

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**HABILITAČNÍ PRÁCE**

**Intervence Péče o umírající a Duchovní podpora jako součást péče  
podporující komfort pacienta v institucionálním prostředí**

**PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.**

České Budějovice 2016

## ABSTRAKT

V České republice umírají tři čtvrtiny populace v institucionálním prostředí, kde je péče v závěru života také nejčastěji poskytována. Prvním teoretickým východiskem habilitační práce je *komfort pacienta*, vymezený čtyřmi dimenzemi (fyzická, psychologická, spirituální a sociální). Druhým teoretickým východiskem je *ošetřovatelská intervence podporující komfort pacienta v závěru života*. Je vymezena soubory aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora. Hlavním cílem práce je *zjistit míru využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí*. Dílčí cíle se zaměřují na vliv definovaných proměnných na míru využívání jednotlivých souborů aktivit, identifikaci významných prediktorů vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do jednotlivých souborů a definování charakteristik poskytované péče pacientům v závěru života v institucionálním prostředí. Byla použita metoda *kvantitativní sekundární analýzy dat* čtyř studií zaměřených na realizaci NIC intervencí Duchovní podpora a Péče o umírající u pacientů v závěru života v ČR v letech 2011 – 2014. Pro statistické zpracování dat byly použity testy Mann-Witney, Kruskal-Wallis, Spearmanova korelační analýza, binární logistický regresní model, logistický regresní model s více prediktory a explorační faktorová analýza.

Soubor respondentů zahrnuje primární data 907 všeobecných sester, které splňovaly zařazující kritéria: minimálně jeden rok odborné praxe; pracoviště s vyšší frekvencí péče o pacienty v závěru života (intenzivní, akutní, dlouhodobá a hospicová péče). Demografické charakteristiky: věk - 37,8 let; délka odborné praxe - 15,4 let; nejčastější stupeň vzdělání - SZŠ 71,4 %.

Ze souborů aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora bylo pro sekundární analýzu vybráno 31 aktivit, které byly dále roztrženy do čtyř souborů dle dimenzí komfortu. Výsledky ukázaly, že nejméně byla využívána aktivita *Dávat pacientovi najevo diskutovat o smrti* (průměr škály 3,29±1,16) a nejvíce *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* (průměr škály 4,74±0,71). Nejvyšší míra korelace mezi aktivitou zaměřenou na důstojnost a ostatními aktivitami byla u souboru fyzické dimenze, a to u *sledování bolesti* ( $r=0,371$ ;  $p<0,0001$ ), *pomoci při základní péči* ( $r=0,345$ ;  $p<0,0001$ ) a *zajištění odpočinku* ( $r=0,322$ ;  $p<0,0001$ ). Nejvyšší míru využívání měl soubor aktivit fyzické dimenze (průměr škály 4,23±0,56), nejmenší měl soubor sociální dimenze (průměr škály 3,86±0,67). Velmi slabá pozitivní korelace byla mezi skóre

souboru aktivit fyzické dimenze a věkem sester ( $r=0,075$ ;  $p=0,025$ ). U hospicových pracovišť bylo signifikantně vyšší skóre souborů všech dimenzí ve srovnání s ostatními typy pracovišť ( $p<0,0001$ ). Významným prediktorem pro vysokou míru využívání aktivit souboru *fyzické dimenze* byla *pracoviště dlouhodobé péče* (OR 1,54; 95% CI 1,04-2,27;  $p=0,030$ ), *hospicové péče* (OR 10,4, 95% CI 3,17-34,10;  $p=0,0001$ .) a *věk sester* (OR 1,01; 95% CI 1,00-1,03;  $p=0,045$ ). *Hospicová pracoviště* byla rovněž prediktorem vysoké míry využívání aktivit souborů ostatních dimenzí: *psychologické* (OR 3,1; 95% CI 1,76-5,50;  $p=0,0001$ ), *spirituální/existenciální* (OR 18,0; 95% CI 6,38-50,76;  $p<0,0001$ ) a *sociální* (OR 8,95; 95% CI 4,27-18,76;  $p=0,000$ ).

Na základě faktorové analýzy byly stanoveny čtyři faktory. Soubor aktivit u každého faktoru byl analyzován a byla definována charakteristika péče v závěru života, kterou lze dosáhnout realizací těchto aktivit. Tyto charakteristiky byly označeny jako *Fyzický komfort*; *Respekt*; *Naslouchání* a *Uklidnění*.

Výsledky sekundární analýzy ukázaly, že české sestry vnímají podporu důstojnosti jako klíčovou a své intervence zaměřují nejvíce na fyzický komfort pacienta. Kurzy paliativní ošetrovatelské péče pro sestry v klinické praxi by mohly zvýšit míru využívání aktivit zaměřených na psycho-sociální a spirituální dimenzi komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí.

**Klíčová slova:**

péče v závěru života; terminálně nemocný; ošetrovatelská intervence; duchovní podpora; péče o umírající; institucionální prostředí; komfort

## ABSTRACT

In the Czech Republic, four quarters of the population die in an institutionalized environment, where end-of-life care is most often provided. The first theoretical framework for the habilitation thesis is *patient's comfort*, defined in four dimensions (physical, psychological, spiritual and social). The second theoretical framework is *comfort-supporting nursing intervention* in patient in the end-of-life phase. It is specified with a set of NIC activities listed in interventions Dying Care and Spiritual Support. The main goal of the theses is to *ascertain the frequencies in a set of activities supporting the dimensions of patient's comfort in an institutionalised end-of-life care*. Sub-aims are focused on several defined variables and their effect on the frequency of using each set of activities and on identification of major predictors of high frequency of activities included in the sets as well as on defining the characteristics of end-of-life care provided to patients in an institutionalised care. As for the methodology, *a quantitative secondary analysis* was performed involving four studies dealing with NIC interventions Spiritual Support and Dying Care for patients in the terminal phase, which were carried out in the Czech Republic between 2011 and 2014. For the statistical processing, the Mann-Witney, Kruskal-Wallis, Spearman's correlation, binary logistic regression model, logistic regression model with more predictors and an exploratory factor analysis.

The sample in the primary data includes 907 general nurses who met the inclusion criteria: at least one year work experience; workplace with a higher frequency of end-of-life care (intensive, acute, long-term or hospice care). Demographic characteristics: age - 37.8 years; work experience - 15.4 years; most common education level – secondary nursing school 71.4 %.

Out of the NIC activities listed in Dying Care and Spiritual Support, 31 activities were selected for the secondary analysis and were subsequently divided into four sets according to the comfort dimension. Results show that the least frequent activity is *Communicate willingness to discuss death* (scale average  $3.29 \pm 1.16$ ) and the most frequent *Treat individual with dignity and respect* (scale average  $4.74 \pm 0.71$ ). The strongest correlation between an activity focused on dignity and other activities was found in the set for the physical dimension, namely *Monitor pain* ( $r=0.371$ ;  $p<0.0001$ ), *Assist with basic care* ( $r=0.345$ ;  $p<0.0001$ ) and *Provide frequent rest periods* ( $r=0.322$ ;  $p<0.0001$ ). The highest frequency was reported in the set of activities in the physical dimensions (scale average  $4.23 \pm 0.56$ ), the lowest frequency was in the social dimension

(scale average  $3.86 \pm 0.67$ ). There was a very weak positive correlation between scores in the set of activities in the physical dimension and the nurses' age ( $r=0.075$ ;  $p=0.025$ ). In hospice care, there was a significantly higher score in all the dimensions as compared to other types of environment ( $p<0.0001$ ). An important predictor for a high frequency of activities in the *physical dimension* was a *long-term care facility* (OR 1.54; 95% CI 1.04-2.27;  $p=0.030$ ), *hospice care* (OR 10.4; 95% CI 3.17-34.10;  $p=0.0001$ .) and *nurses' age* (OR 1.01; 95% CI 1.00-1.03;  $p=0.045$ ). *Hospice environment* was also a predictor for a high frequency of activities in other dimensions: *psychological* (OR 3.1; 95% CI 1.76-5.50;  $p=0.0001$ ), *spiritual/existential* (OR 18.0; 95% CI 6.38-50.76;  $p<0.0001$ ) and *social* (OR 8.95; 95% CI 4.27-18.76;  $p=0.000$ ).

Based on a factor analysis, four factors have been identified. The set of activities in each factor was analysed and the character of end-of-life care was defined which can be achieved through these activities. The characteristics were defined as *Physical comfort*; *Respect*; *Listening* and *Reassurance*.

Results of the secondary analysis show that Czech nurses see support of dignity as a key activity and their interventions focus mostly on patient's physical comfort. Courses of palliative nursing care for nurses in clinical praxis could increase the usage of the activities aimed at psychosocial and spiritual dimensions of patient's comfort in the terminal phase in an institutionalized environment.

**Key words:**

End of life care; Terminally ill; Nursing interventions; Spiritual support; Dying care; Institutional environmental; Comfort.

## OBSAH

ÚVOD .....	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	11
1.1 Závěr života.....	11
1.1.1 Terminologické vymezení .....	12
1.1.2 Institucionalizace závěru života a smrti .....	14
1.1.3 Komfort pacienta v závěru života .....	17
1.2 Ošetrovatelské intervence .....	24
1.2.1 Péče o umírající (5260) .....	25
1.2.2 Duchovní podpora (5420).....	30
1.3 Sekundární analýza dat .....	34
1.3.1 Definování sekundární analýzy .....	34
1.3.2 Využití sekundární analýzy .....	37
1.3.3 Fáze procesu sekundární analýzy.....	38
1.4 Souhrn teoretických východisek.....	41
2 VÝZKUMNÁ VÝCHODISKA .....	44
2.1 Design výzkumu .....	44
2.2 Panel expertů.....	44
2.3 Proces sekundární analýzy .....	45
2.3.1 Formulování výzkumné otázky a určení proměnných .....	45
2.3.2 Identifikace výzkumného souboru .....	45
2.3.3 Finální formulace výzkumné otázky a cílů sekundární analýzy .....	49
2.3.4 Posouzení vhodnosti primárních výzkumných souborů.....	55
2.3.5 Posouzení etického hlediska .....	55
2.3.6 Vytvoření datového souboru pro sekundární analýzu.....	56
2.3.7 Statistické metody využité pro sekundární analýzu .....	58
3 VÝSLEDKY .....	60
3.1 Soubor respondentů .....	60
3.2 Výsledky k cíli 1 .....	62
3.3 Výsledky k cíli 2.....	64

3.3.1	Míra využívání souborů aktivit.....	64
3.3.2	Prediktory míry využívání souborů aktivit.....	72
3.4	Výsledky k cíli 3.....	79
3.5	Výsledky k cíli 4.....	82
4	DISKUSE.....	89
	ZÁVĚR .....	106
	LITERATURA.....	110
	SEZNAM ILUSTRACÍ.....	134
	SEZNAM TABULEK.....	135
	SEZNAM ZKRATEK.....	136
	SEZNAM PŘÍLOH.....	138

## ÚVOD

Umírání a smrt představují závěrečnou etapu trajektorie lidského života. Proto problematika umírání a péče o nevléčitelně nemocné oslovuje jedince i společnost napříč dějinami, od starověku až po současnost. Péče o umírající se v průběhu dvacátého století postupně přesouvala ze sociálního prostředí rodiny a komunity do institucionálního prostředí nemocnic a domovů pro seniory. Smrt se tak pro dnešního člověka stala spíše neznámou tabuizovanou událostí a představa umírání v něm vyvolává větší obavy než u minulých generací.

I když si většina obyvatel České republiky přeje zemřít doma, realitou je, že tři čtvrtiny úmrtí jsou v institucionálním prostředí nemocnic a zařízení dlouhodobé péče. Není předpoklad, že by se míra institucionalizace péče o pacienty v závěru života v nejbližších letech v České republice zásadně snižovala, což odpovídá i prognózám z dalších vyspělých západních zemích. Každý jedinec má ale právo, aby mu byla v závěru života zajištěna péče respektující jeho důstojnost, autonomii, hodnotové priority a podporující fyzický, psychologický, sociální i spirituální komfort života. Charakter této péče musí být *univerzální* (dostupnost pro všechny nemocné bez rozlišení pohlaví, věku, zdravotního postižení, diagnózy, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, sexuální orientace, socio-ekonomického statusu a etnického původu) a *komplexní* (zaměřená na všechny dimenze komfortu života). Takto holisticky pojatá ošetrovatelská péče o pacienty v závěru života není vyhrazena pouze pro vybrané typy zdravotnických zařízení. Měla by být poskytována umírajícím pacientům nejen v domácím prostředí ale i v celém spektru zdravotnických i sociálních institucí, nejen v lůžkových hospicích ale i na odděleních intenzivní, akutní a dlouhodobé péče v nemocnicích nebo v domovech pro seniory. Tedy všude tam, kde tráví terminálně nemocní lidé závěr svého života a připravují se na blížící se smrt.

Fenomén institucionalizace smrti a péče o umírající je charakteristický pro mnoho evropských i mimoevropských zemí, včetně České republiky (Loucka et al., 2014b; Pivodic et al., 2016). Institucionální péče o pacienta v závěru života by měla být zaměřena především na komfort (Kolcaba et al., 2006). Sestry by proto měly preferovat aktivity, které pacientovi v závěru života poskytují všechny formy komfortu a naplňují jeho



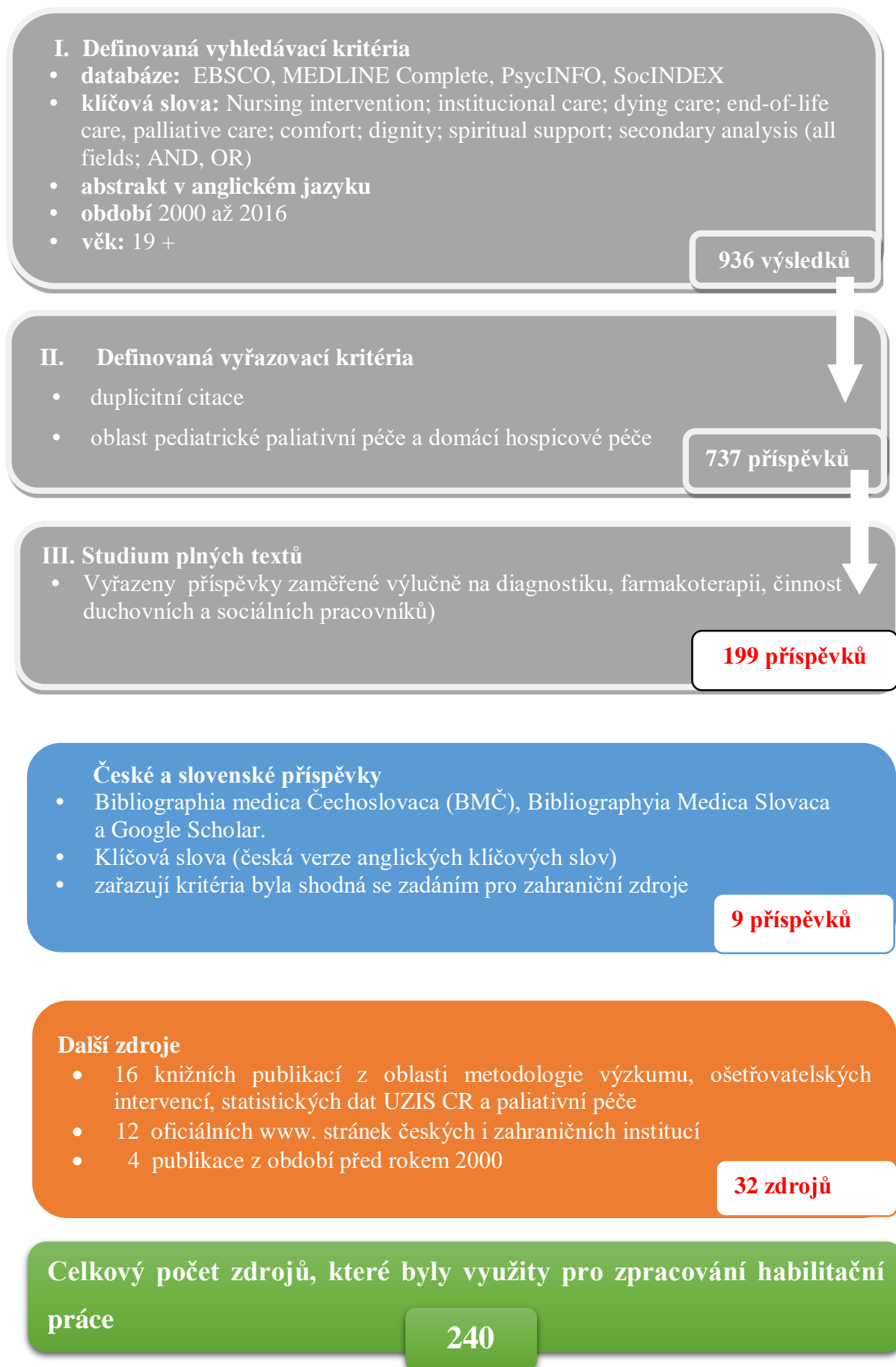
představu dobré smrti (Olson et al., 2001; Chan, Epstein, 2011-2012). AELCN (American End of Life Care Nursing) zařadila mezi klíčové NIC intervence při péči v závěru života i intervence „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“, které poskytující sestřám možnost účinně podporovat fyzickou, psychologickou, spirituální i sociální dimenzi komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí (Bulechek et al., 2008).

Důvodem realizace výzkumu v oblasti péče v závěru života v institucionálním prostředí je skutečnost, že dosud absentují výzkumy zaměřené na využití souborů aktivit NIC intervencí při podpoře všech dimenzí komfortu pacienta v závěru života v prostředí českých zdravotnických a sociálních institucí. Výsledky výzkumu mohou být jak podnětem pro cílené zaměření péče v institucionálním prostředí na komfort pacienta tak i východiskem pro realizaci následných studií v rámci jednotlivých dimenzí komfortu.

Habilitační práce má jako hlavní cíl zjistit míru využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí a identifikovat vliv definovaných proměnných. Dílčí cíle se pak zaměřují na vytvoření souborů aktivit vztahujících se k jednotlivým dimenzím komfortu, určení vlivu proměnných na míru využívání těchto souborů, zjištění vztahu mezi realizací aktivity podporující důstojnost a ostatních aktivit, specifikování charakteristiky poskytované péče pacientům v závěru života v současném českém institucionálním prostředí.

Pro splnění cílů byla použita metoda kvantitativní sekundární analýzy dat. Jedná se o časově efektivní výzkumnou metodu, se kterou se v současnosti často setkáváme ve výzkumech souvisejících s paliativní medicínou (Hall et al., 2014; Delgado-Guay et al., 2015; Kvale et al., 2015; Kutney-Lee et al., 2015; Burgio et al., 2016). Naopak v oblasti ošetrovatelského výzkumu tato metoda není zatím dostatečně využívána (Aponte, 2010).

Sumarizovaný přehled rešeršní strategie a dalších zdrojů, které byly využity pro zpracování habilitační práce, prezentuje obrázek 1 (s. 10).



Obrázek 1 Přehled rešeršní strategie a dalších použitých zdrojů

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Kapitola pojednává o závěru života a jeho terminologickém vymezení. Dále popisuje *komfort pacienta*, který je vymezený čtyřmi dimenzemi (fyzická, psychologická, spirituální a sociální). Následující oblastí jsou *ošetřovatelské intervence podporující komfort pacienta v závěru života*, které jsou konkretizovány soubory aktivit NIC intervencí Péče o umírající (5260) a Duchovní podpora (5420). Dále kapitola pojednává o sekundární analýze dat.

## 1.1 Závěr života

Umírání a smrt, které byly po staletí vnímány jako přirozené události lidského života prožívané v kruhu rodiny a blízkých, se přesunuly do zdravotnických a sociálních zařízení. Na druhé straně je ale třeba si uvědomit, že i když většina lidí by si přála zemřít doma, a ani v době progresse nevléčitelné nemoci se jejich preference ohledně místa umírání nezmění, existují nemocní, kteří dají přednost institucionální péči v závěru života. Je potřeba vzít v úvahu i skutečnost, že někteří lidé své přání zemřít doma přehodnotí, když jejich nemoc postoupí do terminální fáze (Gomes et al., 2013).

Ve dvacátém století dochází k rozvoji medicínských technologií, což umožnilo výrazně prodloužit lidský život zejména pacientům s chronickým život ohrožujícím onemocněním. Tato skutečnost ovlivnila i změnu místa péče o pacienty v závěru života. Objevuje se nový fenomén současné společnosti, *institucionalizace a profesionalizace závěru života*.

V institucionálním prostředí je umírajícímu člověku poskytována péče týmem zdravotnických profesionálů, kteří ale pro pacienta většinou představují zcela anonymní a nezúčastněné osoby. Negativním důsledkem této skutečnosti je riziko, že pacient bude prožívat závěr svého života osaměle. Feldmann (2010) pro tuto situaci používá termín *depersonalizace* umírání a smrti. Littlewood (1992) identifikovala ještě další aspekt, který charakterizuje závěr života ve zdravotnickém zařízení. Nazývá jej *medikalizace* smrti.

Tento přístup způsobil, že péče o umírající se přesunula z přirozeného prostředí, které pro nemocného představuje rodina a komunita, do prostředí akutních oddělení nemocnic, ošetrovatelských oddělení následné a dlouhodobé péče i do domovů pro seniory. Tato skutečnost má negativní dopad na účast rodiny a komunity při zajištění sociálního komfortu pacienta v závěru života. Umírající se stává objektem institucionální péče zdravotnických profesionálů a význam členů rodiny a komunity reprezentujících sociální dimenzi procesu umírání se oslabuje (Littlewood, 1992).

### 1.1.1 Terminologické vymezení

Označení *péče o pacienta v závěru života* (End of life care, EOL), které se v Severní Americe běžně využívá v rámci zdravotnické terminologie, je v současné době akceptováno i v Evropě. Pojem „End of life care“ lze vnímat ze dvou různých pohledů, které odrážejí charakter úzkého nebo širokého definování závěru života.

- ***Péče v závěru života v kontextu úzké definice závěru života***

Definování péče v závěru života odvozené z tzv. *úzké definice závěru života*, vysvětluje skotská organizace „Scottish Partnership for Palliative Care“ (SPPC), která podporuje a pomáhá rozvíjet řízení paliativní péče ve Skotsku prostřednictvím přístupu založeném na spolupráci. End of life care (péči o pacienta v závěru života) vysvětluje jako systém péče nabízený všem pacientům v terminální fázi nemoci, bez jakékoliv limitace související s diagnózou nemoci nebo místem poskytování péče. Takto vnímanou péči, která je zahrnuta do paliativní péče, lze v kontextu úzké definice závěru života definovat jako: *péče o pacienta v závěru života je komplexní péče o umírajícího v průběhu jeho posledních hodin nebo dní života* (SPPC, 2007).

Stejně časové vymezení (posledních 48 až 72 hodin života) pro definování péče o pacienta v závěru života využívá i anglický léčebně-ošetrovatelský model „*Liverpool Care Pathway for the Dying Patient*“. Jeho cílem je pomoci implementovat hospicový model „end of life care“ i do prostředí zdravotnických a sociálních institucí (Gambles et al., 2006). Péči v závěru života v tomto pojetí je možno chápat jako standard péče o umírajícího člověka, jehož stav nevyžaduje intervence specializované paliativní péče

(Radbruch, Payne, et al., 2010b). Zcela standardizovat péči o pacienta v závěru života však není úplně reálné, vzhledem k vysoké individualizaci problémů, se kterými se konkrétní umírající v závěru svého života potýká (Benner et al., 2003). Individuální průběh závěru lidského života může být dále ovlivněn i specifiky trajektorie jednotlivých nemocí (Murtagh et al., 2004; SPPC, 2007) a stupněm rozvoje geriatrické křehkosti (Covinsky et al., 2003). Je proto důležité poskytovat takový typ péče, který by respektoval právo každého člověka na důstojný závěru života (Gallagher, 2004).

- ***Péče v závěru života v kontextu široké definice závěru života***

EAPC (European Association for Palliative Care) uvádí, že termín „End of life care“ lze používat i jako synonymum pro paliativní a hospicovou péči. Takto chápaný rozměr pojmu konec života je definován časovým ohraničením na období jednoho až dvou let. V této době se jak pacient, tak jeho nejbližší i zdravotníci postupně seznamují se závažnou skutečností, že nemoc zásadním způsobem omezí délku života pacienta (Radbruch, Payne, et al., 2010b, s. 6).

Pojem péče v závěru života v kontextu široké definice závěru života je ale třeba odlišovat od pojmu „podpůrná péče“, který je spojován především s onkologickým onemocněním. Smyth (2008) uvádí, že termín podpůrná péče je spíše indikován pro pacienty, kterým je aplikována protinádorová léčba nebo kteří již úspěšně překonali onkologické onemocnění. Péče v závěru života, tedy intervence paliativní péče, se naopak zaměřují na pacienty v pokročilém a terminálním stadiu onemocnění, kdy již byla ukončena protinádorová terapie a cílem péče je komfort pacienta a kvalita závěru jeho života.

The Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC; Nadnárodní asociace podpůrné péče při rakovině) je mezinárodní multidisciplinární organizací, která se zaměřuje na výzkum a edukaci v oblasti všech aspektů podpůrné léčby nemocných s onkologickou diagnózou, a to bez rozlišení stadia nemoci. MASCC (2016) popisuje podpůrnou léčbu jako prevenci a léčbu nežádoucích účinků rakoviny a její terapie. Tento přístup se zaměřuje jak na fyzické a psychické symptomy nemoci, tak i na vedlejší účinky protinádorové léčby v celém průběhu onkologické nemoci, od stanovení diagnózy přes protinádorovou léčbu až po péči vztahující se k období po léčbě. K intervencím podpůrné péče řadí především:

- zlepšení komunikace mezi pacientem a pečovateli o nemoci a prognóze;
- zmírnění symptomů a komplikací onkologického onemocnění;
- snížení emoční zátěže pacienta a pečovatelů;
- prevence / snížení toxicity protinádorové terapie;
- zvýšení tolerance a výhod aktivní terapie;
- psychosociální podpora pro ty, kteří úspěšně překonali onkologické onemocnění.

Protože se ve své práci o NIC intervencích Péče o umírající a Duchovní podpora v institucionálním prostředí souhrně zaměřuji na ošetrovatelské aktivity těchto dvou NIC intervencí realizovaných jak u onkologicky tak i neonkologicky nemocných, používám v celém textu práce termín *péče v závěru života, a to v kontextu široké definice závěru života.*

### **1.1.2 Institucionalizace závěru života a smrti**

Míra institucionalizace smrti a péče o pacienty umírající na nemoci indikující potřebu paliativních intervencí se v současnosti v různých zemích velmi liší. Potvrzují to výsledky studií, které porovnávaly počty úmrtí v nemocnicích, institucích dlouhodobé zdravotní péče a v různých typech zařízení rezidenční péče pro seniory v evropských i mimoevropských zemích. Výsledky poukazují mimo jiné i na rozdílnosti v kulturních tradicích, které mohou ovlivňovat míru institucionální péče o pacienty v závěru života v jednotlivých zemích.

