

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA
ÚZKOST ZE SMRTI V HOSPICOVÝCH
ZAŘÍZENÍ

Diplomová práce

Bc. Iveta Hodrová

2. ročník, magisterský studijní program Specializace ve
zdravotnictví

forma studia: prezenční

studijní obor: Dlouhodobá ošetřovatelská péče u dospělých

vedoucí práce:

Mgr. Helena Kisvetrová

OLOMOUC 2010

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti v hospicových zařízeních

Název práce v AJ: Nursing diagnosis Death Anxiety in Hospice device

Datum zadání: 2009-001-05

Datum odevzdání: 2009-04-03

Vysoká škola: Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci

Autor práce: Bc. Iveta Hodrová

Vedoucí práce: Mgr. Helena Kisvetrová

Oponent práce: MUDr. Milena Bretšnajdrová

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce je zaměřena na ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti v diagnostickém systému NANDA – International. Teoretická část práce obsahuje problematiku ošetrovatelské diagnostiky, smrti a umírání, hospicové péče a také problematiku strachu a úzkosti ze smrti. Ideálním místem, kde lze komplexně uspokojovat potřeby umírajících a jejich doprovázejících, jsou právě hospice, kterých u nás v posledních letech vzniklo několik. V praktické části byla provedena analýza výsledků kvantitativního výzkumného šetření, které proběhlo v lůžkových hospicích v ČR.

Abstrakt v AJ: The dissertation is focused on nursing diagnosis Death anxiety in the diagnostic system NANDA – International. A theoretical part contains the problems of nursing diagnosis, death and dying, care in the hospice and also the problems of fear and anxiety. An ideal place, where satisfaction of all needs of deathward people and their escort is possible, are just the hospices which has arisen in our country only at few number. In a practical part there was made an analysis of the results of quantitative research inquiry which passed in sick-bed hospice in the Czech Republic.

Klíčová slova v ČJ: ošetrovateľská diagnóza, smrť, úzkosť ze smrti, hospic, všeobecná sestra, ošetrovateľská intervence

Klíčová slova v AJ: nursing diagnosis, death, death anxiety, hospice, nurse, nursing intervention

Rozsah: 90 s.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Heleny Kisvetrové, RS, odb.as a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne

.....

podpis

Děkuji vedoucí práce Mgr. Heleně Kisvetrové RS, odb.as za cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Ošetřovatelský proces	9
1.1.1 Historický pohled	9
1.1.2 Ošetřovatelský proces v současnosti	11
1.1.3 Fáze ošetřovatelského procesu	12
1.2 Ošetřovatelská diagnostika	16
1.2.1 Diagnostický algoritmus	16
1.2.2 Klasifikace ošetřovatelských intervencí – NIC	19
1.3 Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti	20
1.3.1 Diagnostický algoritmus	21
1.3.2 Ošetřovatelské intervence	23
1.3.3 Intervence dle NIC pro ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti	25
1.4 Smrt a umírání	27
1.4.1 Vymezení pojmů	27
1.4.2 Období umírání	27
1.4.3 Modely umírání	28
1.4.4 Fáze umírání	29
1.5 Úzkost a strach	32
1.5.1 Vymezení pojmů	32
1.5.2 Všeobecné sestry v paliativní medicíně	37
1.6 Hospicová péče	39

1.6.1 Hospicová péče ve světě	39
1.6.2 Historie hospicové péče v České republice	41
1.6.3 Myšlenky hospicové péče	42
1.6.4 Hospicový tým	44
1.6.5 Formy hospicové péče	44
2 PRAKTICKÁ ČÁST	47
2.1 Cíle diplomové práce	47
2.2 Hypotézy	47
2.3 Metodika práce.....	48
2.3.1 Zdroje odborných poznatků.....	48
2.3.2 Charakteristika souboru respondentů.....	48
2.3.3 Použitá metoda výzkumného šetření.....	49
2.3.4 Organizace výzkumného šetření.....	51
2.3.5 Zpracování získaných dat.....	52
2.4 Interpretace dat	53
2.4.1 Testování hypotéz	65
DISKUZE	73
ZÁVĚR	81
POUŽITÁ LITERATURA	85
SEZNAM TABULEK	88
SEZNAM GRAFŮ	89
SEZNAM PŘÍLOH	90

ÚVOD

Je dobré si uvědomit, že strach a úzkost je zcela přirozenou reakcí člověka v situaci, kdy nad tím co se děje ztrácí kontrolu (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995). A právě takovou situací je umírání a smrt. Úzkost, deprese a stavy zmatenosti jsou jedny z nejčastějších problémů jak pro umírající, tak pro ty, kteří je doprovázejí (Virt, 2000).

Ideálním místem, kde lze komplexně uspokojovat potřeby umírajících a jejich doprovázejících, jsou hospice, kterých u nás v posledních letech vzniklo několik. Základní myšlenka hospicové péče vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospice nemocnému zaručují, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích života nebude osamocen.

V rámci ošetřovatelského procesu prováděného všeobecnými sestrami je jedním z úkolů sester u klienta potvrdit nebo vyloučit přítomnost ošetřovatelské diagnózy. K tomu je vhodné postupovat podle diagnostického algoritmu. Následujícím krokem je plánování ošetřovatelských intervencí. NANDA International nabízí soubory příznaků, rizikových faktorů a soubory souvisejících faktorů patřících ke konkrétním ošetřovatelským diagnózám, na které navazují jednotlivé NIC ošetřovatelské intervence (Marečková, 2006).

Teoretická část této práce se zabývá základními informacemi o smrti a umírání, hospicové péči a ošetřovatelské diagnostice. Je zaměřena na ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti v diagnostickém systému NANDA – International. Praktická část vyhodnocuje výsledky šetření, které se týkají diagnostiky a řešení úzkosti ze smrti všeobecnými sestrami v lůžkových hospicích.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Ošetrovatelský proces

1.1.2 Historický pohled

Před vyvinutím ošetrovatelského procesu se sestry přikláněly k poskytování služeb na písemný příkaz lékaře. Ošetrovatelská praxe poskytovaná nezávisle na lékaři se řídila více intuicí než vědeckou metodou.

Pojem ošetrovatelský proces je poměrně nový. Poprvé tento termín použila v r. 1955 Hallová. Od té doby k rozvoji ošetrovatelského procesu přispělo různými způsoby mnoho dalších sester. Pro lepší přehled více uvedeno v tabulce č. 1. Roku 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání (Western Intrestate Commission on Higher Education) uvádí pět kroků ošetrovatelského procesu: percepce, komunikace, interpretace, intervence a vyhodnocení. Komise označila ošetrovatelský proces za „vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí“. Téhož roku Fakulta ošetrovatelství katolické americké univerzity předložila čtyři části ošetrovatelského procesu: posouzení, plánování, zásah a vyhodnocení.

Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se legitimizovalo r. 1973, když sdružení amerických sester (ANA) uveřejnilo Normy ošetrovatelské praxe a uvedlo pět součástí ošetrovatelského procesu: posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Mnohé státy postupně revidovaly svoji ošetrovatelskou praxi a přizpůsobili ji těmto pěti aspektům (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1995).

Do konce osmdesátých let nebyl pojem ošetřovatelský proces v českém prostředí užíván. Následně realizované aktivity projektů PHARE, HOPE, USAID, AIHA a dalších přinesly mezi české sestry a porodní asistentky moderní poznatky ze zahraničí. Ve školách s ošetřovatelským vzděláváním bylo zahájeno také studium metody ošetřovatelského procesu (Marečková, Jarošová, 2005)

Tabulka č. 1 Sestry, které přispěly k rozvoji ošetřovatelství

SESTRA	PŘÍSPĚNÍ K ROZVOJI OŠETŘOVATELSTVÍ
H. Peplauová	Určila čtyři fáze interpersonálního vztahu: orientace, identifikace, využívání a rozhodování
F.R. Kreutová	Popsala kroky ošetřovatelského procesu: koordinování, plánování a vyhodnocení péče.
I. J. Orlandová	Chápala ošetřovatelský proces jako interaktivní, zahrnující tři fáze: chování pacienta, reakce sestry a ošetřovatelskou činnost.
V. Hendersonová	Konstatovala, že ošetřovatelský proces má stejné fáze jako vědecká metoda.
L. Heidgerkenová	Popsala kroky profesionální ošetřovatelské péče těmito termíny: zhodnocení chování a situace, rozpoznání tělesných symptomů, diagnostikování, plánování, uspokojení ošetřovatelských potřeb a koordinování pacientova režimu při všech fázích péče.
D. Oremová	Konstatovala, že ošetřovatelská péče má tři fáze: a) začáteční a pokračující určení potřeby ošetřovatelské péče, b)plánování ošetřovatelských úkonů u pacienta, které přispějí k dosáhnutí cílů, c) kontrola a vykonávání pomocných akcí.
K. Gebbieová	Iniciovaly r. 1973 první národní konferenci o klasifikaci sesterských diagnóz, což vedlo k používání modelu 5-fázového

M. A. Lavinová	ošetřovatelského procesu zahrnujícího posouzení, sesterskou diagnózu, plánování a zásah a vyhodnocení
C. Royová	Používala 6-fázový ošetřovatelský proces: posouzení, pacientovo chování, posouzení, identifikace problému, vytyčení cíle, zásah, výběr přístupů a vyhodnocení.

1.1.2 Ošetřovatelský proces v současnosti

Pojem „ošetřovatelský proces“ je v současné době mezi profesionály v ošetřovatelství poměrně známý. Vyučuje se na všech úrovních ošetřovatelských škol a jeho metodika je odborné veřejnosti dostupná také v sérii odborných publikací.

Ošetřovatelský proces je definován jako: *„racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetřovatelské profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče“* (Marečková, 2005, s. 37).

Cílem využití metody je především prevence, odstranění nebo zmírnění ošetřovatelských problémů v oblasti individuálních potřeb klientů. Tuto metodu je vhodné užívat ve veškerých zdravotnických zařízeních a institucích, které poskytují ošetřovatelskou péči (Marečková, 2005). K tomu, aby bylo možné zahájit skutečně účelné užívání metody, je třeba být důsledně v této oblasti vzdělán a rozumět všem krokům metody (Marečková, 2006). Aplikace ošetřovatelského procesu vyžaduje, aby sestra ovládala dovednosti interpersonální, technické a intelektuální. Mezi interpersonální dovednosti zahrnuje komunikaci, učení, projevení zájmu, vědomosti, informace a získávání informací způsobem, který upevňuje

individualitu klienta, zlepšuje integritu rodiny a přispívá k životaschopnosti komunity. Technické dovednosti se projevují využitím zařízení a zručným provedení odborných výkonů. Intelektuální dovednosti, které sestra potřebuje, zahrnují řešení problémů a kritické myšlení (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1995).

1.1.3 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází nebo-li kroků:

- Posouzení
- Diagnostika
- Plánování
- Realizace
- Vyhodnocení

V každém z nich sestry vykonávají typické činnosti, které vedou k další fázi (Marečková, 2006). Jednotlivé fáze procesu nejsou oddělené jednotky, ale překrývají se, jsou to kontinuální subprocesy, které se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisí (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1995).

První krok-posouzení

V rámci posouzení probíhají činnosti, kterými se zjišťuje stav individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity. Posouzení se vždy orientuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby pacienta. Pokud některá z lidských potřeb klienta není v normě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, hovoříme o ošetrovatelském problému - diagnóze. Celé posouzení je vhodné konat podle určité struktury, například dle diagnostických domén NANDA taxonomie II, ve které jsou ošetrovatelské diagnózy charakterizovány jejich typickými příznaky, souvisejícími faktory nebo faktory rizikovými.

Pro zahájení aplikace ošetrovatelského procesu při přijímání klienta do ošetrovatelské péče je vhodné postupovat dle následujícího schématu:

- Získání anamnestických údajů - studiem zdravotnické dokumentace, strukturovaným anamnestickým rozhovorem dle diagnostických domén a doplněním informací od rodiny či partnera.
- Identifikování diagnostických prvků – určujících znaků, souvisejících faktorů, příznaků nebo rizikových faktorů, které se u klienta vyskytují. Pro tuto činnost může využít několik metod - strukturovaný rozhovor dle diagnostických domén, pozorování dle struktury diagnostických domén, screeningové vyšetření sestrou, vyšetření užitím testů a škál nebo rozhovorem s rodinou či partnerem.

Současně s těmito činnostmi je zapotřebí všechna anamnestická data a výsledky posouzení dokumentovat.

Druhý krok-diagnostika

Cílem je identifikovat ošetrovatelské problémy klienta, které jsou svázány se změněným zdravotním stavem a které ovlivňují komfort a podporu jeho zdraví. Činnosti, které patří do této fáze, vedou k formulování individuálních ošetrovatelských diagnóz. Patří k nim tyto kroky:

- Nalezení ošetrovatelských problémů a použití názvu ošetrovatelských diagnóz.
- Doložení příčin a příznaků aktuálních ošetrovatelských diagnóz a doložení rizikových faktorů potenciálních ošetrovatelských diagnóz.
- Formulování aktuálních a potencionálních individuálních ošetrovatelských diagnóz.

Třetí krok - plánování

Pokud jsou nalezeny ošetrovatelské diagnózy, je potřebné naplánovat jejich řešení odpovídající ošetrovatelskou péčí (Marečková, 2006). Plánování zahrnuje sérii kroků, ve kterých si

sestra společně s klientem vytyčí priority, zaznamenají cíle a očekávané výsledky, zakládají písemný plán péče na odstranění či zmírnění zjištěných problémů klienta a koordinaci péče poskytované všemi členy zdravotnického týmu (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1995). Plány ošetrovatelské péče je možné rozlišovat na:

- Dlouhodobé – zahrnují celé období péče o klienta včetně rekonvalescence.
- Střednědobé – jejich trvání je omezeno stavem klienta, mění se při změně jeho zdravotního stavu nebo při změně jeho ošetrovatelských potřeb a problémů. V průběhu péče se tyto plány aktualizují.
- Krátkodobé – běžně označované jako denní plány, mohou být vypracovány pouze pro jednu směnu.
- Standardní – jejich pozitivem je úspora času v denní ošetrovatelské realitě. Musí být pravidelně revidovány a obnovovány.
- Vstupní ošetrovatelský plán – vzniká při přijetí klienta do ošetrovatelské péče na oddělení nebo v terénní péči. Zahrnuje výstupy prvních tří kroků ošetrovatelského procesu a plánovaná data pro vyhodnocení výsledků poskytnuté péče.
- Průběžné ošetrovatelské plány – vstupní plány jsou v průběhu ošetrovatelské péče korigovány a doplněny. Zahrnují výstupy i pátého kroku ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský plán by měl být vytvořen tak, aby bylo možné jeho obsah podle potřeby měnit a doplňovat. Každý člen ošetrovatelského týmu by měl být schopen z plánu vyčíst, jakou péči klient potřebuje.

Čtvrtý krok-realizace

V této fázi ošetrovatelského procesu se děje směrem ke klientovi to nejpodstatnější. Je poskytována cílená ošetrovatelská péče, která by měla vést k prevenci vzniku ošetrovatelských problémů, jejich odstranění nebo minimálně ke snížení intenzity.

Pro realizaci naplánované péče je třeba, aby sestra do svých činností zahrnula tyto následující aktivity:

- Ověření, zda je v dané situaci skutečně vhodné činnost uvedenou v plánu péče realizovat.
- Provedení naplánovaných ošetrovatelských intervencí, jejichž provedení je v konkrétní situaci u klienta vhodné a možné. Sestra provedenou intervencí stvrzuje svým podpisem.
- Sběr informací.

Pátý krok-vyhodnocení

Posledním krokem metody ošetrovatelského procesu je vyhodnocení účinnosti péče, která byla v návaznosti na posouzení a diferenciální diagnostiku stavu potřeb daného klienta naplánována (Marečková, 2005). Sestra hodnotí klientovy reakce na ošetrovatelské zásahy a porovnává je se stanovenými cíly. Zjišťuje rozsah, do jaké míry se předem stanovené cíle splnily, částečně splnily či nesplnily (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1995). Touto analýzou dochází k závěru, zda je potřeba některé plánované činnosti či cíle změnit. Následovně vhodnou změnu v plánu ošetrovatelské péče uskuteční. Vyhodnocení můžeme dělit na:

- Dílčí – je vhodné ho provádět opakovaně v konkrétně stanoveném datu a většinou probíhá průběžně po celou dobu ošetrovatelské péče.
- Finální – provádí se u klienta při propuštění nebo odstranění problému (Marečková, 2006).

1.2 Ošetrovatelská diagnostika

Termín diagnóza byl utvořený z řeckého slova diagnoskein, což značí rozlišovat. Výraz sesterská diagnóza se vztahuje na proces vytváření diagnózy i na dosažený lidský úsudek vyjádřený v názvu. Od začátku 50. let vznikla celá řada definic sesterských diagnóz (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1995). Mezi nejznámější patří definice z roku 1990 podle NANDA:

„Ošetrovatelská diagnostika je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problém nebo životní proces.

Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které odpovídá sestra “(Mastiliaková, 2003, s. 124)

Mezinárodní odborné seskupení NANDA – North American Asociacion for Nursing Diagnossis nabízí soubory příznaků, rizikových faktorů a soubory souvisejících faktorů patřících ke konkrétním ošetrovatelským diagnózám s číselnými kódy (Marečková, 2005). K přesnému rozlišení, zda posuzovaná osoba má či nemá nějakou ošetrovatelskou diagnózu, je možné využít diagnostický systém NANDA. Při diagnostice aktuálních diagnóz se opírá o nalezení určujících znaků a souvisejících faktorů. Úkolem sester je tedy u klienta potvrdit nebo vyloučit přítomnost ošetrovatelské diagnózy. K tomu je vhodné postupovat dle diagnostického algoritmu.

1.2.1 Diagnostický algoritmus

Aby sestry byly schopny přesně určit, jaké dysfunkční potřeby se u klienta vyskytují, je nutné postupovat podle specifické metodiky. Takovým postupem je právě diagnostický algoritmus. Jedná se o

způsob myšlení a organizování informací, jež vede k jasnému a přesnému diagnostickému závěru. Diagnostickým závěrem v ošetřovatelství je rozhodnutí o tom, jaké dysfunkční potřeby se u klienta v době diagnostiky vyskytují.

Algoritmus je rozdělen na tři fáze. Chceme-li být při diagnostice přesní, je žádoucí je všechny absolvovat. Každá z nich se zaměřuje na diagnostiku jiného typu ošetřovatelské diagnózy. Jsou jimi diagnózy:

- Aktuální – první fáze
- Potenciální – druhá fáze
- K podpoře zdraví – třetí fáze

Algoritmus předkládá vzor pro myšlenkové procesy. Zvláště by měl pomoci diagnostikovat dysfunkční potřeby. K tomu je potřeba nastudovat, podle jakých určujících znaků a souvisejících faktorů můžeme nalézt aktuální diagnózy, podle jakých rizikových faktorů můžeme naleznout diagnózy potenciální a dle čeho najdeme diagnózy k podpoře zdraví (Marečková, 2006).

První fáze – nalezení aktuálních diagnóz

Orientujeme se podle diagnostických prvků – určující znaky a související faktory. Prvním krokem je vyhledání určujících znaků. S ohledem na specializaci si ujasníme, které aktuální ošetřovatelské diagnózy je u klienta nutné podrobit diagnostickému zvažování. Cíleně hledáme určující znaky, a pokud nalezneme minimálně jeden z nich, zaznamenáme je do dokumentace a přistoupíme k druhému kroku. Pokud nenalezneme žádný určujících znaků, můžeme tvrdit, že se u klienta tato ošetřovatelská diagnóza nevyskytuje.

Druhým krokem je vyhledání souvisejících faktorů. Konáme ho tehdy, pokud jsme našli minimálně jeden určující znak. Pokračujeme vyhledáváním souvisejících faktorů. Při nalezení minimálně jednoho souvisejícího faktoru provedeme jeho záznam do dokumentace a přistoupíme ke třetímu kroku. Pokud nenalezneme

žádný související faktor, můžeme tvrdit, že klient ošetřovatelskou diagnózu nemá.

Ke třetímu kroku přistoupíme tehdy, pokud jsme našli kombinaci minimálně jednoho určujícího znaku s minimálně jedním určujícím faktorem sledované diagnózy. Ověříme dle definice, zda se u klienta opravdu nachází daný problém. Pokud je výsledek ověření kladný, zapíšeme přítomnost dané dysfunkční potřeby v podobě názvu ošetřovatelské diagnózy s číselným kódem do dokumentace klienta.

