailed)	0,488
15. Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,054
	Sig. (2-tailed)	0,446
16. Respektovat pacientovu potřebu soukromí	Spearmanův korelační koeficient	-0,058
	Sig. (2-tailed)	0,416
17. Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání	Spearmanův korelační koeficient	-0,018
	Sig. (2-tailed)	0,805
18. Rozpoznat priority péče o pacienta	Spearmanův korelační koeficient	-0,089
	Sig. (2-tailed)	0,209
19. Uspadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	Spearmanův korelační koeficient	-0,025
	Sig. (2-tailed)	0,726
20. Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	Spearmanův korelační koeficient	0,058
	Sig. (2-tailed)	0,414

Tab. 15: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 21 - č. 31 vztahující se ke vzdělání

Aktivita		Vzdělání
21. Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,045
	Sig. (2-tailed)	0,528
22. Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči	Spearmanův korelační koeficient	-0,167
	Sig. (2-tailed)	0,018
23. Uspadnit diskuzi o zařizování pohřbu	Spearmanův korelační koeficient	-0,009
	Sig. (2-tailed)	0,899
24. Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	Spearmanův korelační koeficient	-0,001
	N	0,990
25. Jednat s pacientem důstojně a s respektem	Spearmanův korelační koeficient	-0,021
	Sig. (2-tailed)	0,766
26. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	Spearmanův korelační koeficient	0,022
	Sig. (2-tailed)	0,754
27. Být otevřený k vyjádření obav pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,077
	Sig. (2-tailed)	0,275
28. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	Spearmanův korelační koeficient	-0,014
	Sig. (2-tailed)	0,842
29. Být schopný naslouchat pocitům pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,076
	Sig. (2-tailed)	0,286
30. Projevit vcítění se do pocitů pacienta	Spearmanův korelační koeficient	0,046
	Sig. (2-tailed)	0,516
31. Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	Spearmanův korelační koeficient	0,018
	Sig. (2-tailed)	0,795

H₃₀₁ - Frekvence výskytu aktivit nezávisí na absolvování specializačního vzdělání.

H_{3A1} - Frekvence výskytu aktivit závisí na absolvování specializačního vzdělání.

Respondenti byli rozděleni na dvě skupiny dle absolvování specializačního vzdělávání. Specializaci uvedlo 68 (33,83 %) respondentů, 133 (66,17 %) respondentů bylo bez specializace. Hypotéza byla ověřena obdobně jako hypotéza H₁₀. Odpovědi měřené na pětibodové Likertově škále byly opět sloučeny do tří možností – vždy/často, občas, výjimečně/nikdy.

Četností rozložení odpovědí na dané otázky v závislosti na specializaci je zapsáno v tabulkách 16, 17 a 18. Hypotéza byla ověřena Fisherovými přesnými testy. V posledním sloupci tabulky je dosažená hodnota statistické signifikance tohoto testu (p). Pokud byla p-hodnota nižší než 0,05, byla zvýrazněna tučným písmem a rozdíl byl považován za statisticky významný.

Signifikantní rozdíly s ohledem na absolvování specializačního vzdělání a frekvenci výskytu ošetrovatelských aktivit:

Sledovat úzkost u pacienta - položka č. 2 (p = 0,004)

Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo - položka č. 10 (p = 0,047)

Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta - položka č. 12 (p = 0,048)

Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta - položka č. 15 (p = 0,018)

Respondenti se specializací využívají tyto aktivity statisticky významně častěji.

Přesné četnostní rozložení je patrné z tabulek 16 - 18:

Tab. 16: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 1 - č. 10 v závislosti na absolvované specializaci

Aktivita ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Specializace				Signifikance (p)
		ne		ano		
		Počet	Procenta	Počet	Procenta	
1. Snižít nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný	vždy, často	76	57,14 %	50	73,53 %	0,080
	občas	45	33,84 %	14	20,59 %	
	výjimečně, nikdy	12	9,02 %	4	5,88 %	
2. Sledovat úzkost u pacienta	vždy, často	86	64,66 %	58	85,29 %	0,004
	občas	44	33,08 %	10	14,71 %	
	výjimečně, nikdy	3	2,26 %	0	0,00 %	
3. Sledovat změny nálady u pacienta	vždy, často	104	78,20 %	52	76,47 %	0,617
	občas	22	16,54 %	14	20,59 %	
	výjimečně, nikdy	7	5,26 %	2	2,94 %	
4. Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti	vždy, často	40	30,07 %	19	27,94 %	0,681
	občas	51	38,35 %	23	33,82 %	
	výjimečně, nikdy	42	31,58 %	26	38,24 %	
5. Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	vždy, často	40	30,08 %	25	36,77 %	0,624
	občas	50	37,59 %	24	35,29 %	
	výjimečně, nikdy	43	32,33 %	19	27,94 %	
6. Sledovat bolest u pacienta	vždy, často	129	96,99 %	67	98,53 %	0,664
	občas	4	3,01 %	1	1,47 %	
7. Pokud je to možné, minimalizovat dyskomfort pacienta	vždy, často	114	85,72 %	63	92,65 %	0,378
	občas	18	13,53 %	5	7,35 %	
	výjimečně, nikdy	1	0,75 %	0	0,00 %	
8. Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup	vždy, často	110	82,71 %	59	86,77 %	0,697
	občas	17	12,78 %	6	8,82 %	
	výjimečně, nikdy	6	4,51 %	3	4,41 %	
9. Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy	vždy, často	75	56,39 %	48	70,59 %	0,067
	občas	44	33,08 %	18	26,47 %	
	výjimečně, nikdy	14	10,53 %	2	2,94 %	
10. Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo	vždy, často	114	85,71 %	65	95,59 %	0,047
	občas	17	12,78 %	2	2,94 %	
	výjimečně, nikdy	2	1,51 %	1	1,47 %	

Tab. 17: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 11 - č. 20 v závislosti na absolvované specializaci

