

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Monika Kubincová

**Strach a úzkost ze smrti u dospělých pacientů
v paliativní péči**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šáteková, Ph.D.

Olomouc 2020

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

V Olomouci dne 5. 6. 2020

.....

Především bych chtěla poděkovat své vedoucí, paní Mgr. Lence Šátekové, Ph.D., za vedení, mnoho cenných rad a skvělou spolupráci, ale také své rodině za pevné nervy a podporu.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Umírání pacienta

Název práce: Strach a úzkost ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči

Název práce v AJ: Fear and anxiety of death in adult patients in palliative care

Datum zadání: 2019-11-13

Datum odevzdání: 2020-06-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci,

Fakulta zdravotnických věd,

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Kubincová Monika

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šáteková, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem této přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané aktuální poznatky o strachu a úzkosti u dospělých pacientů v paliativní péči. Práce je rozdělena na dva dílčí cíle. První dílčí cíl je zaměřen na strach a úzkost ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči a jejich ovlivňující faktory. Strach a úzkost ze smrti jsou spolu úzce spojeni, ale vykazují malé odlišnosti ve významu. Strach ze smrti může přerůst až v takzvanou thanatofobii. V rámci ovlivňujících faktorů bylo dokázáno, že strach a úzkost ze smrti ovlivňuje smrtelná nemoc, bolest, víra, dostatečná informovanost, multidisciplinární tým, sociální kontakt, podpora rodinných příslušníků a přátel, prostředí, pohlaví, kultura, věk anebo osobní negativní zkušenost se smrtí ostatních lidí. Druhý dílčí cíl je zaměřen na intervence všeobecných sester při strachu a úzkosti ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči. Jednou z možností je využití ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti, která se nachází v klasifikačním systému NANDA International. Dále je možné využít screeningové měřicí nástroje, klasifikační systém NIC, verbální a neverbální komunikaci, humor a muzikoterapii.

Použité aktuální dohledané poznatky byly vyhledávány v databázích PubMed, EBSCO, MEDVIK. Dále byly použity články z elektronických časopisů - Solen a Kontakt.

Abstrakt v AJ: The aim of this summarizing bachelor thesis was to present up-to-date findings about fear and anxiety of death in adult patients in palliative care. The thesis is divided into two partial objectives. The first partial objective is focused on the fear and anxiety of death in adult patients in palliative care and the influencing factors. The fear and anxiety of death are closely connected but show little differences in meaning. The fear of death can grow into so-called thanatophobia. With in the influencing factors, was proved that fear and anxiety of death are influenced by deadly disease, pain, faith, sufficient awareness, multidisciplinary team, social contact, support of family members and friends, environment, gender, culture, age or personal negative experience with other people's death. The second partial objektive is focused on interventions of nurses in fear and anxiety of death in adult patients in palliative care. One of the possibilities is use the nursing diagnosis Anxiety of death, which is found in the NANDA International classification system. It is also possible to use the screening measuring instruments, NIC classification system, verbal and nonverbal communication, humor and music therapy. Used current findings we researched in PubMed, EBSCO, MEDVIK. There were also used articles from electronic journals – Solen and Kontakt.

Klíčová slova v ČJ: strach ze smrti, úzkost ze smrti, ovlivňující faktory, pacient, dospělý, paliativní péče, intervence, všeobecná sestra

Klíčová slova v AJ: fear of death, anxiety of death, influencing factors, patient, adult, palliative care, interventions, general nurse

Rozsah: 31 stran / 0 příloh

OBSAH

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
2 STRACH A ÚZKOST ZE SMRTI U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI A JEJICH OVLIVŇUJÍCÍ FAKTORY	11
3 INTERVENCE VŠEOBECNÝCH SESTER PŘI STRACHU A ÚZKOSTI ZE SMRTI U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	18
3.1 Význam a limitace dohledaných poznatků	26
ZÁVĚR	27
REFERENČNÍ SEZNAM.....	28
SEZNAM ZKRATEK	31

ÚVOD

Za posledních několik desítek let se paliativní péče vyvinula do profesionální disciplíny s odbornými vědomostmi v oblasti duchovní, psychosociální péče a řízení symptomů (Hui, Hannon, Zimmermann et al., 2018, s. 1-2).

Strach a úzkost ze smrti je častý symptom u nemocných v paliativní péči a výrazně ovlivňuje kvalitu života, každodenní činnosti a sociální vztahy. Znesnadňuje zvládnutí fyzických symptomů, snižuje schopnost vyrovnávání se s těžkou nemocí a narušuje důvěru při léčbě. V paliativní péči se incidence úzkostných poruch pohybuje mezi 6,8-13,3 %. Běžný je výskyt výrazných příznaků úzkosti, kterých je přibližně 24-48 %. Bohužel se strach a úzkost ze smrti neléčí kvůli nerozpoznání základních symptomů. V paliativní péči prozatím nebyly vytvořeny žádné mezinárodní ani národní klinické doporučené postupy pro zvládnutí a hodnocení strachu a úzkosti ze smrti (Atkin, Vickerstaff, Candy, 2017, s. 2-3). Proto v rámci kvalitní ošetrovatelské péče by měly všeobecné sestry včas rozpoznat u pacientů v terminálním stadiu života příznaky spojené se strachem a úzkostí ze smrti a zavčas tento problém řešit (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 28-30).

Nejprve je důležité položit si otázku: Jaké jsou aktuální dohledané poznatky o strachu a úzkosti ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči?

Cílem této bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané poznatky o strachu a úzkosti ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči. Cíl byl rozdělen do dvou dílčích cílů:

První dílčí cíl: Sumarizovat aktuální dohledané poznatky o strachu a úzkosti ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči a jejich ovlivňujících faktorech.

Druhý dílčí cíl: Sumarizovat aktuální dohledané poznatky o intervencích všeobecných sester při strachu a úzkosti ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči.

V rámci úvodu do problematiky byla použita tato vstupní literatura:

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

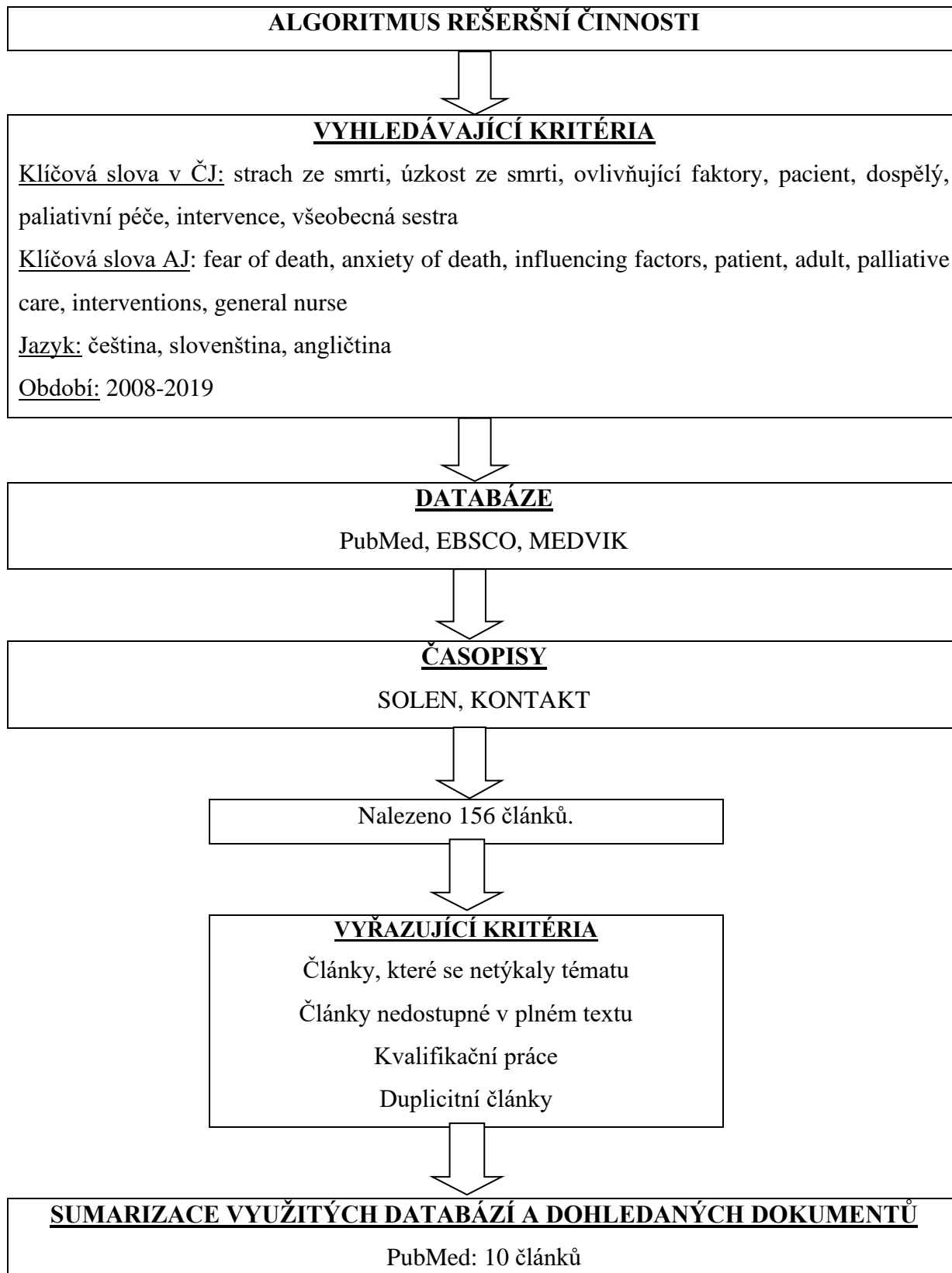
MCCAFFREY, Nicola. BRADLEY, Sandra. RATCLIFFE, Julie. C. CURROW, David. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *Journal of pain and symptoms management [online]*. 2016. **52**(2): 318-328. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012.