Druhá fáze – nalezení potenciálních diagnóz

Druhá fáze algoritmu slouží k rozpoznání potenciálně dysfunkčních potřeb. Jedná se o potřeby, které ještě dysfunkční nejsou. Lze je rozpoznat podle rizikových faktorů. Představují konkrétní ohrožení a bez poskytnutí kompletní ošetřovatelské péče se mohou rozvinout v potřeby dysfunkční.

Prvním krokem k nalezení potenciální ošetřovatelské diagnózy je vyhledání rizikových faktorů. Pokud po cíleném hledání nalezneme alespoň jeden, zaznamenáme ho do ošetřovatelské dokumentace. V případě, že nebyl nalezen žádný rizikový faktor, můžeme tvrdit, že klient tuto potenciální ošetřovatelskou diagnózu nemá.

K druhému kroku, ověření diagnózy, přistupuje pouze tehdy, pokud jsme našli minimálně jeden rizikový faktor určité diagnózy. Následně ověříme, zda je klient skutečně v situaci nebo stavu, který odpovídá tomu, jak je potenciální ošetřovatelská diagnóza vysvětlena v definici. Pokud tomu opravdu tak je, můžeme stanovit diagnostický závěr a do dokumentace zaznamenat standardizovaný název ošetřovatelské diagnózy s číselným kódem.

Třetí fáze – nalezení diagnózy k podpoře zdraví

V této fázi rozpoznáváme diagnózy, které vedou k edukační činnosti. Tyto diagnózy nejsou dysfunkční v pravém slova smyslu. Popisují lidskou reakci klienta na tělesnou i duševní pohodu a jeho ochotu funkci dané potřeby zlepšit. Jde o situace, kdy se klient ve

prospěch zdraví chová vhodně, ale v určité oblasti lze edukační činností dosáhnout zlepšení.

Procházíme opět kroky algoritmu a postup se odvíjí podle toho, zda jsou pro konkrétní diagnózu v NANDA taxonomii stanoveny pouze určující znaky nebo také související faktory. Diagnostické kroky jsou shodné s algoritmem první fáze, který je někdy modifikovaně zkrácený o druhý krok.

Diagnostiku je možné vést směrem od první ke třinácté diagnostické doméně. Jelikož každá třída reprezentuje konkrétní lidskou potřebu, doporučuje se diagnostické charakteristiky vyhledávat vždy soustředěně v jedné třídě.

1.2.2 Klasifikace ošetrovatelských intervencí - NIC

Klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC – Nursing Interventions Classification patří mezi projekty vedené Centrem pro ošetrovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa ve Spojených státech Amerických. Bylo založeno v roce 1995 na podporu již od roku 1987 probíhajícího výzkumu v oblasti ošetrovatelských klasifikací NIC a NOC. Na diagnostické konstatování vyjádřené NANDA terminologií navazují jednotlivé NIC ošetrovatelské intervence.

Intervence jsou strukturovány do tří úrovní. Nejvyšší úroveň představují domény. Uvnitř domén jsou strukturovány třídy a v nich pak jednotlivé vysoce konkrétní ošetrovatelské intervence. Domény, třídy i intervence jsou opatřeny definicemi a každá intervence má specifický čtyř-číselný kód. Název a definice intervence je uveden standardizovanou terminologií, kterou není možné měnit. Naopak aktivity spadající pod danou intervenci je vhodné v adekvátní míře modifikovat. Klasifikace zahrnuje intervence celé ošetrovatelské péče. Od intervencí všeobecné praxe po specializovaná pracoviště. Soubor intervencí je orientován na jedince, rodinu či komunitu.

Dle tvůrčího týmu může být klasifikace použita na jakémkoliv oddělení, od akutní péče, JIP, k péči domácí, hospicové nebo primární. Je také aplikovatelná pro jakoukoliv specializaci. Některé klasifikací uvedené intervence mohou být prováděny také dalšími, ne výhradně sesterskými profesemi. Tím je NIC využitelná k popisu činností široké skupiny poskytovatelů nelékařské péče.

Systém NIC má široké užití. Je využíván v ošetrovatelské dokumentaci, při komunikaci o péči i k hromadění dat o ošetrovatelské praxi. Je vhodný ke sledování efektivity ošetrovatelské péče, k produktivnímu měření a kompletní evaluaci poskytované ošetrovatelské péče. Také je vhodný jako podklad k úhradě výdajů za poskytnuté zdravotní služby. Klasifikace je kontinuálně aktualizována se zpětnou vazbou v praxi a přezkoumávání efektivity stanovených intervencí (Marečková, 2006).

1.3 Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti

Tuto ošetrovatelskou diagnózu řadíme do domény číslo 9 – zvládání zátěže, odolnost vůči stresu. Doména poskytuje informace k ošetrovatelské diagnostice v oblasti zvládání životních událostí. Nabízí ošetrovatelské diagnózy neboli standardizované názvosloví ošetrovatelských problémů, které jsou řazeny do tří tříd:

1. třída: posttraumatická odezva
2. třída: reakce na zvládání zátěže
3. neurobehaviorální stres

Úzkost ze smrti — 00147 je zařazena do třídy reakce na zvládání zátěže.

1.3.1 Diagnostický algoritmus:

I. KROK

Zaměření na zjištění, zda se u klienta vyskytují tyto **URČUJÍCÍ ZNAKY**:

- sděluje obavy o přepracování pečovatele
- sděluje hlubokou sklíčenost
- sděluje strach z odhalení nevyléčitelného onemocnění
- sděluje strach ze ztráty duševní způsobilosti v období umírání
- sděluje strach z bolesti související s umíráním
- sděluje strach z předčasné smrti
- sděluje strach z průběhu umírání
- sděluje strach dlouhotrvajícího umírání
- sděluje strach z utrpení souvisejícího s umíráním
- sděluje pocit bezmocnosti nad umíráním
- sděluje negativistické myšlenky související se smrtí a umíráním
- sděluje obavu o dopadu vlastní smrti na blízké osoby

II. KROK

SOUVISEJÍCÍ FAKTORY:

- očekávání nepříznivých důsledků z celkové anestezie
- očekávání dopad smrti na ostatní
- očekávání bolesti
- očekává utrpení
- konfrontace s realitou smrtelného onemocnění
- vedení rozhovoru na téma smrt
- zkušenost s průběhem umírání
- zkušenost se stavem blízko smrti
- odmítnutí vlastní smrtelnosti
- postřehy související se smrtí
- vnímání blízkosti smrti
- nejistota se setkáním s vyšší mocí
- nejistota o existenci vyšší moci
- nejistota o životě po smrti
- nejistota z prognózy

(NANDA International, 2008, s. 244, český pracovní překlad)

III. KROK

Pokud jsme našli některý z určujících znaků a souvisejících faktorů, přistoupíme k ověření. Zvážíme, zda je klient skutečně v situaci, jak stanovuje definice:

Úzkost ze smrti je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka. V Nursing Diagnoses: Definitions&Clasifications 2009-2011 je úzkost ze smrti definována jako: „*nejasný, nepříjemný pocit znepokojení nebo obava způsobená vnímáním skutečného nebo*

domnělého ohrožení vlastní existence“ (NANDA International, 2008, s. 244, český pracovní překlad).

IV. KROK

Pokud je výsledek ověření pozitivní, zaznamená se přítomnost úzkosti ze smrti do ošetrovatelské dokumentace (Marečková, 2006).

1.3.2 Ošetrovatelské intervence

V Kapesním průvodci zdravotní sestry se uvádí následující intervence, které je možno použít u klientů s ošetrovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti:

1) Posouzení příčin a vyvolávajících faktorů

- Zjistit, jak klient vidí sám sebe v obvyklé životní roli a jaký význam přikládá předjímané ztrátě ze svého hlediska a s ohledem na blízké osoby.
- Zpřesnit současnou znalost situace, aby bylo možno odhalit mylné představy, nedostatek informací a další související záležitosti.
- Určit klientovu roli v rámci rodiny. Pozorovat způsob komunikace v rodině a reakci rodiny/blízkých osob na situaci a starosti nemocného.
- Posoudit dopad klientových líčení subjektivních prožitků a minulých zkušeností se smrtí (nebo kontaktu se smrtí).
- Zjistit kulturní faktory/postoje a jejich dopad na současnou situaci.
- Povšimnout si fyzického/duševního stavu a úplnosti léčebného režimu.
- Posoudit, zda je klient schopen zvládnout péči o sebe sama, vyrovnat se s konečností života a dalšími záležitostmi a využít dostupné zdroje pomoci.

- Věnovat pozornost chování, indikující současnou hladinu úzkosti.
- Posoudit současné dovednosti a jejich efektivitu. Uvědomit si klientovi obranné mechanismy.
- Pátrat po abúzu drog (včetně alkoholu), nespavosti, nadměrné spavosti, vyhýbání se kontaktu s druhými.
- Zmapovat náboženskou/duchovní orientaci nemocného, jeho zapojení do církevních aktivit, přítomnost konfliktů souvisejících s duchovní sférou.
- Naslouchat výpovědím klienta a jeho blízkých, jejich vyjádření hněvu, obav, odcizení od Boha, přesvědčení, že hrozící smrt je trestem za zlé činy atd.
- Posoudit pocity marnosti, beznaděje, míru bezradnosti, chybějící motivaci pomoci si sám. Tyto pocity mohou ukazovat na stávající depresi a nutnost intervence.
- Aktivně naslouchat poznámky o pocitu izolace a odloučení.
- Všítat si vyjádření neschopnosti nalézt smysl života či sebevražedných tendencí.

2) Pomoc klientovi ke zvládnutí situace:

- Vytvořit vstřícný a důvěrný vztah.
- Využít terapeutických komunikačních dovedností, např. aktivního naslouchání, ticha, uznání. Respektovat přání klienta nemluvit. Poskytnout naději.
- Povzbudit ho k vyjádření pocitů. Uznat úzkost, strach. Nepřít se s nemocným a neujišťovat ho, že vše bude zase v pořádku. Odpovídat na otázky a informovat pacienta podle pravdy. Posilovat důvěru terapeutický vztah.
- Povědět mu o normálnosti pocitů a individuálního smutku.
- Udělat si čas na diskusi bez předsudků o filozofických aspektech/otázkách duchovního dopadu nemoci/situace.
- Probrat zážitky ztrát v minulosti a způsoby, jak se lze s těmito situacemi vyrovnávat. Povšimnout si klientových silných stránek a úspěchů.

- Dbát na klidné, mírumilovné prostředí a dostatek soukromí. Podporovat relaxaci a schopnost řešit situaci.
- Pomoci klientovi zapojit se do duchovních aktivit, využít modlitby/meditace a odpuštění k hojení minulých ran. Povědět mu, že rozhněvání se na Boha je normální součástí prožívání smutku. Zmírňovat pocity viny/konfliktu a umožnit klientovi pokročit k řešení situace.
- Odeslat ho k terapeutům, duchovním apod., aby snáze prošel procesem smutku.
- Doporučit veřejné zdroje a služby, které klientovi/jeho blízkým pomohou v různých oblastech – právní záležitost atd.

3) Podpora nezávislosti:

- Podporovat klientovy snahy realistické kroky a proměnit plány v činy.
- Směřovat klientovy myšlenky do doby, která bude následovat, kdy bude užívat každého dne i budoucnosti, je-li to přiměřené.
- Dát mu příležitost k jednoduchým rozhodnutím. Posilovat smysl pro sebeovládání.
- Respektovat vyjádřená rozhodnutí a přání dle vhodnosti o nich informovat i druhé (Doenges, Moorhodes, 2001, s. 387,388).

1.3.3 Intervence dle NIC pro ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti

V klasifikaci ošetřovatelských intervencí NIC je definováno celkem 25 intervencí vztahujících se k ošetřovatelské diagnóze Úzkost ze smrti. Dvě z těchto intervencí jsou označeny u této ošetřovatelské diagnózy jako prioritní. První intervencí je Péče o umírající (5260) – podpora tělesného komfortu a psychického klidu v konečné fázi života a druhou je Duchovní podpora (5240) – pomoc pacientovi cítit vyrovnání a spojení s vyšší mocí. Ke každé intervenci je přiřazen soubor aktivit, který lze v adekvátní míře modifikovat za

účelem poskytování individualizované a konané ošetrovatelské péče.
V následujícím přehledu je uveden český překlad.

Doporučené sesterské intervence:

- péče o umírající (5260)
- duchovní podpora (5240)
- zmírnění úzkosti (5820)
- podpora pečovatele (7040)
- zvládání léčby (organizace podávání léků)- (2380)
- podpora pacientem regulované analgezie (2400)
- řízená tvorba představ (6000)
- podpora rozhodování (5250)
- ulehčení odpuštění (528)
- ulehčení průběhu zármutku (5290)
- nastavení společných cílů (4410)
- relaxační terapie (6040)
- objasnění hodnot (5480)

Další volitelné intervence:

- aktivní naslouchání (4920)
- léčba pomocí četby (4680)
- kulturní poradenství (7020)
- zachování/udržení chodu rodiny (7130)
- léčba pomocí hudby (4400)
- ochrana pacientových práv (7460)
- léčba pomocí zvířat (4320)
- podporování rodinné integrity (7100)
- podpora rodiny (7140)
- léčba pomocí vzpomínání (4760)
- usnadnění návštěv (7560)

(MC Clockey, Bulecek, 2004, s. 805, český pracovní překlad)

1.4 Smrt a umírání

1.4.1 Vymezení pojmů

Thanatologii definovala Haškovcová jako interdisciplinární vědní obor o smrti a všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Tato mezioborová výzkumná disciplína se zabývá procesy umírání a smrti. Z lékařského hlediska jsou pojednávány otázky jako klinická smrt, ožívování, pomoc při umírání, stanovení a vysvětlení smrti, zážitky při umírání, víra v posmrtný život atd.

Umírání je v odborném, lékařském slova smyslu synonymem terminálního stavu (Haškovcová, 2002). Je to nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Vyznačuje se postupným a nezvratným selháváním životních funkcí

Smrt je zánik jednotlivce. V roce 1968 Světová zdravotnická organizace stanovila biologickou smrt mozku jako závazné kritérium smrti. Smrt lze tedy definovat jako smrt mozku (Kelnerová, 2007).

Sestra se v praxi dostává do velmi náročných situací, které musí zvládat odborně i lidsky. Jednou z nejnáročnějších je setkání se s umíráním a smrtí. Umírání a smrt je údělem člověka, který všechny čeká. Tato jistota je zahalena do nejistoty. Nikdo neví, kdy a jak přijde. Otázky související s etikou umírání a smrti patří k lidsky i profesně nejnáročnějším. Ať už je lidský život jakkoli dlouhý, na jeho konci stojí smrt a ta by neměla být tabulizována.

1.4.2 Období umírání

Proces umírání se dělí na tři období:

- pre finem
- in finem

- post finem

Období pre finem začíná, když dochází k povědomí, že nemoc je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je v kratším nebo delším horizontu vysoce pravděpodobná. Po celé toto období je potřeba dbát o zmírnění subjektivních potíží nemocného. Ošetřující personál by měl zabránit smrti psychické a sociální.

Období in finem je totožné s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Klientovi by měla být poskytována terminální péče.

Období post finem je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé (Haškovcová, 2002).

1.4.3 Modely umírání

V průběhu lidských dějin je problematika umírání a smrti velice úzce spojena s vývojem náboženského pojetí, s vývojem filozofického poznání, etického cítění a se sociokulturním rozvojem dané společenskoekonomické formace. Postoj člověka k umírání a smrti se v průběhu historického vývoje měnil (Kelnerová, 2007, s. 15,31). Rozlišujeme umírání ritualizované a institucionální.

Ritualizované umírání – pro tradiční chápání znamenala smrt především hodnocení života. Člověk byl vybízen, aby trvale uvažoval o smyslu života a zvažoval mravní dopad svého jednání. Tak jak ležel kostel v centru obce, tak byla smrt centrem života. Lidská obeznamenost se smrtí byla důvěrná, protože se umíralo doma častěji než dnes. V minulosti přecházela z generace na generaci zkušenost, jak pečovat o umírající. Umírání bylo rituálem, který se týkal celé rodiny, přátel, známých a bylo společenskou povinností dostavit se k lůžku umírajícího a rozloučit se s ním. Rodina jim ovšem byla v jejich „hodině pravdy“ po boku a umírání po dlouhé věky vypadalo jinak než dnes (Kutnohorská, 2007).

Ve druhé polovině 20. století dochází k institucionalizaci umírání. Dnes umíráme v nemocnicích, penziencech, domovech důchodců, opuštění, osamoceni, za přítomnosti profesionálů, často bez porozumění, náklonnosti, empatie. Nikdy nebyl člověk v umírání tak sám, jako v naší moderní době. Umírání a smrt byly odsunuty do nemocnice, s tendencí co nejvíce ho vzdálit od živých, často však bez ohledu na jeho přání, bez ohledu na jeho intimitu, individualitu. To vše ukazuje na zvýšené úsilí vytěsnit smrt ze života lidí i ze života zdravotnických profesionálů. V moderním umírání chybí lidský kontakt. Umírání ztratilo charakter sociálního aktu (Kelnerová, 2007).

1.4.4 Fáze umírání

Americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová na základě svých zkušeností odhalila, že umírající se vyjadřuje pomocí náznaků, řečí symbolů. Chování umírajícího je podle ní mimoslovní komunikací. Upozornila na základní fáze psychického prožívání klienta po sdělení závažné, život ohrožující diagnózy (Kübler-Rossová, 1993). Umírání rozdělila do pěti fází:

- negace (šok, popření)
- agrese (hněv, vzpoura)
- smlouvání (vyjednávání)
- deprese (smutek)
- smíření (souhlas)

Tyto fáze psychického prožívání nemoci jsou pouze orientačním vodítkem. Mohou probíhat periodicky, paralelně a některé z nich se ani nemusí vyskytnout. Přesto je důležité o nich vědět, abychom mohli klientovi lépe porozumět (Janáčková, Weiss, 2008).

První fáze - šok, popírání

Klient odmítá myslet na svou smrt, nechce si ji připustit, není na tuto situaci připraven. Často ho napadají myšlenky typu: „Ne, to

není možné, to určitě není pravda. Zaměnili výsledky, to je omyl“ (Kübler-Rossová, 1993). Komunikace v této fázi vyžaduje od nejbližšího okolí i od zdravotnického personálu maximální podporu. Opakované, klidné a jasné vysvětlování a podávání srozumitelných informací, týkajících se onemocnění a léčby napomáhají snížit úzkosti a mobilizovat organismus k adaptaci a zvládnání psychické zátěže tohoto období. Psychická podpora a pocit, že nejsou sami, snižuje napětí a zklidňuje zraněnou a strádající psychiku klientů (Janáčková, Weiss, 2008).

Druhá fáze- agrese, hněv, vzpoura

Nemocný dostává vztek a popadne ho závist. Hněvá se na všechny a na všechno. Okolí by mělo hněv pochopit a dovolit odreagování, nepohoršovat se (Kübler-Rossová, 1993). Nemocní se často potýkají s existenčními otázkami typu: „Budu se moci ještě vrátit do svého zaměstnání?“ „Co bude s mou rodinou, mými dětmi?“ Starosti, strach, smutek, zlost a otázka „Proč zrovna já?“ jsou nejčastějšími reakcemi při zpracování nemoci v tomto období. Základní komunikace vychází z porozumění, podpory a ze zásadního uvědomění faktu, že případná klientova agresivita není namířena vůči naší osobě, ale proti zlé nemoci a zlému osudu. Nemocnému mohou také velmi pomoci jeho nejbližší, když překonají svou předpojatost a jsou schopni otevřeně o svých pocitech hovořit. Zároveň však musí respektovat, že ne vždy chce nemocný o svém strachu mluvit (Janáčková, Weiss, 2008).

Třetí fáze-smlouvání, vyjednávání

Nemocný hledá ještě nějakou možnost a to například v podobě zázračných léků, léčitelů, diet nebo pověr. Je ochoten zaplatit cokoli, Činí velké sliby a často se také obrací k Bohu (Kübler-Rossová, 1993). Komunikace s nemocným v tomto období spočívá převážně v podpoře a pochopení jeho potřeb a třeba i nereálných přání. Porozumění se neprojevuje v tom, že klienta litujeme, ale že ho respektujeme jako statečnou lidskou bytost (Janáčková, Weiss, 2008).