Aktivita ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Specializace				Signifikance (p)
		ne		ano		
		Počet	Procenta	Počet	Procenta	
11. Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta	vždy, často	44	33,08 %	21	30,88 %	0,501
	občas	47	35,34 %	20	29,41 %	
	výjimečně, nikdy	42	31,58 %	27	39,71 %	
12. Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta	vždy, často	116	87,22 %	66	97,06 %	0,048
	občas	13	9,77 %	1	1,47 %	
	výjimečně, nikdy	4	3,01 %	1	1,47 %	
13. Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek	vždy, často	125	93,99 %	66	97,06 %	0,815
	občas	7	5,26 %	2	2,94 %	
	výjimečně, nikdy	1	0,75 %	0	0,00 %	
14. Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči	vždy, často	126	94,74 %	67	98,53 %	0,62
	občas	6	4,51 %	1	1,47 %	
	výjimečně, nikdy	1	0,75 %	0	0,00 %	
15. Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta	vždy, často	78	59,09 %	52	76,47 %	0,018
	občas	41	31,06 %	15	22,06 %	
	výjimečně, nikdy	13	9,85 %	1	1,47 %	
16. Respektovat pacientovu potřebu soukromí	vždy, často	106	79,70 %	61	89,71 %	0,146
	občas	23	17,29 %	7	10,29 %	
	výjimečně, nikdy	4	3,01 %	0	0,00 %	
17. Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání	vždy, často	60	45,11 %	40	58,82 %	0,117
	občas	55	41,35 %	24	35,30 %	
	výjimečně, nikdy	18	13,54 %	4	5,88 %	
18. Rozpoznat priority péče o pacienta	vždy, často	119	89,47 %	60	88,24 %	0,814
	občas	14	10,53 %	8	11,76 %	
19. Uspadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	vždy, často	68	51,13 %	46	67,65 %	0,081
	občas	50	37,59 %	16	23,53 %	
	výjimečně, nikdy	15	11,28 %	6	8,82 %	
20. Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	vždy, často	73	54,89 %	40	58,83 %	0,851
	občas	49	36,84 %	22	32,35 %	
	výjimečně, nikdy	11	8,27 %	6	8,82 %	

Tab. 18: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 21 - č. 31 v závislosti na absolvované specializaci

Aktivita ošetrovatelské péče	Aktivitu využívám	Specializace				Signifikance (p)
		ne		ano		
		Počet	Procenta	Počet	Procenta	
21. Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	vždy, často	95	71,43 %	52	76,47 %	0,313
	občas	34	25,56 %	12	17,65 %	
	výjimečně, nikdy	4	3,01 %	4	5,88 %	
22. Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči	vždy, často	56	42,11%	29	42,64 %	0,613
	občas	48	36,09%	28	41,18 %	
	výjimečně, nikdy	29	21,80%	11	16,18 %	
23. Uspadnit diskuzi o zařizování pohřbu	vždy, často	62	46,62 %	30	44,12 %	0,487
	občas	22	16,54 %	16	23,53 %	
	výjimečně, nikdy	49	36,84 %	22	32,35 %	
24. Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	vždy, často	65	48,87 %	40	58,82 %	0,446
	občas	44	33,08 %	18	26,47 %	
	výjimečně, nikdy	24	18,05 %	10	14,71 %	
25. Jednat s pacientem důstojně a s respektem	vždy, často	131	98,50 %	68	100,00 %	0,55
	občas	2	1,50 %	0	0,00 %	
26. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	vždy, často	80	60,15 %	42	61,77 %	0,662
	občas	42	31,58 %	23	33,82 %	
	výjimečně, nikdy	11	8,27 %	3	4,41 %	
27. Být otevřený k vyjádření obav pacienta	vždy, často	102	76,69 %	51	75,00 %	0,962
	občas	23	17,29 %	13	19,12 %	
	výjimečně, nikdy	8	6,02 %	4	5,88 %	
28. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	vždy, často	71	53,38 %	43	63,24 %	0,278
	občas	43	32,33 %	20	29,41 %	
	výjimečně, nikdy	19	14,29 %	5	7,35 %	
29. Být schopný naslouchat pocitům pacienta	vždy, často	115	86,47 %	62	91,18 %	0,605
	občas	16	12,03 %	6	8,82 %	
	výjimečně, nikdy	2	1,50 %	0	0,00 %	
30. Projevit vcítění se do pocitů pacienta	vždy, často	96	72,18 %	52	76,47 %	0,613
	občas	31	23,31 %	15	22,06 %	
	výjimečně, nikdy	6	4,51 %	1	1,47 %	
31. Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	vždy, často	95	71,43 %	50	73,53 %	0,911
	občas	25	18,80 %	13	19,12 %	
	výjimečně, nikdy	13	9,77 %	5	7,35 %	

Závěr hypotézy H3

Nulovou hypotézu H_{30} , že frekvence výskytu ošetrovatelských aktivit nezávisí na nejvyšším dosaženém vzdělání, můžeme zamítnout. Frekvence výskytu aktivit na vzdělání respondentů závisí. Respondenti s vyšším vzděláním využívají častěji aktivitu *sledovat úzkost u pacienta*. Tuto skutečnost potvrzují i respondenti se specializací, kteří tuto aktivitu také využívají významně častěji než respondenti bez specializace. Respondenti se specializací dále významně častěji využívají aktivity: *pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo; sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta; být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta*.

5 DISKUZE

Diplomová práce se věnuje zkoumání využívání ošetrovatelských intervencí „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“ u všeobecných sester pracujících na nemocničních odděleních s interním zaměřením. Teoretická část je zaměřena na poznatky týkající se procesu umírání v institucionálním prostředí, kde se v současnosti nejčastěji umírá. Zabývá se definováním vlastního umírání, popisem fází nevyлéčitelného onemocnění a kategorizací umírajících pacientů. Jsou zde popsány potřeby umírajících, které se snaží postihnout všechny lidské dimenze a jsou rozděleny na oblast biologickou, psychologickou, sociální a spirituální. Dále se zabývá popisem NIC ošetrovatelských intervencí „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“, jejichž aktivity byly použity jako jednotlivé položky dotazníku, který byl využit pro výzkumné šetření diplomové práce.

Z demografických údajů uvedených v dotazníku vyplývá, že šetření se účastnili respondenti ve věkovém rozmezí 22 až 59 let, jejich průměrný věk byl 40,5 let. Respondenty byly všeobecné sestry ale i všeobecní ošetrovatelé, čemuž odpovídá, že z počtu 201 respondentů bylo 195 (97,01 %) žen a 6 (2,99 %) mužů. Délka praxe se pohybovala v rozmezí od 1 do 40 roků, průměrná délka praxe byla 16,5 roků. Celkem 146 (72,64 %) respondentů uvedlo středoškolské vzdělání, vyšší odborné uvedlo 19 (9,45 %) respondentů, 36 (17,91 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání z toho 27 (13,43 %) bakalářské a 9 (4,48 %) magisterské. Specializační vzdělávání uvedlo 68 (33,83 %) osob ze všech respondentů.