O'CONNOR, Margaret. ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

RENZ, M. REICHMUTH O. BUECHE, D. et al. Fear, Pain, Denial, and Spiritual Experiences in Dying Processes. *American journal of hospice and palliative care.[online]*. 2018. **35**(3): 478-491. DOI:10.1177/1049909117725271.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

V následujícím textu je popsán postup rešeršní činnosti, na jejímž základě byly dohledány validní zdroje pro tvorbu této bakalářské práce.



EBSCO: 4 články
MEDVIK: 1 článek



SUMARIZACE VYUŽITÝCH ELEKTRONICKÝCH ČASOPISŮ
KONTAKT: 2 články
SOLEN: 6 článků



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

BMC Palliative Care	1 článek
CA: A Cancer Journal Clinicians	1 článek
Frontiers in Neurology	1 článek
International journal of palliative nursing	1 článek
Československá psychiatrie	1 článek
Československá psychologie	1 článek
Frontiers in Psychology	1 článek
Journal of Hospice & Palliative Nursing	1 článek
Journal of pain and symptom management	3 články
Journal of Palliative medicine	2 články
Kontakt	2 články
Onkológia (Bratisl.)	1 článek
Onkologie	1 článek
Paliatívna medicína a liečba bolesti	3 články
Psychiatrie	1 článek
Psychiatrie pro praxi	1 článek
Sociální studia	1 článek



Pro tvorbu této přehledové práce bylo využito **23** článků.



Navíc byla pro tvorbu této bakalářské práce použita **1** kniha - Nursing Interventions Classification (NIC).

2 STRACH A ÚZKOST ZE SMRTI U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI A JEJICH OVLIVŇUJÍCÍ FAKTORY

Smrt je konečnou etapou života každého člověka (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 41). Při umírání se můžeme setkat s mnohými změnami, mezi které řadíme také změny v oblasti emocí. Jednou z častých emocí u umírajících pacientů je strach a úzkost ze smrti. Člověk, který si uvědomuje vlastní smrtelnost, si tímto může způsobit trápení, a tím výrazně zhoršit svoji kvalitu života. Jedná se o ošetrovatelský problém, který v rámci svých kompetencí řeší zdravotničtí profesionálové (Kisvetrová, 2012, s. 22). V dnešní době vzbuzuje představa smrti a umírání větší obavy než dříve. Úzkost ze smrti, popření a přijetí nastávající smrti se stávají hlavním předmětem pro pochopení postoje ke smrti. Nese s sebou vědomé i podvědomé známky strachu, které se odvíjí ze zkušenosti jednotlivce (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 41).

Strach je mnohdy používán jako synonymum úzkosti. Jsou zde ale malé nuance, které je třeba rozlišit (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 42). Strachem se rozumí vrozená emocionální odezva organismu na konkrétní a zřetelné riziko. Trvá jen v době ohrožení a má informační a ochranný charakter. V tomto ohledu je smrt brána jako nebezpečí (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 124-125). Děs, panika, rozrušení, maladaptivní chování, somatické potíže nebo vyrovnávající se děje se mohou objevit před smrtí jako negativní reakce na strach (Machová, Kadlecová, 2018, s. 108). Ten také ovlivňuje proces terminální léčby (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 124-125). Rozlišujeme tři druhy strachu, kterým si většina umírajících prochází. První se týká události umírání, druhý se vztahuje k tomu, co se stane po smrti. Poslední je strach z konce života a zkázy bytí své osoby (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 42). Pacient si může procházet strachem, že jeho smrt bude nepříznivě působit na ostatní, kteří jsou s umírajícím v blízkém vztahu, strachem ze ztráty svých nejbližších, z osamělosti, bolesti a dalšího tělesného utrpení, ze snížení kontroly nad sebou, ze závislosti na druhých a nesoběstačnosti nebo například z nahoty (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 126). Autorky Kisvetrová a Králová (2014, s. 41) také dodávají, že u umírajícího se může objevit strach z neuzavření jedné kapitoly života. Dá se tedy říci, že strach ze smrti je u každého člověka v terminálním stadiu složen z několika strachů a dohromady dávají jeden celek (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 126).

Patologický a nevysvětlitelný strach z nadcházející smrti se nazývá **thanatofobie**. Terminálně nemocný si ho je plně vědom, ale nedokáže jej potlačit vlastní vůlí. V pozdní fázi může vyplynout až v panickou ataku. Thanatofobie se může jevit jako patologická obava pacientů s depresí nebo jako obava ze smrti obsesivních nemocných. Thanatofobií trpí asi 8 % onkologických pacientů (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 124-125).

Úzkost je nepříznivá emoční situace, u níž příčinu nelze přesně formulovat. Naopak strach ze smrti uvádí člověka do přesvědčení, že smrt je děsivá. S úzkostí se člověk setkává v celém svém životě. Jedná se o nepříznivý emoční stav, kde není možná definice příčiny. Hraje nedílnou a životně důležitou součást každého z nás (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 124-125). Raudenská, Javůrková a Kozák (2013, s. 308) uvádí, že úzkostné poruchy u terminálně nemocných jsou zastoupeny kolem 15-28 %. Výzkumné studie potvrzují, že úzkost souvisí s nedostatečným naplňováním potřeb pacienta v terminálním stadiu (Bužgová, Hajnová, Felzl et al., 2014, s. 244). Mohou být tedy u nich častěji očekávány symptomy spojené se stavem, jako je pocení, nevolnost, zrychlené dýchání, závratě apod. Úzkost ze smrti je dána pudem sebezáchovy (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 124-125). Dle výzkumné studie, která se konala v České republice a zjišťovala výskyt úzkosti ze smrti, bylo zjištěno, že nejvíce trpí tímto problémem pacienti na onkologickém, hematoonkologickém a geriatrickém oddělení. Méně často na oddělení dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), nejméně pak v hospicovém zařízení a v agenturách domácí péče (Kisvetrová, 2012, s. 26).

Strach a úzkost z nastávající smrti jsou většinou ovlivněny několika faktory, které se mohou navzájem doplňovat nebo shodovat. Je důležité mít povědomí o faktorech, které mají vliv na prožívání úzkosti a strachu ze smrti z důvodu snížení rizika odcizení mezi pacienty a profesionály (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 41-48).

V následující části se budeme věnovat vybraným faktorům ovlivňujícím strach a úzkost ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči, které byly dohledány na základě rešeršní strategie.