Čtvrtá fáze - deprese, smutek

Nemocní si často uvědomují, že se blíží smrt a jejich konec života je nablízku. Často mají složité rodinné problémy, touží po urovnání sporů se svými nejbližšími, jejich neochota ke smíření je často velmi bolestivá pro smrtelně nemocného. Klient se připravuje na rozloučení s tímto světem. Dává do popředí majetkové záležitosti. Jeho tvář je smutná, často propadá hluboké depresi. Nemocní jsou vděční, pokud jsme s nimi i během jejich depresivních stavů. Často už nemají sílu bojovat o život a jsou již připraveni na smrt. Rozpor mezi přáním klienta a jeho blízkými, kteří nechtějí, aby zemřel, vnáší bolest a nepokoje do duše umírajícího. Jakmile příbuzní pochopí a přijmou přání nemocného zemřít, jsou vzájemně ušetřeni bolesti (Kelnerová, 2007, s. 30).

Pátá fáze - smíření, souhlas

Je to doba klidu, mizí zájem o informace. Na procesu smíření s nevyhnutelností smrti se pozitivně podílí také náboženské přesvědčení člověka, eventuálně jeho rodiny, které by mělo být jednoznačně respektováno. Stává se, že i nevěřící lidé se v konečném období života obracejí k Bohu. Tento fakt nelze hodnotit jako marnou snahu člověka o přijímání jakékoli naděje na útěchu nebo jako kalkulaci: „Co kdyby přeci jen...“. Tato změna souvisí většinou se změnou hodnotové orientace, s bilancováním vlastního života, s uvědomováním si vlastních zážitků a jejich pomíjivost (Janáčková, Weiss, 2008). Komunikace se v této fázi stává neverbální. Umírající se často přeje, aby ho někdo držel za ruce. Ožívají spíše potřeby blízkost, bezpečí a jistoty. Blízkost mu pomáhá v důstojném a klidném odchodu ze světa. Stisk ruky ubezpečí nemocného, že nezůstává v této těžké chvíli sám. Jsou ale klienti, kteří bojují až do konce a stádia akceptace nikdy nedosáhnou. (Kutnohorská, 2007).

1.5 Úzkost a strach

Strach a úzkost prožil každý z nás. Mají pro člověka ochranný význam. Navzájem se od sebe liší, i když hranice mezi úzkostí a strachem je neostrá. Neexistuje člověk, který by tyto stavy nikdy nepoznal, nepocítil, neprožil (Bouček, 2006). Mezi pojmy strach a úzkost není přesná hranice a jejich užívání je věcí konvence, popřípadě jazykového citu (Vymětal, 2003).

1.5.1 Vymezení pojmů

Strach můžeme definovat jako emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí. Strach má tedy na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt, je určitou odpovědí na konkrétní myšlení, vzniká z reálného ohrožení. Může se vztahovat ke konkrétním věcem, ale i k určitým psychosociálním situacím, kdy je zřejmé, že se nebojíme pouze těchto věcí či situací, ale jde zde pouze o strach z možných následků, které by z dané situace mohly nastat (Bouček, 2003). Předmětem strachu může být:

- bolest, kterou zná z předchozího onemocnění, vyšetření atd.
- ztráta životních možností
- odloučení od nejbližších
- vhléd - bojí se, že ho nemoc trvale poznamená
- nutnost změny způsobu života
- strach z léčení
- strach ze smrti a umírání - stojí v pozadí i u lehčích forem nemoci, protože lidé si některá onemocnění nedovedou vysvětlit a bojí se, jaké komplikace mohou vzniknout (Zacharová, 2005, s. 50).

Strach je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci.

Úzkost je nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět nebo situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána (Vymětal, 2006, s. 236). Mírné obavy a úzkost jsou zcela normální a prožívá je v životě každý. Jsou užitečné a důležité, pokud nepřerostu určitou míru. Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká nebo se objevuje v nepřiměřených situacích (Bouček, 2003). Somatické a psychické projevy úzkosti jsou obecně známé, patří mezi ně například:

- rozčílení na podráždění
 - útlum, někdy až strnulost
 - ustaraný a ustrašený výraz
 - nejisté, nekoordinované pohyby, tření končetin nebo svalové napětí
 - řeč rychlá, překotná nebo zajímavá
 - roztržitost, tendence k zapomínání
 - rozšířené zornice, zrychlený tep, dech, zblednutí, sucho v ústech
 - nervozita, nemocný se potí
- (Zacharová, 2005, s. 51)

V praxi se často oba pojmy zaměňují, protože se vzájemně podmiňují a splývají - úzkost běžně přechází ve strach a naopak (Bouček, 2003). Způsob, jak jednat s nemocným, který prožívá strach a úzkost, není jednoduchý. Vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání zdravotnických pracovníků.

1. Základem je psychologická péče o nemocného, která se týká rozptýlení strachu a úzkosti, a to jak osobní přítomností zdravotníka, vlídností, trpělivostí, klidem a v neposlední řadě takovým jednáním, kdy si získáme důvěru nemocného.

2. Velmi účinný je dobře vedený rozhovor, kdy dáváme najevo, že máme pro nemocného člověka pochopení, nepohrdáme jím, nepovyšujeme se, dáme mu možnost, aby o svém strachu s námi mluvil, protože tak se uvolní a dochází k úlevě. Mnohé problémy vyplývají často z neinformovanosti. Správní informace snižují v nemocném úzkost z budoucnosti. Zdravotnický personál ovšem musí vědět, které informace poskytuje sestra a které lékař.
3. Vhodné zaměstnání snižuje strach a orientuje myšlenky jiným směrem. Skutečností ovšem zůstává, že nemocný i přes snahu personálu odpoutat jej od reality, obrací svou mysl znovu a znovu k obtížím a obavám.
4. Významnou roli v omezení strachu a úzkosti hraje i tak zvaná psychologie čekárny, kdy nemocný čeká na vyšetření či ošetření.
5. S pacienty, kteří patří do obzvláště rizikové skupiny, kteří jsou mimořádně úzkostní a bázlivi, jednáme se zvýšenou trpělivostí. Chováme se profesionálně a nikdy nedáme najevo nechuť, netrpělivost, rozladění, které v nás jejich projevy strachu vzbuzují (Zacharová, 2005, s. 52,53)

Strach ze smrti je fenomén, s kterým se běžně setkáváme a považujeme jej za něco biologicky daného, nutného a zcela přirozeného. Z psychologického hlediska je ještě několik hlavních zdrojů. Jednak je daní za lidskou individualitu a autonomii, které bývají doprovázené prožitkem osamělosti v hraničních životních situacích. Jedinec výrazně autonomní se stává osamělý v situacích ohrožení života, tedy před čímsi vlastně záhadným a neznámým. Dostavuje se úzkost, protože v takových chvílích jen stěží najde oporu pouze sám v sobě. Blížící se smrti bývají zaskočení zvláště mladí dospělí a lidé ve středním věku, kdy smrt přichází „příliš brzy“. Tito lidé se trápí starostmi o nezaopatřené děti, o nedokončenou a přitom důležitou práci apod. U lidí starých je konec

života něčím přirozeným ve smyslu úsloví „mladý může, starý musí“. Strach ze smrti nebývá tak velký, spíše se obávají strastiplného umírání. Smrti se neobávají za předpokladu, že uzavírají život s pocitem naplněnosti a dobrých mezilidských vztahů. Klidnému umírání a akceptaci smrti brání z psychologického hlediska naopak pocit osamělosti a opuštění, a také „boj“ pacienta o život, kdy na smrt není připraven, neakceptuje ji a se svými blízkými se nerozloučil (Vymětal, 2006). Strach ze smrti svazuje a ochromuje. Chodit kolem pacientova strachu jako kolem horké kaše určitě není nejšťastnějším řešením. Co tedy dělat?

Ulevit nemocnému můžeme už tím, že mu docela obyčejnými otázkami pomůžeme ke svému strachu se nahlas přiznat. Pojmenovat ho. Jakmile se to podaří, strach je rázem poloviční. A když si povídáme ještě chvíli, strach se začne rozplývat a obvykle brzy zmizí docela. Někdy stačí nemocného vyzvat: "A na co tady tak celý den myslíte? Bojíte se něčeho? A čeho? Jak to bude? Nebo co bude potom?" - a on s úlevou přizná, že se bojí toho i onoho. A je to venku a dá se s tím konečně něco dělat (Svatošová, 1998). Mnoho lidí se ptá, jaké to je zemřít. Pomůže, když sestra dokáže mluvit s pacientem či jeho rodinou bez větší obtíží o chátrajícím zdraví, snížené chuti k jídlu, postupnému ubývání na hmotnosti, větší potřebě spánku a odpočinku a postupnému upadání do kómatu. Sestra může ujistit pacienta o tom, že jeho bolest bude účinně léčena a že jsou sestry schopné ulevit pacientovi od nepříjemných symptomů a pomoci mu dosáhnout duševního klidu (Connor, Aranda, 2003, s. 194). Komunikace má být přirozená; vedle umírajícího se nemusí mlčet, ale ani mluvit příliš mnoho. Mlčení však není úplně vyloučeno; někdy si právě tak lidé dokážou projevit soucítění, porozumění. Pro některé pacienty je velmi žádoucí formou komunikace také dotek. Rozumí se tím „civilní“ dotek: stisknutí ruky, pohlazení po ruce, rameni, hlavě atd. Dotekem můžeme dobře vyjádřit pochopení, blízkost, povzbuzení, účast a to vše i beze slov.

Je vhodné mluvit také o prožitém životě. O jeho smyslu, vytvořených hodnotách. Chtějí-li se nemocní s něčím svěřit, je třeba vyslechnout je s pochopením. Sestře by při komunikaci mohly být nápomocny i níže uvedené zásady:

- Respektovat právo pacienta na pravdivé informace.
- Informace o zdravotním stavu pacientovi podává lékař.
- Pacientovi ponechat naději na zlepšení nebo pozastavení choroby.
- Neurčovat čas, který nemocnému zbývá do konce života.
- Dát možnost umírajícím hovořit o svých pocitech.
- Naslouchat umírajícímu i rodině.
- Používat i nonverbální komunikaci - haptiku.
- Rozhovoru s umírajícím věnovat čas.

Pokud sestra neví, jak začít s klientem rozhovor, mohou ji pomoci následující otázky:

- Chcete mluvit o tom, co bude?
- Máte starosti, s kterými bych vám mohl pomoci?
- Zdá se mi, že Vás něco trápí.
- Zdá se mi, že se necítíte dobře.
- Co to znamená pro váš každodenní život?
- Co konkrétního pro vás můžu teď udělat?
- Co vás nejvíce zatěžuje?
- Když se stav zhorší, čeho se obáváte?
- Co si v žádném případě nepřejete?
- Co si váš blízký nepřeje?

Je sice dobré na tyto náročné rozhovory se teoreticky připravit, ale v konkrétní situaci je pak lepší všechny poučky raději zapomenout. Spolehnout se, že člověka v tu správnou chvíli napadnou ta správná slova. A neostýchat se je i vyslovit. A když ho žádná slova nenapadají, je třeba mlčet. Mlčení má v těchto situacích své nezastupitelné a velmi důležité místo. A nedokážeme-li nemocnému

pomoci sami, musíme mu zprostředkovat pomoc odbornou. Nabídnout možnost rozhovoru s duchovním nebo s psychoterapeutem a respektovat právo nemocného vybrat si jak osobu, tak i čas rozhovoru (Svatošová, 1998). Komunikaci s těžce nemocnými velice dobře vystihují následující citáty:

„Vlídna slova mohou být stručná a prostá, ale jejich ozvěna je nekonečná.“

Matka Tereza

...Neodcházejte pryč. Zůstaňte tady. Potřebuji teď hlavně vědět, že tu je někdo, kdo mě bude držet za ruku, až to budu potřebovat. Mám strach... ještě nikdy v životě jsem totiž neumíral...

třináctiletý chlapec, který zemřel na zhoubný nádor

(Cesta domů, 2010, online)

1.5.2 Všeobecné sestry v paliativní medicíně

Práce v paliativní medicíně klade velké nároky na psychiku profesionálního pracovníka. Předpokladů pro práci v takovém zařízení je několik. Prvním předpokladem je duševní zdraví. Pro tuto práci se nehodí osoby, které jsou labilní. Dalším předpokladem je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání, trpělivost a schopnost komunikace. Fyzické zdraví je vždy nezbytnou podmínkou. Výhodou pro každého pracovníka je dobré rodinné zázemí.

Zdravotníci jsou vystaveni emocionálním rizikům. Svou úzkost, kterou si zpravidla nechtějí připustit a potlačují ji, řeší nejčastěji omezením komunikace s pacientem a únikem do jiných činností, např. administrativních. Pacient tímto chováním trpí a může si ho vysvětlovat jako pohrdáním svou osobou. Vzrůstající úzkost řeší někteří pracovníci somatizací - pociťují různé obtíže na úrovni svého

těla. K vážnějším profesionálním deformacím patří citová plochost, která může být buď pouze hraná, nebo projevem skutečného citového otupení. Projevuje se cynismem, beztaktným chováním, nevhodným vtipkováním i před pacienty, zbytečným, hlasitým, zlehčujícím hovorem o intimních věcech pacientů, personálu a někdy i o svých vlastních (Vorlíček a kol., 2004). Je to právě sestra, která je v co nejužším kontaktu s umírajícím a všemi návštěvami smrtelně umírajícího nemocného. Od ní se žádá vysoká odbornost, profesionální zralost, mistrovství v komunikaci. Často je péče o pacienta velice těžká, je apatický nebo už v kómatu a přesto se od sestry vyžaduje, aby byla obětavá, laskavá, trpělivá a fyzicky i psychicky zdatná. Pro ošetrovatelskou péči o umírající je ještě nezbytně důležité, aby se uměla vyrovnat s odchodem člověka, a aby umírání a smrt brala jako součást života.

Sestra se velmi často dostává do velmi obtížných, složitých a stresových situací. Zde jsou některé potíže, které mohou u sester nastat při vystavení se stresu:

- Fyziologické (somatické) potíže: bušení srdce, arytmie, tachykardie, zvýšení krevního tlaku, bolesti v kříži, zácpa, průjmy, škubání víček, stažení krku, bolesti svalů, pocení dlaní, čela, sucho v ústech aj.
- Psychické (emocionální, subjektivní) potíže: nespavost, pocit vyčerpání, děsivé sny, pocit napětí, ohrožení, agresivita, vztek, pocit samoty, zhoršená paměť, podrážděnost, netrpělivost, ztráta radosti z práce aj.
- Změny v chování: objevuje se nápadné nonverbální chování, např. zvýšená gestikulace, rychlá chůze, okusování nehtů, zvyšování hlasu, skákání do řeči, rychlé přijímání potravy. Pití alkoholu a kouření může být i zvýšené, nechutenství nebo naopak přejídání aj.

Způsob, jak si sestra poradí se zvládnutím stresu, je velmi individuální. Možnost předvídat výskyt stresové události, i když ji jedinec nemůže ovlivnit, obvykle snižuje intenzitu stresu. V praxi se

setkáváme s určitými postupy, které umožňují najít naše slabá místa a ochranu na nadměrnou zátěž, ke které péče o umírající může patřit. Sestře jistě pomůže při zvládnání setkání s utrpením, bolestí, při setkání se smrtí metoda kognitivně behaviorálního, self monitoring, step technika, Schultzův atogenní trénink, relaxační koncentrační trénink, aromaterapie, muzikoterapie aj. Nejdůležitější v práci sestry je její vlastní postoj k umírání a smrti. Utrpení přestává být do jisté míry utrpením v okamžiku, kdy má nějaký smysl. Sestra, pečující o umírající musí mít mimo odborných, právních, etických a manažerských znalostí, filozofický nadhled a sociální zralost. Musí být psychicky vyrovnaná, musí sama žít smysluplný život, pak je schopnost pracovat bez strachu a stresu u nemocných v terminálním stádiu (Kelnerová, 2007).

1.6 Hospicová péče

1.6.1 Historie hospicové péče ve světě

Název moderního hospicového hnutí se odvozuje od latinského pojmu hospitum (přístřeší, ubytovna), jež vyjadřovalo vzájemný vztah mezi hostem a hostitelem a mezi nemocným a pečujícími křesťany (Student, Mühnud, Student, 2006). Z angličtiny se slovo hospic překládá jako domov pro nemocné, útulek pro nemocné a nebo také jako opuštěný dům pro poutníky a mnichy. To znamená, že tento termín původně vyjadřoval útulek, útočiště. Hospic byl původně používán už ve středověku zejména pro unavené poutníky putující do Palestiny. Byli v nich zpravidla několik dní, aby nabrali síly na další úsek cesty, řádně se vyspali, najedli, napili a ošetřili bolavé nohy. Hospic většinou vedl člověk, který byl schopen nejen vést hostince, ale který se vyznal i v ranhojičství (Haškovcová, 2000, s. 39). Brzy však kromě poutníků zde nacházeli útočiště i nemocní a ranění.

K velkému rozvoji tehdejší hospicové péče došlo v období křížáckých válek. Ve středověku tvořily hospice jakousi síť tehdejšího zdravotnictví. Avšak anglický král Jindřich VII. je po sporu s papežem zrušil. Občané zaslali králi v roce 1538 petici, ve které žádali jejich znovuotevření. Některé z nich byly skutečně otevřeny (Havlíková, 1999).

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána Hospic a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity.

Rozvoj specializovaných zařízení pro umírající nastal až ve 20. století. Mezi první patří londýnský St. Joseph's Hospice v Hackney, který založily příslušnice Charity irských sester. K dramatickému nárůstu hospiců však došlo až po druhé světové válce (Haškovcová, 2000).

V polovině 20. století se také překvapivě objevily dvě velké ženy, lékařky, obdarované zvláštními schopnostmi. Ta jedna, do té doby neznámá psychiatricka, nachází cestu k vyloučeným a zapuzeným tehdejší společností – ke smrtelně nemocným lidem – a veřejně s nimi navazuje kontakt. Její jméno je Elizabeth Kübler-Rossová.

Druhá žena, tehdy mladá anglická zdravotní sestra, se zamilovala do člověka s nevléčitelným onkologickým onemocněním. Cestu k uzdravení oba dva našli v plánech, jak umožnit lepší, důstojnější a chráněné umírání. Mladá sestra později studovala sociální práci a medicínu, aby mohla konečně založit instituci, která se v celém světě proslavila pod jménem „hospic“. Její jméno je Cecily Saundersová a je považována za zakladatelku moderního hospicového hnutí. Cecily Saunders si získala úctu, obdiv i mezinárodní věhlas pro svůj příspěvek v péči o zmírnění utrpení umírajících. Stovky hospiců v Británii a více jak 95 dalších zemích

byly inspirovány hospicem St. Christopher's v Sydenhamu v Anglii, který založila v roce 1967 (Student, Mühnud, Student, 2006).

1.6.2 Historie hospicové péče v České republice

Již ve středověku na území České republiky vznikaly takzvané hospitály. Jejich filozofie vycházela z dob starokřesťanských a sloužily k řadě účelů: péče o chudé, nemocné a zestárlé, osamocené umírající, sirotky, pocestné a další potřebné. Původně hospitály zřizovali biskupové a faráři. Teprve později je začaly zřizovat i města. Byly to skromné budovy, obyčejné městské domy, které umírající odkázal pro dožití osamocených lidí.

Se zavedením domovského práva v Čechách se rozvíjí celá škála zařízení na úrovni obce, které slouží všem potřebným. Systém obecných pastoušek, chudobinců a chorobinců byl otevřen všem osamělým starým a umírajícím, kteří v těchto zařízeních měli nejen kde složit hlavu, ale bylo zde o ně postaráno i po odborné stránce, kterou zajišťovali různé dobročinné obecní spolky a charitativní organizace. Již v této době je možné najít první známky lůžkové hospicové péče. Tento systém byl funkční až do roku 1952, kdy došlo vládou ke zrušení uplatňování domovského práva v obcích (Misconiová, s. 43).

Na filozofii prvního moderního hospice, který založila Dr. Cecilly Saundersová navazuje česká lékařka Marie Svatošová, která roku 1993 založila občanské sdružení na podporu domácí hospicové péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo (Ejhle člověk). Ecce homo prosazuje práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti. Prvním mimořádným úspěšným počinem Ecce homo bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci (Haškovcová, 2000).