Výsledky zjištěné šetřením ukázaly, že nejvyšší frekvenci měla nereligiózní aktivita *pečovat o pacienta s důstojností a respektem* NIC intervence „Duchovní podpora“ (Bulechek et al., 2008, s. 674). Její důležitost dokládá skutečnost, že lidé v ČR se při umírání nejvíce obávají právě ztráty důstojnosti, nejčastěji spojované s nesoběstačností (STEM/MARK, 2013). Tato obava může souviset s mírou institucionalizace umírání v ČR (Loučka et al., 2014, s. 7). Zahraniční studie také potvrzují, že pečovat o pacienta s respektem je hlavní intervence pro podporu důstojnosti pacienta (Periyakoil, Stevens, Kraemer, 2013, s. 440). Naopak pocit ztráty nebo ohrožení důstojnosti může u pacienta vyvolat přání smrt uspišit (Shim, Hahm, 2011, s. 395). Další aktivity s vysokou frekvencí patřily k biologické dimenzi NIC intervence „Péče o umírající“ – *sledovat bolest a zajišťovat základní péči*. Intervence zaměřené na zvládání bolesti jsou uváděny jako jedny z nejvýznamnějších v rámci paliativní péče (Doorenbos et al., 2013, s. 1).

Aktivity s nejmenší frekvencí byly z oblasti komunikace - *dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti a podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti*. U těchto aktivit z NIC intervence „Péče o umírající“ byla také prokázána slabá negativní korelace s délkou praxe. Respondenti s delší praxí, což také odpovídá i vyššímu věku respondenta, je vykonávaly méně často. Mohlo by to souviset s dřívějším systémem vzdělávání na středních zdravotnických školách, kde se komunikaci o smrti speciálně nevěnovali. Dalším důvodem by mohla být menší přímá zkušenost s péčí o umírající, protože ne všichni respondenti s delší praxí pracovali delší dobu na pracovišti, kde by se často setkávali s terminálně nemocnými. Význam zkušeností respondentů s péčí o terminálně nemocné potvrzují i zahraniční studie (Lange, Thom, Kline, 2008, s. 955). Také Slováková a Trpišová zjistily, ve svém výzkumu zaměřeném na postoj sester k péči o umírající, že sestry s delší praxí péče o tyto pacienty mají více pozitivní postoj k poskytování péče umírajícím (Slováková, Trpišová, 2011, s. 23). Naopak profesionální nezkušenost sestry s péčí o pacienty s život ohrožujícími nemocemi může způsobovat, že sestra omezuje komunikaci s pacientem a tím se zhoršuje její vnímavost pro existenciální problémy pacienta (Baldacchino, 2006, s. 885). Pacient i jeho nejbližší ale potřebují podporu, aby dokázali mluvit o svých přáních, potřebách a pocitech souvisejících s umíráním a smrtí. Sestra, která je v centru každodenní péče o umírajícího pacienta, tak má jedinečnou příležitost svými aktivitami ovlivnit, jak pacient a rodina toto období prožijí (Prince-Paul, Exline, 2010, s. 449). Také aktivitu *nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta*, intervence „Péče o umírající“, využívali respondenti velmi málo. Může to souviset se skutečností, že v ČR není nárůst migrantů mimozápadních států jako v některých Evropských zemích (Høye, Severinsson, 2013, s. 24).

Prokázala se závislost mezi typem pracoviště a frekvencí aktivit *usnadnit diskusi o zařizování pohřbu*, intervence „Péče o umírající“, a *zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity*, intervence „Duchovní podpora“, které využívali častěji respondenti z geriatrické a oddělení dlouhodobé péče. Rozdíly mohou být dány spektrem pacientů a typem poskytované léčby. Na těchto odděleních převažují v naprosté většině senioři. Jejich menší strach ze smrti ovlivňuje častější konfrontace s realitou smrti nejen v institucionálních podmínkách, což může mít dopad na úroveň desenzibilizace na okolnosti obklopující smrt. Starý člověk se spíše obává ztráty důstojnosti, bezmocnosti a závislosti na druhých, ale smrt vnímá většinou jako přirozený závěr svého života (Hajnová, Bužgová, 2013, s. 713).

Výsledky šetření prokázaly vztah mezi stupněm vzdělání sester a frekvencí některých aktivit. Respondenti s vyšším vzděláním i respondenti se specializací využívali častěji aktivitu *sledovat úzkost u pacienta* intervence „Péče o umírající“. Význam této aktivity především

pro seniory v závěru života potvrzuje Hallberg (2004, s. 112). Uvádí, že je potřeba věnovat pozornost připravenosti seniorů mluvit o umírání, smrti a úzkosti související s blízkostí smrti a závislostí na druhých. Důležitost vzdělání sester při poskytování péče o pacienty v závěru života v institucionálním prostředí dokládají i zahraniční studie (McCourt, Power, Glackin, 2013, s. 510). Potvrzuje se, že kvalita péče o pacienty v závěru života v prostředí nemocnic a oddělení dlouhodobé péče je významně závislá na úrovni vzdělání poskytovatelů této péče.

Výsledky tohoto výzkumu mohou být limitovány velikostí souboru, díky němuž je nelze generalizovat na všechny všeobecné sestry. Dalším limitem by mohla být skutečnost, že uváděná délka praxe není specifikována pouze na praxi s péčí o umírající pacienty, ale je zavzata celkově jako praxe ve zdravotnictví. Menší zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stavu mohla zkreslit celkové výsledky šetření. V neposlední řadě může být limitem i fakt, že v české ošetrovatelské praxi se NIC intervence nevyužívají a tím s nimi nejsou respondenti dostatečně obeznámeni. Na jednotlivé položky v dotazníku odpovídaly jen z pohledu své osobní zkušenosti s poskytováním péče pacientům v poslední fázi života.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry při péči o umírající pacienty na standardních odděleních s interním zaměřením, využívají aktivity ošetřovatelských intervencí „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“. Teoretická východiska prezentují dohledané informace o umírání v institucích, o potřebách umírajících a ošetřovatelských NIC intervencích „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“. Pro zkoumání využití aktivit ošetřovatelské péče těchto intervencí byl sestaven dotazník, do kterého bylo zařazeno všech 24 aktivit NIC intervence „Péče o umírající“ a 7 aktivit z NIC intervence „Duchovní podpora“, doplněných pětistupňovou Likertovou škálou a souborem demografických údajů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 201 všeobecných sester a ošetřovatelů pracujících nejméně 1 rok na standardních interních odděleních.