První z faktorů je **smrtná nemoc**. Při potvrzení diagnózy ohrožující život nemocného se zvyšuje strach a úzkost ze smrti. Nemocní se mohou snažit potlačit myšlenky na smrt, ale příznaky spojené s terminálním onemocněním tomuto procesu většinou brání a vyvolávají nepříjemné děsivé pocity, mezi něž je možné zařadit i obavu o své nejbližší (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 29). Nemocní prožívají anticipační zármutek vzniklý uvědoměním si, že se blíží konec jejich života. To se může projevit zvýšenou komunikací

o tomto problému nebo naopak jeho popřením (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 308). Úzkost je propojena se strachem z dané diagnózy a následné smrti. Vyvolává tělesné potíže a může nastat bludný kruh myšlenkových pochodů (Bužgová, Hajnová, Feltl, 2013, s. 118). Kvůli tělesným obtížím se prohlubují emoční obtíže. Ty mají vliv na kvalitu života nemocného v terminální fázi života, schopnost se z něčeho těšit, zesilují intenzitu bolesti, ovlivňují vztahy a jsou příčinou trápení rodiny (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 307). Pacient si ve většině případů moc dobře uvědomuje ztrátu svého zdraví. V některých situacích se může u pacienta rozvinout deprese. Mohou se zde objevit myšlenky spojené se sebevraždou, pokud mají vidinu spojenou s nezvládnutím dané situace a život podle nich nemá další význam (Bužgová, Hajnová, Feltl, 2013, s. 118). Ztráta kontroly je ve většině případů příčinou suicidia. U pacienta hraje hlavní roli beznaděj více než příznaky klinické deprese. Výskyt deprese vzrůstá u pacientů v terminálním stadiu života až na 77 %, a to hlavně v konečných třech měsících a až 25krát se u nich zvyšuje riziko sebevraždy nebo prosby o urychlení smrti. S tím souvisí, že umírající čteně trpí kognitivními dysfunkcemi, což je způsobeno demencí. Jde o převahu nemocných ve věku 60-64 let, a to v 1 % populace v terminálním stavu. U pacientů ve věku 85 a více výskyt demence stoupá na 25 % (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 308). Můžeme u nich rovněž pozorovat příznaky deprese (van der Steen, Lennaerts, Hommel et al., 2019, s. 2). U pacientů se zhoubným nádorem mozku mohou být sledovány změny v chování prohlubující nebo vyvolávající strach a úzkost ze smrti (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 41-43). Podstatné náznaky strachu a úzkosti se vyskytují přibližně u 25-48 % nemocných trpících nádorovým onemocněním. Tyto stavy mohou mít vliv na dobu přežití nemocného s onkologickým onemocněním (Kolva, Rosenfeld, Pessin et al., 2011, s. 692). Nemocný má potíže pochopit, proč se jeho nemoc nedá vyléčit ani léčit. Proto cítí určitou frustraci a hrozbu, která přispívá ke strachu a úzkosti ze smrti (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 307). Také při roztroušené skleróze bylo detekováno časté propuknutí strachu, úzkosti a depresivních stavů (Machová, Kadlecová, 2018, s. 108). Mnohé známky vykazují i pacienti se syndromem získaného selhání imunity (dále jen AIDS). Je však zajímavé, že se u nich strach a úzkost ze smrti projevuje více než u onkologických pacientů (Kisvetrová, 2012, s. 28). Mohou být způsobeny sociálními problémy. Bojí se totiž nejen fyzické smrti, ale i sociální smrti a opuštěnosti (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 43). Autorky Raudenská a Javůrková (2011, s. 122) dále uvádí, že psychickou kondici pacienta v konečném stadiu života můžou negativně ovlivnit také hormony, metabolické stavy – zde se jedná například o hyperkalcemii nebo medikamentózní léčbu – příkladem mohou být steroidní látky. Psychické obtíže celkově

působí na pacienta. Nenachází radost ze života nebo se umírající není schopen emocionálně rozloučit. Zvyšuje se tím i míra bolesti. Dalšími příznaky, které se v převážné většině objevují, jsou zvracení, ztráta mobility nebo chuti k jídlu, dušnost a slabost (Raudenská, Javůrková, Kozák, 2013, s. 308).

Bolest, která trápí terminálně nemocného, je jedním z častých faktorů vyvolávajících strach a úzkost ze smrti. Nejvíce se můžeme setkat s bolestí u pacientů, kteří mají diagnostikované tumorové onemocnění. Jedná se o 35-96 % pacientů. Nutné je podotknout, že hlavní roli hraje také stadium a typ nádoru. Nejvíce bolesti vykazují pacienti s rakovinou kostí a plic v porovnání s jinými typy nádoru, jako je například rakovina mozku nebo jater. Ovšem bolest může vyvolávat i jiné chronické nevléčitelné onemocnění, ne ale v takovém měřítku. Dle výzkumné studie se jedná spíše o příznaky spojené s nemocí, jako je například srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN), AIDS nebo onemocnění ledvin. Bolest se vyskytuje také u pacientů s demencí, která je u nich těžko rozpoznatelná. U terminálně nemocných v paliativní péči se bolest řeší hlavně pomocí opioidních látek. Výzkumná studie ale poukazuje na to, že i přes tento fakt umírá prakticky 25 % umírajících v nepředstavitelných bolestech, kterou v posledním týdnu života vykazovalo až 68 % pacientů. Zjištění ukazuje, že určitá bolest před smrtí je běžným jevem jak u terminálně nemocných s tumorovým onemocněním, tak také u jiných nevléčitelných nemocí (Klint, Bondesson, Rasmussen et al., 2019, s. 785-790).

Rovněž **víra** ovlivňuje strach a úzkost ze smrti umírajícího. Napomáhá nemocnému překonat obavy spojené se smrtí a nabízí mu přirozený pohled na smrt. Někteří lidé v terminálním stadiu života mohou věřit v posmrtný život. To u nich může snížit obavy spojené s nastávající smrtí a dát jim tak naději a klid v posledních chvílích života (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 44-45). Autoři Kolva, Rosenfeld, Pessin et al. (2011, s. 691-700) ale tuto situaci popírají ve své výzkumné studii, která zkoumala strach a úzkost ze smrti u pacientů v paliativní péči. Celkový počet respondentů činil 194 zúčastněných. 103 nemocných mělo lůžkovou paliativní péči a zbylých 91 pacientů dostávalo ambulanci péči v centru terciální péče o pacienty s rakovinou v New Yorku. Průměrný věk pacientů byl 62,4 let. Byla provedena za pomoci měřicích nástrojů - Hospital Anxiety and Depression Scale (dále jen HADS), Schedule of Attitudes toward a Hastened Death (dále jen SAHD), Beck Hopelessness Scale (dále jen BHS) a Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (dále jen FSSQ). Výzkumná studie zahrnovala mnohé charakteristiky pacientů: věk, pohlaví, manželský stav, víru a etnicitu nemocných. Zaobírala se i vírou v posmrtný život a bylo zjištěno, že

u pacientů, kteří věří v pokračování života po smrti, se vyskytuje vyšší míra strachu a úzkosti ze smrti než u pacientů nevěřících této skutečnosti. V dalších výzkumných studiích bylo prokázáno, že silná náboženská víra opravdu snižuje strach a úzkost ze smrti (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 44-45). Dle autorky Križanové (2010, s. 40) věřící berou víru jako zdroj energie. Její postrádání může vést až ke spirituální disharmonii a deficitu duchovní síly. Ta člověku pomáhá překonávat těžké životní situace. U terminálně nemocných pacientů ztráta víry vede až k pocitu osamění a pochybnostem o smyslu života (Bencová, 2016, s. 42). Pro pacienta v terminální fázi je naděje spíše pomyslná. Spousta nemocných se však snaží věřit a promítají si možnosti do reálného života (Bužgová, 2011, s. 268). V nejzazším případě může dojít k odmítnutí návštěv duchovního, lékaře nebo rodiny, která hraje důležitou roli pro umírajícího člověka (Bencová, 2016, s. 42). Jednotlivé náboženské kultury též mají vliv na rozsah strachu a úzkosti ze smrti. Dle výzkumné studie, která se zabírala multikulturním náboženstvím, ti, co vyznávají křesťanskou víru, vykazují nižší strach a úzkost ze smrti než nemocní, kteří se nehlásí k žádné víře. Na druhou stranu se u muslimské populace nemocných projevoval vyšší strach a úzkost ze smrti než u nevěřících. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že právě u muslimů nehraje víra žádnou roli v oblasti strachu a úzkosti ze smrti. Právě naopak se u nich výrazně zvýší (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 44-45). Ve většině náboženství se dá nalézt útěcha a intervence, jak zvládat strach a úzkost ze smrti. Jde například o víru v reinkarnaci, nirvánu, trvalý život nebo stav bez trápení. Může dojít ale rovněž k situaci, kdy nemocný pochybuje o existenci Boha. Vidí ho jako trestajícího soudce, který mu nadělil nemoc ohrožující zdraví. Jedná se o tzv. „krizi víry“. Při této krizi se může vyskytnout zvýšený strach a úzkost ze smrti. V tomto případě by měla všeobecná sestra nebo kaplan společnými silami pomoci pacientovi tuto situaci překonat (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 28-29).

Jako další rizikový faktor ovlivňující strach a úzkost ze smrti pacientů v paliativní péči je brána **dostatečná informovanost** o nynějším stavu pacienta a jeho prognóze. Tyto informace by se měly poskytovat přijatelným a citlivým způsobem. Jde o stav, kdy terminálně nemocný a jeho nejbližší společně s multidisciplinárním týmem mají v povědomí jeho daný stav, věcně ho vyhodnocují a získané informace si navzájem sdělují. Můžeme zde také zařadit rady týkající se péče, a to například informace o ošetrovatelském plánu, o možných službách nebo informace týkající se financí. Od zdravotnického týmu se očekává, že bude poskytovat jak pacientovi, tak i jeho rodině profesionální rady, které sníží jejich obavy, dá možnost věcně

zhodnotit nynější situaci a popřípadě jim pomůže se přichystat na to, co je čeká (Bužgová, 2011, s. 267-268).