1.6.3 Myšlenky hospicové péče

Hospicová péče je určena pro následující skupiny nevyлéčitelně nemocných, jimž podpora multidisciplinárního týmu může pomoci naplnit jejich potřeby pro život s nemocí či v době umírání:

- pokročilá stádia nádorových onemocnění,
- pokročilá stádia onemocnění nervové soustavy s postupným zhoršováním klinického stavu (např. syndrom demence, amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza),
- terminální stádia imobilizačního syndromu, často s nutností intenzivní léčby bolesti i dalších obtíží – nejčastěji chronicky nemocní vyššího věku,
- terminální stádia chronických onemocnění srdce, ledvin, trávicího a dýchacího traktu.

Indikaci hospicové péče je třeba stanovit na základě konsenzu pacienta, jeho relevantních blízkých, lékaře hospice a příslušného lékaře specialisty.

Základními podmínkami, které daná onemocnění a stavy spojují jsou:

- U nemocného není možná nebo byla vyčerpána kauzální léčba a další léčba a péče jsou zaměřeny na mírnění potíží, které základní onemocnění působí.
- Klient a jeho rodina jsou s touto skutečností srozuměni – tzn. pacient a jeho blízcí rozumí možnostem i limitům paliativní péče a souhlasí s jejími principy.
- Onemocnění klientovi působí vážné tělesné a psychické obtíže.
- Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že má pacient před sebou život v řádu týdnů až několika měsíců.
- Zdravotní stav nevyžaduje léčbu na jednotce intenzivní péče (*Pro koho je hospic určen*, 2007, online).

Hospic poskytuje nemocnému paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Paliativní péče podporuje život, podporuje kvalitu života. Umírání a smrt považuje za normální proces. Smrt ničím neuspíšuje ani neoddaluje, mírní bolest a jiné symptomy. Nabízí podpůrný systém umožňující žít plně až do konce. Zahrnuje péči o rodinu nemocného, poradenství, podporu blízkých osob během doprovázení nemocného i po jeho smrti.

K otázce eutanazie má hospic velmi jednoznačně vyhraněný postoj. Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE. Myšlenka hospicové péče vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.

Hospic také podporuje pacientovy vztahy s rodinou a dalšími blízkými osobami. Nabízí jim ubytování i s pacientem, časově neomezené návštěvy, odborné poradenství i lidskou blízkost.

Cílem hospicové péče je:

- Aby pacienti žili co nejplněji až do poslední chvíle svého života, obklopeni osobami, pro které mají jedinečnou hodnotu.
- Zaměření na uspokojování všech 4 okruhů potřeb pacienta - tělesných, duševních, sociálních a spirituálních.
- Pomoc blízkým osobám pacienta, které pobývají s pacientem v hospici nebo o pacienta pečují v domácím prostředí.
- Úsilí o zmírnění dopadu ztráty na pozůstalé v případě smrti pacienta nabídkou osobní blízkosti zkušených pracovníků (korespondence, pravidelná setkání s pozůstalými, osobní návštěvy).
- Podpora péče o pacienty v domácím prostředí díky poradně s půjčovnou zdravotnických pomůcek a formou teoretického i praktického vzdělávání pečujících osob.

(Poslání a cíle, 2010, online).

1.6.4 Hospicový tým

Tým pracovníků hospice tvoří lidé, kteří vědí, že každý pacient má svoji jedinečnou hodnotu. Proto se dohromady snaží o to, aby pacienti žili co nejplněji svůj život až do konce a aby měli po celou dobu pobytu zajištěny všechny čtyři základní potřeby člověka - tělesnou, duševní, sociální a spirituální. Při tom všem nezapomínají ani na pomoc jejich blízkým a příbuzným, která nekončí smrtí pacienta. Je tvořen:

- lékaři různých specializací
- všeobecnými sestrami
- ošetřovateli
- sanitáři
- sociálním pracovníkem
- duchovním
- psychologem
- nutričním terapeutem
- fyzioterapeutem
- dobrovolníky a rodinnými příslušníky

1.6.5 Formy hospicové péče

Forem hospicové péče je hned několik. Záleží na potřebách a možnostech klienta a jeho blízkých, jakou z nabízených služeb zvolí.

Lůžková hospicová péče

Zásadní rozdíly hospicové péče a ošetřovatelské péče v nemocnici jsou v tom, že pacient má téměř vždy samostatný vybavený jednolůžkový pokoj a kvalitnější ošetřovatelskou péči. Ošetřovatelský personál má více času pro každého pacienta. V hospici není "povinný" denní režim jako v nemocnici a péče se oproti péči nemocniční hradí. Téměř vždy je také přítomný osobní přátelský vztah ošetřujících k pacientům. Je zachována důstojnost člověka i v období těžké nemoci na konci jeho životní cesty. Návštěvy příbuzných nejsou nikým a ničím omezovány a příbuzní mohou být ubytováni přímo na pokoji klienta (*Hospicová péče*, 2009, online).

Domácí hospicová péče

Je ideální, když umírající může zemřít v rodinném prostředí a v péči rodinných příslušníků. Rodina, která chce umírajícího v plném slova smyslu dočlovat, však k tomu musí mít určité podmínky. Nestačí CHTÍT, je třeba také UMĚT a MOCI (Haškovcová, 2000, s. 53).

Domácí hospicovou péči lze dělit na laickou a odbornou. Laická péče je poskytována umírajícím všech věkových skupin, kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči, služby či pomoc. Je určena umírajícím, kteří mají takové sociální podmínky, které dovolují poskytování domácí laické péče bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Je základním pilířem hospicové péče jako celku. Je poskytována tak zvaným pečovatelem – členem rodiny, příbuzným, popřípadě dobrovolníkem.

Odborná hospicová péče je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče – poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Doplnuje, či nahrazuje péči laickou. Je poskytována multidisciplinárním týmem složeným dle aktuálních potřeb umírajícího, či jeho blízkých. Domácí hospicová péče je ordinována ošetřujícím lékařem.

Ambulantní hospicová péče

Je určena plně, či částečně mobilním umírajícím, jejichž aktuální psychosomatický stav nevyžaduje umístění na lůžko, péči ve stacionáři nebo poskytování domácí odborné hospicové péče. Pomáhá umírajícím v rámci paliativní péče zmírňovat příznaky doprovázející umírání prostřednictvím krátkodobých časově omezených, odborných a specializovaných intervencí.

Semiambulantní hospicová péče

Semiambulantní, neboli stacionární hospicová péče je integrovanou formou zdravotní a sociální péče poskytované umírajícím v prostředí stacionáře, který po část dne nahrazuje jejich vlastní sociální prostředí. Rozšiřuje domácí hospicovou péči a je zřizována obvykle při lůžkových typech péče. Je určena umírajícím, kteří nemají aktuálně takové sociální podmínky, které by dovolily poskytování domácí hospicové péče laické i

odborné v průběhu 24 hodin denně bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých (Misconiová, s. 37 – 42).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle diplomové práce

Cíl 1a: Zjistit, zda všeobecné sestry používají ošetrovatelskou diagnostiku.

Cíl 1b: Zjistit, zda všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkost ze smrti používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti.

Cíl 2: Zmapovat, jak všeobecné sestry v hospicích identifikují a řeší u svých klientů úzkost ze smrti a porovnat s definovanými prvky klasifikace NANDA a NIC.

Cíl 3: Zjistit, zda mají všeobecné sestry problém pečovat o klienty prožívající úzkost ze smrti.

Cíl 4: Zmapovat zájem všeobecných sester o problematiku úzkosti ze smrti.

2.2 Hypotézy

H1A: Všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkosti ze smrti, používající v rámci ošetrovatelského procesu častěji ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti.

H10: Všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkost ze smrti, používají v rámci ošetrovatelského procesu ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti stejně často jako sestry, které nemají zájem o problematiku úzkost ze smrti.

H2A: Víra u sester ovlivňuje skutečnost, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností (předpokládám, že věřící sestry jsou smířené s vlastní smrtelností ve větší míře).

H20: Víra u sester neovlivňuje skutečnost, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností.

H3A: Výskyt problémů při péči o klienty v hospici, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti, závisí na tom, zda je sestra smířena s vlastní smrtelností.

H3O: Výskyt potíží při péči o klienty v hospici, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti, nezávisí na tom, zda je sestra smířena s vlastní smrtelností.

H4A: Zájem všeobecných sester o informace, vztahující se k problematice úzkosti ze smrti, ovlivňuje délka praxe.

H4O: Zájem všeobecných sester o informace, vztahující se k problematice úzkosti ze smrti, neovlivňuje délka praxe.

2.3 Metodika práce

2.3.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky a údaje z oblasti metodologie a statistiky, potřebné ke konstrukci dotazníků, byly získány prostudováním odborné literatury, časopisů a zdroji uvedenými na internetové síti.

2.3.2 Charakteristika souboru respondentů

Součástí přípravy na realizaci výzkumného šetření bylo také vymezení zkoumaného souboru. Zkoumaný soubor byl vybírán dle následujících požadavků:

- 1) Ženy a muži.
- 2) Všeobecné sestry.
- 3) Pracovníci v lůžkovém hospici.

2.2.3 Použitá metoda výzkumného šetření

K získání dat byla použita dotazníková metoda. Dotazník obsahuje soustavu připravených a pečlivě formulovaných otázek, vytvořených pro získání specifických údajů potřebných pro výzkumné šetření.

Dotazník má tři části. První část obsahuje úvodní dopis a pokyny k vyplnění dotazníku. Druhá část se skládá z obecných informativních položek a třetí část je zaměřena na problematiku ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti. Dotazník obsahuje celkem 19 číslovaných položek. Vyplňování dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. (dotazník – viz příloha č. I)

V dotazníku byly použity tyto položky:

1. Uzavřené (strukturované) – vyznačují se tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Respondent vybírá jednu možnost. Např. otázka č. 5.

5. Jak dlouho pracujete v hospici?

- méně jak 1 rok
- 1 – 3 roky
- 4 – 5 let
- více jak 6 let

2. Polouzavřené – respondentovi se předkládá několik možností, z nichž jednu vybírá.

Pokud mu nevyhovuje žádná z navrhovaných odpovědí, dopíše svou vlastní odpověď do nabídky „jiné“. Např. otázka č. 10.

10. Máte zájem o informace vztahující se k problematice úzkosti ze smrti u pacientů?

- ano, navštěvuji semináře věnující se této problematice
- ano, chtěl/a bych navštívit nějaký seminář, který by se věnoval úzkosti ze smrti, ale žádné nejsou
- ano, přes internet

ano, studium odborné literatury

jiné _____

ne, nemám zájem o tuto problematiku

3. Otevřené (nestrukturované) – nenavrhují respondentovi žádné možné odpovědi. Musí je napsat sám. Takto byla zaměřena např. otázka č. 6.

6. Jak byste definovali úzkost ze smrti?

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na získávání dat v těchto oblastech:

Ke zjištění **demografických údajů** (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, víra, a délka práce v hospici) byly využity položky z informativní části: 1, 2, 3, 4 a 5.

Ke zjištění **cíle 1A a 1B**- Zjistit, zda všeobecné sestry používají ošetrovatelskou diagnostiku a zjistit, zda všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkost ze smrti, používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti, byly použity následující položky dotazníku: 13, 14, 15. Byla vyslovena hypotéza, že všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkosti ze smrti, používající v rámci ošetrovatelského procesu častěji ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti.

Cíl 2 byl zaměřen na zmapování, jak všeobecné sestry v hospicích řeší u svých klientů úzkost ze smrti. Pro tento cíl byly použity položky č. 6 až 9 a položka č. 12.

Cíl 3 se týkal problémů všeobecných sester s péčí o klienty prožívající úzkost ze smrti. V dotazníku se k tomuto cíli vztahovaly položky č. 16,17,18, 19 a byly vysloveny následující dvě hypotézy: víra u sester ovlivňuje skutečnost, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností (předpokládám, že věřící sestry jsou smířené s vlastní smrtelností ve větší míře) a výskyt problémů při péči o klienty v hospici, u kterých se

vyskytuje úzkost ze smrti, závisí na tom, zda je sestra smířena s vlastní smrtelností.

Cíl 4 byl zaměřen na zmapování zájmu všeobecných sester o problematiku úzkosti ze smrti. Pro tento cíl byla použita položka č. 10 a položka č. 11. Hypotéza vztahující se k této problematice zní: Zájem všeobecných sester o informace, vztahující se k problematice úzkosti ze smrti, ovlivňuje délka praxe.

2.3.4 Organizace výzkumného šetření

Připravená verze dotazníku byla předložena vedoucí práce Mgr. Heleně Kisvetrové, která přispěla radami a připomínkami a následně byl dotazník předložen deseti osobám s charakteristikami cílové skupiny výzkumného šetření. Po kladném zhodnocení všech položek bylo přistoupeno k dalšímu kroku realizace výzkumného šetření.

Dotazníky byly osloveny lůžková hospicová zařízení v ČR. V pěti hospicích byly dotazníky předány osobní návštěvou a zbývajících 8 hospiců bylo osloveno Českou poštou. 15 dotazníků obdrželi hospice: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně - Rajhrad, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci a Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci. Následující hospice obdrželi vždy po 10 dotaznicích: Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic Štrasburk v Praze, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic v Mostě, Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí, Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích, Hospic Chrudim, Hospic sv. Lukáše v Ostravě a Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech.

Dotazníky byly rozdány v celkovém počtu 145. Sběr dat proběhl na přelomu ledna a února 2010. Na vyplnění dotazníku měli respondenti tři týdny. Z celkového počtu 145 dotazníků se jich vrátilo 112, návratnost byla 77%. Z důvodu nesplnění charakteristiky cílové skupiny výzkumného šetření nemusel být vyřazen žádný dotazník, ale 10 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Pro zpracování výzkumného šetření bylo použito 102(70 %) dotazníků.

2.3.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována na počítači v tabulkovém editoru Microsoft Office Excel do četnostní tabulky. Získané výsledky byly převedeny do jednoduchých tabulek četností a doplněny o výpočty relativní četnosti. Vypočítaná relativní četnost pozorovaných jevů byla znázorněna grafickou úpravou. Hypotézy byly testovány pomocí Fisherova přesného testu a chí-kvadrát testu.

Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

$$f_i = n_i/N$$

f_irelativní četnost

n_iabsolutní četnost

Nčetnost celková

Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se udává v % - výsledek se vynásobí 100. Relativní četnosti jsou uváděny zaokrouhlené na jedno desetinné místo.

Střední hodnoty byly počítány pomocí vzorce pro aritmetický průměr:

$$X = (x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n) / N$$

Ncelková četnost

xaritmetický průměr

V práci jsou použity sloupcové grafy. Při konstrukci tabulek a grafů byl použit tabulkový procesor **Microsoft Office Excel**. Položky jsou řazeny dle jednotlivých cílů práce a výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány v kapitole 2.4.

2.4 Interpretace dat

Demografické údaje

Položka č. 1 pohlaví respondentů

Soubor tvořilo celkem 102 respondentů, z toho 100(98,0 %) ženského pohlaví a pouze 2(2,0 %) mužského pohlaví.

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Ženské	100	98,0
Mužské	2	2,0
Celkem	102	100,0

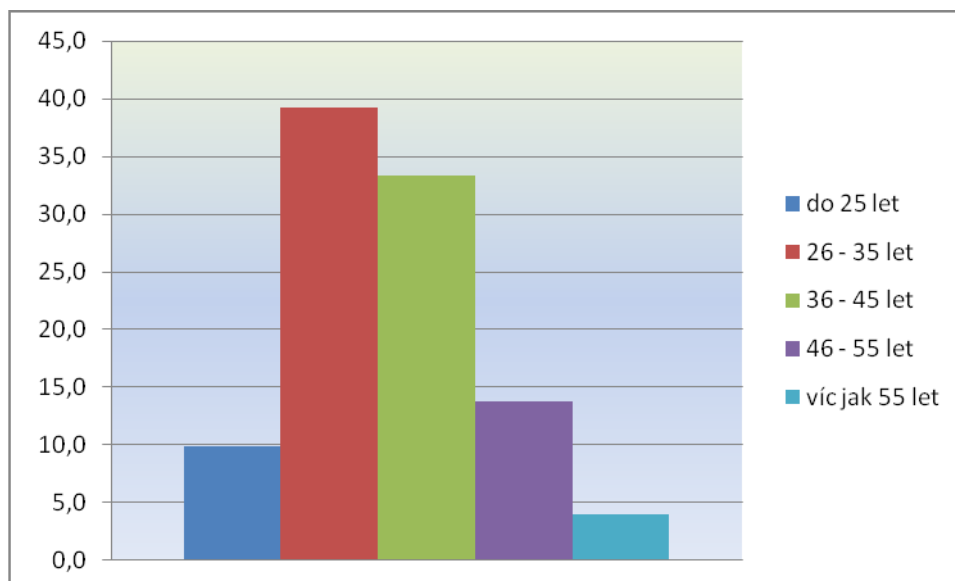
Položka č. 2 věk respondentů

Z celkového počtu 102(100,0 %) respondentů, uvedlo nejvíce 40(39,2 %) respondentů věk mezi 26 – 35 lety, dále 34(33,3 %) respondentů věk mezi 36 – 45 lety. 14(13,7 %) respondentů uvedlo věk v rozmezí 46 – 55 lety a 10(9,8 %) respondentů uvedlo věk do 25 let. Pouze 4(3,9 %) uvedli věk nad 55 let.

Tabulka č. 3 Věk respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů	
	n_i	f_i
do 25 let	10	9,8
26 - 35 let	40	39,2
36 - 45 let	34	33,3
46 - 55 let	14	13,7
více jak 55 let	4	3,9
Celkem	102	100,0

Graf č. 1 Věk respondentů



Položka č. 3 nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, SZŠ uvedlo 62 respondentů, VZŠ 21 respondentů, VŠ – Bc. 13 respondentů a 6 respondentů uvedlo VŠ – Mgr.

Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů	
	n_i	f_i
SZŠ	62	60,8
VZŠ	21	20,6
VŠ - Bc.	13	12,7
VŠ - Mgr.	6	5,9
Celkem	102	100,0

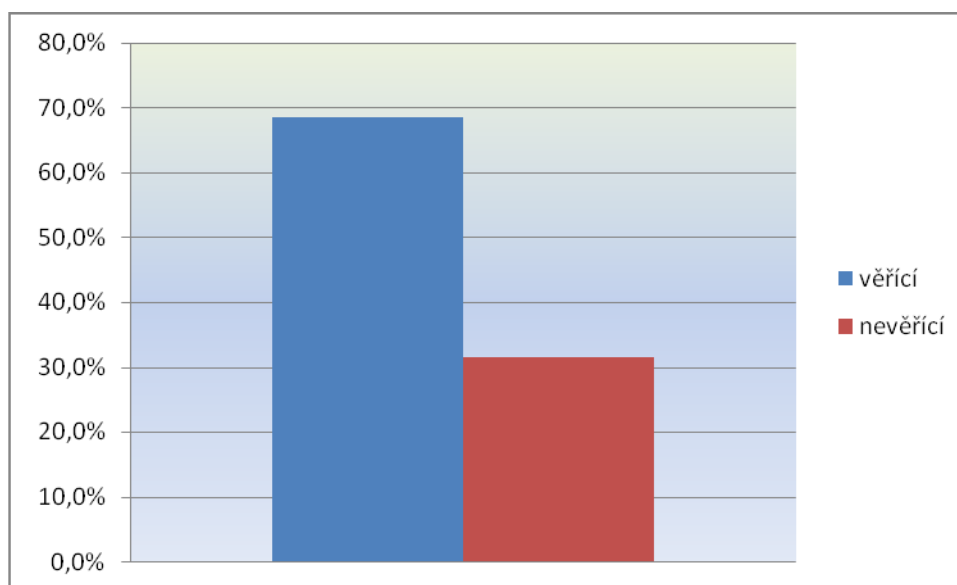
Položka č. 4 víra

70(68,6 %) všeobecných sester pracujících v hospici je věřících a 32(31,4 %) je nevěřících.

Tabulka č. 5 Víra

Véra	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Věřící	70	68,6
Nevěřící	32	31,4
Celkem	102	100,0

Graf č. 2 Víra



Položka č. 5 délka práce v hospici

Tabulka č. 6 zachycuje délku práce v hospici. Nejméně 9 (8,8 %) respondentů uvedlo, že pracují v hospici méně jak 1 rok. 21 (20,6 %) respondentů shodně uvedlo 4 – 5 let a více jak 6 let. Nejvíce respondentů 51(50,0 %) uvedlo délku práce 1 – 3 roky.