Výsledky výzkumu ukázaly, že respondenti vnímají aktivity na *podporu důstojnosti, sledování bolesti a pomoci pacientovi při základní péči* jako priority péče v závěru života. Nejnižší prioritu při poskytování péče o umírající mají u respondentů aktivity vyžadující dobrou schopnost komunikace *dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti; podporovat pacienta a rodinu, aby sdílely pocity ohledně smrti* a znalosti v oblasti multikulturní péče *nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta*.

Analýza výsledků získaných ze statistického zpracování ukázala, že využití ošetřovatelských aktivit závisí jak na typu pracoviště, délce praxe tak na vzdělání respondentů. Respondenti z geriatrické a dlouhodobé péče, kteří převážně pečují o staré a většinou polymorbidní pacienty signifikantně častěji využívají aktivity *usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu a zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity*. Respondenti z onkologie a pneumologie pečující hlavně o umírající pacienty v posledním stádiu onkologického onemocnění signifikantně častěji využívají aktivitu *být fyzicky na blízku u vystrašeného pacienta*. Respondenti s delší dobou praxe využívají signifikantně méně často 6 ošetřovatelských aktivit než respondenti s kratší praxí. Největší rozdíl je u aktivity *dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti*. V oblasti vzdělání byl zjištěn rozdíl ve využití aktivity *sledovat úzkost u pacienta*, kterou využívali častěji respondenti s vyšším vzděláním. Toto zjištění se potvrdilo i pro respondenty se specializací, kteří navíc častěji využívali aktivity *pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo, sledovat zhoršení fyzických a duševních funkcí pacienta, být fyzicky nablízku u vystrašeného pacienta*.

Zdravotní péče je v současnosti na velmi vysoké úrovni, ale umírá se často osamoceně převážně v nemocnicích a na odděleních dlouhodobé péče. V těchto institucích by pak mělo být samozřejmostí postarat se o důstojné umírání s využitím paliativního přístupu, aby byl zachován co nejvyšší komfort a kvalita života při umírání. Je potřeba věnovat v rámci ošetrovatelské péče pozornost i oblasti psychosociálních a spirituálních potřeb terminálně nemocných a více se zaměřit na komunikaci s rodinnými příslušníky v institucionálním prostředí. Pro dosažení tohoto cíle je nutné více implementovat zásady obecné paliativní péče do pregraduálního i celoživotního vzdělávání sester.

Doporučení pro další výzkum a praxi

Ošetrovatelské NIC intervence „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“ dávají všeobecným sestřám soubor možných aktivit, které se podílejí na zvýšení kvality života nemocných na konci života. Další výzkum by se měl věnovat faktorům, které by podpořily využívání psychosociálních a spirituálních ošetrovatelských intervencí při institucionální péči o pacienty v závěru života.

V rámci pregraduálního i celoživotního vzdělávání sester se více zaměřit na oblast komunikace sestry s terminálně nemocným a rodinou. V praxi podporovat větší začlenění rodiny do institucionální péče o pacienta v závěru života.

REFERENČNÍ SEZNAM

ALEXANDROVÁ, R. et al. 2009. Péče o pozůstalé – možnosti a meze profesionální podpory. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2009, 2(1), 32-34. ISSN 1337-6896.

AZAIZA, F. et al., 2010. Death and dying anuity among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Stud.* [online]. 2010, 34(4), 351-364. [cit. 8. 3. 2015]. ISSN 1091-7683. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479192>

BALDACCHINO, D. 2006. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs.* [online]. 2006, 15(7), 885-896. [cit. 2. 3. 2015]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879381>

BLAŽKOVÁ, M. 2012. Psychologické a spirituální aspekty nádorové bolesti. *Onkologie*. 2012, 6(1), 21-23. ISSN 1802-4475.

BULECHEK, G. M. et al. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th ed. St. Louis: Mosby Elsevier. 2008. ISBN 978-0323053402.

BUŽGOVÁ, R. 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *KONTAKT* [online]. 2011, 13(3), 265-274. [cit. 9. 3. 2015]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214103906469970.pdf>

BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. 2010. Vliv specializované paliativní péče na hodnocení potřeb a kvalitu života pacientů. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2010, 1(2), 43-47. [cit. 25. 2. 2015]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/7_buzgova.pdf

BRANT, J. M. 2013. Breathlessness with Pulmonary Metastases: A Multimodal Approach. *J Adv Pract Onkol.* [online]. 2013, 4(6), 415-422. [cit. 10. 3. 2015]. ISSN2150-0886. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093448/>

CARLANDER, I. et al. 2011. Four aspects of self-image close to death at home. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* [online]. 2011, 6(2), 1-14. [cit. 23. 2. 2015]. ISSN 1748-2623. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082294/pdf/QHW-6-5931.pdf>

DAALEMAN, T. P. 2012. A Health Services Framework of Spiritual Care. *Journal of Nursing Management*. [online]. 2012, 20(8), 1021-1028. [cit. 8. 2. 2015] DOI:10.1111/j.1365-212.01482.x. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3763824/pdf/nihms399243.pdf>

DALY, B. J. et al. 2013. Clinical Trial of a Supportive Care Team for Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2013, 46(6), 1-14. [cit. 2. 2. 2015] DOI:0.1016/j.jpainsymman.2012.12.008. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715594/pdf/nihms-460196.pdf>

DOBŘÍKOVÁ, P. 2012. Významné faktory vplývajúce na proces trúchlenia zo sociálno-psychologického pohľadu. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2012, 5(2), 57-58. ISSN 1337-6896.

DOBŘÍKOVÁ, P., PČOLKOVÁ, D. 2012. Zmysel života z pohľadu zomierajúcich pacientov. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2012, 5(3), 99-101. ISSN 1337-6896.