- ***Nemocnice a zařízení dlouhodobé a rezidenční péče***

Broad et al. (2013) ve svém rozsáhlém výzkumu vyhodnotili více než 16 miliónů protokolů dokumentujících úmrtí ze 45 evropských i mimoevropských zemí, aby mohli porovnat rozdíly v místě úmrtí. Zjistili, že u více než poloviny jedinců došlo k úmrtí ve zdravotnické nebo sociální instituci. Jednalo se o nemocnice a zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče i rezidenční péče pro seniory (nursing home, residential care home).

Autoři uvádějí, že největší počet *úmrť v nemocnici* mělo Japonsko (78 %), naopak v Albánii a v Číně byla nemocnice jako místo úmrtí u méně než 20 % zemřelých. Na základě dostupných údajů ve zkoumaných protokolech bylo potvrzeno, že u jedinců ve věkové kategorii nad 65 let byla místem úmrtí nemocnice průměrně v 54 % (49 - 59 %). Vyšší procento (nad 65 %) úmrtí v nemocnici u pacientů této věkové kategorie mělo Japonsko, Korea a Malta. Naopak na Novém Zélandu zemřelo v nemocnicích pouze 34 % seniorů. U osob ve věkové kategorii nad 65 let se podle dostupných údajů pohybovalo *úmrť v zařízeních dlouhodobé a rezidenční péče pro seniory* okolo 18 %. Vysoké procento úmrtí v tomto typu institucí bylo na Novém Zélandu, a to téměř 38 %. Naopak velmi nízké procento úmrtí v zařízeních poskytujících rezidenční péči bylo v Korei (3 %) a v Singapuru (7 %). Počet úmrtí v rezidenčních zařízeních byl ve sledovaných zemích zřetelně spojen s věkovou strukturou. Ve věkové kategorii nad 80 let stoupal počet úmrtí až na trojnásobek ve srovnání s věkovou kategorií do 75 let.

Pivodic et al. (2016) se ve svém výzkumu zaměřili na populaci pacientů umírajících na nemoci indikující potřebu paliativních intervencí ve 14 evropských i mimoevropských zemích. Prostudovali více než dva milióny protokolů o úmrtí u osob zemřelých v roce 2008, aby mohli porovnat rozdíly v místě úmrtí v jednotlivých zemích. Nejvyšší počet úmrtí v nemocnicích měla Jižní Korea (84,9 %), naopak nejnižší procento úmrtí v nemocnici bylo v Nizozemsku (24,6%). V západní Evropě patřily mezi státy, kde bylo více než polovina úmrtí v nemocnicích, Francie (63,9 %), Španělsko (57,3 %) a Belgie (50,8 %). Ze střední a východní Evropy to byla Česká republika (64,0 %) a Maďarsko (66,2 %). Z mimoevropských zemí do této kategorie patřila Kanada, kde 61,4 % ze všech úmrtí bylo v nemocnicích. Nejvyšší procento úmrtí v *zařízeních dlouhodobé péče* bylo z evropských zemí v Nizozemsku (34,5 %) a z mimoevropských zemí na Novém Zélandu (33,4%). Nejmenší počet úmrtí v těchto typech zařízení měla naopak Jižní Korea (1,3 %) a Itálie (6,1 %).

Rovněž národní výzkumy realizované v jednotlivých evropských zemích ukazují na rozdíly v počtu úmrtí v nemocnicích. Hedinger (2014) uvádí, že ve Švýcarsku je nejčastějším místem úmrtí instituce a téměř 70 % mužů a 80 % žen umírá v nemocnici nebo v pečovatelských domech. V Německu je nemocnice nejčastějším místem úmrtí, a představuje 51 % všech úmrtí (Dasch et al., 2015). V Anglii je počet úmrtí v nemocnicích 40 % (Gao et al., 2014). Perrels et al. (2014) v britské studii zaměřené na místo úmrtí seniorů ve věkové kategorii nad 75 let s různým stupněm kognitivního

deficitu, kteří rok před svou smrtí žili ve svém sociálním prostředí, zjistili, že více než polovina z nich nezemřela doma. Většinou bylo úmrtí v instituci spojené se zhoršenou pohyblivostí a zvyšující se kognitivní poruchou. Nemocnice byla nejčastějším místem jejich úmrtí, s výjimkou seniorů s těžším kognitivním postižením, kteří většinou umírali v pečovatelských domech (care homes).

V České republice v současnosti umírají tři čtvrtiny české populace v nemocnicích (58,4 %) nebo institucích dlouhodobé zdravotní péče (12,2 %). Na těchto pracovištích umírá až 80 % chronicky nemocných a 64 % onkologických pacientů (Loucka et al., 2014b).

- **Pracoviště intenzivní péče**

Další charakteristikou trendu institucionalizace závěru života je narůstající počet *hospitalizovaných terminálně nemocných* na odděleních akutní a intenzivní péče *v průběhu jejich posledních dnů a týdnů života* (Gomes et al., 2008; Teno et al., 2013; Temkin-Greener et al., 2013). V roce 2012 bylo 17 % ze všech úmrtí v České republice na odděleních intenzivní péče (UZIS ČR, 2013a). Mezinárodně se mortalita na JIP pohybuje v rozmezí od 15 % do 24 %, s nárůstem frekvence hospitalizace na pracovištích intenzivní medicíny v posledních třiceti dnech života pacienta (Harrison et al., 2006; Teno et al., 2013; Intensive Care National Audit and Research Centre, 2014).

Institucionalizace závěru života je ovlivňována i pokrokem medicínských technologií, které umožňují výrazné prodloužení lidského věku. To ve svém důsledku vede i k postupnému celosvětovému trendu narůstající dlouhověkosti žen a mužů (UN DoEaSA, 2016). Ve Spojených státech umírá 58 % lidí ve věku nad 95 let v pečovatelských domech a 28 % v nemocnici. Ve Velké Británii naopak pouze 38 % lidí nad 95 let umírá v pečovatelském domě, zatímco 52 % jich umírá v nemocnici (Evans et al., 2014). Prodlužování věku geriatrických pacientů, kteří trpí život ohrožující nemocí, způsobuje, že na jednotkách intenzivní péče (JIP) jsou stále častěji *hospitalizováni starší pacienti s akutní exacerbací symptomů život limitujících onemocnění, kteří zde následně umírají* (Sibbald et al., 2008; Borowske, 2012). Také na jednotkách intenzivní péče chirurgických pracovišť představují geriatrictí pacienti stále větší podíl hospitalizovaných pacientů s vyšším procentem mortality (Mosenthal et al., 2012). Podle údajů UZIS ČR bylo v České republice 74 % úmrtí v institucích (léčebny dlouhodobě nemocných, nemocnice, sociální zařízení, hospice), a z toho téměř jednu čtvrtinu (23 %) představovala úmrtí na odděleních typu JIP a ARO (UZIS, 2013a).



V posledních letech je paliativní péče stále více přijímána jako zásadní součást komplexní péče o kriticky nemocné pacienty, bez ohledu na jejich diagnózu nebo prognózu, a to i na pracovištích intenzivní péče (Aslakson et al., 2014).

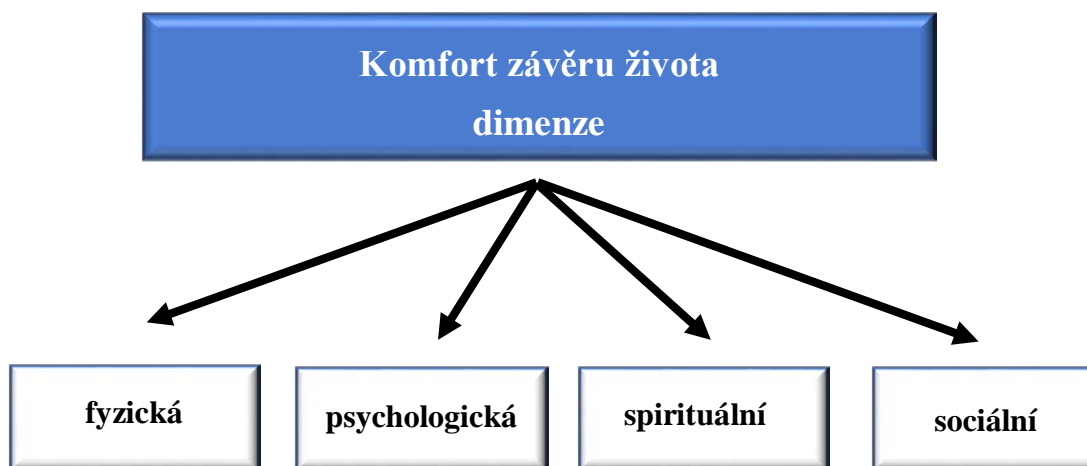
- ***Pracoviště paliativní a hospicové péče***

Jen poměrně malá část instucionálních úmrtí je na pracovištích poskytujících specializovanou paliativní péči, tedy v lůžkových hospicích a odděleních paliativní péče. Pivodic uvádí, že ve zkoumaných zemích (pracoviště paliativní péče bylo zařazené mezi statisticky sledovaná místa úmrtí) byla větší pravděpodobnost, že na tomto pracovišti zemrou onkologičtí pacienti a ženy, než pacienti neonkologičtí a muži. Osoby mladší 80 let a vdané/ženaté osoby ve všech hodnocených zemích (s výjimkou USA) měli větší šanci zemřít na pracovišti poskytující paliativní péči než v nemocnici. V Anglii a Walesu byla negativní korelace mezi pravděpodobností úmrtí na pracovišti paliativní péče a hustotou nemocničních lůžek (Pivodic et al., 2016). V USA byla v roce 2014 třetina všech úmrtí (32 %) v zařízeních lůžkových hospiců a 37 % ze všech zemřelých v hospicích představovali onkologičtí pacienti (NHPCO, 2015).

V České republice není zatím pracoviště paliativní péče (lůžkový hospic, oddělení paliativní péče) zařazeno jako místo úmrtí, které se ve statistikách UZIS ČR jmenovitě sleduje. Úmrtí v českých hospicích představují v současnosti přibližně 3,5 % ze všech úmrtí v České republice a v 85 % se jedná o onkologické pacienty (Sláma et al., 2013).

### **1.1.3 Komfort pacienta v závěru života**

Pacienti se ve zdravotnických zařízeních potýkají s řadou nenaplněných potřeb ovlivňujících komfort závěru jejich života. Komfort zahrnuje čtyři dimenze, které na sebe vzájemně působí, takže nedostatek podpory v jedné dimenzi může ovlivňovat prožívání komfortu i v dalších dimenzích. Schéma dimenzí komfortu znázorňuje obr. 2 (s. 18).



Obrázek 2 Komfort závěru života

Katharine Kolcaba ve své teorii komfortu prezentuje péči zaměřenou na komfort (Comfort care) jako souhrn holistické ošetrovatelské praxe, která umožňuje zajištění lidských potřeb, a to v oblasti tělesné, psychologické, spirituální i sociální. Popisuje tři typy (úleva, lehkost, transcendence) a čtyři kontexty (fyzický, psychospirituální, sociální, environmentální) komfortu (Kolcaba, 1994). Péče zaměřená na komfort má být proto součástí modelu institucionální péče v závěru života (Kolcaba et al., 2006). Ošetrovatelské aktivity by se měly zaměřovat na postupy, které pacientovi v závěru života poskytují všechny formy komfortu a naplňují jeho představu dobré smrti (Olson et al. 2001; Chan, Epstein, 2011-2012).

- ***Fyzický komfort***

Fyzický komfort zahrnuje oblasti jako dýchání, vylučování, hydratace a nutrice (Kolcaba et al., 2006). Významně jej ovlivňují symptomy nemocí způsobující fyzické utrpení, vnější institucionální prostředí i stupeň soběstačnosti pacienta v závěru života.

*Symptomy nemoci způsobující fyzické utrpení* jsou zejména bolest, dušnost, únava, slabost, obtížné usínání, anorexie a zvracení (Caprio et al., 2008; Lokker et al., 2013; Yao et al., 2013; Almasalha et al., 2013; Singer et al., 2015; Lokker et al., 2016). Fyzické utrpení odvádí pozornost nemocného od ostatních aspektů života a snižuje tak jeho kvalitu. Bolest je symptom nemoci, nad kterým chtějí mít pacienti v závěru života co největší kontrolu ze strachu, že by mohli umírat v nedostatečně tlumených bolestech (Volker et al., 2004). Proto k hlavním ošetrovatelským intervencím podporujícím fyzický

komfort pacienta patří kontrola a mírnění bolesti i dalších negativních symptomů (Kabel, Roberts, 2003; Doorenbos et al., 2006; Vosit-Steller et al., 2010). Aktivity sestry jako pravidelné sledování intenzity bolesti, podávání analgetik dle ordinace lékaře a konzultování možnosti nefarmakologických intervencí (relaxace, masáže, muzikoterapie) umožňujících mírnit bolest jsou řazeny mezi nejdůležitější ošetrovatelské aktivity v rámci péče o fyzický komfort pacienta v závěru života (Ferrell et al., 2008; Jo et al., 2011; Gutgsell et al., 2013).

Na fyzický komfort pacienta mají vliv i *podmínky vnějšího prostředí v instituci*. Zahrnuje to zajištění soukromí na pokoji, respektování preferencí v oblasti stravování, eliminaci rušivých prvků (zápach, hluk, nepříjemné světlo), vhodné kompenzační pomůcky a vybavení pokoje (Kolcaba et al., 2006). V této oblasti se ošetrovatelské aktivity sestry mají zaměřit na úpravu fyzického prostředí tak, aby chránilo soukromí a omezovalo rušivé vlivy (Krinsky et al., 2014). Umístění závěsu (zástěny) kolem lůžka chrání soukromí pacienta v institucionálním prostředí, ale neumožní tlumit rušivý zvuk ani nepříjemný zápach z okolí (Jacelon, 2003; Woolhead et al., 2004). Také tlumené světlo v pokoji pacienta snižuje rušivé podněty. Vhodně sestavený harmonogram plánovaných vyšetření, podávání léků a realizace ošetrovatelských výkonů umožní maximalizovat dobu, kterou pacient může využít pro odpočinek a spánek (Taylor-Ford et al., 2008). Naopak rušné prostředí oddělení výrazně omezuje pacientovu schopnost usnout. Spánková deprivace a s ní spojená únava pak bývají často příčinou pádů, zvýšené farmakoterapie a zmatenosti s nutností použít v krajním případě i omezující prostředky (Mazer, 2006).

Pocit fyzického komfortu je ovlivňován i *stupněm soběstačnosti a mírou závislosti* pacienta na ostatních (Chochinov, 2012). „Intimní závislost“ pro pacienta představuje nutnost přijímat pomoc druhých při péči o své tělo (hygiena, oblékání, vyprazdňování). Sestra podporuje pocit soběstačnosti pacienta tím, že zajistí vhodné kompenzační pomůcky, které pacientovi pomohou udržet si určitý stupeň nezávislosti i v závěru života (Brown et al., 2011). Aktivity sestry zaměřené na pomoc pacientovi při zaujímání pohodlné polohy a ohleduplné provedení hygienické péče tak pomáhají zvýšit pocit fyzického komfortu (Coenen et al., 2007).

- ***Psychologický komfort***

Psychologické problémy závěru života jsou spojené s negativními emocemi jako je smutek, strach, obavy, beznaděj nebo pocit podráždění (Lokker et al., 2016). Pro zajištění psychologického komfortu je proto nutné využívat ošetrovatelské intervence zaměřené na zmírnění nejistoty, strachu, stresu, beznaděje a deprese. K těmto aktivitám řadíme i komunikaci, která pacientovi poskytuje možnost vyjádřit pocity a rozvíjí empatii (Taylor, 2004; Kisvetrová et al., 2016b).

*Strach, nejistota a úzkost* souvisí jak s prognózou nebo progresí závažné nemoci, tak s obavami pacienta, kdy smrt přijde a jak bude prožívat vlastní umírání (Grumann, Spiegel, 2003; Sherman et al., 2010). Tyto negativní emoce zhoršují kvalitu závěru života a vyvolávají psychické utrpení (Chochinov et al., 2002; Soleimani et al., 2016). Empatická komunikace a pravdivé informace o závažnosti diagnózy umožní, aby strach pacienta přešel do fáze copingové strategie hledání způsobů, jak se vyrovnat s realitou blízké smrti (Chochinov, 2012). Přítomnost sestry může pacientovi pomoci snížit psychické utrpení. Přítomnost zahrnuje celé spektrum aktivit, mezi které patří: být zde, naslouchat, držet za ruku, poskytnout informace, vysvětlit a odpovídat na dotazy. Přítomnost tak představuje pro pacienta mnohem víc než pouhou fyzickou blízkost sestry (Dunnice, Slevin, 2000; Lopez, 2007; Wallace, O'Shea, 2007).

- ***Spirituální komfort***

Spirituální komfort obsahuje religiózní i nereliózní (existenciální) dimenzi. Zahrnuje náboženské potřeby jako je *návštěva duchovního* nebo *modlitba* a existenciální potřeby, ke kterým patří *pochopení smyslu a významu života i nemoci, vytvoření životního odkazu nebo hledání zdroje síly* (Kolcaba et al., 2006). Neřešené spirituální utrpení přispívá k celkovému diskomfortu pacientů v závěru života (Beery et al., 2002; Mako et al., 2006). V oblasti spirituálního komfortu by se religiózní i nereliózní ošetrovatelské aktivity měly zaměřovat na kulturní a náboženské vazby pacienta, podporování důstojnosti, hledání zdrojů síly a smyslu života, a poskytnutí pacientovi možnost mluvit o životních zkušenostech (Steinhauser et al., 2000; Tornøe et al., 2015).

*Náboženské obřady a rituály* nabízejí možnost, jak se vyrovnat s utrpením, umíráním a smrtí. Proto pacienti v závěru života často hledají religiózní podporu. Někteří se opět vrací k náboženství svého dětství, jiní se teprve v této době poprvé setkají s křesťanskou

naukou o smrti a vzkříšení. Hledají možnost, jak se modlit sami nebo s dalšími osobami (Sherman, 2010; Puchalski et al., 2011). *Modlitba*, vnímaná jako osobní rozhovor umožňující transcendenci, může pomoci věřícím pacientům vyrovnat se s realitou nemoci. Zahrnuje aspekty iniciativní (mluvit s Bohem, být s Bohem v kontaktu nebo prosit Boha.) a přijímající (být v tichu, být přístupný a naslouchající Bohu). Pro některé pacienty představuje modlitba aktivní kognitivní proces, zatímco jiní ji spíše chápou jako pasivní proces nebo modlitbu srdce (Taylor, Outlaw, 2002). Meraviglia (2004) ve své studii zaměřené na onkologické pacienty potvrzuje, že modlitba pozitivně souvisela i s psychologickým komfortem.

Spirituální komfort je úzce *spjatý s účelem a smyslem života*. Pacienti v závěru života vyjadřují své spirituální potřeby, mezi které patří přítomnost blízké osoby, zapojení a kontrola, zážitek přírody a naděje (pozitivní náhled na budoucnost) (Hermann, 2000). Patří sem i potřeba *zemřít způsobem, který je v souladu s identitou a hodnotami pacienta*. Pokud touha mít nad svým životem kontrolu a „nevzdávat boj“ je součástí osobního přístupu pacienta, je velmi pravděpodobně, že bude preferovat aktivní (agresivní) léčbu i při minimální šanci na vyléčení. Bojovat proti nemoci až do konce tak bude jeho spirituální potřeba.

*Zachování naděje* prezentuje potřebu uznat trvalý význam života (Chochinov et al., 2002). Pro zachování spirituálního komfortu závěru života je důležité *najít naději, která sahá až za hrob, jako projev hledání smyslu symbolické nesmrtelnosti*. Lidé často potřebují ujištění, že po nich na světě zůstane nějaké dědictví. Může to být odkaz, který představují jejich děti, vytvořené umělecké dílo nebo vědecký objev (Doka, Morgan, 1993). Naděje na konci života se spojuje více s významem a smyslem, než horizontem času. Pokud by nebyla naděje na konci života vnímána tímto způsobem, pak by ztráta vůle žít dál nebo přání uspišit smrt byly mnohem pravděpodobnější.

*Zachování důstojnosti* je významnou součástí spirituálního (existenciálního) komfortu závěru života, protože její zachování patří k nejdůležitějším potřebám umírajícího člověka (Ben Natan et al., 2010; Hemati et al., 2016). Pacienti se často obávají, že budou v závěru života pro ostatní přítěží a že s nimi nebude jednáno důstojně (Chochinov et al., 2006). Proto má péče zdravotníků poskytovaná s respektem k osobní důstojnosti pro pacienta v závěru života zásadní význam (Coenen et al. 2007). Nereligiózní ošetrovatelské aktivity zaměřené na uznání hodnoty pacienta, respekt, úctu a empatii pomáhají snížit existenciální utrpení (Proulx, Jacelon, 2004). Sestry mají potenciál zmírnit existenciální a duchovní utrpení pacienta prostřednictvím utěšující

přítomnosti a usnadnit tak jeho odvalu žít smysluplný život a zemřít důstojně (Tornøe et al., 2014).

Účinnou nereligiózní intervencí pro *zvládnutí pocitu beznaděje* je pomoci nemocnému znovu se spojit s něčím, co by mu mohlo poskytovat trvalejší pocit smyslu a významu (Chochinov, 2012). V rámci takové intervence sestra může pacienta povzbuzovat, aby analyzoval svůj život a dosažené úspěchy. Další aktivitou je podporovat pacienta k akceptaci skutečnosti, že jsou situace a věci, které se již změnit nedají (Brown et al., 2011). Zde je důležité pomoci pacientovi, aby dokázal *přeorientovat své cíle a naděje* na věci a činnosti, které se dají reálně splnit. Není vhodné nabízet nereálnou naději, je ale možné nechat pacienta, aby snil o nepravděpodobných alternativách, pokud je on sám vnímá jako reálné (Clayton et al., 2005).

*Úzkost ze smrti* je v závěru života zdrojem existenciálního utrpení, které zhoršuje kvalitu života (Soleimani et al., 2016). Je často vyvolána nejistotou a obavami z vlastního umírání (Sherman et al., 2010). Empatická komunikace sestry může pomoci pacientům a jejich blízkým hledat smysl existence, připravit se na realitu blížící se smrti aniž by ztratili víru a naději (Grant et al., 2004; Doorenbos et al., 2006; Coenen et al., 2007). Naopak *nedostatečná komunikace* představuje pro pacienta v institucionálním prostředí zdroj psychospirituálního diskomfortu, který má dopad na kvalitu závěru života (Teno et al., 2004; Walling et al., 2010; Ben Natan et al., 2010; Rocque, Cleary, 2013).

- ***Sociální komfort***

Sociokulturní komfort závěru života zahrnuje oblast mezilidských a společenských vztahů. Patří mezi ně možnost udržovat pro pacienta významné vztahy a preferované návštěvy, respektování tradic, dostatek informací, jistota zajištění kontinuity péče a možnost podílet se na rozhodování o péči (Kolcaba et al., 2006).

*Respektování hranice soukromí* patří k nejvýznamnějším faktorům sociálního komfortu při poskytování institucionální péče (Ho et al., 2013). Nemocný nemá většinou v institucionálním prostředí možnost, aby si udržel trvalou rovnováhu mezi soukromím a sociálním kontaktem. Soukromí je často narušováno harmonogramem poskytované léčby a péče. Pacient tak může vnímat zmenšený prostor vlastního soukromí jako ztrátu, a to pak prohlubuje pocit omezení vlastní autonomie (Coenen et al., 2007). Mezi intervence podporující rovnováhu mezi soukromím a sociálním kontaktem, patří dodržování

společenských pravidel (klepání na dveře pokoje před vstupem); ohleduplný a taktní přístup k poskytování hygienické péče a dalších ošetrovatelských zákroků; a rovněž i podpora pacienta při zapojení do plánované péče (Randers, Mattiasson, 2004; Brown et al., 2011).

Sociální komfort závěru života zahrnuje přítomnost rodiny, *dostupnou a vstřícnou komunitu přátel* nebo zdravotnických pracovníků, kteří poskytují sociální podporu (Chochinov, 2002; Chochinov et al., 2002). Dále sem patří *dostatek informací* o možnosti a dostupnosti poskytování různých typů péče v závěru života (Clayton et al., 2005). Světová zdravotnická organizace (WHO) v definici paliativní péče zdůrazňuje zaměřenost péče v závěru života nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu.

*Zachování sociálních vazeb* pacienta má pro sociální komfort závěru života velký význam. Péče v závěru života proto musí být zaměřena nejen na pacienta, ale i na členy jeho rodiny (Radbruch, Payne, 2009; Radbruch, Payne, 2010a). Proto jsou pacient a jeho nejdůležitější sociální vztahy při péči v závěru života od sebe neoddělitelné. Podporuje to pacienta emocionálně a umožňuje snížit existenciální úzkost, popisovanou jako pocit neklidu, nejistoty, opuštěnosti a prázdnoty (Chio et al., 2008; Mok et al., 2010). Členové rodiny zůstávají zdrojem sociální podpory i v institucionálním prostředí, pokud pacienta pravidelně navštěvují a jsou s ním v kontaktu. Laskavá péče rodiny a přátel poskytuje *pocit důstojnosti, respektu, blízkosti, usmíření a vnitřního pokoje*. To umožňuje i v institucionálním prostředí snižovat obavu z blízkosti smrti (Dolista, 2007; Machová et al., 2009). Pokud má rodinný příslušník zájem, mohou mu sestry navrhnout oblasti péče o jeho blízkého, do kterých by se mohl zapojit i ve zdravotnickém zařízení. Mezi tyto oblasti patří například pasivní pohyby končetin, podpora a pomoc při příjmu potravy, sipping nebo péče o dutinu ústní. Tuto činnost členů rodiny vnímá pacient jako doklad toho, že se mu snaží pomáhat a mají o něj stále zájem.

K ošetrovatelským intervencím podporujícím sociální komfort se dále řadí aktivity nenechat pacienta samotného a udržování aktivní přítomnosti pomocí fyzického kontaktu, jako je například držení za ruku (Coenen et al., 2007). Důležité je také *podporovat nemocného*, aby svým nejbližším dokázal svěřit svou obavu z blížící se smrti (Doorenbos et al., 2006; Brown et al., 2011). *Podpora rodiny* je další významnou intervencí pro zajištění sociálního komfortu pacientova závěru života v institucionálním prostředí. Patří sem například *pomoc rodině i přátelům, aby dokázali přijmout smrt jejich blízkého jako realitu* (Coenen et al., 2007). Ošetrovatelskými aktivitami zaměřenými na sociální

komfort může sestra pozitivně ovlivnit *anticipační smutek i proces truchlení rodinných příslušníků* (Dumont et al., 2008). Rodinní příslušníci si uvědomují, že ztráta milované osoby je neodvratná, a trápí je představa postupného odloučení. Stupeň deprese tak často koreluje s hladinou anticipačního smutku (Garand et al., 2012). Sestra může svou podporou pomoci rodinným příslušníkům předejít komplikacím, které jsou spojené s procesem ztráty a smutku.