Multidisciplinární tým je důležitou oporou na konci života nemocného. Pokud je ošetřující tým nápomocný, naslouchající a plně dostupný pro pacienta, snižuje se tím strach a úzkost ze smrti. Pro pacienty je důležitý určitý aspekt péče – a to, aby o ně bylo pečováno s úctou a respektem. Důvěra mezi nemocným a ošetřujícím personálem je pro terminálně nemocné nezbytným a důležitým prvkem péče. V některých případech může dojít k tomu, že pacienti hůře vyjadřují ošetřujícím svůj strach a úzkost ze smrti, protože se snaží zabránit jejich psychické zátěži. Proto je nepostradatelné vytvořit si mezi sebou dobrý vztah, který dá pocit jistoty, sebeúcty a bezpečí nemocnému (Bužgová, 2011, s. 267-268).

Sociální kontakt je pro lidi, obzvláště pro terminálně nemocné, velmi klíčový a dává jim smysl žít. Je však pravdou, že určitá izolace se člověku dostává i v hospicové a paliativní péči, a tím brání přirozenému vztahu pacientů se svými blízkými (Tuffuor, Payne, 2017, s. 400). Autorka Bužgová (2011, s. 269) také uvádí, že sociální izolace a malá sociální opora vede ke strachu a úzkosti ze smrti.

Podpora rodinných příslušníků a přátel má příznivý vliv na terminálně nemocného. Uvědomování si svých hodnot, laskavá péče ze stran nejbližších a důvěra přispívá k vyšší sebeúctě. Vytváří tím tak ochranu proti strachu a úzkosti ze smrti. Pokud dojde k narušení těchto dobrých vztahů, může to vést pacienta až k obavám z vlastní smrti. Jistota ze strany rodinného zázemí je velmi rozhodující pro snížení úzkostných stavů. Je tedy důležité podporovat intervence povzbuzující vztahy mezi rodinou, přáteli a pacientem (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 47). Nemocný má potřebu být se svými nejbližšími, prožívat a řešit rodinné problémy. Přítomnost nemoci však může narušovat psychickou atmosféru v rodině. Mohlo by se také stát, že umírající se více vzdálí od důležitých lidí ve svém životě, a tím naruší smysluplnost sociálních vztahů. Tento krok bývá spojován se separací nemocného od rodiny. Nesmírnou oporou pro umírajícího člověka je podpora blízkých (Bužgová, 2011, s. 268). Autoři Kolva, Rosenfeld, Pessin et al. (2011, s. 692) také uvádějí, že vyšší míra strachu a úzkosti se objevuje u nemocných, kteří nejsou v manželském svazku.

U některých terminálně nemocných pacientů bývá příčinou strachu a úzkosti ze smrti **prostředí**, v němž pacient tráví své poslední chvíle života. To hraje pro něj významnou roli a má vliv na jeho psychickou stránku. Neznámé, cizí prostředí, jako je například zdravotnická instituce nebo jiné zařízení, může v pacientovi zvyšovat pocit strachu a úzkosti ze smrti.

Pokud je však ve známém prostředí, jeho strach a úzkost se může více redukovat nebo popřípadě eliminovat. Přináší dojem klidu a zároveň zmírnění obav nejen z blížící se smrti, ale i z pocitu prázdnoty, neklidu, nejistoty a pocitu opuštěnosti (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 43-44).

Také **pohlaví** ovlivňuje strach a úzkost ze smrti. Je prokázáno, že ženy mají více sklon ke strachu a úzkosti ze smrti než muži, a to na celém světě, jelikož tuto problematiku vnímají intenzivněji (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 47-48). Toto tvrzení potvrzuje i výzkumná studie, která se prováděla v New Yorku u terminálně nemocných pacientů (Kolva, Rosenfeld, Pessin et al., 2011, s. 692).

Kultura každého jedince zde hraje také určitou roli. V jednotlivých kulturách se můžeme setkat s odlišným způsobem předáním a vyjádřením smyslu smrti. Velmi často se setkáváme s tabuizací a snahou o její zamítnutí, zejména v moderní západní společnosti. Takový proces naopak zvyšuje strach a úzkost ze smrti. Výzkumná studie, která se konala ve Velké Británii, potvrdila, že u starší majoritní populace se vyskytoval nižší strach a úzkost ze smrti než u etnických menšin, jako jsou například Číňané, Pákistánci nebo Indové (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 46-47). Dále výzkumná studie autorů Kolva, Rosenfeld, Pessin et al. (2011, s. 696) došla k závěru, že nejvíce se strach a úzkost ze smrti vyskytuje u asijské populace. Na druhém místě se umístila europoidní rasa a nejméně jí trpí rasa negroidní.

Věk rovněž můžeme brát za faktor, který ovlivňuje tuto problematiku. V závislosti na věku a vývojovém stadiu jedince se zde vyskytují rozdíly v chápání strachu a úzkosti ze smrti. Starší lidé mají strach a úzkost ze smrti spojený s nejistotou o existenci posmrtného života a ztrátou sebekontroly. Závislost na druhých, bezmocnost - to je to, co starého člověka tíží. Je si ale vědom, že se jedná o přirozený závěr života. Rozklad těla a bolest je to, čeho se zase obávají více mladší lidé (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 45).

U některých nemocných může strach a úzkost z vlastní smrti zintenzivnit **osobní, negativní zkušenost** ze smrti druhých osob (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 29). První zážitek spojený se smrtí jiných lidí ovlivňuje rasa, věk, víra nebo názor na smrt v jisté společnosti a kultuře. Vyvolávající příčinou může být také zkušenost prožití smrti svých rodinných příslušníků nebo přátel (Kisvetrová, Králová, 2014, s. 45-46).

Co můžeme oproti tomu považovat za **bezvýznamné faktory**, je povolání, platový příjem, úroveň vzdělání a místo bydliště terminálně nemocného (Križanová, 2010, s. 40).

3 INTERVENCE VŠEOBECNÝCH SESTER PŘI STRACHU A ÚZKOSTI ZE SMRTI U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Pro kvalitní poskytování paliativní ošetrovatelské péče je velmi důležité rozpoznání strachu a úzkosti ze smrti u nemocných. Dle zahraničních výzkumných studií je přibližně pouhých 20 % potíží spojených s psychickým stavem pacienta zjištěno všeobecnými sestrami. Ty by ale měly umět rozpoznat strach a úzkost ze smrti u nemocných, o které pečují, a dokázat jim pomoci v této situaci. Pokud všeobecná sestra dokáže převést své znalosti a dovednosti problému strachu a úzkosti ze smrti do praxe, bude pro pacienta oporou v překonání této překážky (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 30). Dle autorky Kisvetrové (2012, s. 28) všeobecné sestry, které jsou v pravidelném kontaktu s pacienty v konečné fázi života, mají vlídnější postoj při poskytování ošetrovatelské péče, pokud se objeví u nemocného strach a úzkost ze smrti, jsou citlivější a vnímavější. Jedna z klíčových kompetencí všeobecné sestry je brát v potaz pacientovy obavy, strach a přiměřeně reagovat na tento problém. Dále je důležitá emocionální opora. Nasloucháním a empatií mu poskytnout možnost vyplavit jeho emoce - dát najevo, že je všeobecná sestra v tuto chvíli zde jen pro něj a může se se svými těžkostmi svěřit. Nesmíme zapomenout na udržení a podporování důstojnosti člověka pomocí zmírnění obav ze sociální izolace, pocitu beznaděje a zneuctění nemocných v konečném stadiu života, kteří se o sebe už nedokáží sami postarat. Také by všeobecná sestra měla zvládnout náležitě identifikovat pacientovy psychologické problémy, a to prostřednictvím komunikace, která je ve vztahu s pacientem velice důležitá. Jedná se o prvořadou kompetenci všeobecné sestry v paliativní péči o nemocného (Kisvetrová, Kutnohorská, 2011, s. 30).