DOLISTA, J. 2007. Problematika péče o staré a umírající rodiče. *KONTAKT*. [online]. 2007, 9(2), 264-269. [cit. 7. 3. 2015]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121842228789.pdf>

DONNELLY, S., DICKSON, M. 2013. Relatives` matched with staff`s experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. *QJM: An International Journals of Medicine* [online]. 2013, 106(8), 731-736. [cit. 14. 2. 2015] ISSN 1460-2393. Dostupné z: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/qjmed/106/8/731.full.pdf>

DOORENBOS, A. et al. 2013. Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. *J Transcult Nurs*. [online]. 2013, 24(4), 332-339. [cit. 9. 3. 2015]. ISSN 1043-6596. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828078/pdf/nihms526460.pdf>

DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD-smrt, umírání a blízké vztahy. *KONTAKT* [online]. 2012, 14(3), 331-339. [cit. 7. 3. 2015]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf>

GAO, W. et al. 2013. Changing Patterns in Place of Cancer Death in England: A Population-Based Study. *PLOS Medicine* [online]. 2013, 10(3), 1-10. [cit. 21. 2. 2015] DOI: 10.1371/journal.pmed.1001410. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608543/pdf/pmed.1001410.pdf>

GOMES, B., HIGGINSON, I. 2008. Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine* [online]. 2008, 22(1), 33-41. [cit. 1. 3. 2015]. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <http://www.londonhp.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Where-People-Die-Gomes.pdf>

GROFOVÁ, Z. 2009. Paliativní péče. *Medicína pro praxi*. 2009, 6(5), 276-278. ISSN 1214-8687.

GŘIVNA, M., LOUČKA, M., ŠŤASNÝ, J. 2015. Palliative care in cardiology. *Co ret Vasa* [online]. 2015, 57(1), 39-44. [cit. 15. 3. 2015]. DOI: 10.1016/j.crvasa.2014.12.005. Dostupné z: [http://www.czechcardiology.com/article/S0010-8650\(14\)00100-3/pdf](http://www.czechcardiology.com/article/S0010-8650(14)00100-3/pdf)

HAJNOVÁ, E., BUŽGOVÁ, R. 2013. Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, 4(4), 708-714. [cit. 15. 3. 2015]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/9_hajnova_buzgova.pdf

HALLBERG, I. R., KRISTENSSON, J. 2004. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2004, 13(2), 112-120. [cit. 28. 2. 2015]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01054.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.01054.x/full>

HERBERT, K., MOORE, H., ROONEY, J. 2011. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *The Ochsner Journal* [online]. 2011, 11(4), 325-329. [cit. 1. 3. 2015]. ISSN 1524-5012. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/pdf/i1524-5012-11-4-325.pdf>

HOMOLOVÁ, M. 2009a. Postoje moderného človeka k zomieraniu a smrti. *KONTAKT*. [online]. 2009, 11(2), 328-332. [cit. 7. 3. 2015]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330112033339525.pdf>

HOMOLOVÁ, M. 2009b. Zomieranie a kvalita zabezpečovania potrieb zomierajúcich. *KONTAKT*. [online]. 2009, 11(2), 320-327. [cit. 7. 3. 2015]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330111712329507.pdf>

HØYE, S., SEVERINSSON, E. 2010. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs*. [online]. 2010, 26(1), 24-32. [cit. 5. 3. 2015]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20036542>

HRNČIARIKOVÁ, D. et al. 2007. Nutriční podpora v terminální péči. *Medicína pro praxi*. 2007, 4(12), 511-513. ISSN 1214-8687

JAKUBÍKOVÁ, H. KLÍMOVÁ, E. 2010. Paliatívna liečba a starostlivosť o chorých so sclerosis multiplex. *Neurologie pro praxi*. 2010, 11(1), 29-31. ISSN 1213-1814.

KABELKA, L. 2008. Principy neonkologické paliatívnej péče – pohľad geriatra. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008, 1(2), 67-70. ISSN 1337-6896.

KABELKA, L., HAVLÉNOVÁ, V. 2009. Možnosti paliatívnej péče u pokročilého chronického srdečného selhání. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2009, 2(2), 77-79. ISSN 1337-6896.

KENNEDY, C. et al. 2014. Diagnosing dying: an integrative literature review. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. 2014, 4, 263-270. [cit. 18. 3. 2015]. DOI: 10.1136/bmjspcare-2013-000621. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145438/pdf/bmjspcare-2013-000621.pdf>

KISVETROVÁ, H. 2011. Náhled sester z hospiců v České republice na vlastní smrtelnost. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2011, 4(2), 69-71. ISSN 1337-6896.

KISVETROVÁ, H. 2012. Ošetrovatelská diagnóza „Úzkost ze smrti“ v české ošetrovatelské praxi. *KONTAKT*. [online]. 2012, 14(1), 21-29. [cit. 6. 3. 2015]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120424113625855035.pdf>

KISVETROVÁ, H. 2013. Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence Duchovní podpora. *KONTAKT*. [online]. 2013, 15(3), 252-259. [cit. 8. 3. 2015]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20131003140235552014.pdf>

KISVETROVÁ, H. 2014. Podpora rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské intervence *Péče o umírající*. *KONTAKT*. [online]. 2014, 16(1), 28-34. [cit. 7. 3. 2015]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20140321102937779139.pdf>

KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. 2010. Umírání a smrt v historickém vývoji. *KONTAKT*. [online]. 2010, 12(2), 212-219. [cit. 6. 3. 2015]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120621813827.pdf>

LANGE, M., THOM, B., KLINE, N. E. 2008. Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncol Nurs Forum*. [online]. 2008, 35(6), 955-959. [cit. 25. 2. 2015]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18980927>

LOKKER, M. E. et al., 2012. Awareness of dying: it needs words. *Support Care Cancer. Care* [online]. 2012, 20(6), 1227-1233. [cit. 14. 2. 2015]. DOI: 10.1007/s00520-011-1208-7. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3342506/pdf/520_2011_Article_1208.pdf

LOUCKA, M. et al. 2014a. Where do people not want to die? A representative survey of views of general population and health care Professional in the Czech Republic. *Progress in Palliative Care* [online]. 2014, 22(5), 264-271. [cit. 9. 3. 2015]. ISSN 1743-291X. Dostupné z: <http://www.maneyonline.com/doi/pdfplus/10.1179/1743291X14Y.0000000088>

LOUČKA, M. et al. 2014b. Place of death in the Czech Republic and Slovakia: a population based comparative study using death certificates data. *BMC Palliat Care* [online]. 2014, 13(1), 13-20. [cit. 14. 2. 2015]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994490/pdf/1472-684X-13-13.pdf>

MACHOVÁ, A., SEDLÁKOVÁ, G., TÓTHOVÁ, V. 2009. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *KONTAKT*. [online]. 2009, 11(2), 33-338. [cit. 6. 3. 2015]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330112252726481.pdf>

MAŽGÚTOVÁ, A. et al. 2012. Psychická záťaž zdravotníkov v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2012, 5(3), 95-98. ISSN 1337-6896.