Tabulka č. 6 Délka práce v hospici

Délka práce v hospici	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Méně jak 1 rok	9	8,8
1 - 3 roky	51	50,0
4 - 5 let	21	20,6
Více jak 6 let	21	20,6
Celkem	102	100,0

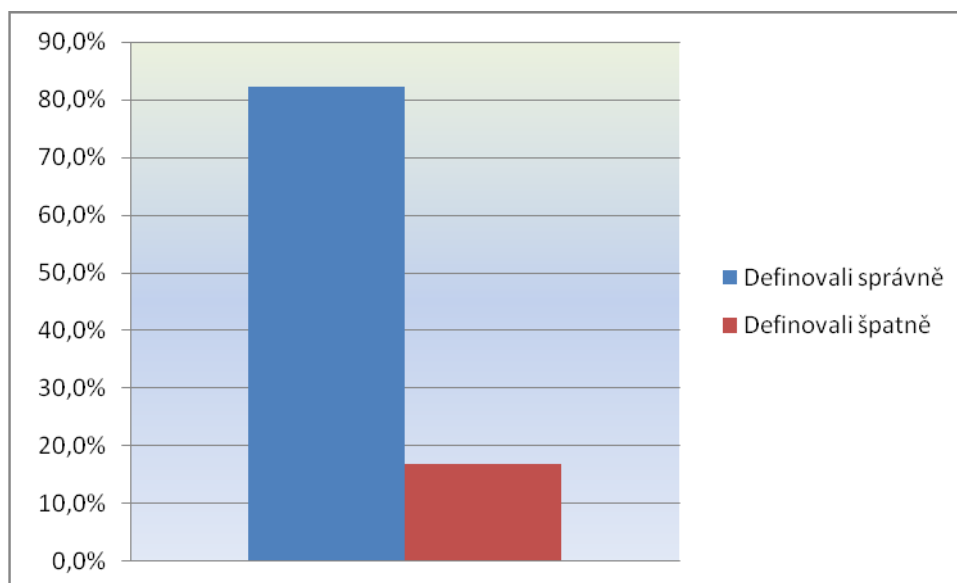
Položka č. 6 definice úzkosti ze smrti

Z celkového počtu respondentů 102(100,0 %), definovalo správně úzkost ze smrti 85(82,3 %) respondentů. Nejčastější odpověď respondentů byla: „Obavy, strach z neznámého, z toho, co bude následovat.“ „Strach z neznámého. Ze smrti, o které víme, že nastane, ale nevíme, jak bude probíhat. Co mě čeká při umírání a jestli je ještě něco po smrti.“ Špatně definovalo úzkost ze smrti 17(16,7 %) respondentů. Jejich odpovědi byly různé, např.: „normální stav člověka“, „agrese, hněv“, „strach z bolesti a ztráty důstojnosti při umírání“ a několik respondentů uvedlo, že neví.

Tabulka č. 7 Definice úzkosti ze smrti

Definice úzkosti ze smrti	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Definovali správně	85	82,3
Definovali špatně	17	16,7
Celkem	102	100,0

Graf č. 3 Definice úzkosti ze smrti



Položka č. 7 příznaky úzkosti ze smrti

K této položce se vztahovala otevřená otázka č. 7 v dotazníku. Výpovědi respondentů byly rozříděny do čtyř kategorií. Kategorie byly zvoleny podle NANDA klasifikace pro ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti – 00147. Z celkového počtu 102(100,0 %) respondentů uvedlo minimálně jeden určující znak 39(38,2 %) respondentů, 32(31,4 %) respondentů uvedlo minimálně jeden související faktor a 10(9,8 %) respondentů uvedlo minimálně jeden určující znak a související faktor. 21(20,6 %) respondentů nevedlo ani jeden určující znak nebo související faktor a byli zařazeni do kategorie jiné. Nejčastěji byl uveden určující znak - *sděluje hlubokou sklíčenost*: „změna mimiky obličeje, vystrašený výraz ve tváři, děs v očích, někdy pacienti i pláčou nebo naopak odmítají kontakt, jsou uzavření neteční, touha po domově.“ Z určujících faktorů se nejčastěji vyskytoval - *vnímání blízkosti smrti*: „neklidné spaní, bojí se usnout, vyžaduje často přítomnost sestry, nechce být sám, strach z nastávající smrti, chce, aby přišel kněz.“ V kategorii jiné respondenti nejčastěji uváděli: „snížení mobility, nechutenství, dušnost.“

Tabulka č. 8 Příznaky úzkosti ze smrti

Příznaky úzkosti ze smrti	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Určující znaky	39	38,2
Související faktory	32	31,4
Určující znaky i související faktory	10	9,8
Jiné	21	20,6
Celkem	102	100,0

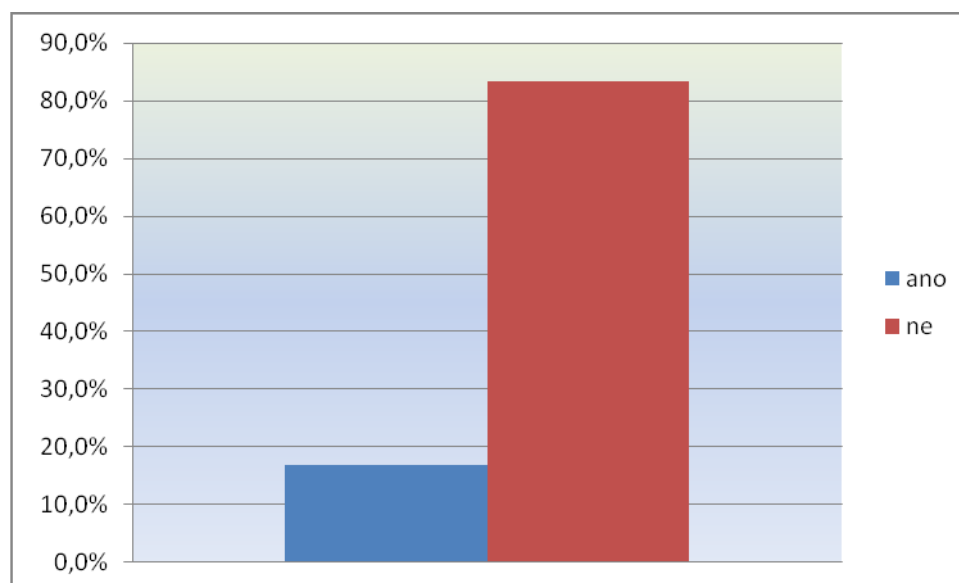
Položka č. 8 používání hodnotících škál při diagnostice úzkosti ze smrti

Z této položky vyplývá, že 83,3 % respondentů neuvádí ke stanovení úzkosti ze smrti žádné hodnotící nástroje. Ze zbývajících 16,7 % respondentů používá 5 respondentů hodnocení fází umírání dle Kübler-Rossové a ostatních 12 respondentů žádnou konkrétní škálu nevedlo.

Tabulka č. 9 Používání hodnotících škál

Používání hodnotících škál při diagnostice úzkosti ze smrti	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Ano - používají	17	16,7
Ne - nepoužívají	85	83,3
Celkem	102	100,0

Graf č. 4 Používání hodnotících škál



Položka č. 9 ošetrovatelské intervence

Z otevřené otázky v dotazníku vyplynulo, že intervence prováděné respondenty u pacientů s úzkostí ze smrti, lze rozdělit do tří kategorií dle NIC intervencí k ošetrovatelské diagnóze Úzkost ze smrti. 67 respondentů uvedlo minimálně jednu aktivitu z intervence Duchovní podpora (5240). Nejčastější byla – *uspořádat dotyčné osobě návštěvy duchovního poradce*: „zajistit přítomnost duchovního.“ 52 respondentů uvedlo minimálně jednu aktivitu z intervence Péče o umírající (5250). Nejvíce se vyskytovala aktivita – zahrnout rodinu do rozhodování o péči a činnostech podle přání pacienta: „spolupráce s rodinou.“ Z kategorie jiné se nejčastěji vyskytovalo: „podání medikace.“

Tabulka č. 10 Ošetřovatelské intervence

Ošetřovatelské intervence	Počet respondentů
	n_i
Duchovní podpora	67
Péče o umírající	52
Jiné	11

Položka č. 10 zájem respondentů o informace k problematice úzkosti ze smrti

Z celkového počtu 102(100,0 %) respondentů označilo možnost- ano, chtěl/a bych, ale žádné nejsou 35(34,3 %) respondentů. 26 (25,5 %) respondentů shodně označilo možnost – ano, navštěvuji semináře a ano, studiem odborné literatury. Možnost – ano, přes internet - označilo 10(9,8 %) respondentů.

Tabulka č. 11 Zájem o informace

Zájem respondentů o informace k problematice úzkosti ze smrti	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Ano, navštěvuji semináře	26	25,5
Ano, chtěl/a bych, ale žádné nejsou	35	34,3
Ano, přes internet	10	9,8
Ano, studiem odborné literatury	26	25,5
Jiné	4	3,9
Ne, nezajímám se	1	0,9
Celkem	102	100,0

Položka č. 11 využití získaných vědomostí a dovedností v praxi

Z této položky vyplynulo, že 91,8 % respondentů využívá získané vědomosti a dovednosti v praxi a 8,2 % respondentů nikoli.

Tabulka č. 12 Využití získaných vědomostí a dovedností v praxi

Využití získaných vědomostí a dovedností v praxi	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Ano, využívám	89	91,8
Ne, nevyžívám	8	8,2
Celkem	97	100,0

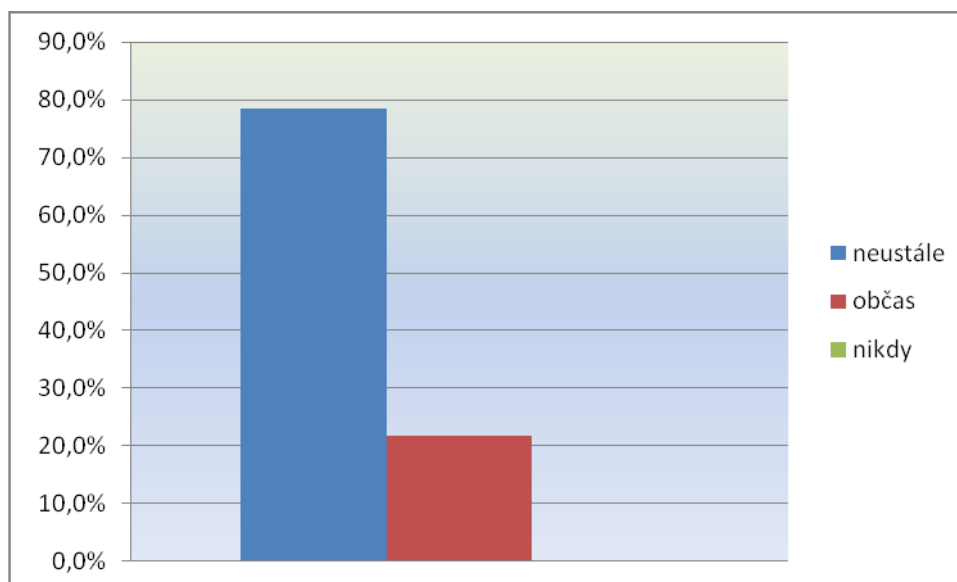
Položka č. 12 frekvence výskytu práce s pacientem s úzkostí ze smrti

Na otázku: „ Jak často pracujete s pacientem, u kterého se vyskytuje úzkost ze smrti?“ odpovědělo 80(78,4 %) respondentů, že tyto pacienty má denně v péči. 22(21,6 %) respondentů odpovědělo občas. Nikdy neuvedl ani jeden respondent.

Tabulka č. 13 Frekvence výskytu práce s pacientem s úzkostí ze smrti

Frekvence výskytu práce s pacientem s úzkostí ze smrti	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Neustále - denně	80	78,4
Občas	22	21,6
Nikdy	0	0,0
Celkem	102	100,0

Graf č. 5 Frekvence výskytu práce s pacientem s úzkostí ze smrti



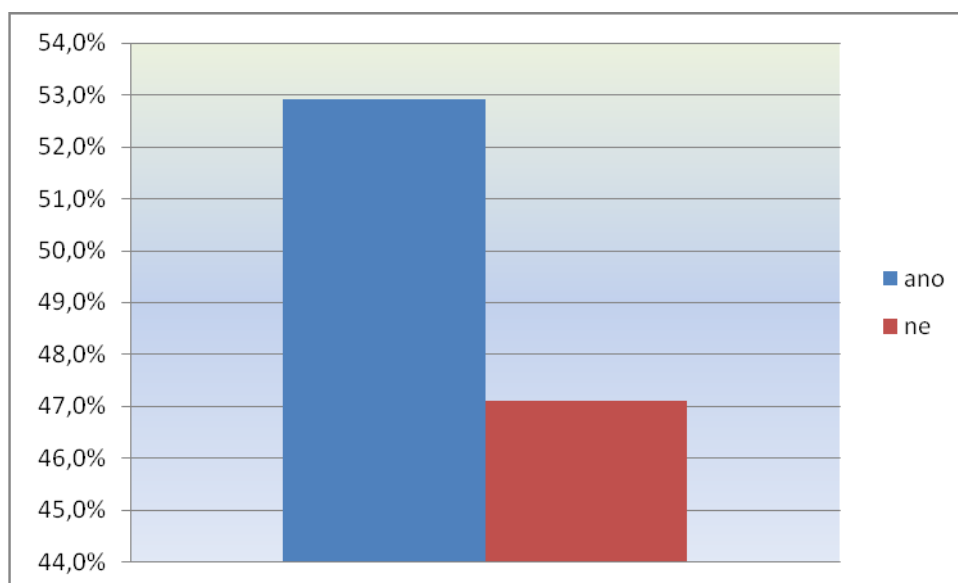
Položka č. 13 používání ošetřovatelských diagnóz v rámci ošetřovatelského procesu

Z této položky vyplynulo, že 54(52,9 %) respondentů používá v rámci ošetřovatelského procesu ošetřovatelské diagnózy a 48(47,1 %) respondentů ošetřovatelské diagnózy v rámci ošetřovatelského procesu nepoužívá.

Tabulka č. 14 Používání ošetrovatelských diagnóz

Používání ošetrovatelských diagnóz v rámci ošetrovatelského procesu	Počet respondentů	
	n _i	f _i
Ano	54	52,9
Ne	48	47,1
Celkem	102	100,0

Graf č. 6 Používání ošetrovatelských diagnóz



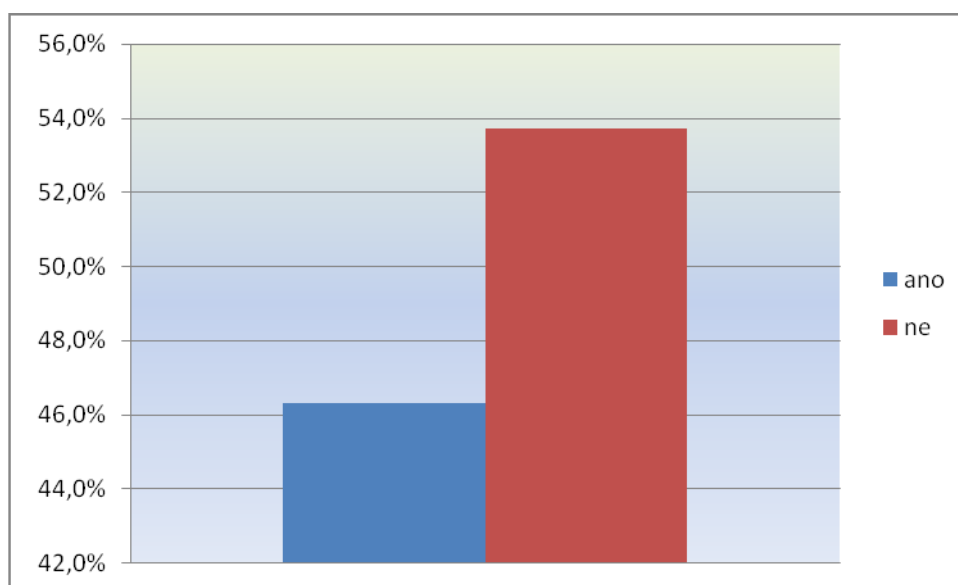
Položka č. 14 používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti

Z celkového počtu 54(100,0 %) respondentů uvedlo 25(46,3 %) respondentů, že používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti a 29(53,7 %) respondentů ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti nepoužívá.

Tabulka č. 15 Používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti

Používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti	Počet respondentů	
	n _i	f _i
Ano	25	46,3
Ne	29	53,7
Celkem	54	100,0

Graf č. 7 Používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti



Položka č. 15 klinické diagnózy, u kterých se vyskytuje Úzkost ze smrti

V této položce respondenti uváděli, u kterých klinických diagnóz se vyskytuje ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti. 84 % respondentů se shodlo, že to jsou karcinomy. Nejčastěji uváděli karcinom plic, jater a slinivky břišní. 16 % respondentů mělo jiný názor. Uváděli např. srdeční selhávání, plicní insuficience a další.

Tabulka č. 16 Klinické diagnózy

Klinické diagnózy, u kterých se vyskytuje Úzkost ze smrti	Počet respondentů	
	n _i	f _i
Karcinomy	21	84,0
Jiné	4	16,0
Celkem	25	100,0

Položka č. 16 problém s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti

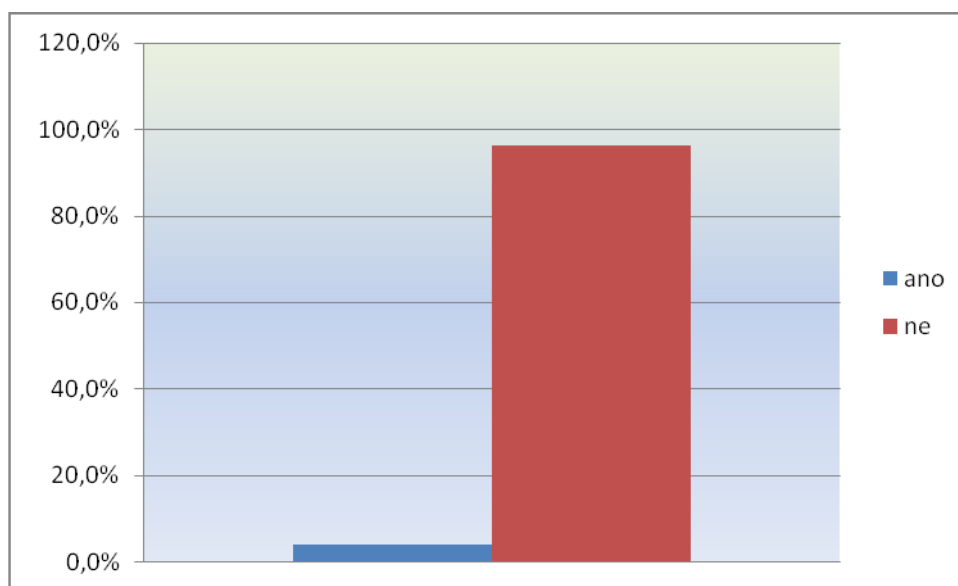
Z celkového počtu 102(100,0 %) uvedlo 98(96,1 %) respondentů, že jim nedělá problém pečovat o klienty s úzkostí ze smrti. Pouze 4(16,0 %) respondenti uvedli, že s tím mají problém. Do kolonky jaké problémy mají, 2 respondenti uvedli, že je to sice pro ně psychicky náročné a mají s péčí o takové pacienty problém, ale je to pro ně obohacující práce. 1 respondent uvedl: „mám někdy problém komunikovat s pacientem, který neví, jakou

má diagnózu a myslí si, že to s ním není tak špatné.“ Jeden respondent konkrétní problém neuvedl.