*Posilování vazby napříč generacemi* poskytuje i v závěru života pocit duchovní sounáležitosti, existenciální celistvosti a smysl pro důstojnost geriatrických pacientů. Ho et al. (2013) prezentují v tomto kontextu takzvanou *transgenerační jednotu*. Uvádí, že pacient touží po blízkosti (fyzické i psychické) svých potomků, a to zejména vnoučat. Obrázky rodinných příslušníků a přátel, které má nemocný na stolku u svého lůžka upevňují jeho přesvědčení, že je stále součástí své rodiny nebo komunity (Andersson et al., 2008). Velký význam mají proto aktivity sestry, které podporují dobré vztahy pacienta se členy rodiny a časté návštěvy pacienta v institucionálním prostředí (Azaiza et al., 2010).

Ošetrovatelské intervence zaměřené na členy rodiny a přátele, mají pozitivní dopad i na pacienta. Jde především v oblast úzkosti, deprese a také ovlivňují spokojenost pacienta se vztahem k jeho blízkým (Martire et al., 2004).

## 1.2 Ošetrovatelské intervence

V institucionálním prostředí jsou při poskytování péče v závěru života důležité jak intervence zaměřené na symptomy nemoci a základní ošetrovatelskou péči podporující fyzický komfort, tak i ošetrovatelské aktivity vztahující se k podpoře ostatních dimenzí komfortu pacienta v závěru života. Podporu psychologického, sociálního a spirituálního komfortu umožňují aktivity jako doprovázení, úcta, naslouchání, empatie a podpora členů rodiny.

Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí (Nursing Interventions Classification; NIC) prezentuje komplexní standardizovanou klasifikaci ošetrovatelských intervencí, která je založena na důkazech. Intervence je zde popisována jako



ošetřovatelská činnost, kterou sestra na základě klinického posouzení a svých vědomostí vykonává proto, aby dosáhla výsledků péče (outcomes) u pacienta/klienta. Zatímco jedna konkrétní sestra má většinou odborné znalosti pouze pro omezenou oblast intervencí, klasifikace představuje souhrn znalostí celé ošetřovatelské odborné komunity. Klasifikace NIC je přehledně rozdělena do třístupňové struktury (doména, třída, intervence). Současná verze zahrnuje 7 domén, 30 tříd a 554 intervencí. Každá doména, třída a intervence je definována standardizovanou terminologií, proto definice nelze měnit. Jednotlivé intervence jsou mimo definice dále vymezeny čtyřmístným číselným kódem a definovaným souborem aktivit (Bulechek et al., 2012).

Poprvé byla klasifikace NIC vydána v roce 1992 a v pětiletých intervalech je pravidelně aktualizována. Klasifikace může být používána ve zdravotnických zařízeních s různým stupněm specializace, od akutní péče v prostředí intenzivní medicíny, přes standardní oddělení nemocnic, dlouhodobou a rezidenční péči až po hospice. I když byla původně vytvořena pro americké kulturní prostředí, má globální využití a lze ji využívat v ošetřovatelské praxi i v zemích s odlišnými kulturními tradicemi a s různou mírou sekularizace společnosti. Skutečnost globálního využití této klasifikace potvrzuje, že již byla přeložena do řady jazyků (například čínština, francouzština, holandština, islandština, italtina, japonština, korejština, němčina, norština, portugalština nebo španělština).

AELCN (American End of Life Care Nursing) vytvořila na základě podnětů, diskuse a zpětné vazby svých členů seznam klíčových NIC intervencí pro péči v závěru života. Tento seznam zahrnuje celkem 46 základních intervencí, mezi které jsou zařazeny *Péče o umírající* a *Duchovní podpora* (Bulechek et al., 2008). Ošetřovatelské intervence *Péče o umírající* (Dying Care, 5260) a *Duchovní podpora* (Spiritual support, 5420) představují dva soubory definovaných aktivit vhodných pro podporu komfortu pacienta v závěru života. Jejich realizace v institucionálním prostředí poskytuje sestřím možnost účinně ovlivňovat fyzické, psychosociální a spirituální utrpení pacientů, včetně poskytování podpory rodinným příslušníkům.

### **1.2.1 Péče o umírající (5260)**

NIC intervence *Péče o umírající* (5260) je definována jako *podpora tělesného komfortu a psychologického klidu v konečné fázi života*. V Mezinárodní klasifikaci ošetřovatelských intervencí (NIC) je součástí třetí domény (chování) a je zařazena do

třídy R (podpora při zvládnutí zátěže), kde jsou intervence pomáhající budovat vlastní odolnost, podporující adaptaci na změnu ve funkci nebo dosažení vyšší úrovně funkce (Bulechek et al., 2008). Intervence Péče o umírající obsahuje soubor 24 definovaných aktivit, které lze rozdělit do čtyř skupin podle vztahu k fyzické, psychologické, sociální a spirituální dimenzi komfortu pacienta v závěru života, jak ukazuje tabulka 1 (s. 29).

V následujícím textu jsou u každé dimenze nejprve aktivity popsány souhrně a následně je pojednáno o těch nejvýznamnějších.

- ***Fyzická dimenze***

Aktivity související s fyzickou dimenzí komfortu pacienta v závěru života se zaměřují především na zvládnání fyzického utrpení vyvolaného symptomy nemoci, a to zejména bolestí. Aktivity se zaměřují také na problémy v oblasti nutrice a hydratace, jako je obtížné polykání, konsistence jídla, příjem tekutin a respektování kulturních specifík pacienta. Snížení fyzického diskomfortu umožňují také další ošetrovatelské aktivity, a to kvalitní základní ošetrovatelská péče, úprava prostředí a zajištění dostatečného odpočinku. V souvislosti s péčí o pacienty v závěru života v institucionálním prostředí se nejčastěji v rámci podpory fyzického komfortu využívají ošetrovatelské aktivity zaměřené na bolest, sledování zhoršení fyzických a duševních schopností a pomoc při základní péči (Ogasawara et al., 2005).

*Sledování bolesti* má velký význam pro zajištění její optimální léčby, která tvoří podstatnou součást péče o pacienta v závěru života (Almasalha et al., 2013; Doorenbos et al., 2013; Yao et al., 2013). Aktivity *Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek; Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy a Sledování zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta* pomáhají snížit únavu pacienta, která patří společně s dušností a bolestí k fyzickým symptomům, které pacienty v závěru života nejvíce zatěžují (Lokker et al., 2016).

- ***Sociální dimenze***

V rámci sociální dimenze komfortu závěru života se aktivity sestry zaměřují na pacienta i jeho rodinné příslušníky. Pacientovi nabízí jak fyzickou přítomnost sestry, tak i respektování jeho potřeby soukromí. Podporují přítomnost členů rodiny u pacienta,

zapojují rodinu do rozhodování o poskytované péči a respektují specifické požadavky pacienta i rodiny na péči. Empatická komunikace sestry pomáhá usnadnit členům rodiny i pacientovi rozhovor o problémech a přáních související se zařizováním pohřbu.

*Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta* umožňuje naplnit potřebu členů rodiny a pacienta být v závěru života spolu, což je velmi důležité (Bužgová et al., 2013). Patří tak mezi nejvýznamnější aktivity (Mularski, 2006; Calvin et al., 2009; Azaiza et al., 2010). Nepředstavuje jen fyzickou přítomnost, ale dává rodině také možnost ujistit se o kvalitě péče poskytované jejich příbuznému (Fridriksdottir et al., 2006), podporuje vnímavost k realitě neodvratnosti smrti (Calvin et al., 2009), tlumí obavy z blížící se smrti, snižuje existenciální úzkost a pacientovi dává pocit vnitřního klidu (Mok et al., 2010).

*Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech a Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči* jsou aktivity úzce spojené s empatickou komunikací sestry se členy rodiny, a to především při institucionální péči poskytované seniorům s demencí (Kobayashi et al., 2008). *Usnadnění diskuse o zařizování pohřbu* často odráží kulturní specifičnost konkrétní populace. Například v japonských nemocnicích v souladu s východní mentalitou zdravotníci o pohřbu s pacientem nemluví (Ogasawara et al., 2005).

- ***Psychologická dimenze***

Psychologická dimenze komfortu v závěru života zahrnuje aktivity zaměřené na negativní emoce, jako je úzkost, deprese, osamělost, změna nálady a smutek (Caprio et al., 2008). V rámci intervence Péče o umírající se aktivity sestry dále zaměřují na aktivní naslouchání a sdílení pocitů souvisejících se smrtí mezi pacientem a rodinou, projevením empatie a podpory v utrpení.

*Sledovat úzkost pacienta* může pomoci najít souvislosti s fyzickými symptomy, vnímanou zátěží nebo depresí (Bužgová et al., 2015; Tang et al., 2016). *Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti* je zejména pro geriatrické pacienty velmi významné. Rodina a pacient potřebují podporu, aby o pocitech souvisejících s blížící se smrtí dokázali společně mluvit. Sestra, která o pacienta v závěru života pečuje, tak může svou podporou ovlivnit, jak závěrečné období před smrtí pacient a rodina prožije (Prince-Paul, Exline, 2010).

*Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku* ovlivňuje proces truchlení rodinných příslušníků (Dumont et al., 2008). Může členům rodiny pomoci předejít komplikacím, které souvisí se ztrátou a procesem smutku. Naopak nedostatečná podpora zvyšuje anticipační smutek, který je spojený s truchlením nad očekáváním blížící se ztráty blízké osoby (Burke et al., 2015). Tato aktivita vyžaduje od sestry zkušenost s péčí o osoby ve fázi smutku (Ono, 2013) a v české ošetrovatelské praxi se využívá velmi málo (Kisvetrová, 2014). Je to problém, který není specifický pouze pro západní společnost, ale prochází napříč kulturami (Arao et al., 2007).

- ***Spirituální dimenze***

Spirituální dimenzi komfortu pacienta v závěru života představují v rámci intervence Péče o umírající dvě aktivity.

Religiózní aktivita *Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu* pomáhá těm, kteří hledají religiózní podporu, umožňující vyrovnat se s utrpením, umíráním a smrtí (Sherman, 2010; Puchalski et al., 2011).

Existenciální (nereliózní) aktivita *Dát pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti* poskytuje pacientovi možnost mluvit nejen o své smrti, ale také o smrti jiných (Rivolta et al., 2014). Terminální diagnóza bývá často pro pacienta spojena se ztrátou naděje a s existenciální úzkostí související s otázkami o smyslu života ve světle hrozící smrti. Pro pacienta může být obtížné uvažovat o své „neexistenci“, i když mu terminální nemoc hrozící smrt připomíná (Nyatanga, 2016). Rozhovory o smrti mohou pomoci hledat vysvětlení pro její smysl a význam a snížit tak existenciální úzkost. Také umožňují identifikovat smysluplné cíle, které se dají sladit s realitou blížící se smrti (Coulourides Kogan et al., 2015).

**Tabulka 1** Aktivity NIC intervence Péče o umírající (5260)

---

**Fyzická dimenze**

- Sledovat bolest u pacienta
- Pokud je to možné, minimalizovat diskomfort pacienta
- Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup
- Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy
- Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo
- Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta
- Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta
- Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek
- Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči
- Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání
- Rozpoznat priority péče u pacienta

**Sociální dimenze**

- Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta
- Respektovat pacientovu potřebu soukromí
- Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči
- Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta
- Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči
- Usnadnit diskusi o zařizování pohřbu

**Psychologická dimenze**

- Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný
- Sledovat úzkost u pacienta
- Sledovat změny nálady u pacienta
- Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti
- Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku

**Spirituální dimenze**

- Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti
- Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu

---

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

### 1.2.2 Duchovní podpora (5420)

NIC intervence Duchovní podpora (5420) je definována jako *pomoc pacientovi cítit vyrovnání a spojení s vyšší mocí*. V rámci třetí domény (chování) je v klasifikaci NIC zařazena do třídy R (podpora při zvládnutí zátěže), ve které jsou intervence podporující jiné osoby k budování vlastní odolnosti, k adaptaci na změnu ve funkci nebo k dosažení vyšší úrovně funkce (Bulechek et al., 2012). Ve čtvrté edici z roku 2004 byla intervence doplněna ošetrovatelskými aktivitami, které více zohledňovaly existenciální dimenzi (Mc Clain-Jacobson, Bulechek, 2004). V této podobě je soubor 29 aktivit uváděn i v následujících edicích (Bulechek et al., 2012). Aktivitu můžeme pro přehlednost rozdělit do dvou skupin. Představují oblast *existenciální (nereligiózní) a religiózní dimenze* spirituálního komfortu pacienta. Jejich rozdělení prezentuje tabulka 2 (s. 33).

V následujícím textu jsou u každé dimenze nejprve v souhrnu popsány aktivity, které se k ní vztahují, a následně je pojednáno o těch nejvýznamnějších.

- ***Existenciální (nereligiózní) dimenze***

Aktivity podporující spirituální komfort mohou být prospěšné i pacientům bez religiózního přesvědčení (Mc Clain-Jacobson et al., 2004). Existenciální nejistotu pacienta spojenou se závěrem života pomáhá mírnit péče respektující důstojnost a ujištění o dostupnosti podpory v době utrpení. Nereligiózní aktivity jsou proto spojovány s přítomností sestry u pacienta, aktivním nasloucháním, pochopením pocitů a obav souvisejících s osamělostí, bezmocností, pochybnostmi o smyslu života a smrti, s respektem a důstojností (Cavendish et al., 2003; Grant, 2004; Narayanasamy et al., 2004; van Leewen et al., 2006). Do těchto oblastí směřují i aktivity NIC intervence Duchovní podpora. Soubor jejich nereligiózních aktivit zahrnuje činnosti sestry, které pomáhají pacientovi vyjádřit samotu, pocity a obavy související s nemocí. Dávají mu možnost diskutovat o smrti, vzpomínat na významné události svého života, které mu poskytovali duchovní sílu, a zhodnotit svůj život. Schopnost sestry aktivně naslouchat a vytvořit empatickou atmosféru důvěry pomáhá pacientovi, aby dokázal mluvit o své osobní víře, hodnotách a pohledech na svět. Rovněž zapojení pacienta do podpůrných

skupin a edukace o využívání relaxačních metod nebo meditace patří k nereligiózním aktivitám v rámci NIC intervence Duchovní podpora.

*Pečovat o pacienta s důstojností a respektem* má pro pacienty v závěru života zásadní význam (Coenen et al., 2007; Dvořáčková, Kajanová, 2012). Strach ze ztráty důstojnosti související s péčí poskytovanou bez respektu a porozumění pro osobní důstojnost patří k hlavním obavám souvisejícím s komfortem závěru života (Chochinov et al., 2006; STEM/MARK, 2013).

*Naslouchat pocitům pacienta* se řadí k nejvýznamnějším ošetrovatelským aktivitám podporujícím spirituální komfort (Bailey et al., 2009). Zahrnuje fyzickou i emocionální blízkost, která umožňuje mírnit existenciální utrpení pacienta. *Otevřenost k vyjádření obav pacienta* dává možnost vyjádřit emoce, což je důležitou potřebou zvláště seniorů (Wijk, Grimby, 2008). Empatická komunikace, přítomnost sestry u pacienta a naslouchání jeho obavám proto patří k prioritním aktivitám podporujícím komfort pacienta v závěru života (Penson et al., 2005; Edwards et al., 2010). *Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti* poskytuje sestře možnost pochopit pocity ztráty, osamělosti a bezmocnosti, ale také strach pacienta, že je druhým na obtíž, což potencuje jeho přání usříšit smrt (Chochinov et al., 2006; Pleschberger, 2007; Shim, Hahm, 2011).

*Sdílet vlastní názor na význam a smysl* nabízí pacientovi možnost diskutovat se sestrou o smyslu života (Kuuppelomäki, 2001). K dalším významným aktivitám existenciální dimenze patří *Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení* a *Být otevřený k pocitům pacienta o nemoci a smrti* (Cavendish et al., 2003).

- ***Rereligiózní dimenze***

Způsob, jak člověk vyjadřuje svou spiritualitu, zahrnuje i religiozitu (náboženství), která představuje soubor definovaných předsvědčení o vyšší moci (Bohu) společných pro konkrétní komunitu lidí (věřících). Religiózní rituály a obřady související se závěrem života nabízejí způsob vyrovnání se s utrpením, umíráním a smrtí (Puchalski et al., 2011). Na tyto oblasti se zaměřuje soubor religiózních aktivit NIC intervence Duchovní podpora. Jsou to aktivity sestry, které pacientovi poskytují možnost soukromí pro duchovní rituály, podporují ho při modlitbě a návštěvě bohoslužeb. Nabízí zajištění přítomnosti kněze (pastoračního asistenta) a duchovních předmětů, o které má pacient zájem.

V závěru života potřebuje pacient často ztišení, aby mohl „najít sám sebe“ (Hatoková, 2007). *Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity*, je ošetrovatelská aktivita, která umožňuje poskytnout čas, prostor a příležitost pro prožívání ticha, klidu a rozjímání (Narayanasamy, 2007; Nixon, Narayanasamy, 2010; Milligan, 2011). Významnou religiózní aktivitou je také *Modlit se s pacientem*. Modlitba, kterou pacient vnímá jako osobní rozhovor umožňující transcendentní spojení, může pomáhat vyrovnat se s nevléčitelnou nemocí (Taylor, Outlaw, 2002). Zejména senioři chtějí mít příležitost modlit se sami nebo s ostatními (Sherman, 2010).

K dalším aktivitám, které jsou v zemích s religiózní kulturou využívány s vysokou frekvencí, patří *Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje; Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí a Umožnit používání meditace, modlitby a dalších náboženských tradic a rituálů* (Cavendish et al., 2003).



**Tabulka 2** Aktivity NIC intervence Duchovní podpora (5420)

---

### **Religiózní dimenze**

Modlit se s pacientem

Obrátit se na duchovního rádce podle výběru pacienta

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

Podporovat návštěvy bohoslužeb, jestliže si to pacient přeje

Zajistit pacientovi duchovní hudbu, literaturu, rozhlasový nebo televizní program

Poskytnout požadované duchovní předměty podle priorit pacienta

Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity

Povzbuzovat k používání duchovních prostředků, jestliže je to žádoucí

Sdílet vlastní duchovní hledisko, je-li to vhodné

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

Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce

### **Existenciální (nereligiózní) dimenze**

Být otevřený k vyjádření samoty a bezmocnosti pacienta

Být otevřený k pocitům o nemoci a smrti

Být otevřený k vyjádření obav pacienta

Být schopen naslouchat pocitům pacienta

Pomoci pacientovi jasně vyjádřit a vhodným způsobem si ulevit od hněvu

Poskytnout možnosti pro diskusi o různých vírách a pohledech na svět

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

Použít terapeutické prostředky, které vytvoří důvěru a empatickou péči

Povzbuzovat k účasti na vzájemném působení se členy rodiny, přáteli a jinými lidmi

Povzbuzovat k účasti v podpůrných skupinách

Povzbuzovat pacienta k posouzení života prostřednictvím vzpomínek

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

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

Projevit vcítění se do pocitů pacienta

Využít nástroje ke sledování a hodnocení pocitu duševní pohody, jestliže je to vhodné

Jednat s pacientem s důstojností a respektem

Naučit metody relaxace, meditace a tvorbu řízených představ

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

---

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

### 1.3 Sekundární analýza dat

V současné době umožňuje technologický pokrok shromažďovat, zpracovávat a archivovat obrovské množství dat, která jsou tak snadno přístupná pro výzkum (Smith et al., 2011; Andrews et al., 2012). V důsledku toho se ve výzkumu stále častěji setkáváme s metodou sekundární analýzy dat, která může pomoci zodpovědět mnoho nových výzkumných otázek v různých oblastech zdravotní a sociální péče, jako je například péče o kriticky nemocné (Cooke, Iwashyna, 2013), oblast dlouhodobé a rezidenční péče o seniory (Yamada et al., 2015; 2016a; 2016b), paliativní péče (Burgio et al., 2016), neurologie (Wills et al., 2016) i pediatrie (Bennett et al., 2014). Sekundární analýza dat představuje empirický a systematický přístup zahrnující procedurální a evaluační kroky, obdobně jako při shromažďování a vyhodnocování primárních dat pomocí jiných výzkumných metod (Johnston, 2014).

#### 1.3.1 Definování sekundární analýzy

Sekundární analýza využívá k odpovědi na výzkumnou otázku již existujících dat shromážděných v primární studii. *Sekundární data* lze definovat jako údaje shromážděné z různých důvodů (např. klinické studie), která jsou znovu využita pro zodpovězení nové otázky. *Základní (primární) data* jsou naopak shromážděna speciálně za účelem odpovědi na výzkumnou otázku, kterou si stanovil primární výzkumník (Cooke, Iwashyna, 2013). Můžeme se setkat se dvěma typy sekundární analýzy. V prvním případě je stanovena *výzkumná otázka identická s otázkou, která byla řešena v rámci primární studie*. Pak má sekundární analýza konfirmační, tedy potvrzující povahu (Bjorner et al., 2003). Druhým přístupem je využití již existujícího souboru dat pro *získání odpovědi na novou výzkumnou otázku, která je odlišná od té, kterou si stanovil výzkumník v primární studii*. Zaměřuje se na testování nové hypotézy nebo zkoumání nových vztahů. Může se rovněž věnovat jen vydefinované podskupině původního vzorku respondentů (Polit, Beck, 2008). Výzkum, který využívá data stávající zdravotnické dokumentace, není obvykle považován za sekundární analýzu (Doolan, Froelicher, 2009).

Vědecký a klinický význam výsledku sekundární analýzy dat může být ovlivněn špatným konceptem studie, která využívá nedostatečně relevantní soubory dat pro zodpovězení stanovené výzkumné otázky. Správné využití sekundární analýzy dat vyžaduje, aby do analýzy a prezentace výsledků byly zahrnuty odhady možného zkreslení ze všech zdrojů dat. Tím výzkumník zajistí vyšší kvalitu výsledků analýzy sekundárních dat (Terris et al., 2007).

### ***Pozitiva a negativa sekundární analýzy jako výzkumné metody***

Výzkumníci, kteří využívají sekundární data k zodpovězení výzkumných otázek, mohou ve srovnání s prací s primárními údaji profitovat z několika pozitiv této metody.

- Sekundární analýza dat podporuje *efektivní využívání investic* do výzkumu, protože sběr dat je obvykle finančně nejnákladnější fází výzkumného projektu. Tato metoda tak umožňuje získat odpověď na výzkumnou otázku s minimálními náklady ve srovnání s jinými výzkumnými přístupy (Doolan, Froelicher, 2009). Proto vědci s dobrými znalostmi statistických metod, ale s omezenými grantovými prostředky mohou považovat sekundární analýzu dat za schůdnější přístup k zodpovězení výzkumné otázky než získávání primárních dat (Cooke, Iwashina, 2013).
- Existují *situace* (například v paliativní péči), *kdy randomizace souboru pacientů by byla obtížná*, a na výzkumnou otázku může velmi dobře odpovědět sekundární analýza dat (Cooke, Iwashina, 2013).
- Sekundární analýza velkých datových registrů může poskytnout *větší zobecnění (generalizaci)* vzhledem k mnohem většímu rozsahu (regiony, národy, státy), než jednotlivé primární soubory dat.
- Dalším benefitem sekundární analýzy dat je *časová úspora*. Proto může být vhodné provést sekundární analýzu dat při hledání odpovědí na otázky, pro které by byl sběr primárních dat příliš časově náročný a obtížný, jako jsou ty, které zvažují pěti nebo desetiletou návaznost (Cooke, Iwashina, 2013). Výzkumník může při využití metody sekundární analýzy dat odpovědět na výzkumné otázky za mnohem kratší dobu (Mainous, Hueston, 1997; Doolan et al., 2008; Smith et al., 2011).

- Při využití rozsáhlých souborů dat pro sekundární analýzu mohou výzkumníci získat mnohem *přesnější výsledky* než u menších primárních studií, zejména pokud se jedná například o výzkum vzácných onemocnění (Will et al., 2016).
- I v případě, kdy sekundární data nelze využít pro odpověď na příslušnou vědecky přesnou a klinicky relevantní výzkumnou otázku, mohou hrát důležitou *doplňkovou roli* s cílem posoudit hodnověrnost a pravděpodobnost úspěchu primárního úsilí sběru dat ve velkém měřítku. Sekundární analýza dat může být finančně velmi efektivní způsob, jak získat takové předběžné údaje, které se pak mohou stát základem pro několik randomizovaných studií.
- Sekundární analýzy administrativních dat mohou mít význam i pro politické činitele, a mohou podporovat *transfer vědeckých objevů do klinické péče* (Cooke, Iwashyna, 2013)

Zároveň je třeba si uvědomit, že práce s již existujícími daty je spojena i s určitými negativy. Zejména v případě, že se výzkumník nepodílel na tvorbě designu primární studie, je riziko, že *soubor dat může mít určité limity, například ve vztahu k měřeným proměnným* (Polit, Beck, 2008). Výzkumník musí pečlivě zvážit, zda stávající datové soubory, které jsou k dispozici, mohou poskytnout validní odpovědi na navrhované výzkumné otázky. Pokud existující datový soubor je vhodný pro zodpovězení nové výzkumné otázky, pak je sekundární analýza optimální metodou (Castle, 2003; Doolan, Froelicher, 2009). Nevýhodou veřejně dostupných datových souborů je potenciální riziko, že je může využít nezávisle na sobě více výzkumníků, což znamená, že někdo jiný zveřejní podobnou studii ze stejného datového souboru dříve. Na druhé straně, záměrná replikace studie z odlišného datového souboru může být významná v tom, že buď potvrdí nebo vyvrátí zobecnění původních zjištění (Smith et al., 2011). Specifické problémy, které vyplývají z použití primárních souborů dat, se mohou u jednotlivých výzkumných projektů lišit. Proto je potřeba pro zjištění případných limitací studie určit co nejpřesněji silné a slabé stránky souboru dat využitých pro sekundární analýzu (Mainous, Hueston, 1997).

### 1.3.2 Využití sekundární analýzy

Výzkumou oblastí, kde je v současné době sekundární analýza často využívána, je *paliativní péče*. Metoda nepředstavuje žádnou zátěž pro respondenty (ať už se jedná o pacienty, rodinné pečující nebo profesionální ošetrovatelský personál). Tento aspekt je zvláště významný při hledání odpovědí na výzkumné otázky zaměřené na nevyлéčitelně nemocné a terminální pacienty (Hall et al., 2014; Delgado-Guay et al., 2015; Kvale et al., 2015; Kutney-Lee et al., 2015; Burgio et al., 2016).

V oblasti *ošetrovatelského výzkumu* nebyla tato metoda zatím dostatečně využívána. Aponte (2010) předpokládá, že příčinou může být:

- deficit znalostí sester zabývajících se výzkumem (research nurse) o dostupnosti dat;
- nedostatek dovedností při získávání dat;
- nedostatek znalostí nutných pro jejich analýzu.