Jednou z možných ošetrovatelských intervencí, kterou všeobecná sestra může vykonávat, je **identifikace úzkosti ze smrti** u pacienta pomocí ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti, která se nachází v klasifikačním systému NANDA International. Je zařazena do domény číslo 9 - Zvládání zátěže/Odolnost vůči stresu a do 2. třídy – Reakce na zvládání zátěže. Obsahuje 15 souvisejících faktorů a 12 určujících znaků. Kvantitativní výzkumná studie zkoumala využití této ošetrovatelské diagnózy v ošetrovatelském procesu v sociálních a zdravotnických zařízeních v České republice. Byly zde zařazeny domovy pro seniory, lůžkové hospicové zařízení, oddělení LDN, hematoonkologie, onkologie a geriatrické oddělení. Hlavním zařazovacím kritériem byla registrovaná všeobecná sestra s alespoň

jednoroční zkušeností v instituci, kde se ošetrovatelská péče zaměřuje hlavně na člověka v terminální fázi života. Sběr dat se prováděl pomocí polostrukturovaného nestandardizovaného dotazníku, který zahrnoval 9 položek. Tato výzkumná studie se prováděla v časovém období od ledna do května roku 2011. Celkem bylo rozdáno 750 dotazníků do 34 sociálních a zdravotnických zařízení České republiky. Bohužel celková návratnost dotazníků činila pouhých 62,4 %. Autorka to přičítá časové tísní všeobecných sester. Průměrný věk zúčastněných byl 38,6 let (od 19-67 let) a délka odborné praxe činila v průměru 15,5 let (1 rok-49 let). Výsledky zjišťují, že nejvíce tuto diagnózu používají sestry v hospicovém zařízení, a to 74,1 %, dále potom na onkologickém oddělení 31,9 %, na oddělení LDN 24,7 %, v domovech pro seniory 19,4 %, na oddělení geriatric 17,4 % a nejméně ji používají v agentuře domácí péče – pouze 6,9 %. Výsledky výzkumné studie ukazují, že všeobecné sestry v České republice si všímají u terminálně nemocných diagnostických elementů, které stvrzují ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. I přesto tuto diagnózu mnoho sester v dokumentacích neuvádí. Je však zapotřebí zabývat se více posouzením psychosociálních potíží pacientů v konečném stádiu života (Kisvetrová, 2012, s. 22-28).

V rámci identifikace je možné kromě toho využít **screeningové měřicí nástroje**, díky nimž lze diagnostikovat strach a úzkost ze smrti. V paliativní péči se můžeme setkat s měřicími nástroji, jako jsou Edmonton Symptom Assessment System (dále jen ESAS) a po revidování Edmonton Symptom Assessment System Revised (dále jen ESASr), HADS, Distress Thermometer (dále jen DT) a Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale (dále jen GAT-7). Možné je využít i Diagnostické a statistické příručky mentálních poruch (dále jen SCID-5), kde je ale sporná platnost diagnostických prostředků (Atkin, Vickerstaff, Candy, 2017, s. 2-3).

V návaznosti na využití klasifikačního systému Nanda International je možné použít další klasifikační systém **Nursing Interventions Classification (dále jen NIC)**. Zde se všeobecná sestra může inspirovat možnými intervencemi, které se zabývají pacientem trpícím strachem a úzkostí ze smrti. V rámci **redukce strachu a úzkosti ze smrti** jsou zde navrhované intervence takové, aby všeobecná sestra naslouchala pozorně, využívala poklidný a uklidňující postoj, vysvětlila umírajícímu všechny procesy i pocity, které se mohou během toho vyskytnout, pomoci mu formulovat praktický popis přicházející situace, měla by posoudit neverbální a verbální příznaky spojené se strachem a úzkostí, upozorovat, kdy se mění míra strachu a úzkosti ze smrti, pomoci pacientovi rozpoznat situace, které strach

a úzkost ze smrti vyvolávají, usilovat o pochopení perspektivy stresové situace pacienta, zůstat v přítomnosti nemocného, aby se omezil strach a úzkost ze smrti a zvýšil pocit bezpečí, podporovat rodinu, aby byla v přítomnosti pacienta, poskytnout pestré aktivity, které sníží napětí, navrhnout pacientovi využití relaxačních technik, vytvořit vhodnou atmosféru pro zlepšení důvěry, podpořit nemocného, aby využíval přijatelné obranné mechanismy, podpořit vyjádření vnímání strachů a pocitů, poskytovat pravdivé informace o prognóze, diagnóze a léčbě. Jako další je zde **péče o umírajícího**, kde si všeobecná sestra může vybrat z dalších několika intervencí, a to – ochotně komunikovat o smrti s terminálně nemocným, upozorovat jeho priority v péči a respektovat specifické požadavky, usilovat o porozumění pacientovým postojům, jednáním a pocitům, monitorovat bolest, změny nálad a strach a úzkost ze smrti, být v blízkosti vystrašeného nemocného, kontrolovat duševní a fyzické schopnosti, zda nedošlo k jejich zhoršení, respektovat požadavek soukromí, přetvořit prostředí podle přání a potřeb pacienta, nenutit umírajícího do aktivit pokud, je unavený, dle nutnosti pomoci pacientovi se základní péčí, snažit se snižovat nepohodlí, zbytečně nenutit pacienta do jídla, pokud je unavený, podporovat pacienta a jeho rodinu ke sdílení pocitů, které se týkají smrti, ulehčit získání duchovní podpory jak pro nemocného, tak i jeho rodinu, zařadit rodinu do činností a rozhodnutí v oblasti péče podle nutnosti. Také je zde možné zařadit intervence na **zlepšení zvládnání strachu a úzkosti ze smrti**. Zde můžeme zařadit pomoc pacientovi při vymezování si vhodných dlouhodobých a krátkodobých cílů a pomoci mu rozdělit si komplikované cíle na malé, které poté zvládne, povzbuzovat nemocného ve vztazích s lidmi se společnými cíli a zájmy, pomoci pacientovi řešit reálně potíže, využít poklidný a uklidňující postoj, vyhodnotit pacientovo pochopení chorobného stavu, pomoci mu rozpoznat informace, o něž nejvíce usiluje, napomáhat pacientovi ve zvládnání situace, diskutovat a zhodnotit jiné způsoby reakcí na situaci, promluvit si s pacientem o předešlých formách řešení životních problémů, podporovat ho ve využívání duchovních zdrojů v případě potřeby, zjistit příčinu sebekritiky pacienta, vzdorovat depresivním nebo rozzlobeným pocitům pacienta, podporovat rozeznání určitých životních hodnot nemocného, seznámit nemocného s osobami, které mají stejný zážitek, pomoci mu zhodnotit jeho životní situaci, která má vliv na vztahy a role, napomoci nemocnému objektivně zhodnotit situaci, podporovat komunitní a sociální aktivity a posoudit touhy po sociální podpoře, usilovat o pochopení pacientovy stresové situace, povzbudit nemocného, aby sdělil své silné schopnosti a stránky, podporovat začlenění rodiny, povzbuzovat rodinné příslušníky, aby specifikovali pocity, co se týká nemocného, pomoci vyjasnit pacientovy nepravdivé představy, podpořit nemocného, aby své chování zhodnotil, pomoci pacientovi rozeznat

strategie, které budou mít pozitivní vliv na vypořádání se s omezením a pomohou mu zvládat danou změnu role nebo životní styl (Butcher, Bulechek, Dochterman et. al., 2018, s. 71-143).

V České republice probíhala výzkumná studie nejen u pacientů v paliativní péči, kde jejím cílem bylo identifikovat možné aktivity z intervence duchovní podpory za pomoci NIC, které se využívají u pacientů se strachem a úzkostí ze smrti v České republice a které by mohly být realizovány v praxi. Sběr dat se prováděl od ledna do května roku 2011. Před zahájením výzkumu byla provedena pilotní studie. Její výsledky byly použity ke stanovení cíle výzkumu. Výzkumný vzorek zahrnoval pouze registrované všeobecné sestry s alespoň jednoroční zkušeností na oddělení onkologie, geriatric, LDN, v domovech pro seniory, hospici nebo v domácí péči. Ve výzkumné studii bylo 42,7 % věřících. Prováděla se pomocí měřicího nástroje – kvantitativního dotazníku s Likertovými váhami. Rozeslalo se 750 dotazníků. Z toho se zúčastnilo 468 všeobecných sester. Všeobecné sestry s nejvíce zkušenostmi pracovaly v domovech pro seniory, naopak s nejméně zkušenostmi pracovaly v hospicovém zařízení. Bylo zjištěno, že nejvíce používanou intervencí byla „Zacházejte s jednotlivcem s úctou a důstojností“. Ta se také považovala za nejdůležitější v rámci ošetrovatelské péče. Další často využívanou intervencí bylo „Ujistěte jednotlivce, že všeobecná sestra bude k dispozici na jejich podporu v době utrpení a buďte otevřeni pocitům jednotlivce o nemoci a smrti“. Dále zde byly podle důležitosti zařazeny intervence, jako je vyjádření empatie umírajícímu, poskytnout mu soukromí pro duchovní aktivity, možnost zajištění návštěvy duchovních specialistů, být otevřen pocitům nemocného vztahujícím se k nemoci a smrti, podporovat jeho účast na vzájemném působení s rodinnými příslušníky a přáteli, být tu pro něj při projevech bezmoci a osamělosti, využít terapeutické komunikace k navázání empatické péče a důvěry, podpořit účast pacienta na bohoslužbách, pokud si přeje, povzbuzovat ho zpětnou prohlídkou života pomocí reminiscence, podle výběru nemocného se obrátit na duchovního poradce, pomoci umírajícímu vhodnou formou vyjádřit a zmírnit hněv vhodným způsobem, usnadnit individuální používání modliteb, meditací a dalších náboženských rituálů a tradic, povzbuzovat umírajícího, aby zhodnotil celý svůj život a zaměřil se na vztahy a události, které mu poskytovaly duchovní podporu a sílu, zajistit duchovní hudbu, literaturu nebo rozhlasové či televizní programy, využít nástroje pro hodnocení a monitorování duchovní pohody podle potřeby. Jako méně důležité intervence byly zjištěny: zajistit dostatek času pro diskusi o rozmanitých pohledech na svět a systémech víry, zajistit pacientovi požadované duchovní články podle individuálních preferencí, pozorně naslouchat komunikaci nemocného a rozvíjet pocit načasování duchovních rituálů nebo