McCOURT, R., POWER, J.J., GLACKIN, M. 2013. General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *Int J Palliat Nurs* [online]. 2013, 19(10), 510-516. [cit. 3. 3. 2015]. ISSN 1357-6321. Dostupné z: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/91665770/general-nurses-experiences-end-of-life-care-acute-hospital-setting-literature-review>

McMILAN, S. C., SMALL, B. J., HALEY, W. E. 2011. Importing Hospice Outcomes through Systematic Assessment: A Clinical Trial. *Cancer Nursing* [online]. 2011, 34(2), 89-97. [cit. 9. 3. 2015]. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3181f70aee. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036771/pdf/nihms-237462.pdf>

MUNZAROVÁ, M. 2006. Etické aspekty léčby v terminálním stavu závažných nevyléčitelných onemocnění. *Neurologie pro praxi*. 2006, 7(1), 13-14. ISSN 1213-1814.

MUNZAROVÁ, M. 2011. Co je to vlastně důstojnost?. *Interní medicína pro praxi*. 2011, 13(2), 61. ISSN 1212-7299.

MURRAY, S. et al. 2004. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine* [online]. 2004, 18, 39-45. [cit. 7. 3. 2015]. DOI: 10,1191/0269216304pm837oa. Dostupné z: <http://www.cphs.mvm.ed.ac.uk/groups/ppcrg/images/pdf/MurraySAetal2004PallMed1839-45.pdf>

PERIYAKOIL, V., STEVENS, M., KRAEMRR, H. 2013. Multi-Cultural Long Term Care Nurses' Perceptions of Factors Influencing Patient Dignity at the End of Life. *J Am Geriatr Soc*. [online]. 2013, 61(3), 440-446. [cit. 9. 3. 2015]. ISSN 1532-5415. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636182/pdf/nihms-425453.pdf>

PETERS, L. et al. 2013. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *The Open Nursing Journal* [online]. 2013, 7, 14-21. [cit. 7. 3. 2015]. ISSN 1874/4346. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565229/pdf/TONURSJ-7-14.pdf>

PRINCE-PAUL, M., EXLINE, J. 2010. Personal Relationships and Communication Messages at the End of Life. *The Nursing clinics of North America* [online]. 2010, 45(3), 449-463. [cit. 4. 3. 2015]. ISSN 0029-6465. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20804889>

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. 2011. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2011, 4(1), 12-15. ISSN 1337-6896.

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., KOZÁK, J. 2013. Kognitivně-behaviorální terapie u umírajících onkologických pacientů. *Onkologie*. 2013, 7(6), 307-309. ISSN 1802-4475.

REICH, O., SIGNORELL, A., BUSATO, A. 2013. Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland: a retrospective analysis using administrative data. *BMC Health services Research* [online]. 2013, 13, 1-10. [cit. 9. 3. 2015]. DOI:10.1186/1472-6963-13-116. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623664/pdf/1472-6963-13-116.pdf>

REYNIERS, T. et al., 2015. International variation in place of death of older people who died from dementia in 14 European and non-European countries. *J Am Med Dir Assoc.* [online]. 2015, 16(2), 165-171. [cit. 10. 3. 2015]. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.11.003. Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/269696190_International_Variation_in_Place_of_Death_of_Older_People_Who_Died_From_Dementia_in_14_European_and_non-European_Countries

RUSINA, R. et al. 2010. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurologie pro praxi.* 2010, 11(1), 16-19. ISSN 1213-1814.

SADLER, E. et al. 2014. Factors Affecting Family Satisfaction with Inpatient End-of-Care. *PLoS ONE* [online]. 2014, 9(11):e110860, 1-7. [cit. 15. 3. 2015]. DOI: 10.1371/journal.pone.0110860. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25401710>

SADOVÁ, M. 2012. Hodnotenie kvality života hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti.* 2012, 5(2), 62-66. ISSN 1337-6896.

SLÁMA, O. 2004. Péče o umírajícího starého pacienta v podmínkách LDN. *Česká geriatrická revue.* 2004, 2(1), 38-43. ISSN 1214-0732.

SLÁMA, O. 2007. Mírnění bolesti u umírajících nemocných. *Klinická farmakologie a farmacie.* 2007, 21(2), 59-61. ISSN 1212-7973.

SLÁMA, O. 2010. Co je postup „lege artis“ u onkologického pacienta v terminálním stavu?. *Klinická onkologie.* [online]. 2010, 23(3), 182-183. [cit. 28. 2. 2015]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/156/3641.pdf>

SLÁMA, O. 2011. Klinický obraz a současné možnosti léčby průlomové bolesti u onkologických pacientů. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2011, 4(3), 94-96. ISSN 1337-6896.

SLOVÁČEK, L. 2013. Maligní fluidothorax u nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Medicína pro praxi*. 2013, 10(1), 33-34. ISSN 1214-8687.

SLOVÁKOVÁ, J., TRPIŠOVÁ, M. 2011. Postoje sestier k starostlivosti o umierajúceho vo vzťahu k dĺžke ošetrovateľskej praxe. *PROFESE on-line*. [online]. 2011, 4(1), 21-24. [cit. 8. 3. 2015]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2011/1/POL_CZ_2011-1-5_Slovakova.pdf

SHIM, E., HAHM, B. 2011. Anxiety, helplessness/hopelessness and 'desire for hastened death' in Korean cancer patients. *Eur J Cancer Care* [online]. 2011, 20(3), 395-402. [cit. 26. 2. 2015]. ISSN 0961-5423. Dostupné z: <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/anxiety-helplessness-hopelessness-and-desire-for-hastened-death-in-D9XpxP9kEm>

SOCHOROVÁ, N., KREJČÍŘÍKOVÁ, K. 2009. Sdělování onkologické diagnózy. *Urologie pro praxi*. 2009, 10(1), 41-42. ISSN 1213-1768.

STEM/MARK. 2013. Umírání a péče a péče o nevléčitelně nemocné II. 2013. Dostupné na: <http://data.umirani.cz/#zprava>.