V oblasti *dlouhodobé ošetrovatelské péče* jsou příkladem, že z jednoho velkého datového souboru lze metodou sekundární analýzy získat další odpovědi na nové výzkumné otázky, současné práce autorů Yamada et al. (2014; 2015; 2016a; 2016b). Autorský kolektiv využil k analýzám datový soubor mezinárodního projektu SHELTER, který posuzoval rezidenty z 57 zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče (nursing home) v sedmi zemích Evropské unie (Česká republika, Anglie, Finsko, Francie, Německo, Itálie, Nizozemsko) a jedné země mimo Evropskou unii (Izrael) (Onder et al., 2012).

Metoda je také často využívána *výzkumníky na počátku jejich vědecké kariéry*. Použití sekundární analýzy dat jim umožní získat validní odpovědi na výzkumné otázky i v poměrně krátkém časovém rozmezí a s limitovanými finančními zdroji, se kterými by nebylo možné primární data pro studii získat. Mladým výzkumníkům to umožní prokázat naplnění výzkumného záměru a publikovat výsledky výzkumu v požadovaném časovém horizontu. Sekundární analýza dat tak může být klíčovým prvkem úspěšného zahájení vědecké kariéry. Správně provedená sekundární analýza demonstruje metodickou odbornost výsledků studie a může přinést užitečné údaje i pro plánování následných grantových projektů (Smith et al., 2011).

### 1.3.3 Fáze procesu sekundární analýzy

Definování oblasti výzkumu a výzkumné otázky určují způsob, kterým výzkumník bude postupovat (výzkumný design). Výzkumná metoda určuje, jak bude výzkumník sbírat, analyzovat a interpretovat data ve studii (Creswell, 2013). Tabulka 3 (s. 38) ukazuje v přehledu jednotlivé fáze metody sekundární analýzy a porovnává je s fázemi prospektivní studie.

**Tabulka 3 Porovnání fází sekundární analýzy a prospektivní studie**

Fáze	Sekundární analýza	Prospektivní studie
1	literární rešerše	literární rešerše
2	formulování výzkumné otázky a určení proměnných	definování výzkumného problému a výzkumných možností
3	identifikace vhodného datového souboru (získání povolení primárního výzkumníka k použití dat pro SA)	formulování výzkumné otázky, která by mohla být odpovězena při využití vhodného souboru respondentů, metod ...
4	Finální formulace výzkumné otázky a stanovení výzkumných cílů	vytvoření designu výzkumu (výběr subjektů; data, která se budou sbírat; opatření k ochraně dat subjektů)
5	posouzení vhodnosti primárního výzkumného souboru, designu a metod	souhlasné stanovisko etické komise
6	stanovení vhodných opatření k ochraně dat a zvážení právních a etických implikací analýzy	nábor subjektů, kteří souhlasí se zapojením do výzkumu
7	sestavení datového souboru z vybraných primárních dat	měření/výzkumné šetření u respondentů
8	sekundární analýza dat	analýza dat
9	prezentace výsledků vědecké komunitě	prezentace výsledků vědecké komunitě

(Doolan, Froelicher, 2009)

#### ***Přípravná fáze***

Pokud se výzkumník rozhodne pro metodu sekundární analýzy, je potřebné, aby v přípravné fázi **určil výzkumnou oblast a formuloval výzkumnou otázku** předtím, než definuje výzkumný soubor. Smith et al. (2011) doporučuje následující kroky:

1. Začít *precizní literární rešerši*. Tento postup zabrání duplicitě práce, kterou již publikovat jiný autor, ale také rozvíjí způsoby, jak navázat na literaturu v oblasti definování souboru dat.
2. Ujistit se, že *výzkumná otázka má klinickou relevanci* a je *založena na východisku primární úvahy* výzkumníka. Zde je třeba si uvědomit, že podstatou dobrého výzkumu je dobrá výzkumná otázka, ne velikost souboru respondentů.
3. *Určit proměnné* potřebné pro zodpovězení stanovené výzkumné otázky.

Cílem přípravné fáze je tedy definovat ústřední koncept a určit proměnné, které jsou potřebné pro zodpovězení stanovené výzkumné otázky. To umožní identifikovat datové soubory, které tyto proměnné obsahují. Tento postup umožní zúžit spektrum zvažovaných datových souborů. Vyžaduje to od výzkumníka jak introspekci, pokud jde o zkoumanou oblast, tak i znalost výzkumné literatury související s touto oblastí. V tomto kontextu pak výzkumník zužuje zaměření výzkumné otázky a realizuje komplexní literární rešerši. Její výsledky mu společně s konzultací s experty pro zvolenou oblast výzkumu pomohou ověřit, že jím navržená výzkumná otázka je relevantní (Mainous, Hueston, 1997).

### ***Výběr souboru dat***

Rozsah a složitost velkých databází může výzkumníka odradit od jejich využití. Existují však on-line kompendia, která poskytují výzkumníkům návod k práci s daty. Patří mezi ně například *The SGIM Research Dataset Compendium*, které obsahuje popis a odkazy na více než čtyřicet vysoce hodnotných datových souborů používaných ve zdravotnictví, klinické epidemiologii a vzdělávání lékařů v oblasti výzkumu ([www.sgim.org](http://www.sgim.org), 2016).

Při ***výběru vhodné databáze*** by měl výzkumník zvažovat pouze takové soubory dat, u kterých je prokázáno, že mají vysokou kvalitu. Velké množství chybějících údajů v průřezové nebo longitudinální studii může být indikátorem problematické kvality datového souboru. Tyto skutečnosti je nezbytné identifikovat co nejdříve, aby se předešlo zbytečné práci výzkumníka na projektu, který by nebyl úspěšný. V závislosti na zjištěných údajích by pak musela být upravena výzkumná otázka. Po revizi výzkumné otázky je potřeba prostřednictvím literární rešerše zjistit, zda je modifikovaná výzkumná

otázka relevantní a zda již nebyla zodpovězena v primárním výzkumu (Doolan, Froelicher, 2009). Pro zvýšení originality výzkumu, by měl výzkumník zvažovat výběr takového souboru dat, který dosud nebyl v jeho oboru široce využíván. Další možností je propojení několika datových souborů dohromady, čímž je možné hledat odpověď na výzkumnou otázku z nové perspektivy (Smith et al., 2011).

### ***Práce s daty a analýza***

Dalším krokem je *ověření kompatibility datového souboru*. Výzkumník si musí zjistit, zda datový soubor, který chce pro sekundární analýzu použít, je kompatibilní se softwarem, který pro zpracování dat bude používat. V opačném případě je potřeba zajistit konverzi původní databáze a ověřit přesnost převodu tak, že se vypočítá popisná statistika a porovná se s tou, která je uvedena v primární studii (Clarke, Cossette, 2000). Pokud by tato fáze byla opominuta, nemusel by si výzkumník všimnout, že při přenosu dat došlo k jejich poškození.

Navržená výzkumná otázka může také vyžadovat, aby byla provedena *analýza poskupin dat, která jsou obsažena v primárním datovém souboru*. Tato analýza by mohla být komplikovaná, pokud by podskupina hodnocená v rámci sekundární analýzy měla vyšší podíl ztráty longitudinálních dat nebo chybějících dat než bylo ve výzkumném souboru primární studie. V tomto případě je potřeba zvážit zda budou výsledky sekundární analýzy relevantní, protože změna zařazujících kritérií bude mít dopad na zjištěné výsledky.

Dále je třeba zvážit i etické hledisko, pokud došlo ke změně legislativních a etických norem oproti době, kdy byl prováděn sběr dat primární studie (Clarke, Cossette, 2000; Kneipp, Yarandi, 2002). Je proto důležité, aby příslušné orgány (etické komise) posoudily, že data jsou používána legislativně a eticky správně. Předpokládá se, že výzkumní pracovníci budou pečlivě chránit a vhodně spravovat osobní data respondentů primární studie (Doolan, Froelicher, 2009).

Při popisu metody sekundární analýzy by měly být stručně uvedeny i *informace o studii, která je zdrojem primárních dat* využitých v sekundární analýze. Výzkumník by měl rovněž popsat základní aspekty získávání výběru respondentů a sbětu dat, protože tyto informace pomohou čtenáři při posuzování případných problémů nebo nejasností (Doolan, Froelicher, 2009).



*Struktura analýzy a prezentace výsledků* je často velkou výzvou pro výzkumníka, který chce, aby jeho výsledky výzkumu byly pro cílovou skupinu čtenářů dobře pochopitelné. Při použití velkých datových souborů je potřeba nezaměňovat statistickou významnost s klinickým významem výsledku. Smith et al. (2011) strukturoval analýzu a prezentaci výsledků následujícím způsobem:

- důkladně *promyslet klinické důsledky* svých zjištění;
- *být opatrný při interpretaci statistické významnosti* (P-hodnoty);
- *konzultovat se statistikem* analýzu datového souboru;
- důkladně *promyslet prezentaci výsledků*. Přehledná tabulka nebo graf často prezentují výsledky lépe než rozsáhlý slovní popis.

Sekundární analýza dat nabízí metodologické výhody a může přispět k vytváření nových znalostí (Heaton, 2008). Je to vynikající, finančně efektivní způsob, jak získat odpovědi na důležité výzkumné otázky bez několikaletého shromažďování dat.

Úspěšná sekundární analýza ale vyžaduje systematický proces reflektující problémy spojené s touto metodou. Zatímco finanční náklady a množství potřebného času před analýzou se snižují, objevují se problémy spojené s nutností zpřesnit výzkumnou otázku a posoudit vhodnost datového souboru. Je důležité, aby si výzkumník uvědomil odlišné charakteristiky sekundární analýzy a tak eliminoval předvídatelné chyby při výběru datového souboru a analýze dat (Doolan, Froelicher, 2009; Johnston, 2014).

#### **1.4 Souhrn teoretických východisek**

Pokrok medicíny vedl ve dvacátém století k institucionalizaci a profesionalizaci závěru života, jejíž míra se ale v jednotlivých zemích velmi liší (Broad et al., 2013). V České republice umírají tři čtvrtiny populace v institucionálním prostředí nemocnic a dlouhodobé péče, což zahrnuje téměř 64 % onkologických pacientů a 80 % chronicky

nemocných (Loucka et al., 2014b). Až 17 % ze všech úmrtí je na pracovištích intenzivní péče a pouze 3 % v lůžkových hospicích.

Pojem závěr života je možno chápat z pohledu úzkého nebo širokého definování smrti. V kontextu široké definice smrti jej lze používat i jako synonymum pro paliativní a hospicovou péči a je časově ohraničený na období jednoho až dvou let (Radbruch, Payne, et al., 2010b). Péče v závěru života zaměřená na komfort představuje souhrn holistické ošetrovatelské praxe, která umožňuje zajištění lidských potřeb v jednotlivých oblastech (Kolcaba, 1994). Ošetrovatelské aktivity by se měly zaměřovat na postupy, které pacientovi v závěru života poskytují všechny formy komfortu (Olson et al. 2001).

Základním teoretickým východiskem je proto *komfort pacienta v závěru života*, který je vymezený čtyřmi dimenzemi. *Fyzická dimenze* komfortu je spojena se symptomy nemocí způsobující fyzické utrpení (Kabel, Roberts, 2003; Doorenbos et al., 2006; Vosit-Steller et al., 2010; Lokker et al., 2016), vnějším institucionálním prostředím (Kolcaba et al., 2006; Krinsky et al., 2014) i stupněm soběstačnosti pacienta v závěru života (Brown et al., 2011; Chochinov, 2012;). *Psychologická dimenze* komfortu zahrnuje zvládání negativních emocí, jako nejistota, strach, stres, beznaděje a deprese (Sherman et al., 2010; Lokker et al., 2016). *Spirituální dimenze* komfortu se zaměřuje na náboženské a kulturní vazby pacienta (Kolcaba et al., 2006; Sherman, 2010; Puchalski et al., 2011), důstojnost (Ben Natan et al., 2010; Hemati et al., 2016), existenciální úzkost (Soleimani et al., 2016), naději a hledání smyslu a významu (Chochinov et al., 2002). *Sociální dimenze* komfortu představuje respektování hranic soukromí (Ho et al., 2013), zachování sociálních vazeb s rodinou i komunitou (Chio et al., 2008; Mok et al., 2010), respektování tradic, dostatek informací, jistotu zajištění kontinuity péče a možnost podílet se na rozhodování o péči (Kolcaba et al., 2006).

Druhým teoretickým východiskem je *ošetrovatelská intervence podporující komfort pacienta v závěru života*. Je vymezena soubory aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora, které lze využít pro podporu komfortu pacienta v závěru života (Bulechek et al., 2008). Jejich realizace v institucionálním prostředí poskytuje sestřám možnost účinně ovlivňovat fyzické, psychosociální a spirituální utrpení pacientů, včetně poskytování podpory rodinným příslušníkům. *Intervence Duchovní podpora* je definována jako pomoc pacientovi cítit vyrovnání a spojení s vyšší mocí. Obsahuje soubor 29 religiózních a existenciálních aktivit zaměřených na spirituální komfort. Existenciální (nereligiózní) aktivity podporují důstojnost, možnost mluvit o existenciální

nejistotě, smrti, osobní víře a hodnotách. Religiózní aktivity nabízí soukromí pro náboženské obřady, podporu při modlitbě, návštěvy bohoslužeb a přítomnost kněze. *Intervence Péče o umírající* je definována jako podpora tělesného komfortu a psychologického klidu v konečné fázi života. Soubor 24 aktivit se vztahuje k fyzické, psychologické, sociální a spirituální dimenzi komfortu pacienta v závěru života. Aktivity související s fyzickou dimenzí komfortu se zaměřují na zvládání fyzického utrpení, zejména bolesti. Sociální dimenze komfortu představuje přítomnost sestry, respekt k soukromí, podporu přítomnosti rodiny u pacienta, zapojení rodiny do rozhodování o péči a respekt k jejím požadavkům na péči. Psychologická dimenze komfortu souvisí s aktivitami, které jsou zaměřené na negativní emoce, aktivní naslouchání, empatii, podporu v utrpení a sdílení pocitů souvisejících se smrtí mezi pacientem a rodinou. Spirituální dimenze komfortu představuje zajištění duchovní podpory pro pacienta i rodinu a ochotou diskutovat s pacientem o smrti.

Z teoretických východisek zvolené oblasti výzkumu vychází definování obecné výzkumné otázky zabývající se tím, *jak sestry využívají ošetrovatelské aktivity podporující čtyři dimenze komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí?* Na její řešení lze využít sekundární analýzu dat. Je to metoda, která využívá k odpovědi na výzkumnou otázku již existujících dat shromážděných v primárních studiích. Poskytuje finančně efektivní způsob, jak získat odpovědi na důležité výzkumné otázky bez dalšího několikaletého shromažďování dat (Doolan, Froelicher, 2009; Johnston, 2014). V oblasti ošetrovatelského výzkumu není tato metoda zatím dostatečně využívána (Aponte, 2010).

## 2 VÝZKUMNÁ VÝCHODISKA

Kapitola seznamuje s designem výzkumu a popisuje realizaci jednotlivých fází procesu sekundární analýzy, od formulace výzkumné otázky, přes identifikaci výzkumného souboru až po použité statistické metody.

### 2.1 Design výzkumu

Pro splnění stanovených cílů byla použita metoda *kvantitativní sekundární analýzy dat* získaných v rámci čtyř výzkumných studií zaměřených na realizaci ošetrovatelských aktivit NIC intervencí Duchovní podpora a Péče o umírající u pacientů v závěru života v České republice. Výzkumy byly realizovány v letech 2011 až 2014. Dále byl použit panel expertů.

### 2.2 Panel expertů

Expertní panel se zaměřuje na sumarizaci a syntézu vstupních údajů. Metoda je vhodná pro oblasti, které vyžadují znalosti z různých oborů (Polít, Beck, 2008). Panel sestavený pro potřebu tohoto výzkumu tvořili odborníci / experti z oblasti paliativní medicíny, ošetrovatelství, psychologie a spirituální péče (lékař paliatr, sestra specialistka, klinická psycholožka, duchovní a výzkumník realizující sekundární analýzu). Jejich úkolem je společně roztrždit definované aktivity dvou NIC intervencí (Péče o umírající a Duchovní podpora) do čtyř souborů prezentujících oblasti fyzického, psychologického spirituálního a sociálního komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí.

## 2.3 Proces sekundární analýzy

Průběh fází procesu sekundární analýzy dat je prezentován popisem algoritmu činností sekundární analýzy, což je soubor na sebe navazujících aktivit realizovaných v jednotlivých fázích sekundární analýzy, a to od formulování výzkumné otázky až po metody statistického zpracování.

### 2.3.1 Formulování výzkumné otázky a určení proměnných

Přípravná fáze sekundární analýzy zahrnuje definování oblasti výzkumu, formulování výzkumné otázky a určení proměnných, které jsou potřebné pro zodpovězení stanovené výzkumné otázky (Smith et al., 2011; Creswell, 2013). V rámci této fáze byla definována:

- *Oblast výzkumu:* ošetrovatelské intervence u pacientů v závěru života
- *Obecná výzkumná otázka:* Jak využívají sestry ošetrovatelské aktivity podporující čtyři dimenze komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí?
- *definované proměnné:* typ institucionálního prostředí; věk sestry; klinická zkušenost sestry; nejvyšší dosažené vzdělání sestry.

### 2.3.2 Identifikace výzkumného souboru

Tato fáze navazuje na výsledky přípravné fáze, kde byly definovány proměnné potřebné pro zodpovězení výzkumné otázky (Smith et al., 2011; Creswell, 2013). Na základě výše uvedené výzkumné otázky a určených proměnných, byla pro identifikaci výzkumného souboru zvolena následující zařazující a vyřazující kritéria:

- *Zařazující kritéria pro výzkumný soubor:* všeobecné sestry s minimálně jedním rokem odborné praxe a různým stupněm nejvyššího vzdělání, které pečují o pacienty v závěru života v institucionálním prostředí

- *Vyřazovací kritéria pro výzkumný soubor:* všeobecné sestry, které pečují o pacienty v závěru života v domácím prostředí

Vzhledem ke stanoveným zařazujícím kritériím pro respondenty bylo možné pro sekundární analýzu využít čtyři soubory dat primárních studií, které byly zaměřeny na ošetrovatelské aktivity u pacientů v závěru života v České republice. Studie, které jsou zdrojem primárních dat, prezentuje v přehledu tabulka 4 (s. 47–48). Jednalo se o následující studie:

- Kisvetrová et al. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering from death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013, 19(12), 599-605. (Scopus)
- Kisvetrová, H. Support of family members within the nursing intervention Dying Care. *Kontakt*. 2014, 16(1), e24-e30. (Scopus)
- Kisvetrová et al. Dying care nursing intervention in the institutional care of end-of-life patients. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2016a, doi: 10.1111/2047-3095.12128. [Epub ahead of print]. (IF<sub>2015</sub> 0.727)
- Kisvetrová et al. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016b, 48(2), 139-146. (IF<sub>2015</sub> 1.521)

Tabulka 4 Primární studie využité pro sekundární analýzu dat

Autor / rok	Typ studie; výzkumný nástroj	Soubor N	Typ pracoviště	Výzkumná otázka	Proměnné	Výsledky
1. Kisvetrová et al., 2013	cross-sectional; strukturovaný dotazník (NIC Duchovní podpora)	VS/468	geriatrie onkologie hospic LDN DpS ADP	1. Jaké oš. aktivity NIC „Duchovní podpora“ využívají VS u pac. s oš. dg. „Úzkost ze smrti“ v závěru života?  2. Které oš. aktivity spirituální/religiózní dimence jsou reálně implementovatelné v oš. praxi v ČR?	typ pracoviště; náboženské přesvědčení; délka odb. praxe.	Nejvyšší frekvence: <b>„Pečovat o pac. s důstojností“</b> ; nejnižší: „Modlit se s pac.“. Byly zjištěny rozdíly ve frekvenci aktivit ve vztahu k:  *typu pracoviště (vyšší frekvence v hospicích)  *náboženskému přesvědčení (vyšší frekvence věřící VS)  <b>„Pečovat s důstojností“ považovaly VS za nejschůdněji implementovatelnou spirituální aktivitu.</b>  U většího počtu aktivit byl významný vztah s:  *typem pracoviště (hospice)  *náboženským přesvědčením (věřící)  *délkou odb. praxe (delší praxe)
2. Kisvetrová, 2014	cross-sectional; strukturovaný dotazník (NIC Péče o umírající)	VS/468	geriatrie onkologie hospic LDN DpS ADP	1. Jak využívají VS aktivity zaměřené na podporu rodiny?  2. Jaký je názor VS na reálnost implementace NIC aktivit na podporu rodiny v současné české oš. praxi	typ pracoviště dosažené vzdělání	<b>Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta a Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu</b> měly nejvyšší frekvenci a nejvíce VS je považovalo za reálně implementovatelné.  Aktivity zaměřené na podporu rodinných příslušníků v rámci NIC intervence Péče o umírající <b>realizovaly častěji sestry z hospiců.</b>

3. Kisvetrová et al., 2016a	cross-sectional; strukturovaný dotazník (NIC Péče o umírající, Duchovní podpora)  Panel expertů	VS/201	interna onkologie LDN	Jaká je frekvence oš. aktivit NIC „Péče o umírající“ při institucionální péči o pac. v terminálním stadiu onkol. a chronic. nemocí?	typ pracoviště; délka odb. praxe; dosažené vzdělání.	VS se nejvíc zaměřují na <b>fyzický komfort pac.</b> Významné vztahy byly mezi:  *úrovní vzdělání a sledováním úzkosti pac.;  *délkou odb. praxe a ochotou diskutovat o smrti;  *typem pracoviště a fyzickou přítomností u lůžka pac., duchovní podporou, diskusí o smrti a schopností sledovat psychické /mentální funkce pac.
4. Kisvetrová et al., 2016b	cross-sectional; strukturovaný dotazník (NIC Péče o umírající, Duchovní podpora)	VS/277	intenzivní péče	Jaká je frekvence oš. aktivit NIC „Péče o umírající“ a Duchovní podpora“ při péči o umírající pac. na pracovištích intenzivní péče?	frekvence péče; délka hospitalizace na JIP; personální podmínky; časové možnosti VS; postoj VS ke smrti; komunikace VS/pacient; komunikace VS/rodina; edukace VS o paliativní péči.	Nejvyšší frekvence: „ <b>Pečovat s důstojností</b> “; nejnižší: „usnadnit diskusi o pohřbu“.  U většího počtu aktivit byl významný vztah s:  *delší hospitalizací na JIP;  *lepšími personálními podmínkami  *kladnějším postojem VS k edukaci o pal. péči

VS - všeobecná sestra; N - počet respondentů; NIC - Nursing Interventions Classification; LDN - léčebna pro dlouhodobě nemocné; DpS - domov pro seniory; ADP - agentura domácí péče; JIP - jednotka intenzivní péče

1. Kisvetrová et al. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering from death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013, 19(12), 599-605.
2. Kisvetrová, H. Support of family members within the nursing intervention Dying Care. *Kontakt*. 2014, 16(1), e24-e30.
3. Kisvetrová et al. Dying care nursing intervention in the institutional care of end-of-life patients. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2016a, doi: 10.1111/2047-3095.12128. [Epub ahead of print]
4. Kisvetrová et al. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016b, 48(2), 139-146.



### 2.3.3 Finální formulace výzkumné otázky a cílů sekundární analýzy

Výzkumnou oblastí této sekundární analýzy dat jsou ošetrovatelské intervence u pacientů v závěru života. Z takto definované výzkumné oblasti vychází obecná výzkumná otázka zužující zaměření výzkumu: *Jak využívají sestry ošetrovatelské aktivity podporující čtyři dimenze komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí?* Obecná výzkumná otázka vede ke stanovení hlavního výzkumného cíle sekundární analýzy: *Zjistit míru využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí a identifikovat vliv definovaných proměnných.*

Na základě stanoveného hlavního cíle byly definované dílčí cíle.

Cíl 1:

- *Z aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora vytvořit čtyři soubory vztahující se k fyzické, psychologické, spirituální/existenciální a sociální dimenzi komfortu pacienta v závěru života.*

Cíl 2:

- *Určit vliv proměnných na míru využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života a identifikovat významné prediktory pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do jednotlivých souborů.*

Cíl 3:

- *Porovnat míru využívání aktivity „Jednat s pacientem důstojně“ s mírou využívání všech ostatních aktivit.*

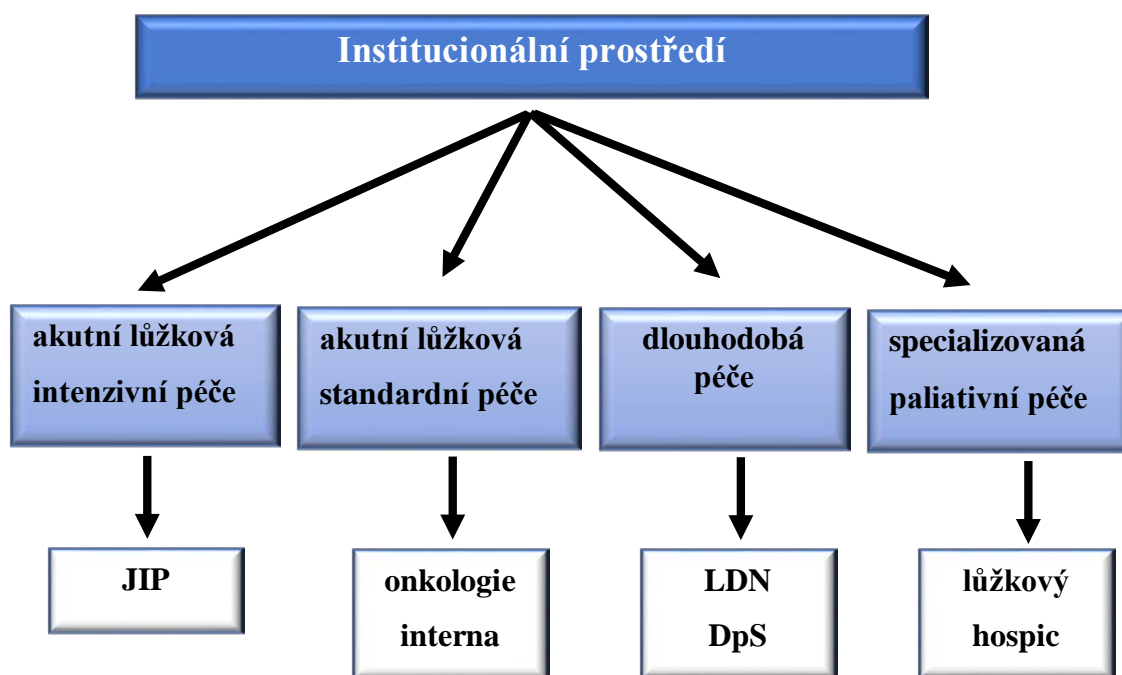
Cíl 4:

- *Definovat faktory charakterizující poskytovanou ošetrovatelskou péči pacientům v závěru života v institucionálním prostředí.*

Vzhledem ke zvolené oblasti výzkumu byla teoretická hypotéza formulovaná následovně: *Frekvenci využívání definovaných souborů ošetrovatelských aktivit prezentujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života ovlivňuje typ institucionálního prostředí a profesionální způsobilost sestry.*

Následně byla provedena operacionalizace pojmů institucionální péče, péče v závěru života, ošetrovatelská aktivita, dimenze komfortu a profesionální způsobilost sestry.