modlitby, modlit se s nemocným, podělit se s pacientem o vlastní přesvědčení o smyslu, účelu a duchovní perspektivě, podporovat využívání duchovních zdrojů, zda je to žádoucí, použít možné techniky k vyjasnění hodnot, které pomohou jednotlivcům vyjasnit přesvědčení a hodnoty, podle potřeby. Všeobecné sestry v České republice berou duchovní podporu spíše v existenciálním rozměru, jako je například aktivní naslouchání pacientovi, být v jeho přítomnosti a jednat s ním důstojně a s úctou. V této výzkumné studii všeobecné sestry uvedly určité faktory, které omezovaly provádění těchto činností. Jednalo se o kompetence, náboženství, čas, soukromí a řízení práce. Také docházelo k jistým nedorozuměním. Všeobecné sestry hlásily, že intervence duchovní podpory jsou v kompetencích jeptišek, klinického psychologa, kaplana či všeobecné sestry pracující pouze v hospicovém zařízení. Opak je ale pravdou. Výzkumná studie tedy ukázala, že české všeobecné sestry mohou využívat aktivity duchovní podpory u pacientů se strachem a úzkostí ze smrti i na jiných odděleních (Kisvetrová, Klugar, Kabelka, 2013, s. 599-605).

Nezbytnou a také jednou z nejdůležitějších intervencí nejen všeobecné sestry je, jak už bylo zmíněno, **verbální komunikace** s umírajícím pacientem, u něhož byl vyzpozorován strach a úzkost ze smrti. Hraje velkou roli v navázání vztahu mezi zdravotnickým personálem a nemocným a je založen na porozumění, empatii a trpělivosti. Správné naslouchání můžeme nazvat pravým uměním. Pravdomluvnost a upřímnost je nejdůležitější při komunikaci s terminálně nemocným. Musíme brát ale v potaz určitou opatrnost při rozhovoru (Lojan, 2015, s. 20-22). Je to právě všeobecná sestra, která napomáhá vysvětlit zlé informace týkající se stavu terminálně nemocného. Zároveň také naslouchá jeho emocionálním reakcím na tyto zprávy. Fáze závažného onemocnění pacienta může odrážet příležitost všeobecné sestry pozitivně ovlivnit péči pomocí rozhovoru. Požadavky umírajícího, které se týkají komunikace, zařazují pomoc při zmírnění symptomů a bolestí, potřebu informací, možnost ukázat své pocity a potřebu znát, že jeho život má účel a význam (Malloy, Virani, Kelly et al., 2010, s. 166-173). Nejdůležitější při komunikaci je správná hlasitost a tempo řeči, přízvuk, artikulace a hlas. Nesmíme dále zapomenout, v jaké výškové rovině se nacházíme při komunikaci s nemocným. Vždy by měla všeobecná sestra zaujmout stejnou výškovou rovinu s pacientem. Tím vyjádří své sympatie. U komunikace s nedoslýchavým pacientem je potřeba se více zaměřit na celý proces komunikace – dívat se pacientovi přímo do obličeje, mluvit hlasitěji, ale nižším tónem, mluvit pomalu, správně artikulovat a používat co nejkratší věty. U nemocného v konečném stadiu života se může často objevit pomalá mluva v důsledku únavy. Zpomalený organismus také vyvolává to, že terminálně nemocný má zpomalené

reakce. Je tedy dobré dát mu čas, aby obsahu porozuměl, odpověděl a vyjádřil ji vhodným výrazem (Lojan, 2015, s. 20-22). V ošetrovatelské paliativní péči je komunikace složitá. Jedná se spíše o spleť úsilí než o přirozeně se vyskytující proces. Proto je zapotřebí se této problematice věnovat jak už pravidelným vzděláváním, tak i praxí. Dle výzkumné studie, která se zaměřovala na komunikační dovednosti všeobecných sester v paliativní péči, bylo zjištěno, že všeobecné sestry s kratší dobou odborné praxe (v průměru 2-10 let) mají větší potíže s komunikací s terminálně nemocnými a jejich rodinnými příslušníky v oblasti sdělování špatných zpráv. Také komunikace s různými kulturami jim dělá značné problémy ve srovnání se všeobecnými sestrami, které jsou ve svém oboru více než 20 let. Další překážkou, kterou mají všeobecné sestry s nižší dobou odborné praxe, je komunikace s pacientem a jeho rodinnými příslušníky o duchovních obavách. Výsledky ukazují, že až po třicetileté zkušenosti v praxi ztrácí všeobecná sestra potíže komunikovat o těchto problémech (Malloy, Virani, Kelly et al., 2010, s. 166-173).

Pro terminálně nemocného je důležitá i **neverbální komunikace**. Je pravdou, že pacient může být v konečné fázi života unavený a verbální komunikace mu může způsobovat značné potíže. Ticho, výraz v tváři a pohyby těla můžeme zařadit do komunikace, která nám může napomoci v péči o terminálně nemocné. Důležitá je vzdálenost mezi nemocným a všeobecnou sestrou. Ta by neměla nastálo odcházet z jeho intimní a osobní zóny. Nic nevyjádří více, než když si všeobecná sestra udělá na nemocného čas, přeruší na chvíli práci, posadí se k němu, popřípadě se i usměje. Čeho se ale většina lidí bojí, je ticho. Občas nastane okamžik, kdy lidé netuší, co mají říci. Mlčením můžeme vyjádřit mnohem více než verbální komunikací. Jedná se o určité sjednocení mezi dvěma lidmi a o tichou přítomnost. Pomocí slov lze vystihnout cokoli, ale pohledem na umírajícího člověka můžeme vyjádřit mnohem více. Všeobecná sestra by měla umět číst z pohledu nemocného. Byla by schopna poté rozpoznat strach a úzkost ze smrti. Měla by se také zaměřit na myšlenky, potřeby, požadavky a emoce umírajícího. Důležité je podporovat pacientovu víru, pozitivní emoce, naději, důvěru, lásku, klid, odpuštění, vyrovnání, radost z odpuštění, zbavení se pocitu viny atd. Do neverbální komunikace zařazujeme i hmat. Ujistit, projevit blízkost a uklidnit nemocného je nejlidštější čest, kterou v dnešní době projevuje jen málokdo. Dotýkat se jej znamená vnímat ho jako lidskou bytost. Dotyk je taky důležitý pro zmírnění bolesti. Bohužel většina ošetrovatelského personálu bere dotyk s pacientem jen jako nutnost při ošetrovatelských výkonech. Podpora a porozumění je to, co můžeme dotykem vyjádřit nemocnému. Profesionalita a schopnost lidských vztahů bude více žádána při snaze pomoci

nemocným v terminálním stadiu života při strachu a úzkosti ze smrti. Zkušenosti, přiměřené vzdělání, odborné znalosti, schopnosti a dovednosti jsou nezbytné na výkon této těžké a odpovědné práce. Všeobecná sestra by měla být schopna oslovit ke spolupráci jiné odborníky, nepřetržitě si doplňovat vědomosti, osobnostní vlastnosti – to znamená sociální zralost, víru v člověka a mít vyrovnaný vztah ke své vlastní smrti a důstojnosti (Lojan, 2015, s. 20-22).