Tabulka č. 17 Problém s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti

Problém s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti	Počet respondentů	
	n _i	f _i
Ano	4	3,9
Ne	98	96,1
Celkem	102	100,0

Graf č. 8 Problém s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti



Položka č. 17 řešení problémů s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti

K doplnění výše uvedené položky, ze 4 respondentům, kteří odpovídali na položku č. 17 v dotazníku, bylo zjištěno, že řeší problémy s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti následovně: „snažím si vyčistit hlavu třeba procházkou“, „relaxuji“, „pomáhají mi dobré vztahy na pracovišti“ a „snažím nenosit si práci domů a tam na to nemyslet, rodina, přátelé.“

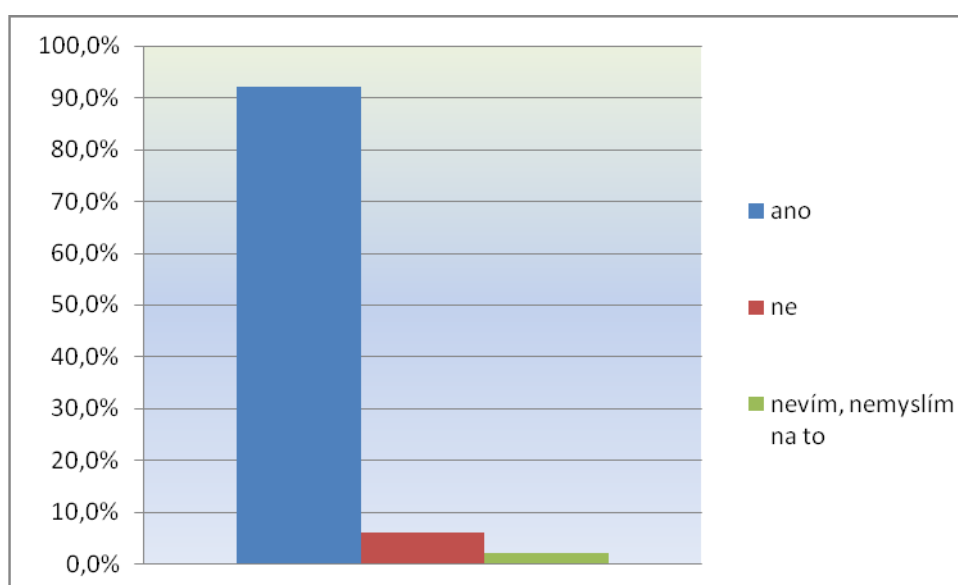
Položka č. 18 smířenost s vlastní smrtelností

Z celkového počtu 102(100,0 %) respondentů, jich 94(92,0 %) uvedlo, že jsou smířeni s faktem, že smrt je nedílnou součástí života a 6(5,9 %) respondentů uvedlo, že nejsou. 2(2,0 %) respondenti uvedli, že neví jestli jsou smířeni s faktem, že smrt je nedílnou součástí života a nemyslí na to.

Tabulka č. 18 Smířenost s vlastní smrtelností

Smířenost s vlastní smrtelností	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Ano	94	92,2
Ne	6	5,9
Nevím, nemyslím na to	2	2,0
Celkem	102	100,0

Graf č. 9 Smířenost s vlastní smrtelností



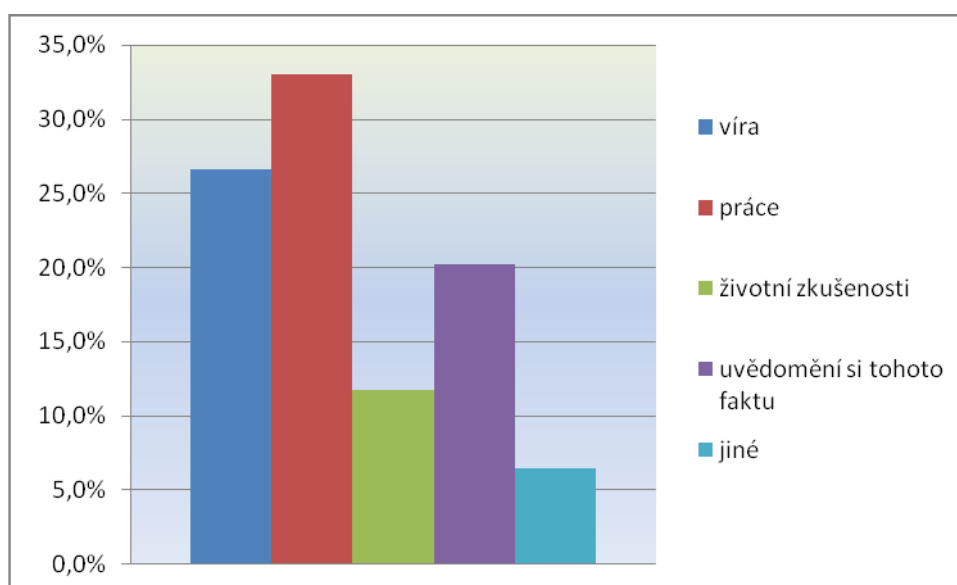
Položka č. 19 faktory, které pomohly smířit se s faktem vlastní smrtelnosti

Dotazovali jsme se na položku: „Co Vám pomohlo smířit se s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?“ Nejčastější odpovědi jsou zachyceny v tabulce č. 18 a grafu č. 9. 25(39,0 %) respondentů uvedlo, že jim pomohla víra, 31(33,0 %) respondentů uvedlo práce, 11(11,7 %) respondentů uvedlo životní zkušenosti a 19(20,7 %) respondentů uvedlo uvědomění si tohoto faktu. Jinou odpověď uvedlo 6(6,4 %) respondentů a jejich výpovědi byly následující: „smrt v rodině“, „osobní vyzrání“, „vlastní nemoc“, „věk“, „studium odborné literatury“ a „asi nic konkrétního.“

Tabulka č. 19 Faktory, které ovlivnily smíření s vlastní smrtelností

Faktory, které pomohly se smířením s faktem vlastní smrtelnosti	Počet respondentů	
	n_i	f_i
Víra	25	39,0
Práce	31	33,0
Životní zkušenosti	11	11,7
Uvědomění si tohoto faktu	19	20,2
Jiné	6	6,4
Celkem	94	100,0

Graf č. 10 Faktory, které ovlivnily smíření s vlastní smrtelností



2.4.1 Testování hypotéz

H1A: Všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkosti ze smrti, používající v rámci ošetřovatelského procesu častěji ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti.

H10: Všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkost ze smrti, používají v rámci ošetřovatelského procesu ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti stejně často jako sestry, které nemají zájem o problematiku úzkost ze smrti.

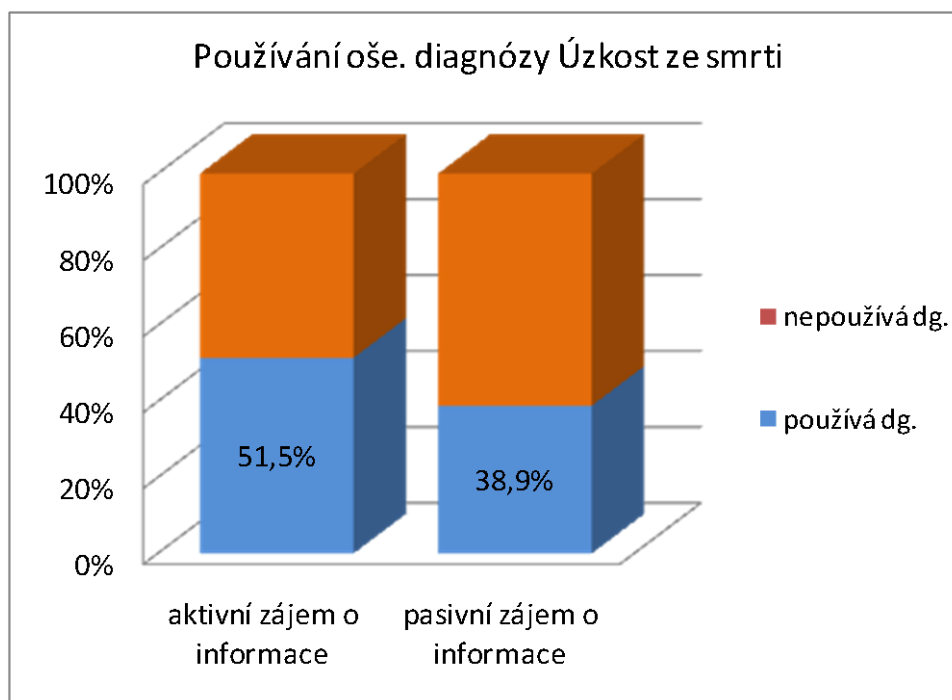
O zájmu sester o problematiku úzkosti ze smrti vypovídá otázka č. 10 v dotazníku „Zajímáte se o informace vztahující se k problematice úzkosti ze smrti u pacientů?“. O tom, zda sestry u svých klientů používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti, vypovídají odpovědi na otázku č. 14 „Používáte u svých pacientů ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti?“.

Platnost nulové hypotézy byla ověřena pomocí chí-kvadrát testu. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05. Vzhledem k tomu, že pouze jedna sestra uvedla, že se nezajímá o informace vztahující se k dané problematice a 4 sestry uvedly odpověď „jiné“, byli testem chí-kvadrát porovnávány pouze sestry, které se zajímají o problematiku aktivně a sestry, jejichž zájem je pouze pasivní (viz odpověď „chtěla bych navštívit nějaký seminář, který by se věnoval úzkosti ze smrti, ale žádné nejsou“).

Závěr:

Hypotézu H10 nelze zamítnout, chí-kvadrát test neprokázal signifikantní rozdíl v používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti mezi sestrami, které se o problematiku úzkosti ze smrti u pacientů zajímají aktivně a sestrami, jejichž zájem je pouze pasivní. Hladina signifikance testu $p = 0,388 (> 0,05)$.

Graf č. 11 Používání oše. diagnózy Úzkost ze smrti



Kontingenční tabulka a výsledky chí-kvadrát testu

Kontingenční tabulka

			Ot. 14 Používáte u svých pacientů ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti?		Celkem
			Ano	Ne	
Ot. 10 Zajímáte se o informace vztahující se k problematice úzkosti ze smrti u pacientů?	ano, aktivně	Četnost	17	16	33
		%	51,5%	48,5%	100,0%
	ano, pasivně	Četnost	7	11	18
		%	38,9%	61,1%	100,0%
Celkem		Četnost	24	27	51
		%	47,1%	52,9%	100,0%

Chí-kvadrát test

	Hodnota	Stupně volnosti	Asymptotická oboustranná signifikance
Pearsonovo chí-kvadrát	,745	1	,388
Počet platných případů	51		

H2A: Víra u sester ovlivňuje skutečnost, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností (předpokládám, že věřící sestry jsou smířené s vlastní smrtelností ve větší míře).

H20: Víra u sester neovlivňuje skutečnost, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností.

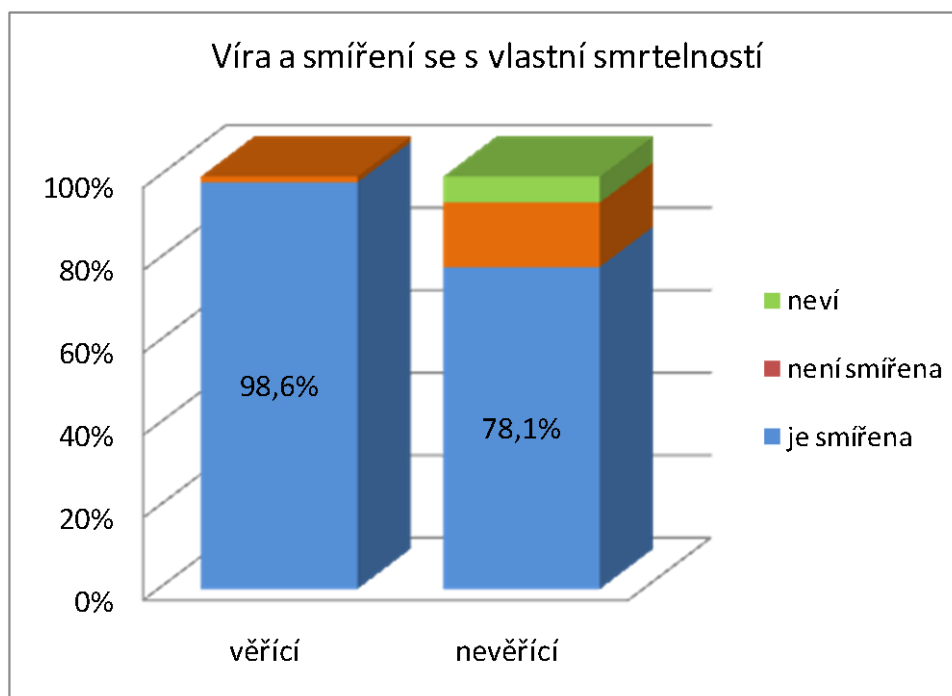
O skutečnosti, zda jsou sestry smířeny s vlastní smrtelností, vypovídají odpovědi na otázku č. 18 „Jste smířen(a) s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?“. O tom, zda jsou sestry věřící, vypovídají odpovědi na otázku č. 4 „Jste věřící?“.

Platnost nulové hypotézy byla vzhledem k malým četnostem v kontingenční tabulce, ověřena pomocí Fisherova přesného (exaktního) testu. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

Závěr:

Hypotézu H20 zamítáme. Fisherův přesný test prokázal signifikantní rozdíl mezi sestrami věřícími a nevěřícími. Více jsou s vlastní smrtelností smířeny sestry věřící (98,6%), u sester nevěřících je to 78,1 %. Tento rozdíl je statisticky významný, hladina signifikance testu $p = 0,001 (< 0,05)$.

Graf č. 12 Víra a smíření se s vlastní smrtelností



Kontingenční tabulka a výsledky Fisherova přesného testu

Kontingenční tabulka

			Ot. 18 Jste smířen(a) s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?			Celkem
			Ano	Ne	Nevím	
Ot. 4 Jste věřící?	Ano	Četnost %	69 98,6%	1 1,4%	0 ,0%	70 100,0%
	Ne	Četnost %	25 78,1%	5 15,6%	2 6,3%	32 100,0%
Celkem		Četnost %	94 92,2%	6 5,9%	2 2,0%	102 100,0%

Fisherův přesný test

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	11,240	,001
Počet platných případů	102	

H3A: Výskyt problémů při péči o klienty v hospici, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti, závisí na tom, zda je sestra smířena s vlastní smrtelností.

H3O: Výskyt potíží při péči o klienty v hospici, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti, nezávisí na tom, zda je sestra smířena s vlastní smrtelností.

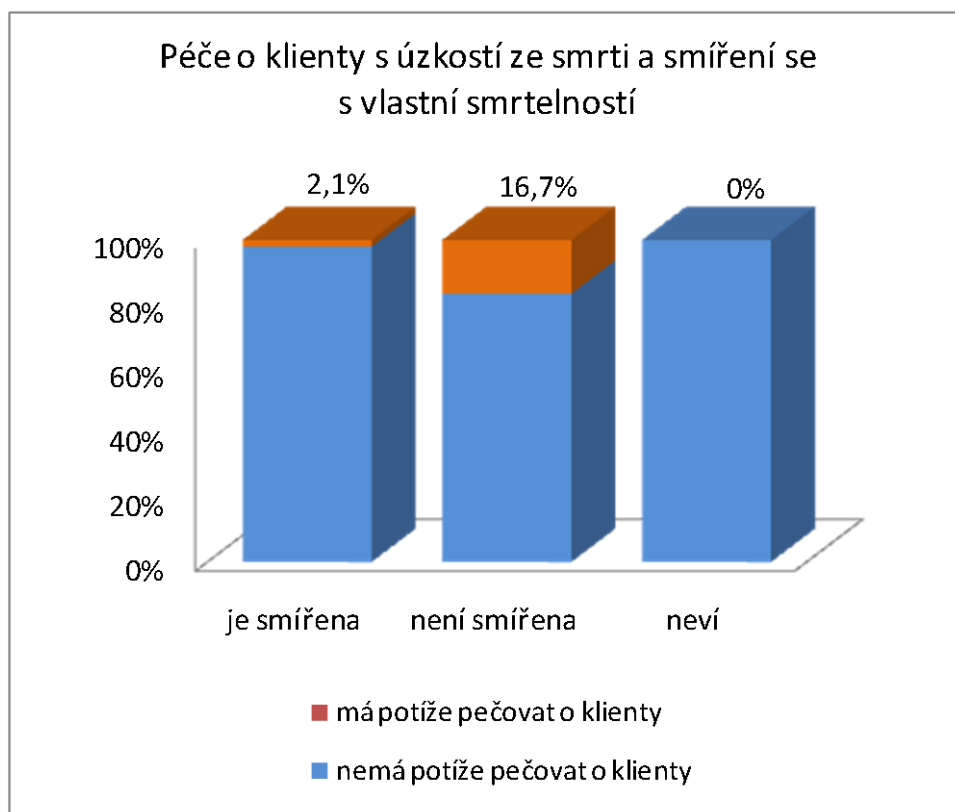
O skutečnosti, zda jsou sestry smířeny s vlastní smrtelností, vypovídají odpovědi na otázku č. 18 „Jste smířen(a) s faktem, že smrt je nedílnou součástí života?“. O tom, zda sestry mají problémy s péčí o klienty, u nichž se vyskytuje úzkost ze smrti, vypovídají odpovědi na otázku č. 16 „Dělá Vám potíže pečovat o klienty, u nichž se vyskytuje úzkost ze smrti?“.

Platnost nulové hypotézy byla vzhledem k malým četnostem v kontingenční tabulce, ověřena pomocí Fisherova přesného (exaktního) testu. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

Závěr:

Hypotézu H30 nelze zamítnout. Fisherův přesný test neprokázal statisticky významnou závislost mezi tím, zda sestry mají potíže při péči o klienty v hospici, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti a skutečností, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností. Hladina signifikance testu $p = 0,219 (> 0,05)$.

Graf č. 13 Péče o klienty s úzkostí ze smrti a smíření se s vlastní smrtelností



Kontingenční tabulka a výsledky Fisherova přesného testu

Kontingenční tabulka

			Ot. 16 Dělá Vám potíže pečovat o klienty , u nichž se vy skytuje úzkost ze smrti?		Celkem
			Ano	Ne	
Ot. 18 Jste smířen(a) s faktem, že smrt je nedílnou součástí živ ota?	Ano	Četnost	2	92	94
		%	2,1%	97,9%	100,0%
	Ne	Četnost	1	5	6
		%	16,7%	83,3%	100,0%
	Nevím	Četnost	0	2	2
		%	,0%	100,0%	100,0%
Celkem		Četnost	3	99	102
		%	2,9%	97,1%	100,0%

H4A: Zájem všeobecných sester o informace, vztahující se k problematice úzkosti ze smrti, ovlivňuje délka praxe.

H4O: Zájem všeobecných sester o informace, vztahující se k problematice úzkosti ze smrti, neovlivňuje délka praxe.

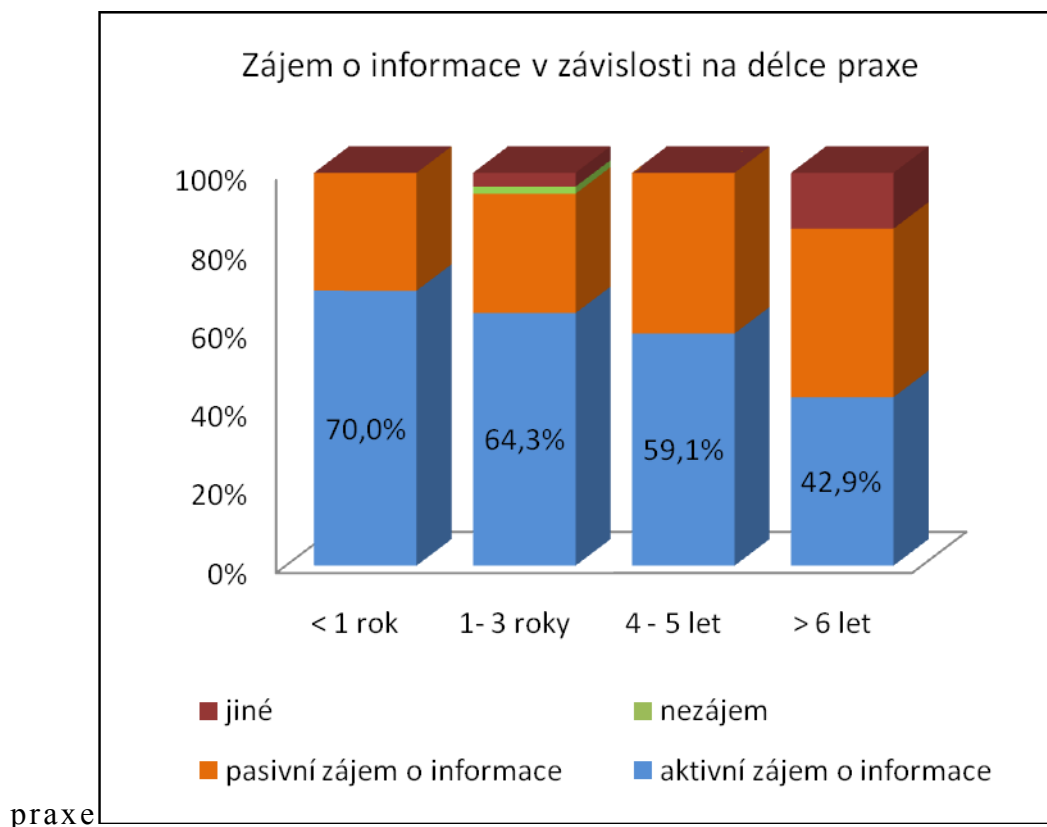
O zájmu sester o problematiku úzkosti ze smrti vypovídá otázka č. 10 v dotazníku „Zajímáte se o informace vztahující se k problematice úzkosti ze smrti u pacientů?“. O délce praxe sester vypovídají odpovědi na otázku č. 5 „Jak dlouho pracujete v hospici“.