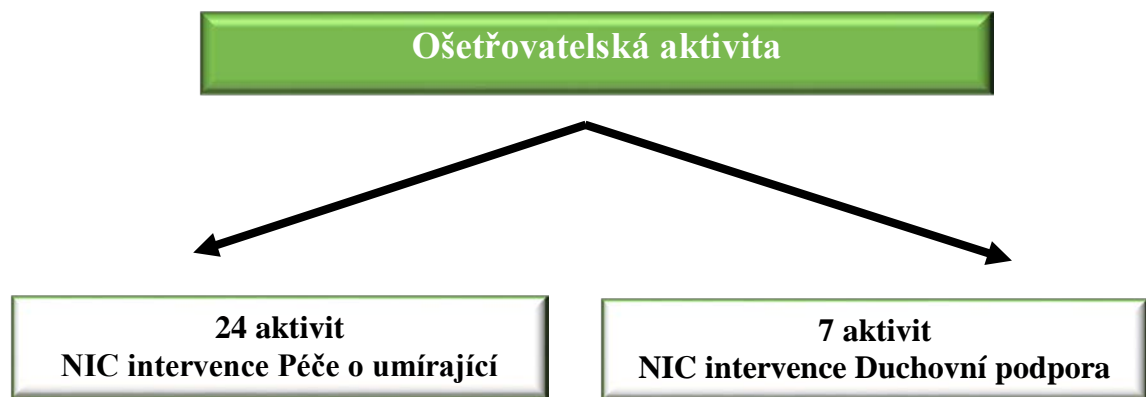
- Pojem *institucionální prostředí* byl operacionalizován prostřednictvím typologie poskytované péče charakterizující jednotlivé typy pracovišť, jak ukazuje obrázek 3 (s. 50).



\*Vysvětlivky k obr.3: JIP (jednotka intenzivní péče); LDN (léčebna pro dlouhodobě nemocné); DpS (domov pro seniory)

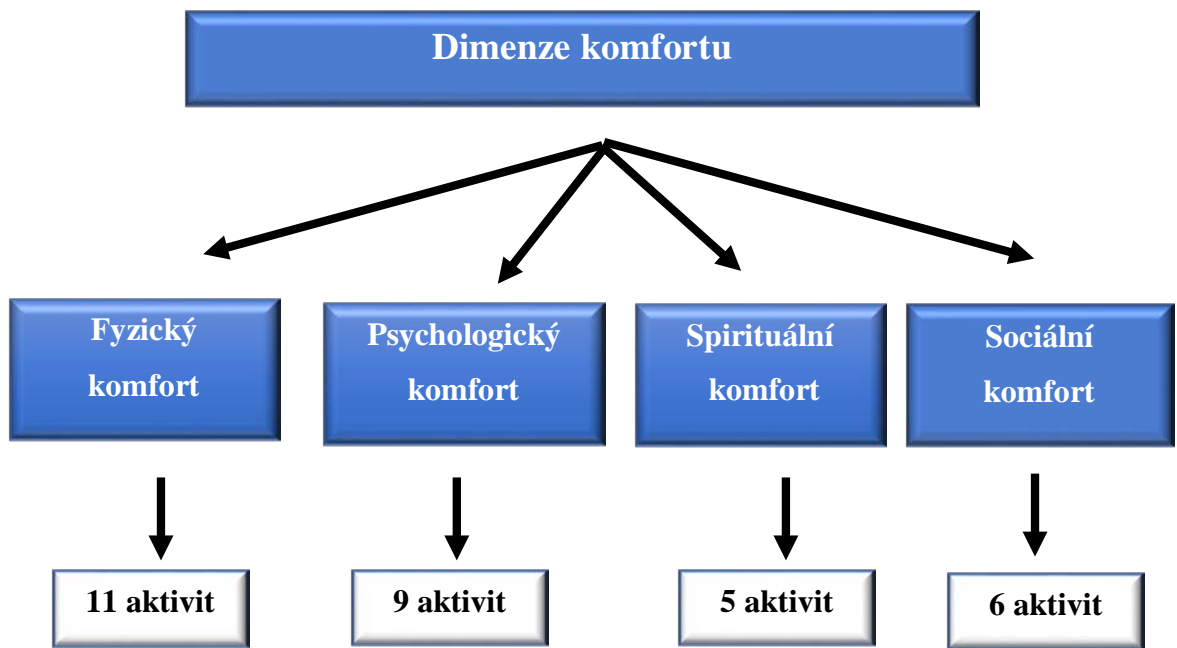
**Obrázek 3** Operacionalizace pojmu „Institucionální prostředí“

- Operacionalizace pojmu *péče v závěru života* vychází ze široké definice závěru života, kterou uvádí the European Assotiation of Palliative Care (EAPC). Konec života je zde interpretován jako časové období jednoho až dvou let, kdy se pacient, jeho blízcí i zdravotničtí profesionálové seznamují se skutečností, že se jedná o nemoc významně omezující délku života pacienta (Radbruch, Payne, et al. 2010b).
- Pojem *ošetřovatelská aktivita* byl operacionalizován jednotlivými definovanými aktivitami NIC ošetřovatelských intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora (Bulechek et al., 2012). Operacionalizaci pojmu graficky znázorňuje obr. 4 (s. 51).



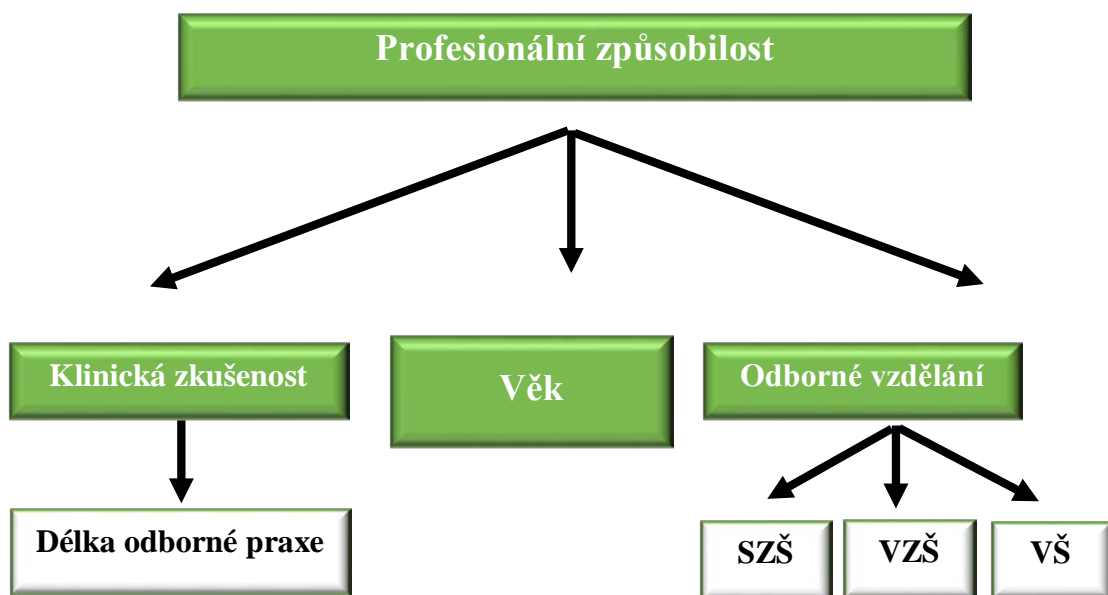
Obrázek 4 Operacionalizace pojmu „Ošetřovatelská aktivita“

- Pojem *dimenze komfortu* je operacionalizován prostřednictvím čtyř skupin ošetřovatelských aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora umožňujících fyzický, psychologický, sociální a spirituální / existenciální komfort pacienta v závěru života. Definované dimenze péče ukazuje obrázek 5 (s. 52).



Obrázek 5 Operacionalizace pojmu „Dimenze komfortu“

- Pojem *profesionální způsobilost sestry* pro péči o pacienta v závěru života byl operacionalizován prostřednictvím faktorů klinická zkušenost (tj. délka odborné praxe), odborné vzdělání a věk sestry (Powazki et al., 2014). Operacionalizaci pojmu prezentuje obrázek 6 (s. 52).



Obrázek 6 Operacionalizace pojmu „Profesionální způsobilost“

## **Výzkumné hypotézy**

Operacionalizace pojmů teoretické hypotézy je východiskem pro formulování výzkumných hypotéz. Umožňuje transformovat teoretickou hypotézu na nižší stupeň obecnosti (Hubík, 2006).

*Výzkumné hypotézy k cíli 2 (Určit vliv proměnných na míru využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu a identifikovat významné prediktory pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do jednotlivých souborů).*

- Sestry pracující na pracovištích poskytujících hospicovou péči využívají s vyšší frekvencí ošetrovatelské aktivity ze všech souborů.
- Sestry s delší odbornou praxí častěji využívají ošetrovatelské aktivity ze souboru podporující psychologickou dimenzi komfortu.
- Sestry s vyšším stupněm dosaženého vzdělání častěji využívají ošetrovatelské aktivity ze souboru podporující spirituální dimenzi komfortu.
- Starší sestry častěji využívají ošetrovatelské aktivity souboru podporující fyzickou dimenzi komfortu.
- Prediktorem vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující fyzickou dimenzi komfortu je typ pracoviště.
- Prediktorem vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující sociální dimenzi komfortu je věk sestry.
- Prediktorem vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující spirituální dimenzi komfortu je úroveň dosaženého vzdělání sestry.
- Prediktorem vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující psychologickou dimenzi komfortu je délka odborné praxe sestry.

*Výzkumná hypotéza k cíli 3 (Porovnat míru využívání aktivity „Jednat s pacientem důstojně“ s mírou využívání všech ostatních aktivit).*

- Sestry využívající s vyšší frekvencí aktivitu „Jednat s pacientem důstojně a s respektem“ využívají častěji i ostatní aktivity.

## **Statistické hypotézy**

Pro zjištění statisticky významných souvislostí mezi zkoumanými daty ze čtyř studií zařazených do sekundární analýzy byly definovány statistické hypotézy. Zabývají se vztahem mezi nezávisle proměnnými: *typ pracoviště, délka odborné praxe, věk sestry, stupeň dosaženého vzdělání* a závisle proměnnou: *volba definovaných aktivit v rámci souborů podporujících jednotlivé dimenze komfortu*.

### **Statistické hypotézy k cíli 2:**

**H1<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *délkou praxe sester* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

**H1<sub>A</sub>** – existuje signifikantní vztah mezi *délkou praxe sester* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

**H2<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *věkem sester* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

**H2<sub>A</sub>** – existuje signifikantní vztah mezi *věkem sester* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

**H3<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

**H3<sub>A</sub>** – existuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

**H4<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *vzděláním sester* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

**H4<sub>A</sub>** – existuje signifikantní vztah mezi *vzděláním sester* a  *mírou využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu*

### **Statistická hypotéza k cíli 3:**

**H5<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *mírou využívání aktivity Jednat s pacientem důstojně a s respektem a využíváním všech ostatních aktivit*

**H5<sub>A</sub>** – existuje signifikantní vztah mezi *mírou využívání aktivity Jednat s pacientem důstojně a s respektem a využíváním všech ostatních aktivit*

#### **2.3.4 Posouzení vhodnosti primárních výzkumných souborů**

Jedná se o primární soubory dat čtyř výzkumných studií, realizovaných v letech 2011 až 2014.

- Primární výzkumník je totožný s výzkumníkem, který bude realizovat sekundární analýzu dat.
- Ve všech čtyřech primárních souborech byly zahrnuty i proměnné definované pro sekundární výzkum (věk sestry, typ pracoviště, délka odborné praxe a stupeň dosaženého vzdělání) a ošetrovatelské aktivity NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora. Pro zpracování primárních výsledků studií byla ale použita jen část získaných dat (viz tabulka 4, s. 47–48).
- Soubor respondentů ve všech primárních studiích tvořily všeobecné sestry, které měly minimálně jeden rok odborné praxe a pracovaly na pracovištích, kde často pečují o pacienty v závěru života.

Na základě výše uvedeného posouzení lze konstatovat, že tyto čtyři soubory umožňují pomocí sekundární analýzy dat splnit hlavní výzkumný cíl: *Zjistit míru využívání souborů aktivit podporující jednotlivé dimenze komfortu pacientů v závěru života v institucionálním prostředí a identifikovat vliv definovaných proměnných.*

#### **2.3.5 Posouzení etického hlediska**

Výzkumné šetření primárních studií bylo schváleno Etickou komisí FZV UP a respondenti podepsali informovaný souhlas před zařazením do výzkumného souboru.

Primární výzkumník je totožný s výzkumníkem realizujícím sekundární analýzu dat. Z tohoto důvodu nebylo nutné opětovně žádat o souhlasné stanovisko Etickou komisí FZV UP pro realizaci sekundární analýzy dat. Ochrana anonymity dat respondentů nebude provedním sekundární analýzy dat nijak dotčena.

### 2.3.6 Vytvoření datového souboru pro sekundární analýzu

Do souboru pro sekundární analýzu byli zařazeni *respondenti (všeobecné sestry)*, kteří:

- poskytovali ošetrovatelskou péči pacientům v institucionálním prostředí (jednotky intenzivní péče, interní oddělení, onkologické oddělení, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory, lůžkové hospice)
- měli minimálně jeden rok odborné praxe.

Nebyli zařazeni respondenti, kteří pečovali o pacienty v domácím prostředí.

*Soubor ošetrovatelských aktivit* pro sekundární analýzu zahrnoval:

- všech 24 aktivit NIC intervence Péče o umírající
- 7 aktivit NIC intervence Duchovní podpora.

Nebylo zařazeno 22 aktivit NIC intervence Duchovní podpora, protože primární studie Kisvetová et al. (2013) prokázala, že tyto převážně religiozní aktivity v českém vysoce sekulárním prostředí sestry při péči o terminální pacienty využívají jen s minimální frekvencí. Přehled všech 31 aktivit využitých pro sekundární analýzu ukazuje v přehledu tabulka 5 (s. 57).



**Tabulka 5 Soubor ošetrovatelských aktivit pro sekundární analýzu dat**

<b>Intervence Duchovní podpora</b>	<b>Intervence Péče o umírající</b>
Jednat s pacientem důstojně a s respektem	Sledovat bolest u pacienta
Být schopný naslouchat pocitům pacienta	Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči
Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení	Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek
Být otevřený k vyjádření obav pacienta	Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta
Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	Respektovat pacientovu potřebu soukromí
Projevit vcítění se do pocitů pacienta	Pokud je to možné, minimalizovat diskomfort pacienta
Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup
	Rozpoznat priority péče o pacienta
	Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta
	Sledovat úzkost u pacienta
	Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu
	Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo
	Sledovat změny nálady u pacienta
	Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta
	Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy
	Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči
	Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný
	Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání
	Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku
	Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči
	Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti
	Usnadnit diskusi o zařizování pohřbu
	Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta
	Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti

### 2.3.7 Statistické metody využité pro sekundární analýzu

Pro statistickou analýzu získaných dat byla použita popisná statistika - míry centrální tendence a míry rozptýlenosti: aritmetický průměr, medián, směrodatná odchylka (Hendl, 2004; Polit, Beck, 2008). Pro statistické ověřování hypotéz byly použity neparametrické testy dle charakteru dat. Pro zjištění závislosti využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta *s věkem a s délkou odborné praxe* sester byla použita Spearmanova korelační analýza. Pro posouzení souvislostí využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta *s typem pracovišť* byl použit Kruskal-Wallis test. Pro následné porovnání jednotlivých typů pracovišť po dvojicích byl použit Mann-Whitney U post hoc test s Bonferroniho korekcí signifikance. Pro zjištění korelace se *vzděláním* byl použit Kruskal-Wallis test. Pro statistické zpracování dat byl použit statistický software IBM SPSS Statistics 22.

Hledání významných prediktorů pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souborů podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta bylo provedeno pomocí binárního logistického regresního modelu a logistického regresního modelu s více prediktory.

Binární logistický model, ve kterém se posuzuje významnost pouze jednoho prediktoru, nepracuje s dalšími údaji a statistický výsledek OR (odds ratio; poměr šancí) se označuje jako neadjustovaná hodnota OR (tj. hodnota získaná bez ohledu na další dostupné údaje). Logistický regresní model s více prediktory se používá pro hledání významných prediktorů ze seznamu prediktorů (množina proměných vstupujících do logistické regrese, v našem případě věk, pracoviště, vzdělání a délka praxe). Tento výběr se provádí metodou stepwise (tj. krokovou regresi), tedy postupným vybíráním. Výsledné hodnoty OR se označují jako adjustované hodnoty OR – tj. hodnoty očištěné od vlivu dalších parametrů.

Dále byla použita faktorová analýza pro hledání optimálního počtu faktorů charakterizujících poskytovanou ošetrovatelskou péči v závěru života v institucionálním prostředí. Ve faktorové analýze byla použita ortogonální (pravoúhlá) rotace faktorů metodou Varimax. Tento postup umožňuje jednoznačnější přiřazení položek k jednotlivým faktorům. K přiřazení položek faktorům dochází na základě porovnání faktorových zátěží. Faktorové zátěže (factor loadings) jsou hodnoty korelace mezi faktorem a příslušnou položkou. Čím vyšší je korelace, tím více je faktor touto položkou

sycen. Doporučuje se, aby byla korelace vyšší než 0,3. Ve faktorové analýze pro 31 proměnných (ošetřovatelských aktivit) bylo použita míra Kaiser-Meyer-Olkin a signifikance Bartlettova testu. Obě tyto statistiky indikují použitelnost faktorové analýzy. Pomocí suťového grafu (Scree Plot) a podle Kaiserova pravidla (počet faktorů se určí podle toho, u kolika komponent je hodnota Eigenvalue  $>1$ ) bude určeno, kolik faktorů by mělo být extrahováno.

## 3 VÝSLEDKY

Kapitola představuje demografickou charakteristiku zkoumaného souboru a popisuje výsledky sekundární analýzy dat vztahující se k jednotlivým stanoveným cílům.

### 3.1 Soubor respondentů

#### **Demografické charakteristiky**

Datový soubor zahrnoval primární data 907 všeobecných sester, které splňovaly zařazující kritéria: minimálně jeden rok odborné praxe; pracují na definovaných typech pracovišť, kde se často pečuje o pacienty v závěru života a je vyšší frekvence konfrontace s umíráním (intenzivní lůžková péče, akutní lůžková péče, dlouhodobá péče a hospicová péče). Průměrný věk sester v souboru byl 37,8 (SD 9,9) let a délka odborné praxe 15,4 (SD 10,2) let. Co se týká nevyššího dosaženého vzdělání, tak nejvyšší frekvenci zastoupení měla střední zdravotnická škola, kterou uvedlo 648 (71,4 %) sester. Přehled demografických charakteristik zařazených respondentů ukazuje v přehledu tabulka 6. (s. 61). Data jsou prezentována pro jednotlivé typy pracovišť.

**Tabulka 6 Demografická data souboru respondentů sekundární analýzy**

	Typ pracoviště				Celkem
	Intenzivní péče <sup>1</sup>	Akutní péče <sup>2</sup>	Dlouhodobá péče <sup>3</sup>	Hospicová péče <sup>4</sup>	
<b>Počet respondentů</b>					
N (%)	238 (26,2 %)	263 (29,0 %)	325 (35,8 %)	81 (8,9 %)	907 (100 %)
<b>Věk</b>					
průměr ± SD	35,4 ± 8,6	37,4 ± 10,3	39,5 ± 10,2	38,9 ± 10,8	37,8±9,9
Medián (min-max)	35,0 (22-59)	36,0 (22-60)	38,0 (22-65)	38,0 (22-67)	36,0 (22-67)
<b>Délka praxe</b>					
průměr ± SD	14,0 ± 9,1	14,3 ± 10,4	18,0 ± 10,4	13,0 ± 10,2	15,4±10,2
Medián (min-max)	13,0 (1-40)	13,0 (1-40)	17,0 (1-46)	10,0 (1-49)	15,0 (1-49)
<b>Vzdělání</b>					
SZŠ	117 (49,2%)	184 (70,0 %)	280 (86,2 %)	65 (80,2 %)	648 (71,4 %)
VZŠ	51 (21,0%)	33 (12,2 %)	13 (4,0 %)	6 (7,4 %)	101 (11,1 %)
VŠ	70 (29,4%)	46 (17,5 %)	32 (9,8 %)	10 (12,3 %)	158 (17,1 %)

SD= směrodatná odchylka; SZŠ = střední zdravotnická škola; VZŠ = vyšší zdravotnická škola; VŠ = vysoká škola

1 = Jednotky intenzivní péče; 2= interní a onkologická pracoviště; 3 = léčebny dlouhodobě nemocných a ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory; 4 = lůžkové hospice

### 3.2 Výsledky k cíli 1

Výsledky k cíli 1 (*Roztřídit aktivity NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora do čtyř souborů prezentujících fyzickou, psychologickou, spirituální/ existenciální a sociální dimenzi komfortu pacienta v závěru života.*)

Všech 31 aktivit, které byly vybrány pro sekundární analýzu dat, bylo roztríděno panelem expertů do čtyř souborů dle definovaných dimenzí komfortu (fyzická, psychologická, sociální a spirituální / existenciální). Rozdělení ukazuje tabulka 7 (s. 63). Každé aktivitě byl přidělený identifikační kód (A01 až A31).

**Tabulka 7 Rozdělení aktivit do čtyř dimenzí komfortu**

<b>kód</b>	<b>Dimenze komfortu / aktivity</b>
<b>F</b>	<b>Fyzická</b>
A06	Sledovat bolest u pacienta
A07	Pokud je to možné, minimalizovat diskomfort pacienta
A08	Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup
A09	Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy
A10	Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo
A11	Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta
A12	Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta
A13	Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek
A14	Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči
A17	Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání
A18	Rozpoznat priority péče u pacienta
<b>S</b>	<b>Sociální</b>
A15	Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta
A16	Respektovat pacientovu potřebu soukromí
A20	Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči
A21	Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta
A22	Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči
A23	Usnadnit diskusi o zařizování pohřbu
<b>P</b>	<b>Psychologická</b>
A01	Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný
A02	Sledovat úzkost u pacienta
A03	Sledovat změny nálady u pacienta
A05	Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti
A24	Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku
A27	Být otevřený k vyjádření obav pacienta
A29	Být schopný naslouchat pocitům pacienta
A30	Projevit vcítění se do pocitů pacienta
A31	Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení
<b>SE</b>	<b>Spirituální/existenciální</b>
A04	Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti
A19	Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu
A25	Jednat s pacientem důstojně a s respektem
A26	Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity
A28	Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce

### 3.3 Výsledky k cíli 2

Výsledky k cíli 2 - *Určit vliv proměnných na míru využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života a identifikovat významné prediktory pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru jednotlivých dimenzí.*

#### 3.3.1 Míra využívání souborů aktivit

Sekundární analýzou byla vyhodnocena data prezentující výpovědi respondentů vztahující se k míře využívání souborů aktivit podporujících čtyři dimenze komfortu, do kterých byly roztrženy vybrané aktivity NIC intervencí Duchovní podpora a Péče o umírající.

Vzhledem k tomu, že soubor každé dimenze sytí jiný počet položek, bylo pro účely porovnání vypočítáno hrubé skóre, které bylo zprůměrováno. Tím bylo hrubé skóre transformováno na škálu 1-5 (stupně škály od nikdy po vždy). Soubory aktivit jednotlivých dimenzí byly popsány pomocí průměrné hodnoty, směrodatné odchylky a mediánu (tabulka 8, s. 64).

**Tabulka 8** Využívání souborů aktivit jednotlivých dimenzí komfortu

<b>Dimenze</b>	<b>průměr</b>	<b>SD</b>	<b>medián</b>
<b>Fyzická</b>	4,23	0,56	4,00
<b>Psychologická</b>	3,94	0,62	4,00
<b>Spirituální/existenciální</b>	3,92	0,70	4,00
<b>Sociální</b>	3,86	0,67	4,00



V tabulkách 9 až 12 (s. 65 - 67) jsou v rámci souborů aktivit jednotlivých dimenzí seřazeny aktivity od nejvyšší průměrné hodnoty, tj. od aktivit s nejvyšší mírou využívání po nejnižší hodnotu, tj. po aktivity, které jsou využívány nejméně.

Aktivita, která měla nejvyšší míru využívání ze všech, byla „*Jednat s pacientem důstojně a s respektem*“ (průměr škály 4,74±0,71) – označeno červeně v tabulce 11 (s. 66). Naopak aktivita s nejnižší mírou využívání byla „*Dávat pacientovi nejevo ochotu diskutovat o smrti*“ (průměr škály 3,29±1,16), která je v tabulce 11 (s. 66) označena zeleně.

**Tabulka 9 Míra využívání aktivit fyzické dimenze**

<b>Kód</b>	<b>aktivita</b>	<b>Průměr*;SD</b>	<b>medián</b>
<b>F</b>	<b>Fyzická dimenze komfortu</b>	<b>4,23±0,56</b>	<b>4,27</b>
A06	Sledovat bolest u pacienta	4,70±0,73	5,00
A14	Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči	4,69±0,73	5,00
A13	Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek	4,56±0,76	5,00
A12	Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta	4,56±0,82	5,00
A10	Pravidelně nabízet tekutiny a měkké jídlo	4,39±0,85	5,00
A07	Pokud je to možné omezit diskomfort pacienta	4,39±0,82	5,00
A08	Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup	4,32±0,88	5,00
A18	Rozpoznat priority péče u pacienta	4,17±0,79	4,00
A09	Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy	3,89±0,96	4,00
A17	Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání	3,69±0,96	4,00
A11	Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta	3,30±1,23	3,00

\*průměr na Likertově škále (1 = nikdy; 2 = výjimečně; 3 = občas; 4 = často; 5 = vždy)  
SD = směrodatná odchylka

**Tabulka 10 Míra využívání aktivit psychologické dimenze**

Kód	aktivita	Průměr*;SD	medián
<b>P</b>	<b>Psychologická dimenze komfortu</b>	<b>3,94±0,62</b>	<b>4,00</b>
A29	Být schopný naslouchat pocitům pacienta	4,23±0,91	4,00
A31	Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	4,16±0,98	4,00
A03	Sledovat změny nálady u pacienta	4,15±0,85	4,00
A02	Sledovat úzkost u pacienta	4,12±0,89	4,00
A27	Být otevřený k vyjádření obav pacienta	4,10±0,93	4,00
A30	Projevit večitění do pocitů pacienta	4,04±0,90	4,00
A01	Snížit nároky na kognitivní funkce, když je pacient unavený	3,67±1,03	4,00
A24	Podporovat pacienta a jeho rodinu ve fázích smutku	3,59±1,21	4,00
A05	Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	3,35±1,12	3,00

\*průměr na Likertově škále (1 = nikdy; 2 = výjimečně; 3 = občas; 4 = často; 5 = vždy)  
SD = směrodatná odchylka

**Tabulka 11 Míra využívání aktivit spirituální / existenciální dimenze**

Kód	aktivita	Průměr*;SD	medián
<b>SE</b>	<b>Spirituální/existenciální dimenze komfortu</b>	<b>3,92±0,70</b>	<b>4,00</b>
<b>A25</b>	<b>Jednat s pacientem důstojně a s respektem</b>	<b>4,74±0,71</b>	<b>5,00</b>
A26	Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	3,89±1,05	4,00
A28	Zajistit návštěvy duchovního rádce	3,86±1,15	4,00
A19	Uspadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	3,84±1,00	4,00
<b>A04</b>	<b>Dávat pacientovi nejevo ochotu diskutovat o smrti</b>	<b>3,29±1,16</b>	<b>3,00</b>

\*průměr na Likertově škále (1 = nikdy; 2 = výjimečně; 3 = občas; 4 = často; 5 = vždy)  
SD = směrodatná odchylka

**Tabulka 12 Míra využívání aktivit sociální dimenze**

Kód	aktivita	Průměr*;SD	medián
<b>S</b>	<b>Sociální dimenze komfortu</b>	<b>3,86±0,67</b>	<b>4,00</b>
A16	Respektovat pacientovu potřebu soukromí	4,33±0,83	5,00
A21	Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka	4,16±0,90	4,00
A15	Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta	3,92±0,90	4,00
A20	Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	3,73±0,87	4,00
A23	Usnadnit diskusi o zařizování pohřbu	3,54±1,26	4,00
A22	Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči	3,47±1,03	4,00

\*průměr na Likertově škále (1 = nikdy; 2 = výjimečně; 3 = občas; 4 = často; 5 = vždy)  
SD = směrodatná odchylka

### **Korelace míry využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta s definovanými proměnnými**

- *Korelace míry využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta s délkou praxe sester*

Nebyla zjištěna signifikantní korelace mezi skóre souborů vztahujících se k jednotlivým dimenzím a délkou praxe sester. Hladina signifikance u jednotlivých dimenzí byla  $p = 0,257; 0,912; 0,060; 0,343$  ( $p > 0,05$ ), jak prezentuje tabulka 13 (s. 68).