Jako další ošetrovatelskou intervencí, kterou by všeobecná sestra mohla zařadit mezi postupy zabraňující strachu a úzkosti ze smrti, je využití **humoru**. Ten je už po staletí zařazován do zdravotnictví jako určitý zásah, který má pozitivní vliv na pohodu a zdraví člověka (Linge-Dahl, Heintz, Ruch et al., 2018, s. 1-2). Pro některé však může být považován za nevhodný. V paliativní péči je ale humor běžnou součástí péče a objevuje se až v 85 % mezi všeobecnými sestrami a pacienty v terminálním stadiu života. Napomáhá nemocným udržovat smysl pro osobnost, budovat vztahy a bojovat s okolnostmi, kterým čelí (Ridley, Dance, Pare, 2014, s. 472-474). Můžeme tím ulevit od jeho nelehké situace a zároveň ho odvést od tématu umírání, zlepšit jeho kvalitu života v posledních chvílích. Jedná se o jeden z nejsilnějších prostředků ovládnání nelehkých situací. Humor má i příznivé účinky na zmírnění bolesti. Dá se říci, že se jedná o jednu z forem relaxace (Linge-Dahl, Heintz, Ruch et al., 2018, s. 1-5). Můžeme jej využít i v tíživých tématech, a to i v otázce smrti (Ridley, Dance, Pare, 2014, s. 473). V rámci péče o umírajícího trpícího strachem a úzkostí ze smrti je možné využít vtipných filmů, kazet nebo vtipů. Záleží na preferencích umírajícího. Je však pravdou, že existují situace, kdy se lidé brání využívání humoru ve smyslu vtipu, jako je například neznalost mezi umírajícím a zdravotnickým personálem (Linge-Dahl, Heintz, Ruch et al., 2018, s. 1-5). Výzkumná studie autorů Ridley, Dance a Pare (2014, s. 472-474) se zabývala využitelností humoru mezi pacienty v paliativní péči. Prováděla se v hospicích ve Vancouveru a na nemocničních jednotkách paliativní péče. Probíhala od března do října roku 2008. Byla provedena pomocí neurčeného dotazníkového měřicího nástroje. Byli vyloučeni pacienti s kognitivním poklesem, deliriem, pacienti v bezvědomí a nezpůsobilí kvůli chřipce. Věková kategorie byla nastavena nad 18 let. Průměrný věk byl 70 let. Celkový počet účastníků činil 100 umírajících, z toho 22 % z hospicových zařízení ve Vancouveru a 78 % z nemocničních jednotek paliativní péče. Obsahovala 41 % žen a 59 % mužů. Etnicita zkoumaných – evropská 17 %, kanadská 8 %, kavkazská 47 % a asijská 28 %. Informace o národnosti a věku ale nebyly spjaty s výzkumnými výsledky. Dle výsledků větší část respondentů vykazovala, že humor je důležitý před nemocí

(77 %), ale i během ní (76 %). 65 % účastníků uvedlo, že se smějí méně, než tomu bylo před onemocněním. Převážná většina uváděla, že je vhodné smát se se všeobecnými sestrami (88 %) a lékaři (75 %). 75 % také udávalo, že humor jim napomohl srovnat se s malými nebo dalšími příznaky nemoci (Ridley, Dance, Pare, 2014, s. 472-474).

Muzikoterapie může hrát opět roli při zvládání strachu a úzkosti ze smrti u terminálně nemocných pacientů. V paliativní péči můžeme díky této intervenci pomoci nejen při psychických symptomech, ale i dalších potížích, jako je například únava, ospalost a bolest. Naordinovaná muzikoterapie je nejčastějším důvodem strachu a úzkosti ze smrti v paliativní péči. Výzkumná studie, která byla provedena v Austrálii, zkoumala vliv muzikoterapie u pacientů v paliativní péči trpících úzkostí. Jednalo se o randomizovanou kontrolovanou studii, kdy nemocní byli náhodně přiděleni do jedné ze dvou skupin pomocí očíslovaných obálek. Experimentální skupina byla pod vedením terapeuta. Kontrolní skupina byla pod vedením dobrovolníka, který nevyužíval muzikoterapii – poskytoval emoční podporu, četl a komunikoval s pacienty. Celkem tuto výzkumnou studii zahrnovalo 25 nemocných, kde 24 trpělo diagnostikovaným onkologickým onemocněním, a 1 účastník trpěl selháváním orgánů. Nejčastější důvody k vyloučení ze studie byli pacienti s kognitivními poruchami a pacienti, kteří nemluvili anglicky. Kontrolní skupina dosahovala průměrného věku 71,4 let a experimentální skupina 76,2 let. Průměrný věk celkový činil 73,9 let. Z toho v kontrolní skupině bylo 12 účastníků – 6 žen a 6 mužů a v experimentální skupině 13 účastníků - 8 mužů a 5 žen. Doba muzikoterapie činila 29 minut, ale šlo ji pozměnit dle stavu pacienta v době trvání. Byly stanoveny hypotézy. První hypotéza udávala, že bude podstatný rozdíl mezi kontrolní a experimentální skupinou v míře úzkosti podle ESAS. Druhá hypotéza udávala, že bude podstatný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou v míře úzkosti podle snížení srdeční frekvence. Výsledky výzkumné studie ukazují, že míra úzkosti u pacientů v paliativní péči byla zmírněna v rámci měření ESAS. U kontrolní skupiny nebyly zaznamenány žádné pozitivní účinky během stejného časového intervalu. První hypotéza byla tedy potvrzena. Naopak druhá hypotéza potvrzena nebyla. V této studii došlo k tomu, že pacienti v experimentální skupině po použití muzikoterapie udávali nižší míru ospalosti a únavy, což může vykazovat zvýšení srdeční frekvence. Hudba může účastníky spíše povzbudit, než aby došlo k relaxačnímu účinku, čímž nedojde ke snížení frekvence srdce. Výzkumná studie prokázala, že využití muzikoterapie má příznivý vliv na pacienty trpící úzkostí, a to už po jednom sezení (Horne-Thompson, Grocke, 2008, s. 582-588).

3.1 Význam a limitace dohledaných poznatků

Z této přehledové práce je zřejmé, že strach a úzkost ze smrti výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocného, a to především v negativním slova smyslu. Díky tomu, že všeobecná sestra bude mít v povědomí určité ovlivňující faktory vztahující se k tomuto tématu, které jsou zde popsány, může včas implementovat ošetrovatelské intervence k jejich zmírnění nebo dokonce odstranění a podpoří tak terminálně nemocného ke klidnému umírání. Hraje zde klíčovou roli při zvládnání pacientových potíží vzhledem k tomu, že v rámci ošetrovatelské péče je s pacientem v nejužším vztahu oproti jinému zdravotnickému personálu.

Při vyhledávání aktuálních poznatků v zahraničních studiích došlo k tomu, že strach a úzkost ze smrti nebyly od sebe odlišovány a byly brány jako jeden termín, ačkoliv z dohledaných informací vyplývá, že zde existují malé rozdíly. V rámci tohoto tématu se vyskytovaly výzkumné studie převážně s využitím dotazníkového šetření s malým počtem respondentů, což vykazuje značnou úvahu o jejich relevanci. Kromě toho byla většina z velké části v anglickém jazyce. Také paliativní péče v zahraničí a v České republice se liší. Zahraniční poskytování je na vyspělé úrovni, kdežto u nás se paliativní péče postupně rozvíjí. Další fakt, který je třeba zmínit, je využití ošetrovatelských diagnóz v klasifikačním systému NANDA International nebo klasifikačním systémem NIC, které by všeobecné sestře mohly pomoci v ošetrovatelské péči. Mimo území České republiky jsou hojně využívány, kdežto v naší zemi se využívají málokde. Pokud jde o screeningové měřicí nástroje, je třeba podotknout, že se jedná spíše o obecné škály strachu a úzkosti, které lze použít i při diagnostice strachu a úzkosti ze smrti. Je nezbytné je ale doplnit řádnou komunikací s pacientem, která určí, z čeho pociťuje tyto nepříjemné pocity. Výzkumné studie by se měly rovněž více zaměřit na využití muzikoterapie při strachu a úzkosti ze smrti. Ačkoliv výzkumná studie použitá v této přehledové bakalářské práci dokazuje, že využití muzikoterapie má pozitivní vliv na nemocného, je málo výzkumných studií, co tento fakt potvrzují.

Předložená práce by mohla posloužit všem všeobecným sestřím, které pracují v rozvíjející se paliativní péči v České republice. Umožní jim to upevnění si stávajících informací, které jsou nezbytné při poskytování ošetrovatelské péče. Je ale zapotřebí dalšího vzdělávání. Díky tomu bude poskytována kvalitnější péče o terminálně nemocné.