Platnost nulové hypotézy byla ověřena pomocí Fisherova přesného testu. Test byl dělán na hladině signifikance 0,05.

Závěr:

Hypotézu H40 nelze zamítnout, Fisherův přesný test neprokázal statisticky významnou závislost mezi délkou praxe sester a jejich zájmem o problematiku úzkosti ze smrti u pacientů. Hladina signifikance testu $p = 0,591 (> 0,05)$.

Graf č. 14 Zájem o informace v závislosti na délce



Kontingenční tabulka a výsledky Fisherova přesného testu

Kontingenční tabulka

			Ot. 10 Zajímáte se o informace vztahující se k problematice úzkosti ze smrti u pacientů?				Celkem
			ano, aktivně	ano, pasivně	ne	jiné	
Ot. 5 Jak dlouho pracujete v hospici?	Méně než 1 rok	Četnost	7	3	0	0	10
		%	70,0%	30,0%	,0%	,0%	100,0%
	1 - 3 roky	Četnost	36	17	1	2	56
		%	64,3%	30,4%	1,8%	3,6%	100,0%
	4 - 5 let	Četnost	13	9	0	0	22
		%	59,1%	40,9%	,0%	,0%	100,0%
	více než 6 let	Četnost	6	6	0	2	14
		%	42,9%	42,9%	,0%	14,3%	100,0%
Celkem		Četnost	62	35	1	4	102
		%	60,8%	34,3%	1,0%	3,9%	100,0%

DISKUZE

Záměrem teoretická částí této práce bylo podat základní informace o smrti a umírání, hospicové péči a ošetrovatelské diagnostice. Pozornost je také zaměřena na ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti v diagnostickém systému NANDA – International.

Výzkumné šetření bylo provedeno v třinácti lůžkových hospicích v České republice. Pro získání dat po zvážení kladů a záporů byl zvolen anonymní dotazník. Pro výběr vzorku respondentů bylo rozhodujícím faktorem, aby dotazovaní byli zaměstnanci lůžkového hospice a aby byli všeobecnými sestrami. Celkem bylo distribuováno 145 dotazníků. Vrátilo se jich 112, návratnost tedy činila 77 %. Z důvodu nesplnění charakteristiky cílové skupiny výzkumného šetření nemusel být vyřazen žádný dotazník, ale 10 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Do konečného statistického souboru bylo zařazeno 102(70 %) dotazníků.

Dotazník obsahoval celkem 19 číslovaných položek a byl rozdělen do tří částí. První část obsahovala úvodní dopis, který respondentům objasňoval předmět a cíl šetření a také pokyny k vyplnění dotazníku. Hlavní (třetí) část byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti.

Druhá část se skládala z **demografických údajů**. Prvním zjišťovaným údajem v této části dotazníku bylo pohlaví respondentů. Ze všech dotazovaných bylo 100(98,0 %) ženského pohlaví a pouze 2(2,0 %) mužského pohlaví. Ošetrovatelská profese je stále doménou žen. To dokládá i Zdravotnická ročenka České republiky 2008 kde uvádí, že z celkového počtu pracovníků ve zdravotnictví téměř 4/5 tvoří ženy.

Vzhledem k věku představovali nejpočetnější skupinu respondenti od 26 do 35 let 39,2 %. Dále 34(33,3 %) respondentů uvedlo věk mezi 36 – 45 lety. 14(13,7 %) respondentů uvedlo věk v rozmezí 46 – 55 lety a 10(9,8 %) respondentů uvedlo věk do 25 let. Pouze 4(3,9 %) uvedli věk nad 55 let. Také Zdravotnická ročenka České republiky 2008 uvádí ve věkové

strukturu obyvatel jako nejpočetnější věkovou skupinu 30 – 34 let (9 %) a na druhém místě věkovou skupinu mezi 25 – 29 lety (7,6 %).

Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, 60,8 % respondentů uvedlo středoškolské. Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v projektu Umírání a paliativní péče v ČR 2004 zjistila, že ve výuce na středních zdravotnických školách není věnována zvláštní pozornost paliativní péči. Za výrazný nedostatek považují také to, že mezi tématy nefiguruje podpora rodiny v průběhu nemoci i po úmrtí blízkého (zármutek a truchlení). Toto šetření je sice z roku 2004 a situace ve vzdělávání se od té doby změnila, ale respondenti výzkumného šetření byli vzdělávání v tomto období a dříve.

Při vyhodnocování dotazníku bylo zjištěno, že 70(68,6 %) všeobecných sester pracujících v hospici je věřících a 32(31,4 %) je nevěřících. V celkové populaci v ČR je ale rozložení vyznání spíše opačné. Český statistický úřad zveřejnil v posledním sčítání lidu v roce 2001, že za věřící se považuje celkem 32,2 % obyvatel a u žen je to 35,5 %.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry používají v rámci ošetřovatelského procesu ošetřovatelskou diagnostiku a zda je souvislost mezi zájmem o informace o úzkosti ze smrti a používáním ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti.

Pokud otevřeme některý z odborných časopisů pro zdravotnické pracovníky, v mnoha člancích vztahujících se k problematice paliativní péče se dočteme, že sestry pracují pomocí metody ošetřovatelského procesu. Pro ilustraci v Sestře 1/2002 v článku Právo na důstojné umírání, který se zabývá hospicovou péčí, Komínková uvádí: „Zdravotní sestry začínají pracovat metodou ošetřovatelského procesu...“ Také v Sestře 9/2004 Kučerová ve svém článku Ošetřovatelský proces v domácí hospicové péči uvádí: „...čím podrobněji anamnézu odebereme, tím snáze stanovíme ošetřovatelské diagnózy a plán péče“. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 54(52,9 %) respondentů používá v rámci ošetřovatelského procesu ošetřovatelské diagnózy a 48(47,1 %) respondentů ošetřovatelské diagnózy v rámci ošetřovatelského procesu nepoužívá. Na tuto položku při kladné odpovědi navazovala otázka, zda používají ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. Z celkového počtu 54(100,0 %) respondentů

uvedlo 46,3 % respondentů, že používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti a 53,7 % respondentů ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti nepoužívá. Myslikovjanové na stejnou otázku odpovědělo 11% sestr pečujících o pacienty s akutním infarktem myokardu, že tuto diagnózu používají. 89% sestře v rámci diagnostiky ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti nepoužívá. Domníváme se, že tento rozdíl spočívá v odlišnosti typu zařízení. V hospicové péči se klade větší důraz na psychický stav klientů.

Další položka vztahující se k prvnímu cíli se zabývala výskytem klinických diagnóz, u kterých používají sestry ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. 84 % respondentů se shodlo, že to jsou karcinomy. Nejčastěji uváděli karcinom plic, jater a slinivky břišní. 16 % respondentů mělo jiný názor. Uváděli např. srdeční selhávání, plicní insuficience a další. Ve výsledku je možno vidět souvislost s údaji o zemřelých z roku 2008 vydanými Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Nejčastější příčinou smrti jsou v České republice i nadále nemoci oběhové soustavy. V roce 2008 zemřelo v důsledku těchto chorob 52,2 tis. osob, což představovalo 49,8 % všech úmrtí. Druhou nejčastější příčinou smrti jsou zhoubné novotvary, které mají za vinu téměř 27,6 tis. úmrtí (tj. 26,2 %). Novotvary jsou uváděny až na druhém místě oproti výsledku našeho šetření. To je nejspíše dáno tím, že lidé s nemocí kardiovaskulární soustavy umírají akutně a ne v hospicích jako tomu je právě u karcinomů.

Byla také vyslovena hypotéza, že všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkosti ze smrti, používající v rámci ošetrovatelského procesu častěji ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. Hypotézu H10 nelze zamítnout, chí-kvadrát test neprokázal signifikantní rozdíl v používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti mezi sestrami, které se o problematiku úzkosti ze smrti u pacientů zajímají aktivně a sestrami, jejichž zájem je pouze pasivní.

Druhým cílem bylo zmapovat, jak všeobecné sestry v hospicích identifikují a řeší u svých klientů úzkost ze smrti a porovnat s definovanými prvky klasifikace NANDA a NIC.

Nejprve nás zajímalo, zda všeobecné sestry umí definovat úzkost ze smrti. Jejich výpovědi jsme porovnávali s Nursing Diagnoses:

Definitions&Clasifications 2009-2011 kde je úzkost ze smrti definována jako: „*Nejasný, nepříjemný pocit znepokojení nebo obava způsobená vnímáním skutečného nebo domnělého ohrožení vlastní existence*“ (NANDA International, 2008, s. 244, český pracovní překlad). Z celkového počtu respondentů definovalo správně úzkost ze smrti 85(82,3 %) respondentů. Nejčastější odpověď respondentů byla: „Obavy, strach z neznámého, z toho, co bude následovat.“ „Strach z neznámého. Ze smrti, o které víme, že nastane, ale nevíme, jak bude probíhat. Co mě čeká při umírání a jestli je ještě něco po smrti.“ Špatně definovalo úzkost ze smrti pouze 17(16,7 %) respondentů. Je zajímavé, že sestry umí definovat Úzkost ze smrti, aniž by používali ošetrovatelskou diagnostiku nebo konkrétní diagnózu. Je to zřejmě dáno tím, že při práci v hospici se tímto problémem zabývají, ale nejsou zvyklé používat ošetrovatelské diagnózy zaměřené na psychický stav člověka. To potvrzují i výpovědi respondentů, kteří uvedli v 78,4 % , že pacienti, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti mají denně v péči. K podobnému závěru dochází i Myslikovjanová, která se ve své práci uvádí, že sestry v 89 % nepoužívají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti a je to podle ní dáno tím, že tuto diagnózu neznají nebo se ji ještě nenaučili používat.

Dále nás zajímalo, na základě jakých příznaků se sestry domnívají, že pacient prožívá úzkost ze smrti. Výpovědi respondentů byly roztrženy do čtyř kategorií. Kategorie byly zvoleny podle NANDA International klasifikace pro ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti – 00147. Minimálně jeden určující znak uvedlo 38,2 % respondentů, 31,4 % respondentů uvedlo minimálně jeden související faktor a 9,8 % respondentů uvedlo minimálně jeden určující znak a související faktor. 20,6 % respondentů neuvedlo ani jeden určující znak nebo související faktor. Nejčastěji byl uveden určující znak - *sděluje hlubokou sklíčenost* – který respondenti popisovali jako: „změna mimiky obličeje, vystrašený výraz ve tváři, děs v očích, někdy pacienti i pláčou, nebo naopak odmítají kontakt, jsou uzavření neteční, touha po domově.“ Z určujících faktorů se nejčastěji vyskytoval - *vnímání blízkosti smrti* - výpovědi respondentů zněly: „neklidné spaní, bojí se usnout, vyžaduje často přítomnost sestry, nechce být sám, strach z nastávající smrti, chce, aby přišel kněz.“ Podobné

výsledky uvádí Kisvetrová ve svém šetření Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči. Mezi určujícími znaky sestry také uváděly - *sděluje hluboký zármutek* – výpovědi zněly: „pacient to sám říká...poznám to z neverbálních projevů – výraz tváře, jak se chová.“

Pro určení a zpřesnění diagnostiky úzkosti ze smrti se v zahraničí používají různé hodnotící škály, např. Hamilton Rating Scale for Anxiety, Zung Self-Rating Anxiety Scale nebo Speilberger State-Trait Anxiety Inventory (Kisvetrová, 2009). V českém prostředí Kalvach a kol.(2008) uvádí jako nejběžnější škálu pro hodnocení úzkosti Hamiltonovu škálu anxiety (HAM-A). Šetření ukázalo, že 83,3 % respondentů neuvádí ke stanovení úzkosti ze smrti žádné hodnotící nástroje. Zbývajících 16,7 % respondentů sice uvedlo, že škály používá, ale ani jedna z uvedených škál se nevztahovala k úzkosti ze smrti. I v šetření Myslikovjanové respondenti pro hodnocení úzkosti, pokud se jim vůbec zabývají, také žádné škály nevyužívají.

Intervence prováděné respondenty u pacientů s úzkostí ze smrti, lze rozdělit do tří kategorií dle NIC intervencí k ošetřovatelské diagnóze Úzkost ze smrti. 67 respondentů uvedlo minimálně jednu aktivitu z intervence Duchovní podpora (5240). Nejčastější byla – *uspořádat dotyčné osobě návštěvy duchovního poradce* – které respondenti popisovali následovně: „zajistit přítomnost duchovního.“ 52 respondentů uvedlo minimálně jednu aktivitu z intervence Péče o umírající (5250). Nejvíce se vyskytovala aktivita – *zahrnout rodinu do rozhodování o péči a činnostech podle přání pacienta* – respondenti vypovídali jako: „spolupráce s rodinou.“ Z kategorie jiné se nejčastěji vyskytovalo: „podání medikace.“ Tyto intervence se shodují s Kisvetrovou (2009) uváděné v článku Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči. Všechny výpovědi respondentů k této otázce jsou uvedeny v příloze č. IV VÝPOVĚDI RESPONDENTŮ- ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti.

Třetí cíl se týkal problémů všeobecných sester s péčí o klienty prožívající úzkost ze smrti. Z celkového počtu 102(100,0 %) uvedlo 98(96,1 %) respondentů, že jim nedělá problém pečovat o klienty s úzkostí ze smrti. Pouze 4(16,0 %) respondenti uvedli, že s tím mají problém. V článku Paliativní péče o terminálně nemocné seniory v pobytových

zařízeních z pohledu sester (leden 2010) Kisvetrová uvádí, že mezi problémy, které nejvíce v současné době sestřím ztěžují ošetřování umírajících, je na prvním místě právě úzkost umírajících. Tento rozdíl je zřejmě dán tím, že sestry v domovech pro seniory a LDN nemají většinou vzdělání v obecné paliativní péči oproti sestřím pracujícím v hospici, kde je poskytována specializovaná paliativní péče.

Zajímavé byly výsledky na otázku, zda jsou respondenti smíření s faktem, že smrt je nedílnou součástí života. Z celkového počtu 102(100,0 %) respondentů, jich 94(92,0 %) uvedlo, že jsou smíření s tímto faktem a 6(5,9 %) respondentů uvedlo, že nejsou. 2(2,0 %) respondenti uvedli, že neví, jestli jsou smíření s faktem, že smrt je nedílnou součástí života a nemyslí na to. Zezulová ve své diplomové práci s názvem Přístup zdravotnických pracovníků k umírajícím se zaměřením se na právo pacientů na citlivou péči v závěru života ve výsledcích výzkumného šetření uvádí, že 53,3 % sester na geriatrici si život užívá a snaží se na smrt nemyslet. V hospicích v 61 % převládal názor, že smrt je součástí života. 35,6 % respondentů hospice uvedlo, že smrt považují za začátek něčeho nového.

Při kladné odpovědi na předešlou položku, nás zajímalo, co jim pomohlo smířit se s faktem, že smrt je nedílnou součástí života. 25(39,0 %) respondentů uvedlo, že jim pomohla víra, 31(33,0 %) respondentů uvedlo práce, 11(11,7 %) respondentů uvedlo životní zkušenosti a 19(20,7 %) respondentů uvedlo uvědomění si tohoto faktu. Jinou odpověď uvedlo 6(6,4 %) respondentů a jejich výpovědi byly následující: „smrt v rodině“, „osobní vyzrání“, „vlastní nemoc“, „věk“, „studium odborné literatury“ a „asi nic konkrétního.“ K otázce ovlivnění postoje ke smrti a umírání Zoufalá v závěrečné práci Paliativní péče a doprovázení umírajících a těžce nemocných osob 2009, obdržela více než 31 % všech odpovědí jako výchovu v rodině, přičemž tato odpověď byla nejčastější u nejmladších (do 34 let) a zároveň u nejstarších respondentů (75 a více let). Dalšími nejčastějšími odpověďmi byly práce a osobní zkušenosti (22,3 % všech odpovědí) a víra (téměř 20 % ze všech odpovědí). Škola a jiné okolnosti měli shodně 11,2 % všech odpovědí.

K tomuto cíli byly vysloveny následující dvě hypotézy: víra u sester ovlivňuje skutečnost, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností (H20) a výskyt

problémů při péči o klienty v hospici, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti, závisí na tom, zda je sestra smířena s vlastní smrtelností (H30). Hypotézu H20 zamítáme. Fisherův přesný test prokázal signifikantní rozdíl mezi sestrami věřícími a nevěřícími. Více jsou s vlastní smrtelností smířeny sestry věřící (98,6%), u sester nevěřících je to 78,1 %. Hypotézu H30 nelze zamítnout.

Posledním, **čtvrtým cílem** bylo zmapovat zájem všeobecných sester o problematiku úzkosti ze smrti. Z celkového počtu 102(100,0 %) respondentů označilo možnost- ano, chtěl/a bych, ale žádné nejsou 35(34,3 %) respondentů. 26 (25,5 %) respondentů shodně označilo možnost – ano, navštěvuji semináře a ano, studiem odborné literatury. Možnost – ano, přes internet - označilo 10(9,8 %) respondentů. K této položce byla také vyslovena hypotéza H40: Zájem všeobecných sester o informace, vztahující se k problematice úzkosti ze smrti neovlivňuje délka praxe. Hypotézu H40 nelze zamítnout, Fisherův přesný test neprokázal statisticky významnou závislost mezi délkou praxe sester a jejich zájmem o problematiku úzkosti ze smrti u pacientů. Pro testování této hypotézy byl zájem respondentů rozdělen na aktivní a pasivní (ano, chtěl/a bych, ale žádné nejsou; ne, nezajímá mě to a jiné).

Pokud se podíváme na graf č. 14 Zájem o informace v závislosti na délce praxe, můžeme si všimnout, že s délkou praxe klesá zájem o informace. 70 % respondentů pracujících v hospici do jednoho roku má aktivní zájem o informace. Zato respondenti pracující v hospici déle jak šest let mají aktivní zájem v 42,9 %. Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v projektu Umírání a paliativní péče v ČR 2004 se zamýšlí nad tím, zda je vzdělávání a odborná příprava v otázkách paliativní medicíny v ČR dostatečná, nelze pouze na základě analýzy studijních programů jednoznačně posoudit. Rozhodující je zde zhodnocení, jakou má paliativní péče poskytovaná takto připravenými zdravotníky úroveň a jak se sami zdravotníci cítí připraveni na péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Stojí za povšimnutí, že pouze jeden respondent nemá o problematiku úzkost ze smrti zájem. Pokud se podíváme na současnou situaci nabízených seminářů a různých konferencí např. na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, žádný

konkrétní seminář se k této problematice nevztahuje. Můžeme očekávat, že o úzkosti ze smrti bude hovořit ve specializačním vzdělávání Ošetrovatelská péče o pacienty ve vybraných klinických oborech se zaměřením na gerontologii.

ZÁVĚR

Moderní ošetřovatelství vychází ve své teorii, ale i praxi z rozboru potřeb nemocného člověka a vede k identifikaci těch, s jejichž naplněním potřebuje pacient pomoci (Šimek, 2006, s. 102).