- *Korelace míry využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta s věkem sester*

Spearmanova korelační analýza prokázala signifikantní velmi slabou pozitivní korelaci mezi skóre souboru aktivit podporující fyzickou dimenzi komfortu a věkem sester ( $r = 0,075; p = 0,025$ ), viz tabulka 13 (s. 68).

**Tabulka 13 Korelace s délkou praxe a věkem sester**

Dimenze	Délka praxe	věk
	r*(p)**	r*(p)**
Fyzická	0,038 (0,257)	<b>0,075 (0,025)</b>
Sociální	-0,004 (0,912)	0,039 (0,238)
Psychologická	-0,063 (0,060)	-0,028 (0,397)
Spirituální/existenciální	-0,032 (0,343)	0,005 (0,886)

\* Spearmanův korelační koeficient

\*\* hladina signifikance 0,05

- *Korelace míry využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta s typem pracoviště*

Bylo prokázáno, že míra využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta na pracovištích poskytujících hospicovou péči se signifikantně liší od pracovišť poskytujících péči intenzivní, akutní i dlouhodobou. Průměrné skóre bylo pro všechny dimenze signifikantně vyšší, jak ukazuje tabulka 14 (s. 68).

Distribuce skóre v jednotlivých dimenzích je zobrazena pomocí kvartilových box grafů (obr. 7 – 10; s. 69 - 71).

**Tabulka 14 Korelace s typem pracoviště**

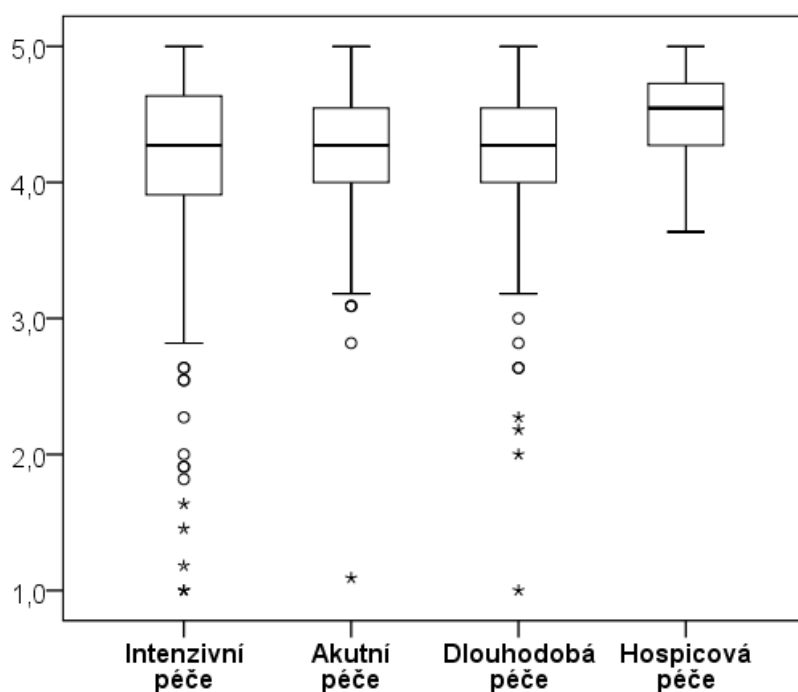
Dimenze	Pracoviště				p*
	Intenzivní	Akutní	Dlouhodobá	Hospicová	
	Průměr (SD); medián				
Fyzická	4,14(0,76);4	4,23(0,46);4	4,23(0,48);4	4,50(0,31);4	< <b>0,0001</b>
Sociální	3,79(0,77);3	3,81(0,61);3	3,81(0,62);4	4,38(0,40);4	< <b>0,0001</b>
Psychologická	3,88(0,76);3	3,93(0,55);4	3,89(0,55);3	4,28(0,42);4	< <b>0,0001</b>
Spirituální / existenciální	3,85(0,80);4	3,86(0,67);3	3,88(0,62);4	4,51(0,39);4	< <b>0,0001</b>

\*Kruskal-Wallis test

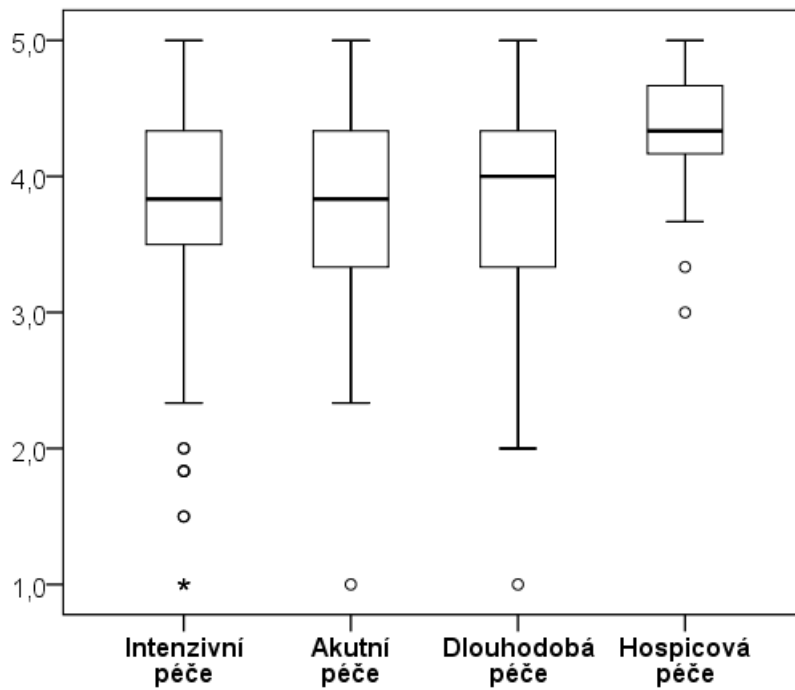
Porovnání pracovišť po dvojicích - Mann-Whitney U post hoc test s Bonferroniho korekcí signifikance ukazuje tabulka 15 (s. 69).

**Tabulka 15 Porovnání pracovišť**

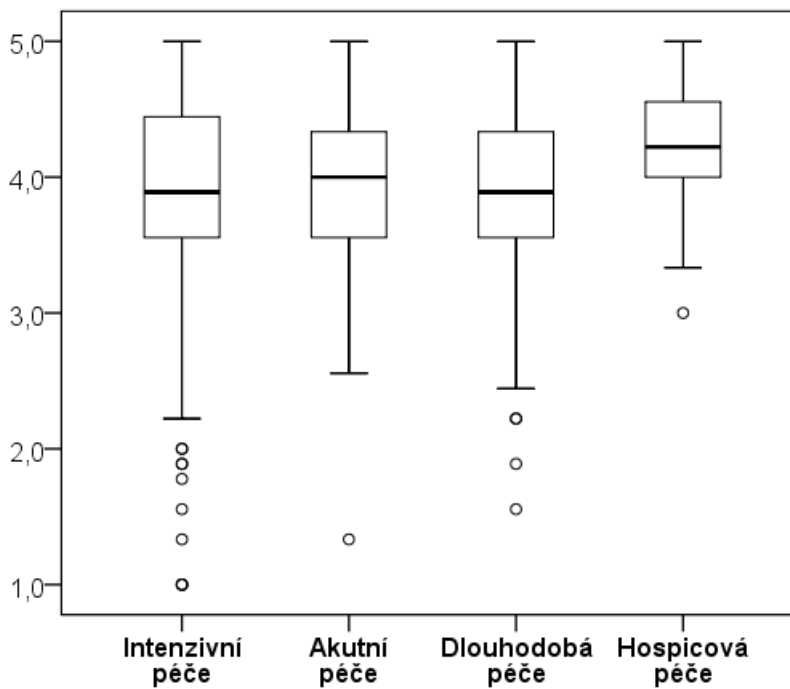
Pracoviště	Dimenze komfortu			
	Fyzická	Sociální	Psychologická	Spirituální /existenciální
Intenzivní vs. akutní	1	1	1	1
Intenzivní vs. dlouhodobá	1	1	1	1
Intenzivní vs. hospicová	<b>0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Akutní vs. dlouhodobá	1	1	1	1
Akutní vs. hospicová	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Dlouhodobá vs. hospicová	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>



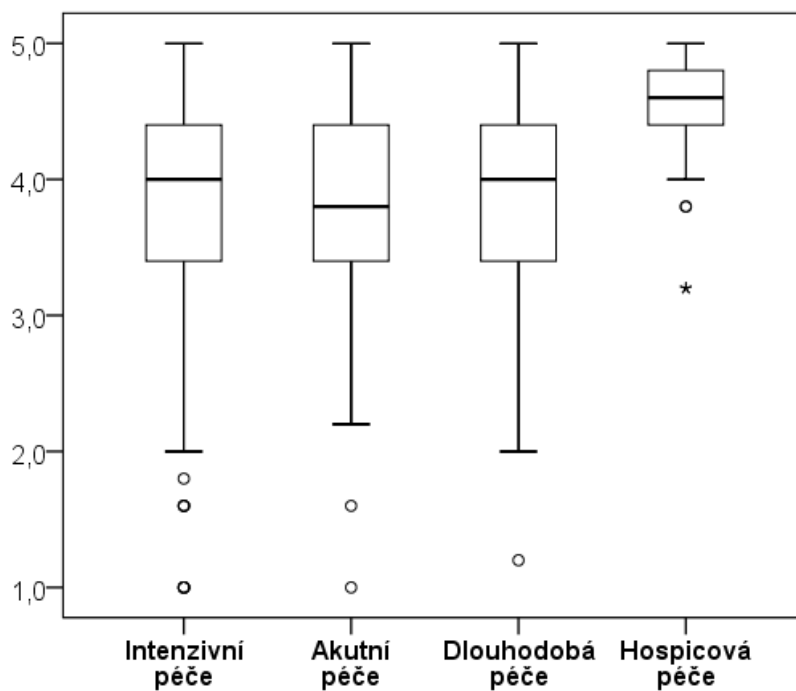
**Obrázek 7 Fyzická dimenze**



Obrázek 8 Sociální dimenze



Obrázek 9 Psychologická dimenze



Obrázek 10 Spirituální / existenciální dimenze

- *Korelace míry využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta se vzděláním sester*

Nebyla zjištěna signifikantní korelace mezi skóre souborů vztahující se k jednotlivým dimenzím a vzděláním sester. Hladina signifikance testu Kruskal-Wallis u jednotlivých dimenzí byla  $p = 0,342; 0,328; 0,883; 0,921$  ( $p > 0,05$ ), jak prezentuje tabulka 16 (s. 71).

Tabulka 16 Korelace se vzděláním sester

Dimenze	SZŠ	VZŠ	VŠ	$p^*$
	Průměr (SD); medián			
Fyzická	4,24(0,52);4	4,17(0,57);4	4,22(0,70);4	0,342
Sociální	3,86(0,56);4	3,81(0,57);3	3,85(0,78);4	0,328
Psychologická	3,94(0,58);4	3,92(0,60);4	3,91(0,77);4	0,883
Spirituální / existenciální	3,93(0,67);4	3,91(0,67);4	3,90(0,81);4	0,921

SZŠ střední zdravotnická škola; VZŠ vyšší zdravotnická škola; VŠ vysoká škola

\*Kruskal-Wallis test

### 3.3.2 Prediktory míry využívání souborů aktivit

#### **Binární logistický regresní model**

Pomocí binárního logistického regresního modelu byla predikována vysoká míra využívání aktivit zahrnutých do souborů podporujících jednotlivé dimenze komfortu. Vysoká míra využívání aktivit přiřazených k dimenzi komfortu je definována jako průměrná hodnota využívání aktivit podporující dimenzi  $\geq 4$  (tj. využívání často, vždy). Výsledky souhrně prezentuje tabulka 17 (s. 74).

#### ***Prediktor pracoviště (intenzivní, akutní, dlouhodobá, hospicová péče)***

Referenční kategorie = typ pracoviště poskytující intenzivní péči

#### *Fyzická dimenze*

Vysoká míra využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující fyzickou dimenzi komfortu pacienta signifikantně koreluje s dlouhodobou a hospicovou péčí.

- U dlouhodobé péče je šance vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do fyzické dimenze 1,5krát vyšší než u intenzivní péče (OR = 1,54, 95% CI: 1,04 - 2,27;  $p = 0,030$ ).
- U hospicové péče je šance vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující fyzickou dimenzi komfortu pacienta 10,4krát vyšší než u intenzivní péče (OR = 10,4, 95% CI: 3,17 - 34,08;  $p = 0,0001$ ).

#### *Sociální dimenze*

Vysoká míra využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující sociální dimenzi komfortu pacienta signifikantně koreluje s hospicovou péčí.

- U hospicové péče je šance vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující sociální dimenzi komfortu pacienta 9,3krát vyšší než u intenzivní péče (OR = 9,3, 95% CI: 4,4 – 19,5;  $p < 0,0001$ ).



### *Psychologická dimenze*

Vysoká míra využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující psychologickou dimenzi komfortu pacienta signifikantně koreluje s hospicovou péčí.

- U hospicové péče je šance vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující psychologickou dimenzi komfortu pacienta 3,1krát vyšší než u intenzivní péče (OR = 3,1; 95% CI: 1,8 – 5,5; p = 0,0001).

### *Spirituální / existenciální dimenze*

Vysoká míra využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující spirituální/existenciální dimenzi komfortu pacienta signifikantně koreluje s hospicovou péčí.

- U hospicové péče je šance vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující spirituální/existenciální dimenzi komfortu pacienta 17,9krát vyšší než u intenzivní péče (OR = 17,9; 95% CI: 6,4 – 50,7; p < 0,0001).

### ***Prediktor = věk***

Vysoká míra využívání aktivit zahrnutých do souboru podporující sociální dimenzi komfortu pacienta signifikantně koreluje s věkem sester, OR = 1,02 (95% CI: 1,00-1,03; p = 0,020).

### ***Prediktor = délka praxe***

Délka praxe není signifikantním prediktorem vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souborů podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta.

### ***Prediktor = vzdělání (SZŠ, VZŠ, VŠ)***

Referenční kategorie = SZŠ.

Vzdělání není signifikantním prediktorem vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souborů podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta.

**Tabulka 17 Korelace prediktorů s mírou využívání souborů jednotlivých dimenzí**

Prediktory	Fyzická dimenze		Sociální dimenze		Psychologická dimenze		Spirituální/existenciální dimenze	
	p	OR(95 % CI)	p	OR(95 % CI)	p	OR(95 % CI)	p	OR(95 % CI)
<b>Pracoviště</b>								
intenzivní =referenční	0,001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001	
akutní	0,170	1,33(0,89-1,98)	0,827	0,96(0,68-1,34)	0,827	1,14(0,80-1,62)	0,353	0,85(0,60-1,20)
dlouhodobá	<b>0,030</b>	<b>1,54(1,04-2,27)</b>	0,356	1,17(0,84-1,63)	0,356	0,92(0,66-1,29)	0,720	0,94(0,67-1,31)
hospicová	<b>0,0001</b>	<b>10,40(3,17-34,08)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>9,30(4,45-19,48)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>3,10(1,76-5,46)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>18,00(6,38-50,76)</b>
<b>Věk</b>	0,699	1,00(0,989-1,02)	<b>0,020</b>	<b>1,02(1,00-1,03)</b>	0,960	1,00(0,99-1,01)	0,589	1,00(0,98-1,01)
<b>Délka praxe</b>	0,985	1,00(0,99-1,02)	0,201	1,01(1,00-1,02)	0,062	0,99(0,98-1,00)	0,325	0,99(0,98-1,01)
<b>Vzdělání</b>								
SZŠ =referenční	0,324		0,110		0,925		0,952	
VZŠ	0,134	0,70(0,43-1,12)	0,060	0,67(0,44-1,02)	0,720	1,08(0,71-1,64)	0,794	0,95(0,62-1,44)
VŠ	0,762	0,94(0,62-1,43)	0,538	1,12(0,79-1,58)	0,824	1,04(0,73-1,47)	0,899	1,02(0,72-1,45)

## Logistický regresní model s více prediktory (věk, pracoviště, vzdělání, délka praxe)

Hodnoty OR uvedené v následujících komentářích jsou adjustovány na zbývající proměnné zahrnuté v modelu.

### *Fyzická dimenze*

Významnými prediktory pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru podporujícího fyzickou dimenzi komfortu pacienta jsou *pracoviště dlouhodobé péče* (OR = 1,54), *pracoviště hospicové péče* (OR = 10,4) a *věk sester* (OR = 1,01), jak ukazuje tabulka 18 (s. 75).

Tabulka 18 Fyzická dimenze

Fyzická dimenze	p	OR	95% CI
<i>pracoviště</i>			
intenzivní péče = referenční	0,001		
akutní péče	0,170	1,33	0,89- 1,98
<b>dlouhodobá péče</b>	<b>0,030</b>	<b>1,54</b>	<b>1,04-2,27</b>
<b>hospicová péče</b>	<b>0,0001</b>	<b>10,40</b>	<b>3,17-34,10</b>
<i>věk</i>	<b>0,045</b>	<b>1,01</b>	<b>1,00-1,03</b>

### *Sociální dimenze*

Významným prediktorem pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru aktivit podporujících sociální dimenzi pacienta je *pracoviště hospicové péče* (OR = 8,95 – hodnota adjustovaná na věk, délku praxe a vzdělání), jak ukazuje tabulka 19 (s. 76).

**Tabulka 19 Sociální dimenze**

<b>Sociální dimenze</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>95 % CI</b>
<i>pracoviště</i>			
intenzivní péče = referenční	< 0,0001		
akutní péče	0,717	0,94	0,66-1,33
dlouhodobá péče	0,539	1,11	0,79-1,56
<b>hospicová péče</b>	<b>0,000</b>	<b>8,95</b>	<b>4,27-18,76</b>

*Psychologická dimenze*

Významným prediktorem pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru aktivit podporujících psychologickou dimenzi komfortu pacienta je *pracoviště hospicové péče* (OR = 3,1 – hodnota adjustovaná na věk, délku praxe a vzdělání), jak prezentuje tabulka 20 (s. 76).

**Tabulka 20 Psychologická dimenze**

<b>Psychologická dimenze</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>95 % CI</b>
<i>pracoviště</i>			
intenzivní péče = referenční	0,0002		
akutní péče	0,464	1,14	0,80-1,62
dlouhodobá péče	0,607	0,92	0,66-1,29
<b>hospicová péče</b>	<b>0,0001</b>	<b>3,10</b>	<b>1,76-5,50</b>

### *Spirituální / existenciální dimenze*

Významným prediktorem pro predikci vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do souboru aktivit podporujících spirituální/ existenciální dimenzi komfortu pacienta je *pracoviště hospicové péče* (OR = 18,00 – hodnota adjustovaná na věk, délku praxe a vzdělání), jak dokládá tabulka 21 (s. 77).

**Tabulka 21** Spirituální/existenciální dimenze

<b>Spirituální/existenciální dimenze</b>	p	OR	95 % CI
<i>pracoviště</i>			
intenzivní péče = referenční	<0,0001		
akutní péče	0,353	0,85	0,60-1,20
dlouhodobá péče	0,720	0,94	0,67-1,31
<b>hospicová péče</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>18,00</b>	<b>6,38-50,76</b>

### ***Shrnutí statistických výsledků a ověření hypotéz k cíli 2***

Aktivita s nejmenší mírou využívání byla A04 *Dávat pacientovi najevo diskutovat o smrti*. Nejvyšší míra využívání byla prokázána u aktivity A25 *Jednat s pacientem důstojně a s respektem*. Obě jsou součástí souboru aktivit podporujících spirituální dimenzi komfortu pacienta v závěru života.

Nejvyšší míru využívání měl soubor aktivit podporujících fyzickou dimenzi komfortu a naopak nejmenší míra využívání se prokázala u souboru aktivit podporujících sociální dimenzi komfortu pacienta. Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi skóre souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu a délkou praxe a vzděláním sestry. U pracovišť poskytujících hospicovou péči bylo vyšší skóre souborů všech dimenzí ve srovnání s ostatními typy pracovišť.

Výsledky binární logistické regresní analýzy ukázaly, že pracoviště s hospicovou péčí bylo prediktorem pro predikci vysoké míry využívání souborů aktivit podporujících všechny dimenze komfortu, pracoviště dlouhodobé péče bylo prediktorem pro soubor aktivit podporujících fyzickou dimenzi a věk sester představoval prediktor vysoké míry využívání aktivit souboru sociální dimenze. Tyto výsledky ale představovaly pouze neadjustované hodnoty. Následnou logistickou regresní analýzou s více prediktory byly získány adjustované hodnoty, které prokázaly, že významným prediktorem pro vysokou míru využívání souborů aktivit fyzické dimenze komfortu jsou pracoviště hospicové a dlouhodobé péče a věk sester. U ostatních souborů podporující psychologickou, sociální a spirituální dimenzi komfortu je významným prediktorem pouze pracoviště hospicové péče. Tyto výsledky jsou adjustovány na zbývající proměnné.

### ***Ověření hypotéz***

**Hypotéza H1<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *typem pracoviště a mírou využívání souborů aktivit v jednotlivých dimenzích* **nemůže být potvrzena ani pro jednu dimenzi**. Prokázalo se, že míra využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta na pracovištích s hospicovou péčí se signifikantně liší od všech ostatních typů pracovišť.

**Hypotéza H2<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *délkou odborné praxe a mírou využívání souborů aktivit v jednotlivých dimenzích* **nelze zamítnout ani pro jednu dimenzi**, protože nebyl prokázán signifikantní vztah mezi skóre souborů aktivit vztahujících se k jednotlivým dimenzím komfortu pacienta a délkou praxe sester.

**Hypotéza H3<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *stupněm vzdělání a mírou využívání souborů aktivit v jednotlivých dimenzích* **nelze zamítnout ani pro jednu dimenzi**, protože nebyl prokázána signifikantní vztah mezi stupněm vzdělání sester a skóre souborů aktivit vztahujících se k jednotlivým dimenzím komfortu pacienta.

**Hypotéza H4<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *věkem sester a mírou využívání souborů aktivit v jednotlivých dimenzích* **nemůže být potvrzena pro soubor aktivit**

**podporujících fyzickou dimenzi komfortu**, protože bylo prokázána signifikantní velmi slabá pozitivní korelace mezi skóre souboru aktivit podporující fyzickou dimenzi komfortu pacienta a věkem sester. **Pro ostatní dimenze nelze hypotézu zamítnout**, protože nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi mírou využívání souborů aktivit podporujících psychologickou, spirituální/existenciální a sociální dimenzi komfortu pacienta a věkem sester.

### 3.4 Výsledky k cíli 3

Výsledky k cíli 3 - *Porovnat míru využívání aktivity „Jednat s pacientem důstojně“ s mírou využívání všech ostatních aktivit.*

#### **Aktivita A25 - Jednat s pacientem důstojně a s respektem**

*Porovnání míry využívání aktivity A25 s mírou využití ostatních aktivit*

Byla prokázána signifikantní pozitivní korelace mezi mírou využívání aktivity A25 (Jednat s pacientem důstojně a s respektem) a mírou využívání ostatních aktivit kromě aktivity A04 (Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti) a aktivity A22 (Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči).

Nejvyšší korelace byla zjištěna mezi mírou využívání aktivity A25 a mírou využívání aktivit, které byly zařazeny do souboru aktivit podporující fyzickou dimenzi komfortu pacienta v závěru života.

- A06 Sledovat bolest u pacienta ( $r = 0,371$ ;  $p < 0,0001$ )
- A14 Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči ( $r = 0,345$ ;  $p < 0,0001$ )
- A13 Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek ( $r = 0,322$ ;  $p < 0,0001$ )

Tabulka 22 (s. 81) uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a přesnou hladinu signifikance testu významnosti u všech aktivit. Aktivita s nejvyšší korelací je označena, červeně, aktivity s nejnižší korelací zeleně.