ZÁVĚR

Smrt je přirozenou situací, kterou si musí projít každý člověk. Se smrtí a umíráním je spojeno mnoho emocí, které mohou ovlivnit kvalitu života. Proto se vyvinula paliativní péče, která může pomoci pacientům v konečném stadiu života zvládnout těžké chvíle, které s tímto procesem souvisí. Cílem této bakalářské práce bylo sumarizovat dohledané aktuální poznatky o strachu a úzkosti ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči. Práce byla rozdělena na dva dílčí cíle. První dílčí cíl byl zaměřen na strach a úzkost ze smrti u dospělých pacientů v paliativní péči a možné faktory, které tento problém ovlivňují. Strach je ve většině případů používán jako synonymum úzkosti. Tyto dva termíny jsou spolu úzce spojeny, ale vykazují malé odlišnosti ve významu. Strach ze smrti může přerůst až v takzvanou thanatofobii, chorobný strach ze smrti. V rámci ovlivňujících faktorů bylo dohledáno, že strach a úzkost ze smrti ovlivňuje například smrtelná nemoc, bolest, víra, dostatečná informovanost, multidisciplinární tým, sociální kontakt, podpora rodinných příslušníků a přátel, prostředí, pohlaví, kultura, věk anebo osobní negativní zkušenost ze smrti ostatních lidí. Byly dohledány i bezvýznamné faktory, jako jsou povolání, platový příjem, úroveň vzdělání a místo bydliště terminálně nemocného. První dílčí cíl byl splněn. Druhý dílčí cíl byl zaměřen na intervence všeobecných sester při strachu a úzkosti u dospělých pacientů v paliativní péči. Všeobecné sestry jsou při ošetrovatelské péči v neustálém kontaktu s pacientem. Proto je důležité, aby věděly, jaké možné intervence je třeba pacientovi poskytnout v rámci strachu a úzkosti ze smrti. Jednou z možností je identifikovat u pacienta úzkost díky využití NANDA International. Zde se nachází ošetrovatelská diagnóza řešící tento problém. Dále je možné využít screeningové měřící nástroje, klasifikační systém NIC, díky němuž si všeobecná sestra může pomoci při řešení otázky týkající se strachu a úzkosti ze smrti. Verbální a neverbální komunikace hraje klíčovou roli v řešení této záležitosti. Pacient se může svěřit se svými těžkostmi nebo všeobecná sestra může být jen tichým přítelem, který dává nemocnému pocit, že není sám. Další intervencí je možnost využít humor, který nemocného v terminální fázi života alespoň na chvíli odvede od dané situace. Pozitivní účinky na umírajícího má i muzikoterapie, a to už po jednom využití. Druhý dílčí cíl byl splněn.

Tato přehledová bakalářská práce by mohla posloužit nejen nastávajícím všeobecným sestram, ale i dalším nelékařským pracovníkům, kteří budou pracovat s pacienty v terminálním stadiu života. Bylo by vhodné zaměřit mnohem více výzkumných studií, zejména v České republice, na problém strachu a úzkosti ze smrti v paliativní péči.

REFERENČNÍ SEZNAM

ATKIN, N. VICKERSTAFF, V. CANDY, B. 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliative Care*. [online]. 2017, **16**(69), s. 1-10. DOI: 10.1186/s12904-017-0245-5.

BENCOVÁ, Viera. Základné princípy prístupu k pacientovi a jeho rodine v terminálnom štádiu nádorovej choroby. *Onkológia (Bratisl.) Solen*. [online]. 2016, **11**(1), s. 40-43. ISSN 1339-4215.

BUTCHER, Howard, K. BULECHEK, Gloria, M. DOCHTERMAN, Joanne, M. et al. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier Inc. 2018. ISBN 978-0-323-58342-8.

BUŽGOVÁ, Radka. HAJNOVÁ, Erika. FELTL, David. STOLIČKA, Milan. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Československá psychiatrie*. [online]. 2014, **110**(5), s. 243-249. ISSN 1212-0383.

BUŽGOVÁ, Radka. HAJNOVÁ, Erika. FELTL, David. Výskyt úzkosti a deprese u pacientů v paliativní péči při hospitalizaci na onkologickém oddělení: Pilotní studie. *Psychiatrie* [online]. 2013, **17**(3), s. 117-121. ISSN 1212-6845.

BUŽGOVÁ, Radka. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt*. [online]. 2011, **13**(3), s. 265-274. ISSN 1804-7122.

HORNE-THOMPSON, Anne. GROCKE, Denise. The Effect of Music Therapy on Anxiety in Patients who are Terminally Ill. *Journal of Palliative medicine*. [online]. 2008, **11**(4), s. 582-590. DOI: 10.1089/jpm.2007.0193.

HUI, David. HANNON, Breffini. ZIMMERMANN, Camilla. BRUERA, Eduardo. Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team Based, Timely, and Targeted Palliative Care. *CA: A Cancer Journal Clinicians* [online]. 2018, **68**(5), s. 1-21. DOI: 10.3322/caac.21490.

KISVETROVÁ, Helena. KLUGAR, Miloslav. KABELKA, Ladislav. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International journal of palliative nursing*. [online]. 2013, **19**(12), s. 599-605. ISSN 1357-6321.

- KISVETROVÁ, Helena. KRÁLOVÁ, Jaroslava. Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. *Československá psychologie*. [online]. 2014, **58**(1), s. 41-51. ISSN 0009062X.
- KISVETROVÁ, Helena. KUTNOHORSKÁ, Jana. Filozofické a psychologické aspekty fenoménu úzkosti ze smrti v paliativním ošetřovatelství. *Paliativna medicína a liečba bolesti. Solen*. [online]. 2011, **4**(1), s. 28-30. ISSN 1337-6896.
- KISVETROVÁ, Helena. Ošetřovatelská diagnóza „Úzkost ze smrti“ v české ošetřovatelské praxi. *Kontakt*. [online]. 2012, **14**(1), s. 21-29. ISSN 1212-4117.
- KLINT, Asa. BONDESSON, Elisabeth. RASMUSSEN, Birgit, H. FÜRST, Carl, Johan. SCHELIN, Maria, E. C. Dying with unrelieved pain – prescription of opioids is not enough. *Journal of pain and symptom management*. [online]. 2019, **58**(5), s. 784-791. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.07.006.
- KOLVA, Elissa. ROSENFELD, Barry. PESSIN, Hayley. BREITBART, William. BRESCIA, Robert. Anxiety in Terminal Ill Cancer Patients. *Journal of pain and symptom management*. [online]. 2011, **42**(5), s. 691-701. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013.
- KRIŽANOVÁ, Andrea. Psychologické aspekty onkologického pacienta v paliatívnej starostlivosti. *Paliativna medicína a liečba bolesti. Solen*. [online]. 2010, **3**(2), s. 40-41. ISSN 1337-6896.
- LINGE-DAHL, Lisa M. HEINTZ, Sonja. RUCH, Willibald. RABDRUCH, Lucas. Humor Assessment and Interventions in Palliative Care: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. [online]. 2018, **9**(980), s. 1-12. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00890.
- LOJAN, Radoslav. Etické a psychologické aspekty sprevádzania chorých a zomierajúcich. *Paliativna medicína a liečba bolesti. Solen*. [online]. 2015, **8**(1e), s. 20-22. ISSN 1337-6896.
- MACHOVÁ, Štěpánka. KADLECOVÁ, Eva. Psychické příznaky u pacientů s roztroušenou sklerózou. *Psychiatrie pro praxi. Solen*. [online]. 2018, **19**(3), s. 106-110. ISSN 1803-5272.
- MALLOY, Pam. VIRANI, Rose. KELLY, Kathe. MUNÉVAR, Carla. Beyond Bad News: Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. [online]. 2010, **12**(3), s. 166-174. DOI: 10.1097/NJH.0b013e3181d99fee.

RAUDENSKÁ, Jaroslava. JAVŮRKOVÁ, Alena. KOZÁK, Jiří. Kognitivně-behaviorální terapie u umírajících onkologických pacientů. *Onkologie. Solen*. [online]. 2013, **7**(6), s. 307-309. ISSN 1803-5345.

RAUDENSKÁ, Jaroslava. JAVŮRKOVÁ, Alena. Strach ze smrti u dospělých umírajících pacientů v terminální fázi onkologického onemocnění. *Sociální studia*. [online]. 2011, **8**(2), s. 121-133. ISSN 1803-6104.

RIDLEY, Julia. DANCE, Derry. PARE, Daniel. The Acceptability of Humor between Palliative Care Patients and Health Care Providers. *Journal of Palliative medicine*. [online]. 2014, **17**(4), s. 472-474. DOI: 10.1089/jpm.2013.0354.

TUFFUOR, Akosura, N. PAYNE, Richard. Isolation and Suffering Related to Serious and Terminal Illness: Metaphors and Lessons From Albert Camus' Novel, The Plague. *Journal of Pain and Symptom Management*. [online]. 2017, **54**(3), s. 400-403. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.046.

VAN DER STEEN, Jenny T. LENNAERTS, Herma. HOMMEL, Danny. et al. Dementia and Parkinson's Disease: Similar and Divergent Challenges in Providing Palliative Care. *Frontiers in Neurology*. [online]. 2019, **10**(54), s. 1-13. DOI: 10.3389/fneur.2019.00054.

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Syndrom získané selhání imunity
BHS	Beck Hopelessness Scale
DT	Distress Thermometer
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
ESASr	Edmonton Symptom Assessment System Revised
FSSQ	Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire
GAT-7	Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
NIC	Nursing Interventions Classification
SAHD	Schedule of Attitudes toward a Hastened Death
SCID-5	Diagnostické a statistické příručky mentálních poruch