Asociace NANDA – *International* vyvinula diagnostický systém, z něhož mohou čerpat všechny ošetřovatelské specializace. A právě ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti je ošetřovatelský problém, kterému by se sestry v rámci ošetřovatelského procesu měly věnovat.

Diplomová práce měla za cíl zmapovat problematiku úzkosti ze smrti v lůžkových hospicových zařízeních. Zajímalo nás, jak se k této problematice staví všeobecné sestry. Zda tuto ošetřovatelskou diagnózu dokážou rozpoznat, jakým způsobem ji řeší a zda ji vůbec řeší. Teoretická část práce obsahuje problematiku ošetřovatelské diagnostiky, smrti a umírání, hospicové péče a také problematiku strachu a úzkosti ze smrti. V praktické části byla provedena analýza výsledků kvantitativního výzkumného šetření, které proběhlo ve 13 lůžkových hospicích v ČR.

Základní identifikační údaje o souboru respondentů:

- Soubor tvořilo celkem 102 respondentů, z toho 98,0 % ženského pohlaví a pouze 2,0 % mužského pohlaví.
- Téměř 40 % respondentů uvedlo věk mezi 26 – 35 lety.
- Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů bylo v 60,8 % středoškolské.
- 68,6 % všeobecných sester pracujících v hospici je věřících a 31,4 % se pokládá za nevěřící.
- Nejvíce respondentů 51(50,0 %) uvedlo délku práce v hospici 1 – 3 roky.

Výsledky pro cíle práce:

Cíl 1a: Zjistit, zda všeobecné sestry používají ošetrovatelskou diagnostiku.

- 52,9 % respondentů používá v rámci ošetrovatelského procesu ošetrovatelské diagnózy a 47,1 % respondentů ošetrovatelské diagnózy v rámci ošetrovatelského procesu nepoužívá.
- Ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti používá 25 respondentů.
- 84 % respondentů se shodlo, že se ošetrovatelská diagnóza nejčastěji vyskytuje u klinické diagnózy karcinomů.

Cíl 1b: Zjistit, zda všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkost ze smrti, používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti.

K tomuto cíli byla vyslovena hypotéza H1A: Všeobecné sestry, které mají zájem o problematiku úzkosti ze smrti, používající v rámci ošetrovatelského procesu častěji ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. Hypotézu H10 nelze zamítnout, chí-kvadrát test neprokázal signifikantní rozdíl.

Cíl 1a i 1b splněn. Hypotéza ověřena.

Cíl 2: Zmapovat, jak všeobecné sestry v hospicích identifikují a řeší u svých klientů úzkost ze smrti a porovnat s definovanými prvky klasifikace NANDA a NIC.

- Úzkost ze smrti definovalo správně 82,3 % respondentů. Nejčastější odpověď respondentů byla: „Obavy, strach z neznámého, z toho, co bude následovat.“
- 20,6 % respondentů nevedlo ani jeden určující znak nebo související faktor. Nejčastěji byl uveden určující znak - *sděluje hlubokou sklíčenost* a související faktor - *vnímání blízkosti smrti*.
- 67 respondentů uvedlo minimálně jednu aktivitu z intervence Duchovní podpora a 52 respondentů uvedlo minimálně jednu aktivitu z intervence Péče o umírající.

Druhý cíl splněn.

Cíl 3: Zjistit, zda mají všeobecné sestry problém pečovat o klienty prožívající úzkost ze smrti.

- 96,1 % respondentům nedělá problém pečovat o klienty s úzkostí ze smrti.
- 4 respondenti, kteří mají problém pečovat o klienty úzkostí ze smrti, řeší problémy s péčí o tyto klienty následovně: „snažím si vyčistit hlavu třeba procházkou“, „relaxuji“, „pomáhají mi dobré vztahy na pracovišti“ a „snažím nenosit si práci domů a tam na to nemyslet, rodina, přátelé.“
- S faktem, že smrt je nedílnou součástí života, je smířeno 92 % respondentů. S tímto faktem jim ve 39 % pomohla víra, ve 33 % práce, ve 20,7 % uvědomění si tohoto faktu, v 11,7 % životní zkušenosti a 6,4 % respondentů uvedlo jinou možnost.

K tomuto cíli byly vysloveny následující hypotézy:

H2A: Víra u sester ovlivňuje skutečnost, zda jsou smířeny s vlastní smrtelností (předpokládám, že věřící sestry jsou smířené s vlastní smrtelností ve větší míře). Hypotézu H20 zamítáme. Fisherův přesný test prokázal signifikantní rozdíl mezi sestrami věřícími a nevěřícími.

H3A: Výskyt problémů při péči o klienty v hospici, u kterých se vyskytuje úzkost ze smrti, závisí na tom, zda je sestra smířena s vlastní smrtelností. Hypotézu H30 nelze zamítnout. Fisherův přesný test neprokázal statisticky významnou závislost.

Cíl 3 splněn. Hypotézy ověřeny.

Cíl 4: Zmapovat zájem všeobecných sester o problematiku úzkostí ze smrti.

- Aktivní zájem o informace - 25,5 % respondentů shodně označilo možnost – ano, navštěvuji semináře a ano, studiem odborné literatury. Možnost – ano, přes internet - o značilo 9,8 % respondentů.
- Pasivní zájem o informace - 34,3 % respondentů označilo možnost-ano, chtěl/a bych, ale žádné nejsou. Možnost jiné označili 3,9 % respondentů a jeden uvedl, že se o tuto problematiku nezajímá.
- 91,8 % respondentů využívá získané vědomosti a dovednosti v praxi.

K tomuto cíli byla vyslovena hypotéza **H40**: Zájem všeobecných sester o informace, vztahující se k problematice úzkosti ze smrti, neovlivňuje délka praxe. Hypotézu H40 nelze zamítnout

Cíl 4 splněn, hypotéza ověřena.

POUŽITÁ LITERATURA

ARANDA, S., CONNOR, M., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 324 s. ISBN 80-247-1285-4.

BOUČEK, J., A KOL. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2006. 141 s. ISBN 80-244-1501-1.

Cesta domů [online].c2010, [Cit. 2010-03-16]. Dostupný z:<
<http://www.cestadomu.cz/> >

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

EXNEROVÁ, S., *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 164 s. ISBN 80-7372-096-5.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie – nauka o smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

HAVLÍKOVÁ, E., *Rozvoj hospicového hnutí*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v roce 1999.

Hospicová péče [online].c2009, [Cit. 2010-03-16]. Dostupný z:<
<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3>>

JANÁČKOVÁ, J., WEIS, P., *Komunikace ve zdravotní péči*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

KALVACH, Z. a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KELNEROVÁ, J., *Tanatologie v ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-6.

KISVETROVÁ, H., Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti v NIC intervence v domácí péči. In: *Sborník příspěvků 5. Mezinárodní konference sester domácí péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 50 s. ISBN: 978-80-7013-494-8.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 1457 s. ISBN 80-217-0528-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E., *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arnica, 1993. 251 s. ISBN 80-900-134-6-5.

KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D., *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.

MAREČKOVÁ, J., *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.

MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství. I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

MC CLOCKEY, J.C., BULECEK, G.M. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Fourth edition. Iowa: Mosby, 2004. 1062s. ISBN 0-323-02392-4.

MISCONIOVÁ, B., *Péče o umírající, hospicová péče*. 1. vyd. Centrum domácí péče České republiky.

MOORTHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M. L., SWANSON, E., *Nursing outcomes classification (NOC)*. Four edition. Morby: An affiliate of Elsevir, 2008. 912 s. ISBN 978-0-323-05408-9.

NANDA international. *Nursing Diagnoses, Difinitions and Classifications 2009-2011*. Iowa: Mosby, 2009. 496 s. ISBN 978 1405 1787181.

Poslání a cíle [online].c2010, [Cit. 2010-03-16]. Dostupný z:<<http://www.hospic.cz/poslani-a-cile.html> >

Pro koho je hospic určen [online].c2007, [Cit. 2010-03-16]. Dostupný z:<<http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&podpage=12&language=cz>>

STUDENT, CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H , 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M., *Hospic slovem a obrazem*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 809-020-490-2.

ŠIMEK, J. *Péče o spirituální potřeby nemocných*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006. roč. 2, č. 3. ISSN 1801-134.

VANGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VIRT, G. *Žít až do konce: etika umírání, smrti, a eutanazie*. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80- 7021-330-2.

VORLÍČEK, J., A KOLEKTIV, *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.

VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*. 3, aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, E., *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 126 s. ISBN 80-7368-093-9.

SEZMAN TABULEK

Tabulka č. 1 Sestry, které přispěly k rozvoji ošetřovatelství.....	10
Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů	53
Tabulka č. 3 Věk respondentů	53
Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání	54
Tabulka č. 5 Víra.....	55
Tabulka č. 6 Dékla práce v hospici	55
Tabulka č. 7 Definice úzkosti ze smrti	56
Tabulka č. 8 Příznaky úzkosti ze smrti	57
Tabulka č. 9 Používání hodnotících škál.....	58
Tabulka č. 10 Ošetřovatelské intervence.....	59
Tabulka č. 11 Zájem o informace.....	59
Tabulka č. 12 Využití získaných vědomostí a dovedností v praxi	59
Tabulka č. 13 Frekvence výskytu práce s pac. s úzkostí ze smrti	60
Tabulka č. 14 Používání ošetřovatelských diagnóz	61
Tabulka č. 15 Používání ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti	61
Tabulka č. 16 Klinické diagnózy	62
Tabulka č. 17 Problém s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti.....	63
Tabulka č. 18 Smířenost s vlastní smrtelností	64
Tabulka č. 19 Faktory, které ovlivnily smíření s vlastní smrtelností .	65

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů	54
Graf č. 2 Víra.....	55
Graf č. 3 Definice úzkosti ze smrti	56
Graf č. 4 Používání hodnotících škál.....	58
Graf č. 5 Frekvence výskytu práce s pacientem s úzkostí ze smrti	60
Graf č. 6 Používání ošetřovatelských diagnóz	61
Graf č. 7 Používání ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti.....	62
Graf č. 8 Problém s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti	63
Graf č. 9 Smířenost s vlastní smrtelností	64
Graf č. 10 Faktory, které ovlivnily smíření s vlastní smrtelností	65
Graf č. 11 Používání oše. diagnózy Úzkost ze smrti.....	67
Graf č. 12 Víra a smíření se s vlastní smrtelností	68
Graf č. 13 Péče o klienty s úzkostí ze smrti a smíření se s vlastí smrtelností.....	70
Graf č. 14 Zájem o informace v závislosti na délce praxe.....	72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I Dotazník

Příloha č. II Duchovní podpora

Příloha č. II Péče o umírající

Příloha č. IV Výpovědi respondentů

PŘÍLOHY

Příloha č. I Dotazník

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jsem studentkou II. ročníku magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění **anonymního dotazníku**. Získané informace budou zpracovány v rámci mé diplomové práce „Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti v hospicových zařízeních“. Vaše spolupráce je pro mě cenným a nenahraditelným zdrojem informací. **Předem děkuji za Vaši vstřícnost.**

Bc. Iveta Hodrová (i.hodrova@centrum.cz)

Prosím Vás o pravdivé vyplnění dle následujících pokynů:

- 1) **v případě čtverečků** označte křížkem jednu z nabízených možností
 - 2) **u otázek bez možnosti výběru** dopište prosím slovní odpověď na připravenou linku
-

1) POHLAVÍ?

- žena
- muž

2) VĚK?

- do 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- více jak 55 let

3) NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

- SZŠ
- VZŠ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.

4) JSTE VĚŘÍCÍ?

- ano
- ne

5) JAK DLOUHO PRACUJETE V HOSPICI?

- méně jak 1 rok
- 1 – 3 roky
- 4 – 5 let
- více jak 6 let

6) JAK BYSTE DEFINOVALI ÚZKOST ZE SMRTI?

7) NA ZÁKLADĚ JAKÝCH PŘÍZNAKŮ SE DOMNÍVÁTE, ŽE PACIENT ÚZKOST ZE SMRTI PROŽÍVÁ? (prosím jmenujte)

8) JAKÉ HODNOTÍCÍ NÁSTROJE (škály, testy) POUŽÍVÁTE KE STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY ÚZKOST ZE SMRTI? (prosím jmenujte)

9) JAKÝM ZPŮSOBEM ŘEŠÍTE ÚZKOST ZE SMRTI U PACIENTŮ? (prosím uveďte několik intervencí)

10) ZAJÍMÁTE SE O INFORMACE VZTAHUJÍCÍ SE K PROBLEMATICE ÚKOSTI ZE SMRTI U PACIENTŮ? (prosím vyberte pouze jednu z možností)

- ano, navštěvuji semináře věnující se této problematice
- ano, chtěl/a bych navštívit nějaký seminář, který by se věnoval úzkosti ze smrti, ale žádné nejsou
- ano, přes internet
- ano, studium odborné literatury
- jiné _____
- ne, nemám zájem o tuto problematiku

11) POKUD JSTE ODPOVĚDĚL/A ANO NA OTÁZKU 10, VYUŽÍVÁTE ZÍSKANÉ VĚDOMOSTI NEBO DOVEDNOSTI V PRAXI?

- ano (jak?) _____
 ne

12) JAK ČASTO PRACUJETE S PACIENTEM, U KTERÉHO SE VYSKYTUJE ÚZKOST ZE SMRTI?

- neustále, tyto pacienty mám denně v péči
 občas
 nikdy

13) POUŽÍVÁTE V RÁMCI OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY?

- ano
 ne

14) POKUD JESTE NA OTÁZKU 13 ODPOVĚDĚL/A ANO, POUŽÍVÁTE U SVÝCH PACIENTŮ OŠETŘOVATELSKOU DIAGNÓZU ÚZKOST ZE SMRTI?

- ano
 ne

15) POKUD JSTE NA OTÁZKU 14 ODPOVĚDĚL/A ANO, U JAKÝCH KLINICKÝCH DIAGNÓZ SE NEJČASTĚJI VYSKYTUJE? (prosím uveďte)

16) DĚLÁ VÁM POTÍŽE PEČOVAT O TYTO KLIENTY?

- ano (jaké) _____

 ne

17) POKUD JSTE ODPOVĚDĚL/A NA OTÁZKU 16 ANO, JAK TYTO PROBLÉMY ŘEŠÍTE? (prosím uveďte)

18) JSTE SMÍŘEN/Á S FAKTEM, ŽE SMRT JE NEDÍLNOU SOUČÁSTÍ ŽIVOTA?

- ano
 ne
 nevím, nemyslím na to

**19) POKUD JSTE ODPOVĚDĚL/A NA OTÁZKU 18 ANO, CO VÁM POMOHLA
SMÍŘIT SE S TÍMTO FAKTEM?** (prosím uveďte a seřadte od nejvýznamnějších)

Příloha č. II Duchovní podpora

DUCHOVNÍ PODPORA – 5420

Definice: asistovat klientovi, aby cítil rovnováhu a spojení s vyšší mocí

Aktivity:

- Používat terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči.
- Zužítkovat nástroje ke sledování a ohodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné.
- Podporovat jednotlivce k zhodnocení dosavadního života a zaměřit se na události a vztahy, které poskytují duchovní sílu a podporu.
- Zacházet s jednotlivcem s důstojností a respektem.
- Povzbuzovat posouzení života skrze vzpomínky.
- Povzbuzovat účast na vzájemném působení se členy rodiny, přáteli a jinými lidmi.
- Poskytnout soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity.
- Povzbuzovat účast v podpůrných skupinách.
- Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ.
- Sdílet vlastní přesvědčení o významech a úmyslech, je-li to vhodné.
- Sdílet vlastní duchovní hledisko, podle potřeby.
- Poskytnou možnosti pro diskuzi o různých vírách a pohledech na svět.
- Být otevřený k vyjádření obav dotyčné osoby.
- Uspořádat dotyčné osobě návštěvy duchovního poradce.
- Modlit se s dotyčnou osobou.
- Poskytnou dotyčné osobě duchovní hudbu, literaturu, rádio nebo televizní program.
- Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti.
- Povzbuzovat k návštěvě bohoslužeb, jestliže je to žádoucí.
- Poskytnout používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí.
- Poskytnout požadované duchovní články podle priority jednotlivce.
- Obrátit se na duchovního poradce podle výběru dotyčné osoby.
- Použití technik k objasnění hodnot, aby pomohly jednotlivci objasnit jeho víru a hodnoty, jestliže je to vhodné.

- Být schopný naslouchat pocitům jednotlivce.
- Vyjádřit vcítění se do pocitů jednotlivce.
- Umožnit jednotlivci používat meditaci, modlitby a dalších náboženských rituálů a tradic.
- Pečlivě naslouchat projevům jednotlivce a rozvíjet smysl časování pro modlitbu nebo duchovní obřady.
- Ujistit jednotlivce, že všeobecná sestra jej bude schopná podpořit v čase trápení.
- Být otevřený k pocitům jednotlivce o nemoci a smrti.
- Pomoci dotyčné osobě jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu.

Příloha č. III Péče o umírající

PÉČE O UMÍRAJÍCÍ – 5260

Definice: Podpora fyzického pohodlí a psychického klidu v závěrečné fázi života.

Aktivity:

- Snižit nároky na kognitivní funkce, když je pacient nemocný nebo vyčerpaný.
- Sledovat u pacienta úzkost.
- Sledovat změnu nálady.
- Dát najevo ochotu diskutovat o smrti.
- Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity kolem smrti.
- Sledovat bolest.
- Když je to možné, minimalizovat dyskomfort.
- Když vzniknou polykací problémy, zvolit alternativní postup.
- Když je pacient unavený, odložit krmení.
- Pravidelně nabízet tekutiny a měkké jídlo.
- Nabízet kulturně vhodná jídla.
- Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností.
- Zajistit časný odpočinek.
- Když je třeba, asistovat při základní péči.
- Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta.
- Respektovat potřebu soukromí.
- Upravit prostředí na základě pacientových potřeb a přání.
- Rozpoznat priority péče o pacienta.
- Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu.
- Respektovat specifické požadavky na péči o pacienta a jeho rodiny.
- Podpořit snahy rodiny u setrvání u lůžka.
- Zahrnout rodinu do rozhodování o péči o činnostech dle přání.
- Usnadnění diskuze o zařizování pohřbu.

Příloha č. IV VÝPOVĚDI RESPONDENTŮ- ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti

Určující znaky

- sděluje hlubokou sklíčenost
„změna mimiky obličeje, vystrašený výraz ve tváři, děs v očích, někdy pacienti i pláčou, nebo naopak odmítají kontakt, jsou uzavření neteční, touha po domově“
- sděluje strach ze ztráty duševní způsobilosti v období umírání
„bojí se, že mu to nebude myslet a bude se chovat jak malé dítě“
- sděluje strach z bolesti související s umíráním
„ptají se, jestli to bude bolet, jestli ty léky co berou, jim budou stačit, strach z bolesti“
- sděluje strach z předčasné smrti
„bojí se, že umře dřív, než se stihne rozloučit s rodinou“
- sděluje strach z průběhu umírání
„strach z toho, jak bude smrt probíhat, strach z toho, že smrt přijde nečekaně“
- sděluje strach dlouhotrvajícího umírání
„bojí se, že bude dlouho umírat“
- sděluje strach z utrpení souvisejícího s umíráním
„někdy třeba rodině řekne, že se bojí, že bude hodně trpět a jestli mu pomůžeme“
- sděluje pocit bezmocnosti nad umíráním
„neklid viditelný i vnitřní, někdy až agresivita“
- sděluje obavu o dopadu vlastní smrti na blízké osoby
„bojí se, jak to pak rodina bez něj zvládne, nejistota a obavy o rodinu“,

Související faktory:

- vedení rozhovoru na téma smrt
„někteří sami začnou mluvit o tom, že mají strach ze smrti, pacient sám řekne, co ho trápí“
- vnímání blízkosti smrti
„neklidné spaní, bojí se usnout, vyžaduje často přítomnost sestry, nechce být sám, strach z nastávající smrti, chce, aby přišel kněz“
- nejistota se setkáním s vyšší mocí
„věřící se někdy bojí, že žili špatný život a Bůh je nepřijme“
- nejistota o existenci vyšší mocí
„bojí se umřít, protože nevěřil v Boha“
- nejistota o životě po smrti
„bojí se, o to, jaké to bude po smrti, jestli vůbec něco bude“

Jiné:

„snížení mobility, nechutenství, dušnost“,