### ***Ověření hypotézy k cíli 3***

**Hypotéza H5<sub>0</sub>** – neexistuje signifikantní vztah mezi *mírou využívání aktivity A25 - Jednat s pacientem důstojně a s respektem a využíváním všech ostatních aktivit* **nemůže být potvrzena pro všechny aktivity, mimo aktivit A04** (Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti) **a A22** (Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči). Bylo prokázáno, že míra využívání aktivity A 25 signifikantně pozitivně koreluje s mírou využívání ostatních aktivit. **Pro aktivity A04 a A22 tuto hypotézu nelze zamítnout.**



Tabulka 22 Korelace aktivity A 25 s ostatními aktivitami

A25 Vs.	D <sup>a</sup>	aktivita	r*	p**
<b>A06</b>	<b>F</b>	<b>Sledovat bolest u pacienta</b>	<b>0,371</b>	<b>&lt;0,0001</b>
A14	F	Pokud je potřeba, pomoci pacientovi při základní péči	0,345	<0,0001
A13	F	Zajistit pacientovi dostatečný odpočinek	0,322	<0,0001
A12	F	Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností pacienta	0,317	<0,0001
A29	P	Být schopný naslouchat pocitům pacienta	0,300	<0,0001
A18	F	Rozpoznat priority péče u pacienta	0,296	<0,0001
A07	F	Pokud je to možné, minimalizovat diskomfort pacienta	0,294	<0,0001
A16	S	Respektovat pacientovu potřebu soukromí	0,288	<0,0001
A27	P	Být otevřený k vyjádření obav pacienta	0,279	<0,0001
A08	F	Pokud má pacient polykací problémy, zvolit alternativní postup	0,269	<0,0001
A10	F	Pravidelně pacientovi nabízet tekutiny a měkké jídlo	0,261	<0,0001
A21	S	Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	0,260	<0,0001
A31	P	Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopná podpořit v době utrpení	0,255	<0,0001
A02	P	Sledovat úzkost u pacienta	0,255	<0,0001
A26	SE	Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity	0,232	<0,0001
A30	P	Projevit vcítění se do pocitů pacienta	0,232	<0,0001
A03	P	Sledovat změny nálady u pacienta	0,227	<0,0001
A28	SE	Zajistit pacientovi návštěvy duchovního rádce	0,219	<0,0001
A19	SE	Uspadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	0,202	<0,0001
A15	S	Být fyzicky blízko u vystrašeného pacienta	0,193	<0,0001
A01	P	Snížit nároky na kognitivní (poznávací) funkce, když je pacient vyčerpaný	0,174	<0,0001
A20	S	Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny	0,164	<0,0001
A09	F	Pokud je pacient unavený, odložit podávání stravy	0,156	<0,0001
A23	S	Uspadnit diskusi o zařizování pohřbu	0,143	<0,0001
A17	F	Upravit prostředí podle pacientových potřeb a přání	0,143	<0,0001
A11	F	Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta	0,106	<b>0,001</b>
A24	P	Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	0,090	<b>0,007</b>
A05	P	Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	0,072	<b>0,031</b>
<b>A22</b>	<b>S</b>	<b>Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči</b>	<b>0,062</b>	<b>0,062</b>
<b>A04</b>	<b>SE</b>	<b>Dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti</b>	<b>0,058</b>	<b>0,079</b>

<sup>a</sup> označení dimenze: F = fyzická; P = psychologická; S = sociální; SE = spirituální / existenciální

\* Spearmanův korelační koeficient ; \*\* hladina signifikance na 0,05

### 3.5 Výsledky k cíli 4

Výsledky k cíli 4 - *definovat faktory charakterizující poskytovanou ošetrovatelskou péči pacientovi v závěru života v institucionálním prostředí*

#### Faktorová analýza – hledání optimálního počtu faktorů

##### Metoda Varimax – rotace faktorů

Ve faktorové analýze pro 31 proměnných (definovaných ošetrovatelských aktivit) byla KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) míra 0,949 ( $> 0,7$ ) a signifikance Bartlettova testu  $p < 0,0001$ . Obě tyto statistiky indikují použitelnost faktorové analýzy, jak ukazuje tab. 23 (s. 82).

Tabulka 23 Ověření použitelnosti faktorové analýzy

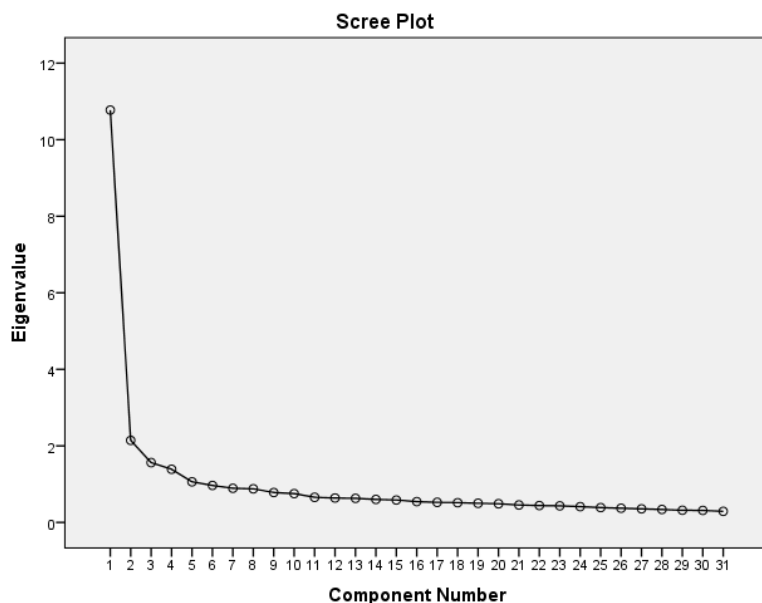
KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,949
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	12055
	df	465
	Sig.	$< 0,0001$

##### Určení počtu komponent (faktorů)

Pomocí suřového grafu (Scree Plot) a také podle Kaiserova pravidla by měly být extrahovány 4 faktory, které vyčerpávají 51,2 % variance.

##### Scree Plot

Zjišťuje se počet komponent, které jsou před zalomením čáry – zde není zcela jednoznačné, jak ukazuje obr. 11 (s. 83).



Obrázek 11 Sut'ový graf

Kaiserovo pravidlo – počet faktorů se určí podle toho, u kolika komponent je hodnota Eigenvalue >1 – zde jsou čtyři komponenty, jak ukazuje tabulka 24 (s. 83).

Tabulka 24 Stanovení počtu faktorů

Počet faktorů	Výchozí hodnoty Eigenvalue			Suma čtverců faktorových zátěží (nerotované řešení)			Suma čtverců faktorových zátěží (rotované řešení)		
	Celkem	%*	%**	Celkem	%*	%**	Celkem	%*	%**
1	10,77	34,76	34,76	10,77	34,76	34,76	5,29	17,07	17,07
2	2,14	6,92	41,67	2,14	6,92	41,67	4,23	13,64	30,71
3	1,56	5,04	46,71	1,56	5,04	46,71	2,96	9,56	40,27
<b>4</b>	<b>1,39</b>	<b>4,48</b>	<b>51,19</b>	<b>1,39</b>	<b>4,48</b>	<b>51,19</b>	<b>2,59</b>	<b>8,35</b>	<b>48,62</b>
5	1,06	3,42	54,62						
6	0,97	3,12	57,74						
7	0,89	2,88	60,61						

\* % vysvětlené variance; \*\* kumulativní %

Ve faktorové analýze byla použita ortogonální (pravoúhlá) rotace faktorů metodou Varimax. Tento postup umožní jednoznačnější přiřazení položek jednotlivým faktorům. K přiřazení položek faktorům dochází na základě porovnání faktorových zátěží. Faktorové zátěže (factor loadings) představuje hodnoty korelace mezi faktorem a příslušnou položkou. Čím vyšší je korelace, tím více je faktor touto položkou sycen. Doporučuje se, aby byla korelace vyšší než 0,3. Výsledek explorační faktorové analýzy s kvantifikací faktorových zátěží pro čtyři faktory (rotovaná matice) ukazuje tabulka 25 (s. 84).

**Tabulka 25 Přiřazení aktivit k jednotlivým faktorům**

<b>Aktivita /</b>	<b>Faktor 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4r</b>
A01	0,342	0,203	-0,126	<b>0,501</b>
A02	0,472	0,098	0,111	<b>0,607</b>
A03	0,458	0,137	0,177	<b>0,616</b>
A04	-0,001	0,216	0,246	<b>0,743</b>
A05	0,030	0,243	0,229	<b>0,703</b>
A06	<b>0,706</b>	0,005	0,237	0,214
A07	<b>0,641</b>	0,129	0,171	0,227
A08	<b>0,576</b>	0,163	0,191	0,170
A09	<b>0,369</b>	0,357	-0,014	0,336
A10	<b>0,627</b>	0,248	0,104	0,107
A11	0,109	<b>0,558</b>	0,112	0,047
A12	<b>0,632</b>	0,267	0,187	0,196
A13	<b>0,636</b>	0,305	0,235	0,085
A14	<b>0,721</b>	0,126	0,155	-0,036
A15	0,366	<b>0,459</b>	0,198	0,206
A16	0,485	<b>0,544</b>	0,075	0,013
A17	0,236	<b>0,734</b>	0,052	0,166
A18	<b>0,455</b>	0,387	0,213	0,157
A19	0,239	<b>0,574</b>	0,275	0,124
A20	0,151	<b>0,686</b>	0,149	0,177
A21	0,280	<b>0,575</b>	0,235	0,074
A22	0,018	<b>0,635</b>	0,047	0,257
A23	0,031	<b>0,459</b>	0,266	0,375
A24	0,054	<b>0,329</b>	0,207	0,100
A25	<b>0,723</b>	0,089	0,238	0,004
A26	0,148	0,498	<b>0,451</b>	0,131
A27	0,271	0,212	<b>0,638</b>	0,144
A28	0,183	0,439	<b>0,464</b>	0,058
A29	0,370	0,204	<b>0,661</b>	0,131
A30	0,222	0,142	<b>0,731</b>	0,166
A31	0,291	0,234	<b>0,694</b>	0,110

**Tabulka 26** Aktivity zahrnuté do jednotlivých faktorů

<b>Faktor 1</b>	<b>Faktor 2</b>	<b>Faktor 3</b>	<b>Faktor 4</b>
<b>F</b> Sledovat bolest	<b>F</b> Upravit prostředí dle pacientových potřeb	<b>P</b> Otevřenost k obavám pacienta	<b>P</b> Sledovat úzkost pacienta
<b>F</b> Omezit diskomfort	<b>F</b> Nabízet jídla respektující kulturu pacienta	<b>P</b> Naslouchat pocitům pacienta	<b>P</b> Sledovat změny nálad u pacienta
<b>F</b> alternativní postup při polykacích problémech	<b>S</b> Fyzická blízkost u vystrašeného pacienta	<b>P</b> Projevit vcítění se do pocitů pacienta	<b>P</b> Podporovat pacienta a rodinu ve sdílení pocitů o smrti
<b>F</b> Při únavě odložit podávání stravy	<b>S</b> Respektovat potřebu soukromí	<b>P</b> Ujistit pacienta o podpoře při jeho utrpení	<b>P</b> Snížit nároky na kognitivní funkce při únavě pacienta
<b>F</b> Pravidelné nabízení tekutin	<b>S</b> Respektovat specifické požadavky pacienta a rodiny	<b>SE</b> Zajistit návštěvy duchovního	<b>SE</b> Být ochotný diskutovat o smrti
<b>F</b> Sledovat zhoršení fyzických a duševních schopností	<b>S</b> Podporovat přítomnost rodiny u pacienta	<b>SE</b> Zajistit soukromí pro duchovní aktivity	
<b>F</b> Zajistit dostatečný odpočinek	<b>S</b> Zahrnout rodinu do rozhodování o péči		
<b>F</b> Pomoc při základní péči	<b>S</b> Podpora pacienta a rodiny ve fázích smutku		
<b>F</b> Rozpoznat priority péče	<b>SE</b> Usnadnit diskusi o zařizování pohřbu		
<b>SE</b> Jednat s pacientem důstojně	<b>SE</b> Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacient a rodinu		

Dimenze komfortu: F – fyzická; S – sociální; P – psychologická; SE – spirituální / existenciální

## **Definování charakteristik poskytované péče pacientovi v závěru života**

Definování charakteristik péče poskytované pacientovi v závěru života vychází ze čtyř faktorů, které byly stanoveny na základě faktorové analýzy. Každý faktor zahrnuje soubor ošetrovatelských aktivit (položek), které k němu byly přiřazeny na základě porovnání faktorových zátěží (tab. 26, s. 85). Soubor aktivit u každého faktoru byl analyzován a byla definována charakteristika péče v závěru života, kterou lze dosáhnout realizací těchto aktivit.

Grafické znázornění čtyř charakteristik vydefinovaných na základě analýzy čtyř faktorů, které určila faktorová analýza pro 31 proměnných (ošetrovatelských aktivit dvou intervencí klasifikace NIC – Péče o umírající a Duchovní podpora), ukazuje obr. 13 (s. 88).

### **Faktor 1 – Fyzický komfort**

K faktoru „1“ bylo přiřazeno deset položek. Zahrnují devět aktivit zaměřených na problémy spojené s fyzickou dimenzí, a to bolest, diskomfort, porucha polykání, podávání stravy, příjem tekutin, zhoršení fyzických a duševních schopností, odpočinek, základní péče a stanovení priorit péče. Desátou aktivitou, která je součástí spirituální/existenciální dimenze komfortu, je důstojné jednání s pacientem. Na základě analýzy lze proto říci, že společnou charakteristikou, které má být realizací těchto aktivit dosaženo, je **zajištění fyzického komfortu pacienta s ohledem na jeho důstojnost.**

### **Faktor 2 - Respekt**

K faktoru „2“ bylo rovněž přiřazeno deset položek. Zahrnuje dvě aktivity fyzické dimenze (prostředí podle pacientových potřeb a strava respektující kulturu pacienta), šest aktivit sociální dimenze a dvě ze spirituální / existenciální dimenze komfortu. Aktivity sociální dimenze se zaměřují na fyzickou přítomnost sestry i rodiny u pacienta, respektování soukromí, požadavků pacienta i rodiny na péči, rozhodování o péči a prožívání smutku. Dvě aktivity spirituální / existenciální dimenze se zaměřují na duchovní podporu pacienta i rodiny a diskusi o zařizování pohřbu. Za společnou

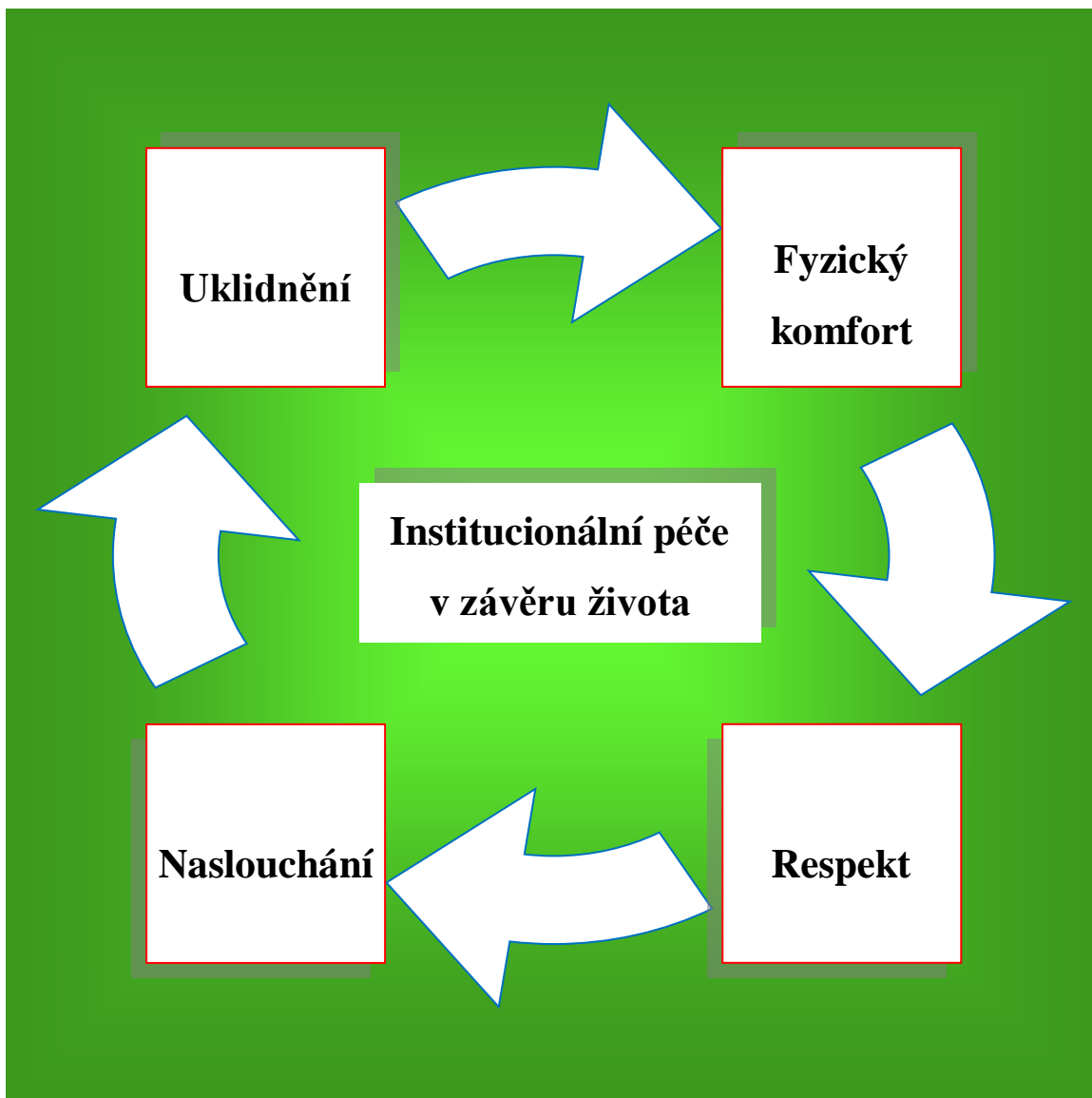
charakteristikou těchto aktivit je tedy možno považovat **respekt k přání pacienta i rodiny**, a to v oblasti sociálního a spirituálního komfortu pacienta v závěru života.

### **Faktor 3 - Naslouchání**

K faktoru „3“ bylo přiřazeno šest položek. Čtyři aktivity psychologické dimenze se zaměřují na projevení vnímavosti sestry ve vztahu k obavám pacienta a ujištění o podpoře při utrpení. Dvě aktivity ze spirituální / existenciální dimenze podporují zajištění soukromí pro duchovní aktivity a návštěvu duchovního. Všechny tyto aktivity poskytují příležitost naslouchat pacientovým obavám, jak psychickým tak i spirituálním. Za společnou charakteristiku těchto aktivit můžeme proto označit **naslouchání**.

### **Faktor 4 - Uklidnění**

K faktoru „4“ byly přiřazeno pět položek. Čtyři aktivity z psychologické dimenze se zaměřovaly na úzkost, změny nálady, podporu sdílení pocitů o smrti mezi pacientem a rodinou a snížení zátěže kognitivních funkcí. Aktivita ze spirituální / existenciální dimenze představovala ochotu diskutovat o smrti. Všechny tyto aktivity pomáhají uklidňovat obavy pacienta i rodiny, a to jak v oblasti psychické tak i spirituální. Společnou charakteristiku těchto aktivit tedy představuje **uklidnění**.



Obrázek 12 Charakteristiky péče v závěru života v institucionálním prostředí



## 4 DISKUSE

Terminálně nemocný má právo na kvalitní institucionální péči podporující fyzický, psychologický, sociální i spirituální komfort závěru života. Takto holisticky chápaná péče je komplexní a univerzální, což znamená, že není vyhrazena jen pro určitá prostředí. Měla by být v rámci institucionální ošetrovatelské péče poskytována všem pacientům v závěru života na všech typech oddělení, a to od intenzivní péče, přes akutní a dlouhodobou, až po hospice a domovy pro seniory (NCPC, 2014).

Sekundární analýza dat získaných v letech 2011 – 2014 v rámci čtyř českých studií, které se zabývaly realizací ošetrovatelských intervencí *Péče o umírající* a *Duchovní podpora*, se proto zaměřila na zjištění míry využívání aktivit těchto dvou intervencí v českém institucionálním prostředí. Mezi významné klíčové intervence péče v závěru života je zařadila americká organizace AELCN (American End of Life Care Nursing) (Hong, Lee, 2014). Pro sekundární analýzu bylo použito 31 definovaných aktivit z těchto dvou intervencí roztríděných podle zaměření na jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života do čtyř souborů. Celkem byla analyzována data od 907 sester (věk:  $37,8 \pm 9,9$  roků; délka odborné praxe:  $15,4 \pm 10,2$  let; nejčastější stupeň dosaženého vzdělání: SZŠ - 71,4 %). Všechny sestry pečovaly často o pacienty v závěru života na některém ze čtyř typů institucionálního prostředí (pracoviště intenzivní, akutní, dlouhodobé a hospicové péče).

Výsledky ukázaly, že nejvíce byl využíván soubor aktivit podporujících fyzický komfort a nejméně aktivity, které se vztahovaly k sociální dimenzi komfortu. Míra využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta na pracovištích s hospicovou péčí se signifikantně lišila od ostatních typů pracovišť. Věk sestry slabě pozitivně koreloval pouze s využíváním souboru aktivit fyzického komfortu. U délky praxe a vzdělání sestry se korelace s frekvencí využívání jednotlivých souborů aktivit nepotvrdila.

### *Fyzický komfort*

Nejvyšší míra využívání byla u souboru aktivit podporujících *fyzický komfort* pacienta, s nejčastěji realizovanými aktivitami *sledování bolesti*, *zajištění základní péče*

*a odpočinku*. Významnými prediktory vysoké míry využívání aktivit zaměřených na fyzický komfort byla *pracoviště hospicové a dlouhodobé péče a věk sestry*. Hong a Lee (2014) ve studii zkoumající realizaci ošetrovatelských intervencí v korejských hospicích také uvádí zaměření na bolest, odpočinek na lůžku a komfort prostředí mezi deseti nejvíce využívanými intervencemi.

Skutečnost, že české sestry z hospicových pracovišť využívaly aktivity podporující fyzický komfort s vyšší frekvencí než na pracovištích intenzivní a akutní péče v nemocnicích, může souviset s tím, že až 85 % pacientů v českých hospicích jsou onkologicky nemocní v terminální fázi nemoci. I přes pokroky v léčbě bolesti u pacientů s generalizovaným onkologickým procesem, zůstává bolest hlavním zdrojem jejich utrpení s nepříznivým dopadem na celkový komfort závěru života. Proto je důležité, aby sestra chápala multidimenzionální charakter bolesti a sledovala reakci pacienta na léčbu a efektivitu úlevy od bolesti (Hackett et al., 2016). Až devadesát procent pacientů s pokročilým karcinomem trpí závažnou bolestí, která je často obtížně kontrolovatelná. Sledování bolesti, včetně jejího typu, intenzity a lokalizace je proto důležité pro volbu účinné strategie léčby bolesti hospicových pacientů (Matthie, Mc Millan, 2014). Dle statistik UZIS CR (2014) se v českých hospicích průměrná doba hospitalizace pohybuje okolo 30 dnů a mortalita překračuje 80 %. Pacienti mají většinou progredující obtížně zvládnutelné bolesti a další závažné fyzické symptomy. S tak vysokou koncentrací tohoto typu pacientů v závěru života se sestry v jiných českých zdravotnických zařízeních neseťkávají. Vysoká míra využívání aktivit podporujících fyzický komfort pacienta ukazuje, že si sestry v hospicích uvědomují významnost péče o fyzické symptomy nemoci, především bolesti, která má pozitivní dopad i na ostatní dimenze komfortu pacienta v závěru života.

Sekundární analýza dále ukázala, že prediktorem vysoké míry využívání aktivit podporujících fyzický komfort je i *pracoviště dlouhodobé péče*. Lze předpokládat, že prokázaná vyšší frekvence aktivit sester z pracovišť dlouhodobé péče podporujících fyzický komfort je rovněž ovlivněna specifičností spektra pacientů, o které sestry pečují. Mortalita v LDN je sice podstatně nižší než v hospicích a pohybuje okolo 20 %, naopak průměrná hospitalizace pacienta výrazně převyšuje hospicová zařízení (UZIS, 2014). Velkou skupinu pacientů v zařízeních dlouhodobé péče tvoří křehcí geriatřičtí pacienti a senioři v pokročilém stadiu demence. Jedná se o velmi vulnerabilní skupinu terminálních pacientů, u kterých je vysoká potřeba péče o fyzické symptomy, především

bolesti, spojená s vysokou závislostí a zvýšenými požadavky na základní ošetrovatelskou péči. Zahraniční studie potvrzují, že bolestí v posledním týdnu života trpí téměř 80 % seniorů a pokročilá demence signifikantně koreluje se zvýšeným výskytem bolesti v závěru života (Hendriks et al., 2015). Wijk a Grimby (2008) uvádí, že odstranění fyzické bolesti senioři vnímají jako primární potřebu. Teprve, když je bolest zvládnuta, signalizují senioři další významné potřeby z oblasti psychologické, sociální a spirituální. Rovněž Caprio et al. (2008) připomíná, že pravidelné hodnocení a kontrola fyzických symptomů, zejména bolesti, je významnou determinantou dobré smrti v zařízeních dlouhodobé péče. Je ale potřeba, aby byla propojena i se zvýšenou pozorností k emocionálním, sociálním a duchovním potřebám pacienta.

Intervence podporující eliminaci bolesti jsou uváděny jako jedny z nejvýznamnějších v rámci péče o pacienty v závěru života i na dalších pracovištích nemocnic (Doorenbos et al., 2013). Výsledky studie zaměřené na ošetrovatelské aktivity u pacientů v závěru života hospitalizovaných na interních a onkologických odděleních také potvrdily, že české sestry realizovaly nejčastěji aktivity vztahující se ke sledování bolesti, základní péči a odpočinku. Lze ale předpokládat, že tento trend je podobný při péči poskytované všem hospitalizovaným pacientům, nejen těm, kteří jsou v závěru života (Kisvetrová et al., 2016a). I když sestry hrají důležitou roli při zvládnutí bolesti pacientů, nejsou zatím k dispozici rozsáhlejší studie zaměřené na ošetrovatelské intervence umožňující zmírnit bolest hospitalizovaných umírajících pacientů (Yao et al., 2013).

Celkově nejnižší míra využívání se v rámci podpory fyzického komfortu potvrdila u aktivity *Nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta*. Hlavním faktorem ovlivňujícím malou frekvenci realizace této aktivity je pravděpodobně skutečnost, že v České republice se sestry dosud ve zdravotnických zařízeních nesečkávají příliš často s pacienty jiných kultur, protože migrace z oblastí s odlišnými kulturními tradicemi do naší země je nižší než do států západní Evropy (Hoye, Severinsson, 2013). Česká republika není proto tak multikulturní jako Velká Británie (Bowling et al., 2010), Austrálie (Bloomer, Al-Mutair, 2013) nebo USA (Ezenkwele, Roodsari, 2013). Studie zaměřená na ošetrovatelské intervence u pacientů hospitalizovaných v závěru života na pracovištích intenzivní medicíny prokázala, že české sestry realizovaly nejméně právě aktivitu „nabízet jídla odpovídající kultuře pacienta“ (Kisvetrová et al., 2016b). Mimo skutečnost, že na odděleních JIP v České republice se sestry velmi zřídka setkávají s umírajícím pacientem

z odlišného kulturního prostředí, může být dalším důvodem i fakt, že tato aktivita je méně využitelná pro péči o pacienty s poruchou vědomí na pracovištích intenzivní medicíny a rovněž část terminálně nemocných v posledních dnech svého života již není schopna přijímat potravu.