TOPINKOVÁ, E. 2004. Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Česká geriatrická revue*. 2004, 2(1), 14-21. ISSN 1214-0732.

TORNØE, K. et al, 2014. The power of consoling presence – hospice nurses` lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*. [online]. 2014, 13, 1-8. [cit. 8. 3. 2015]. DOI: 10.1186/1472-6955-13-25 Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160718/pdf/1472-6955-13-25.pdf>

VOLÁKOVÁ, J. 2012. Farmaceutická péče o pacienty s onkologickým onemocněním – nežádoucí účinky II. *Praktické lékařství*. 2012, 8(6), 275-278. ISSN 1801-2434.

VALANCOVÁ, A. 2013. Postoj spoločnosti k umieraniu a smrti z hospitorického a náboženského pohľadu. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2013, 6(1), 10-11. ISSN 1337-6896.

WIJK, H., GRIMBY, A. 2008. Needs of elderly patients in palliative care. *The American journal of hospice & palliative care* [online]. 2008, 25(2), 106-111. [cit. 15. 3. 2015]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: [http://fou.nu/info/dir/ansokan/11325/Am J Hosp Pall Med, i%23F0517.pdf](http://fou.nu/info/dir/ansokan/11325/Am_J_Hosp_Pall_Med_i%23F0517.pdf)

WITKAMP, E. F. et al. 2013. Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: the study protocol of the PalTeC-H project. *BMC Health Services Research* [online]. 2013, 13, 115-121. [cit. 13. 3. 2015]. ISSN 1472-6963/13/115 Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3616834/pdf/1472-6963-13-115.pdf>

ZACHAROVÁ, E. 2014. Zvládání bolesti u onkologických pacientů v ošetrovateľskej péči. *Onkologie*. 2014, 8(1), 44-46. ISSN 1802-4475.

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

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
N	počet
NIC	Nursing International Classification
SD	směrodatná odchylka
SR	Slovenská republika
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ-Bc.	Vysoká škola - Bakalář
VŠ- Mgr.	Vysoká škola - Magistr

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: NIC intervence Péče o umírající	25
Tab. 2: NIC intervence Duchovní podpora – výběr aktivit využívaných v ČR	27
Tab. 3: Demografické údaje	33
Tab. 4: Frekvence ošetrovatelských aktivit č. 1 – č. 10.....	37
Tab. 5: Frekvence ošetrovatelských aktivit č. 11 – č. 20.....	38
Tab. 6: Frekvence ošetrovatelských aktivit č. 21 – č. 30.....	39
Tab. 7: Frekvence ošetrovatelské aktivit č. 31	40
Tab. 8: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 1- č. 10 v závislosti na typu pracoviště.....	42
Tab. 9: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 11 - č. 20 v závislosti na typu pracoviště.....	43
Tab. 10: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 21 - č. 31 v závislosti na typu pracoviště.....	44
Tab. 11: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 1 - č. 8 vztahující se k délce praxe.....	46
Tab. 12: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 9 - č. 30 vztahující se k délce praxe.....	47
Tab. 13: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelské aktivity č. 31 vztahující se k délce praxe.....	48
Tab. 14: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 1 - č. 20 vztahující se ke vzdělání.....	49
Tab. 15: Hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance u ošetrovatelských aktivit č. 21 - č. 31 vztahující se ke vzdělání.....	50
Tab. 16: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 1 - č. 10 v závislosti na absolvované specializaci.....	51
Tab. 17: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 11 - č. 20 v závislosti na absolvované specializaci.....	52

Tab. 18: Četnostní rozložení u ošetrovatelských aktivit č. 21 - č. 31 v závislosti na absolvované specializaci.....	53
---	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rozdělení respondentů podle typu pracoviště	34
Obrázek 2: Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	34
Obrázek 3: Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	35
Obrázek 4: Rozdělení respondentů podle specializačního vzdělání.....	35

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření

Příloha 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně/vážený kolego,

ošetřovatelská péče o umírající je péčí nesmírně náročnou, emocionálně exponovanou, dotýkající se našich vlastních existenciálních hodnot. Výzkumná studie je součástí diplomové práce, se zabývá problémem péče o pacienty v závěru života v interních oborech z pohledu sester. V této souvislosti si Vás dovoluji oslovit a požádat Vás o zapojení se do tohoto výzkumného šetření. Výzkum je anonymní a účast v něm je dobrovolná. Vyplněním dotazníku dáváte svůj souhlas k anonymnímu zpracování uvedených dat pro účely výzkumu. Anonymita bude zajištěna jednoduchým zaslepením pracovišť. Velice vám děkujeme za Váš zájem o účast ve výzkumném šetření. V případě dotazů mě kontaktujte na adrese: marcelasekaninova@seznam.cz

V této části dotazník obsahuje aktivity dvou ošetřovatelských intervencí z mezinárodní klasifikace sesterských intervencí NIC, které se vztahují k péči o pacienta v závěru života. U každé aktivity jsou uvedeny tři škály. Označte, prosím, v každé škále jednu možnost.

Aktivity ošetřovatelské péče

1. Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

2. Sledovat úzkost u pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

3. Sledovat změny nálady u pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

4. Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

5. Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

6. Sledovat bolest u pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

7. Pokud je to možné, minimalizovat dyskomfort pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

8. Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

9. Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

10. Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

11. Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

12. Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

13. Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

14. Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

15. Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

16. Respektovat pacientovu potřebu soukromí

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

17. Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

18. Rozpoznat priority péče o pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

19. Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

20. Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

21. Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

22. Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

23. Usnadnit diskuzi o zařizování pohřbu

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

24. Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

25. Jednat s pacientem důstojně a s respektem

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

26. Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

27. Být otevřený k vyjádření obav pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

28. Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

29. Být schopný naslouchat pocitům pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

30. Projevit vcítění se do pocitů pacienta

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

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

Aktivitu <u>využívám</u> při péči o pacienta v závěru života				
1 vždy	2 často	3 občas	4 výjimečně	5 nikdy

Demografické údaje

Typ pracoviště

- | | | | |
|----|------------|----|----------------------|
| 1. | interna | 4. | LDN |
| 2. | onkologie | 5. | geriatrie |
| 3. | neurologie | 6. | jiné (doplňte) |

Váš věk let

Pohlaví

- | | | | |
|----|------|----|-----|
| 1. | žena | 2. | muž |
|----|------|----|-----|

Délka Vaší celkové praxe ve zdravotnictví: let odborné praxe

Nejvyšší dosažené vzdělání

- | | | | |
|----|----------------------------|----|-------------------------------|
| 1. | střední zdravotnická škola | 3. | vysokoškolské vzdělání – Bc. |
| 2. | vyšší zdravotnická škola | 4. | vysokoškolské vzdělání – Mgr. |

Specializační vzdělání

- | | |
|----|----------------------------------|
| 1. | ne |
| 2. | ano (doplňte specializaci) |

Ještě jednou Vám velmi děkujeme za váš zájem o účast ve výzkumném šetření a za vaši spolupráci.

Bc. Marcela Sekaninová, FZV UP Olomouc, stud. Obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Příloha 2: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření

Mgr. Martin Šamaj, MBA
náměstek nelékařských oborů
Fakultní nemocnice Olomouc

V Olomouci dne 24. 3. 2014


Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane náměstku,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *realizace ošetrovatelské intervence „Péče o umírající“ u pacientů v interních oborech z pohledu sester*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím strukturovaného dotazníku distribuovaného všeobecným sestram na pracovištích s interním zaměřením ve FN Olomouc. Předpokládáný začátek výzkumného šetření je od dubna 2014.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.
Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem


.....
Bc. Marcela Sekaninová, studentka 1. ročníku
studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
kontakt: Dubčany 63, 783 22 Cholína
e-mail: marcelasekaninova@seznam.cz


Vyjádření vedení Fakultní nemocnice Olomouc

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko:

1.4.2014 A. F.


Mgr. Světluše Fišarová
vedoucí Odboru nelékařské péče
Fakultní nemocnice Olomouc

Mgr. Martin Šamaj, MBA
náměstek nelékařských oborů
garant za projektové a strategické řízení
Fakultní nemocnice Olomouc

Sr. Damiana – Martina Tenčíková
Hlavní sestra
Nemocnice milosrdných sester

V Olomouci dne 10.10. 2014


Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená hlavní sestro,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *realizace ošetrovatelské intervence „Péče o umírající“ u pacientů v interních oborech z pohledu sester*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím strukturovaného dotazníku distribuovaného všeobecným sestram na pracovištích vaší nemocnice. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je od poloviny října 2014.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.
Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Bc. Marcela Sekaninová, studentka 1. ročníku
studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
kontakt: Dubčany 63, 783 22 Cholina
e-mail: marcelasekaninova@seznam.cz

Vyjádření vedení Nemocnice milosrdných sester v Kroměříži

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko: ... 12. 11. 2014



Česká provincie Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence L.
NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER
67 01 Kroměříž, Malý Val 1553
hlavní - vrchní sestra
tel: 573 340 504

Ing. Miroslav Hladílek
obchodně ekonomický náměstek
Nemocnice Nymburk

V Olomouci dne 14. 9. 2014


Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane náměstku,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *realizace ošetrovatelské intervence „Péče o umírající“ u pacientů v interních oborech z pohledu sester*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím strukturovaného dotazníku distribuovaného všeobecným sestram na pracovištích s interním zaměřením v Nemocnici Nymburk. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je od poloviny září 2014.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.
Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem


.....

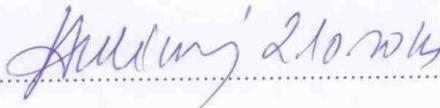
Bc. Marcela Sekaninová, studentka 1. ročníku
studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
kontakt: Dubčany 63, 783 22 Cholína
e-mail: marcelasekaninova@seznam.cz

Vyjádření vedení Nemocnice Nymburk

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko:




Nemocnice Nymburk s.r.o.
Boleslavská 425
288 01 Nymburk
IČ: 287 62 886 DIČ: CZ28762886
Tel.: 325 505 111, 325 505 264 ①

Mgr. Kamila Gottwaldová
manažer kvality
OLÚ Paseka

V Olomouci dne 12. 10. 2014

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní magistro,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *realizace ošetrovatelské intervence „Péče o umírající“ u pacientů v interních oborech z pohledu sester*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím strukturovaného dotazníku distribuovaného všeobecným sestram na pracovištích LDN a plicního odd. v OLÚ Paseka. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je od poloviny října 2014.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.
Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Bc. Marcela Sekaninová, studentka 2. ročníku
studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
kontakt: Dubčany 63, 783 22 Cholína
e-mail: marcelasekaninova@seznam.cz

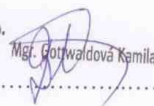
Vyjádření vedení OLÚ Paseka

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko:

ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV PASEKA p.o.
783 97 Paseka 145
tel.: 585 007 999


Mgr. Gottwaldová Kamila

Bc. Markéta Řeháková
vrchní sestra
Nemocnice Milosrdných bratří Vizovice

V Olomouci dne 3. 11. 2014

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená vrchní sestro,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *realizace ošetrovatelské intervence „Péče o umírající“ u pacientů v interních oborech z pohledu sester*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím strukturovaného dotazníku distribuovaného všeobecným sestram na pracovištích vaší nemocnice. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je od listopadu 2014.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.
Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Bc. Marcela Sekaninová, studentka 2. ročníku
studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
kontakt: Dubčany 63, 783 22 Cholína
e-mail: marcelasekaninova@seznam.cz

Vyjádření vedení Nemocnice Milosrdných bratří Vizovice

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko:

7. 11. 2014

Nemocnice Milosrdných bratří
Zlínská 467, Vizovice
IČO: 44995776
tel.: 577 005 812

Mgr. Hana Zrníková
hlavní sestra
Vojenská nemocnice Olomouc

V Olomouci dne 16. 9. 2014

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená hlavní sestro,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *realizace ošetrovatelské intervence „Péče o umírající“ u pacientů v interních oborech z pohledu sester*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím strukturovaného dotazníku distribuovaného všeobecným sestram na pracovištích s interním zaměřením ve VN Olomouc. Předpokládaný začátek výzkumného šetření je od října 2014.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem


.....

Bc. Marcela Sekaninová, studentka 1. ročníku
studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
kontakt: Dubčany 63, 783 22 Cholína
e-mail: marcelasekaninova@seznam.cz

Vyjádření vedení Vojenské nemocnice Olomouc

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko:

15. 9. 2014

VOJENSKÁ NEMOCNICE
Mgr. Hana ZRNÍKOVÁ
Hlavní sestra
Sušilovo nám. 5
771 00 OLOMOUC