Prediktorem vysoké míry využívání aktivit souboru podporujícího fyzický komfort pacienta byl dále *věk sestry*. Tyto aktivity základní ošetrovatelské péče (například hygienická péče, pomoc při stravování nebo polohování) vyžadují aktivní přítomnost a fyzický kontakt sestry s umírajícím pacientem. To může být pro mladé sestry obtížnější a často to souvisí i s jejich strachem ze smrti, jak potvrzuje Abu Hasheesh et al. (2013) ve výzkumu zaměřeném na sestry v jordánských nemocnicích. Zjistil, že mladší sestry vykazovaly negativnější myšlenky a pocity ve vztahu ke smrti než starší sestry. Sestry ve věku nad 40 let měly tendenci k neutrálnímu postoji ke smrti, neměly z ní ani strach ani ji nevnímaly jako vítanou. Podobné výsledky uvádí i Park a Yeom (2014) ve studii zaměřené na postoje sester k péči o umírající, které se zúčastnily sestry ze šesti korejských nemocnic. Uvádí, že sestry ve věku nad 35 let vykazovaly pozitivnější postoj k péči o pacienta v závěru života než jejich mladší kolegyně. Park a Yeom v souladu s názory dalších autorů připomínají, že vyšší věk má pozitivní vliv na postoje sester vůči péči o pacienta v závěru života (Lange et al., 2008; Abu Hasheesh et al., 2013; Park, Yeom, 2014).

Věk sestry má významný vliv na její vztah ke smrti a umírání (Lange et al., 2008). Bylo zjištěno, že mladší sestry mají tendenci vykazovat vyšší strach ze smrti než jejich kolegyně ve středním a vyšším věku (Abdel-Khalek, Al-Kandari, 2007). Je to dáváno do souvislosti se skutečností, že mladé sestry často neviděly ještě nikoho umírat než začaly vykonávat svou profesi (Khader et al., 2010). To se pak odráží na jejich postoji k péči o umírající pacienty (Dunn et al., 2005). Při zajišťování základní ošetrovatelské péče zaměřené na fyzické potřeby pacienta i při hodnocení bolesti musí být sestra u pacienta přítomná a komunikovat s ním. Pokud má strach ze smrti, obává se i přímého kontaktu s umírajícím a podvědomě tento kontakt omezuje. Při trendu dnešní doby, kterým je rozpad multigeneračních velkých rodin, neschopnost malých nebo singulárních rodin postarat se o staré rodiče a s tím související nárůst institucionalizace péče, nemá mladá generace zkušenost se způsobem života vícegenerační rodiny, který zahrnoval i péči o umírající prarodiče a další příbuzné, jak to bylo dříve obvyklé. Často ani během profesní přípravy na odborné praxi studenti neprožijí v nemocnici přímou konfrontaci se smrtí.

S přibývajícím věkem osobnost sestry vyzrává, získává zkušenost se smrtí i ze svého sociálního prostředí. Jde o setkání se smrtí lidí, které osobně zná a jejichž smrt se jí osobně dotýká. Je to zkušenost, kdy si často poprvé uvědomí, co umírající vlastně potřebuje, a hlouběji přemýšlí nad tím, co od svých pečovateli umírající pacient asi očekává.

V zahraničních studiích je věk často spojován i s větší klinickou zkušeností sestry, tedy délkou praxe (Lange et al., 2008; Wafaa, Nahed, 2010; Park, Yeom, 2014). Park a Yeom (2014) v této souvislosti potvrzují, že u sester, které jsou ve své každodenní praxi častěji konfrontovány s terminálními stavy nemocí, se může zlepšovat jejich postoj a vnímání péče o pacienty v závěru života. Sestry, které mají málo zkušeností, proto mohou být důležitou cílovou skupinou pro edukační kurzy o paliativní péči. Výsledky mé sekundární analýzy ale neprokázaly signifikantní korelaci mezi délkou odborné praxe sestry a mírou využívání aktivit při péči o pacienty v závěru života. Délka praxe nebyla ani významným prediktorem, který by predikoval vysokou míru využívání aktivit některé z dimenzí komfortu. Může to souviset i s tím, že ne všechny sestry s delší odbornou praxí také delší dobu pracovaly na odděleních, kde je častější konfrontace se smrtí, a měly tak i větší zkušenost s péčí o terminálně nemocné. Vyšší fluktuace sester mezi jednotlivými typy pracovišť i v rámci jedné zdravotnické instituce je důsledkem snižování počtu akutních lůžek na odděleních i nedostatkem sester v českých nemocnicích, takže sestry pak často mění pracoviště v rámci nemocnice, nebo přecházejí do jiných zdravotnických zařízení.

### *Psychologický komfort*

Soubor aktivit podporujících *psychologický komfort* zahrnoval naslouchání, vnímavost pro obavy, úzkost, smutek a pocity související se smrtí. Výsledky sekundární analýzy prokázaly, že pro psychologický komfort bylo prediktorem vysoké míry využívání aktivit pouze *pracoviště hospicové péče*. České lůžkové hospice představují v rámci českého zdravotnictví poměrně samostatný specifický systém péče o terminálně nemocné, podobně jako je tomu i v jiných zemích, včetně USA (Kelley, Morrison, 2015). Protože se zde sestry setkávají velmi často s emocionálním utrpením pacientů, mohou se stát k projevům psychologických potřeb vnímavější a častěji využívat aktivity podporující psychologický komfort. Také zahraniční studie potvrzují, že hospicové sestry hodnotí tyto aktivity jako jedny z nejvýznamnějších pro podporu pacienta (Bailey et al., 2009). Dále to může být ovlivněno i samotnou koncepcí filozofie hospicové péče, která vnímá doprovázení a naslouchání jako významný aspekt holistického pojetí ošetrovatelské péče

o pacienty v závěru života. Empatie, přítomnost u pacienta a naslouchání prezentují klíčové aspekty péče o umírající a naplňují roli pečujícího personálu. Představuje to citovou investici sestry, která pomáhá zmírňovat emocionální utrpení pacienta (Penson et al., 2005).

Nejčastěji využívanou aktivitou ze souboru podporujícího psychologický komfort bylo *naslouchání pocitům pacienta*. Představuje činnost zahrnující fyzickou i emocionální blízkost sestry, která je poskytována pacientům v závěru života v různých typech zdravotnických a sociálních zařízení. Ve výzkumu z roku 2011 zařadila pětina českých sester naslouchání k nejdůležitějším aktivitám při péči o pacienta s úzkostí v závěru života (Kisvetrová et al., 2013). Aktivity jako naslouchání potřebují vytvoření časového prostoru, který nabízí ovzduší otevřené atmosféry poskytující pacientovi jistotu, že se může „vnitřně otevřít“ a zbavit negativních emocí. Zlepšuje také vnímavost sestry pro individuální potřeby pacienta a usnadňuje navázání rozhovoru (Randers, Mattiasson, 2004; Berg, Danielson, 2007). Seniorům v závěru života v ošetrovatelských domech usnadňuje emocionální vyjádření (Adelbratt, Strang, 2000; Narayanasamy et al., 2004; Lopez, 2007). Také jim dává příležitost vyprávět svůj životní příběh a připomínat události, které považují za významné pro dosažení uznání druhých lidí, a tak si zachovat svou hrdost i v závěru života (Chochinov, 2012).

To, že na českých pracovištích intenzivní, akutní a dlouhodobé péče byly aktivity podporující psychologický komfort využívány s menší frekvencí než v hospicích, může souviset se současnými trendy v českém zdravotnictví. Je akcentována výkonnost a časová efektivita jako důsledek ekonomických a populačních změn, podobně jako v jiných vyspělých zemích (Duffield et al., 2008; Chan et al., 2011). Ošetrovatelská praxe je tak charakterizována zvyšujícími se požadavky na dokumentování péče a intenzifikaci práce sester, zkracuje se délka hospitalizace a akceleruje nárůst požadavků na služby zdravotní péče pro stárnoucí populaci. To vede k situaci, kdy jsou časově náročné aktivity podporující psychologický komfort považovány spíše za luxus (Chan et al., 2011). Dalším faktorem limitujícím jejich využívání může být i způsob dokumentování intervencí. Lamba et al. (2016) uvádí, že v dokumentacích jsou často uváděny jen obecné informace typu „emocionální podpora poskytnuta“, místo časově náročnějšího strukturovaného popisu pacientových emocí a hlubšího popisu realizovaných aktivit.

Psychologická podpora zahrnuje i komunikaci v rámci úzkých mezilidských vztahů, která umožňuje vyjádření pocitů a rozvoj empatie (Taylor, 2004). Aktivitu *podporovat*

*sdílení pocitů ohledně smrti mezi pacientem a rodinou* ale v rámci souboru aktivit podporujících psychologický komfort využívaly sestry nejméně. Důvodem malé frekvence této aktivity především na pracovištích dlouhodobé péče může být skutečnost, že jsou zde ve velkém procentu hospitalizováni senioři, kteří jsou často osamělí buď proto, že jejich příbuzní již nežijí nebo s nimi neudržují kontakt. Je to často důsledek atomizace současné společnosti i rodiny, který se projevuje nárůstem počtu lidí žijících osaměle, rozpadem multigeneračních velkých rodin, sekularizací společnosti a z toho vyplývajících změn hodnotové hierarchie jedinců. Tento trend ovlivňuje i současnou českou společnost a má dopad na sociální chování a mezigenerační vazby, kdy malé nebo singulární rodiny nejsou schopné nebo nemají zájem postarat se o své staré rodiče a prarodiče (Sak, Kolesárová, 2012). Alternativou poskytující pacientovi emocionální podporu, naslouchání a přítomnost empatické osoby je zapojení dobrovolníků místo členů rodiny. Velmi dobré výsledky tohoto přístupu potvrzují zkušenosti z Velké Británie, kde podobně jako v České republice většina lidí umírá v nemocnici. Z britské analýzy vyplynulo, že tato služba je velkým přínosem pro pacienty, kterým poskytuje emocionální podporu a přítomnost (Germain et al., 2015). V některých českých nemocnicích se již služba dobrovolníků využívá, a to většinou právě na odděleních geriatrických a dlouhodobé péče.

Další příčina malé frekvence podporování sdílení pocitů ohledně smrti mezi pacientem a rodinou může souviset i s mírou schopnosti sestry komunikovat s pacientem a jeho nejbližšími. Ve výzkumu zaměřeném na péči o umírající v prostředí intenzivní medicíny, potvrdila polovina českých sester, že je pro ně tato komunikace obtížná (Kisvetrová et al., 2016b). Také Lind et al. (2012) uvádí, že komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky o problematice smrti je pro sestry z jednotek intenzivní péče velmi náročná. Tay et al. (2011) ve svém přehledové studii potvrzuje, že sestry komunikují méně efektivně při aktivitách zaměřených na psychologické aspekty péče a v emocionálně vypjatých situacích. Emocionální podpora pacienta je nejvíce opomíjena, pokud má sestra nedostatek času (Botti et al., 2006; Pearcey, 2010). Může to ovlivňovat názor, že čas, který by sestry trávily sezením u pacienta a nasloucháním, bude považován za promrhaný (Yam, Rossiter 2000). Při hlubším zkoumání, se ale ukazuje problém i na straně sester, které primárně „teoreticky předpokládají“, že čas je jediným rozhodujícím faktorem pro realizaci efektivní komunikace. Budování vztahu s pacientem vnímají pouze v časové ose, tedy lineárně. Nejde ale jen o potřebnou kvantitu času, ale

především o kvalitu jejího využití, tedy horizontální osu. Více autorů proto uvádí, že časová náročnost není nezbytná podmínka pro dosažení efektivní komunikace sestry s pacientem (Hagerty, Patusky, 2003; McCabe, 2004; Clayton, 2006). Komunikace je lidský rozměr vztahů a interakcí, schopnost projevit lidský soucit i v časovém stresu (Chan et al., 2011).

#### *Spirituální / existenciální komfort*

Soubor religiózních a nereligiózních aktivit zahrnoval zajištění vhodného prostředí pro duchovní aktivity a návštěvy duchovního, usnadnění duchovní podpory pacientovi i rodině, respekt k důstojnosti a ochotu mluvit s pacientem o smrti v rámci existenciálních obav.

Výsledky sekundární analýzy prokázaly, že pro spirituální komfort bylo prediktorem vysoké míry využívání aktivit pouze *pracoviště hospicové péče*. Rozdíl mezi mírou využívání aktivit podporujících spirituální/existenciální komfort pacienta v hospicových pracovištích a ostatních typech zdravotnických zařízení může souviset i s rozdílností ve složení týmu profesionálů, kteří o pacienta v závěru života pečují v různých typech zdravotnických a sociálních zařízení. Na odděleních dlouhodobé péče a v domovech pro seniory v současnosti převažuje personál s nižší kvalifikací, který se u terminálně nemocných seniorů zaměřuje především na zajištění základní ošetrovatelské péče ve vztahu k biologickým potřebám seniora. Při limitovaném počtu všeobecných sester proto sestry nemají dostatečný časový prostor pro realizaci aktivit podporujících spirituální komfort seniora. Naopak hospice poskytují specializovanou paliativní péči, a to pomocí multiprofesního týmu pracovníků, mezi které patří i duchovní a pastorační asistenti. Počet pracovníků je zde vyšší než na pracovištích dlouhodobé péče a mají proto čas se v rámci péče zaměřené na pacienta a s maximálním respektem k individuálním přáním pacienta věnovat i podpoře spirituálního komfortu.

Aktivity představující aktivní zapojení sester do religiózních činností (modlit se společně s pacientem, číst mu z Bible, mluvit o posmrtném životě nebo o Bohu) jsou v české ošetrovatelské praxi využívány jen minimálně. Sestry je považují za aktivity vhodné spíše pro duchovní, řádové sestry a klinické psychology (Kisvetrová et al., 2013). Proto nebyly v rámci sekundární analýzy dále hodnoceny. Büssing et al. (2013) uvádí, že v sekulární společnosti pacienti signalizují v rámci spirituální dimenze především existenciální potřeby spojené s vnitřním pokojem a generativitou, zatímco potřeby



související s transcendentní dimenzí života pro ně mají menší význam. Připomíná ale, že i náboženští „skeptici“ mohou mít specifické spirituální potřeby, které by měly být respektovány, což je velká výzva pro současné ošetřovatelství.

Aktivity v rámci hodnoceného souboru představují činnosti sestry, které poskytují pacientovi možnost realizovat své duchovní potřeby tím, že mu zajistí vhodné prostředí a duchovního (nemocničního kaplana / pastoračního asistenta), ale bez aktivního zapojení sestry. Takto pojatá podpora může být poskytována i sestrami bez religiózního přesvědčení, což je charakteristické pro současnou českou vysoce sekulární společnost. Při posledním sčítání obyvatel v roce 2011 se za věřící označilo pouze 20 % populace a téměř 50 % obyvatel na otázku neodpovědělo (ČSÚ, 2014). Je to doklad toho, že v české společnosti je víra vnímána jako velmi soukromá věc, o které lidé nejsou ochotni s jinými mluvit. Potvrzuje to trend stoupajícího odklonu od institucionalizované religionistity, který je podobný i v mnoha dalších evropských i mimoevropských zemích (CIA, 2015). Lze se domnívat, že tento trend se může do určité míry odrážet v názorových a filozofických postojích českých sester k péči o duchovní potřeby pacientů. Dle Paleye (2009) by mohl vzniknout dojem, že v sekulární společnosti nebudou aktivity duchovní podpory při péči o nemocné podporovány. Výběr aktivit pro podporu spirituálního komfortu je sice ovlivněn názorem sestry na transcendentní charakter lidského života, ale měl by primárně reflektovat přesvědčení pacienta (Sawatzky, Pesut, 2005). Proto i sestry s ateistickým názorem na život by měly dokázat profesionálně reagovat na existenciální a spirituální potřeby pacienta v rámci svých kompetencí. Není ale příliš pravděpodobné, že by jejich spirituální podpora zahrnovala diskusi s pacientem o existenci Boha a pohledu na smrt v kontextu posmrtného života (Costello, 2009). Což může být důvod, proč nejmenší frekvencí z aktivit podporujících duchovní komfort měla nereligiózní aktivita *dávat pacientovi najevo ochotu diskutovat o smrti*. Dalším důvodem může být i skutečnost, že sestry vnímají komunikaci s umírajícím pacientem o smrti jako velmi obtížnou (Kisvetrová et al., 2016b). Většinou teprve osobní zralost, edukace a profesní zkušenosti pomáhají sestře dosáhnout vyšší úrovně kompetence v této oblasti (Giske, Cone, 2015).

Tři religiózní aktivity byly zaměřeny na zajištění vhodného prostředí pro duchovní aktivity, zajištění návštěvy duchovního a usnadnění duchovní podpory pro pacienta i rodinu. Naznačuje to, že si sestry uvědomují významnost podpory duchovního komfortu pro pacienta v závěru života. Preferují ale organizační zajištění realizace činností

umožňujících duchovní podporu před aktivním zapojením vlastní osoby do náboženských obřadů, včetně komunikace s pacientem a jeho rodinou o spirituálních a existenciálních problémech. Také Tornøe et al. (2015) uvádí, že sestry, které se nepovažovaly za příliš věřící, vnímaly náboženství jako soukromou a osobní záležitost. Zmírňování duchovního a existenciálního utrpení považovaly za složitý a náročný úkol, který je ovlivňován mimo fyzického a duševního stavu pacienta a jeho vztahů s rodinou i schopností sester komunikovat.

Aktivita *zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivity* je pro podporu spirituálního komfortu pacienta v závěru života velmi důležitá. Poskytuje mu vhodný prostor pro rozjímání, prožívání ticha a klidu (Narayanasamy, 2007; Milligan, 2011). Z religiózních aktivit ji sestry uváděly s nejvyšší frekvencí, což je poměrně překvapující vzhledem k limitovaným prostorovým podmínkám ve většině českých nemocnic. Potvrzuje to, jakou důležitost přikládají sestry vhodnému prostředí umožňujícímu pacientovi, aby se v klidu a nerušeně mohl věnovat preferovaným spirituálním aktivitám.

*Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu* považovala třetina českých sester ve výzkumu z roku 2011 za aktivitu reálně implementovatelnou do současné české ošetrovatelské praxe (Kisvetrová, 2014). To, že aktivity podporující duchovní komfort byly častěji využívány na pracovištích poskytujících hospicovou péči, může být spojeno s realizací konceptu hospicové péče. Také Henneman a Cardin (2002) připomínají, že zapojení členů multidisciplinárního týmu (pastorační/duchovní péče) má jedinečný přínos pro podporu rodinných příslušníků. Tato aktivita vzhledem k častějšímu kontaktu sestry se členy rodiny, kteří mohou být stále přítomni u svého umírajícího příbuzného, je v hospici snadněji realizovatelná. Sestra je zde daleko častěji v kontaktu s rodinou než v jiných typech zdravotnických zařízení, kde je tak častá přítomnost rodiny u pacienta v závěru života těžko zrealizovatelná.

Aktivita, která měla nejvyšší míru využívání v rámci souboru podporujících spirituální komfort i v rámci všech 31 aktivit zařazených do sekundární analýzy, byla *Jednat s pacientem důstojně a s respektem*. Míra jejího využívání signifikantně korelovala především s aktivitami souboru fyzické dimenze (sledovat bolest, pomáhat se základní péčí a zajistit odpočinek). Předěšlý výzkum potvrdil, že dvě třetiny sester tuto aktivitu považovaly za reálně využitelnou vždy při péči o pacienta v závěru života v současné české institucionální ošetrovatelské péči (Kisvetrová et al., 2013; Kisvetrová, 2013). Nereligiózní aktivity ovlivňující spirituální pohodu jsou pro terminálně nemocné

důležité a mají zásadní význam pro pacienty, kteří prožívají v závěru života úzkost ze smrti (Mc Clain-Jacobson et al., 2004; Coenen et al., 2007). Strach ze ztráty duševních schopností, pocit bezmoci a strach z utrpení související s umíráním si většinou nemocní spojují s představou ohrožení nebo ztráty vlastní důstojnosti. Ohrožení osobní důstojnosti jedince dává Chochinov (2006) do souvislosti s rizikem nedůstojného umírání a smrti. Pocit ztráty nebo ohrožení osobní důstojnosti může u pacienta vyvrcholit až touhou po uspíšení smrti (Shim, Hahm, 2011). Sestry z USA, Indie, Keni a Etiopie ve výzkumu, který se zabýval ošetrovatelskými intervencemi podporujícími důstojné umírání, se rovněž shodly na důležitosti intervence *pečovat o pacienta s úctou a respektem* (Coenen et al., 2007). V souladu s tím jsou i výsledky výzkumu u kanadských pacientů, které ukázaly, že pokud důstojnost nebyla narušena bylo méně pravděpodobné, že pacient pociťoval beznaděj nebo úzkost (Chochinov et al., 2002). Rovněž Touhy et al. (2005) potvrzuje důležitost respektování osobní důstojnosti při péči o pacienta v závěru života v ošetrovatelských domech. Aktivitu, které české sestry uváděly s největší frekvencí, se tak shodují s těmito zahraničními výzkumy. Zahraniční studie v tomto kontextu dokládají, že spiritualita je podstatný aspekt důstojného umírání a sociální důstojnost pacienta je spojována s péčí poskytovanou s respektem (Doorenbos et al., 2006; Chochinov et al., 2011). Výsledky průzkumu mezi českou veřejností, který se věnoval problematice umírání v České republice, potvrzují důležitost této aktivity pro českou populaci (STEM/MARK, 2013).

### *Sociální komfort*

Soubor aktivit podporujících *sociální komfort* byl zaměřený na přítomnost sestry, respektování soukromí, kontakt pacienta s rodinou a její zapojení do péče i společnou diskusi o zařizování pohřbu. Výsledky sekundární analýzy prokázaly, že soubor aktivit měl nejnižší míru využívání ze všech čtyř souborů zaměřených na jednotlivé dimenze komfortu. Jediným prediktorem vysoké míry využívání aktivit podporujících sociální komfort bylo *pracoviště hospicové péče*. Můžeme předpokládat, že je to výsledek vysoce individualizované specializované paliativní péče poskytované pacientům v lůžkových hospicích. Hospicový režim nabízí maximální podporu kontaktu rodiny s pacientem a umožňuje nepřetržitý pobyt člena rodiny na samostatném pokoji s pacientem, kde mají dostatek soukromí a času pro sebe. Představuje tak optimální kombinaci systému institucionální péče s prvky sociálního komfortu domácího prostředí, kdy pacient prožívá závěr svého života uprostřed rodiny. Naopak v ostatních typech českých zdravotnických

zařízení je nutné brát ohled na organizaci provozu oddělení a spolupacienty na pokoji, protože počet jednolůžkových pokojů je minimální. Na některých typech pracovišť, především dlouhodobé péče (jako například LDN) se s jednolůžkovými pokoji téměř neseznamujeme. Rovněž na pracovištích intenzivní medicíny je často obtížné zajistit soukromí pro kontakt umírajícího s rodinou. Toto prostředí ne vždy umožňuje naplnění potřeby proximity (být fyzicky i psychicky v blízkosti milované osoby) (Fridh, et al., 2007). Pro pacienta i rodinu ale představuje soukromí i proximita důležité aspekty, podle kterých posuzují kvalitu institucionální péče v závěru života. Pokud je umírající pacient a rodina chráněna jen „tenkým závěsem“ od okolního světa vícelůžkového pokoje, je to pouhá iluze soukromí (Porock et al. 2009). Umírání milovaného člověka na jednotce intenzivní péče je pro členy rodiny stresující zážitek a kvalita ošetrovatelské péče významně ovlivňuje, jak bude rodina na péči věnovanou v závěru života jejich příbuznému vzpomínat. Je proto důležité, aby si sestry uvědomovaly potřeby členů rodiny, kterým umírá jejich blízký (Fridh, 2014). Skutečnost, že soubor aktivit podporujících sociální komfort byl využíván nejméně může také souviset i s náročností diskuse sestry s rodinnými příslušníky, pokud verbalizují svou zlobu a nejsou ještě připraveni akceptovat informace o špatné prognóze svého příbuzného (Beckstrand et al., 2009). Také zahraniční studie uvádějí, že komunikace sester s rodinným příslušníky pacientů v závěru života není optimální. Především sestry z pracovišť intenzivní péče považují své vzdělání v oblasti komunikačních dovedností většinou za nedostatečné (Lind et al., 2012; Adams et al., 2015).

Aktivita *Respektovat pacientovu potřebu soukromí* byla v rámci souboru aktivit podporujících sociální komfort využívána nejčastěji. Potvrzuje to, že si sestry uvědomují jak velký význam má pro pacienta v institucionálním prostředí soukromí. Sestra jej projevuje dodržováním zásad společenského chování i v prostředí zdravotnického zařízení, jako je zaklepání na dveře před vstupem do pokoje. Respekt k hranici soukromí představuje pro pacienta významný faktor podpory sociálního komfortu při pobytu ve zdravotnické instituci (Porock et al. 2009; Ho et al., 2013). Frekvence využívání této aktivity ukazuje, že ji české sestry vnímají jako významnou charakteristiku důstojného umírání, o které projevuje současná česká společnost velký zájem, a to především v souvislosti s vysokou mírou institucionalizace smrti (STEM/MARK, 2013; Loucka et al., 2014a). Respektování a ochrana soukromí pacienta ve všech aspektech patří totiž mezi nejdůležitější atributy konceptu umírání s důstojností (Scarre, 2012; Loggers et al., 2013; Sautier et al., 2014; Hemati et al., 2016). Je ale potřeba udržovat rovnováhu mezi

zajištěním soukromí a potřebou společnosti, tedy fyzické i psychické přítomnosti empatické osoby, která by naplňovala sociální potřeby pacienta v závěru života (Brereton et al. 2012). Tato rovnováha je velmi důležitá zvláště u geriatrických pacientů, kteří už nemají rodinné příslušníky. Respekt k soukromí pacienta se tak nesmí stát zástupným důvodem pro omezování přítomnosti sestry u pacienta, pokud ji pacient potřebuje a projevuje o ni zájem. Při současném nedostatku sester na akutních odděleních českých nemocnic i v dlouhodobé péči hrozí toto riziko, které ve svých důsledcích vede k osamělosti a riziku sociální izolace seniorů umírajících v institucionálním prostředí.

Aktivita *Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta* měla druhou nejvyšší míru využívání v souboru aktivit zaměřených na sociální komfort. Výzkum v jedné z primárních studií, která byla použita pro sekundární analýzu, potvrdil, že tuto aktivitu považuje přes 40 % sester ze reálně implementovatelnou do současné české ošetrovatelské praxe (Kisvetrová, 2014). Umožňuje to naplňovat potřebu rodiny a pacienta zůstat v závěru života spolu (Bužgová et al., 2013). Proto se podpora přítomnosti rodinných příslušníků řadí k nejvýznamnějším intervencím i ve vztahu ke kvalitě paliativní péče, která podporuje vnímavost rodiny ke skutečnosti, že smrt je blízko (Mularski, 2006; Calvin et al., 2009). Sestra by měla podporovat přítomnost rodiny u pacienta, protože tak umožňuje zachovat kontinuitu ve vztahu (fyzicky i psychicky), i když je pacient přijat do nemocnice (Mossin, Landmark, 2011). Proto jsou intervence sestry podporující dobré vztahy členů rodiny s pacientem a co nejčastější návštěvy u pacienta tak důležité (Azaiza et al., 2010).

Maximální podpora a povzbuzování rodiny, aby byla umírajícímu nablízku by měla mít konkrétní projevy podpory i ze strany pracoviště a managementu zdravotnického zařízení, a to možnost poskytnout vhodné zázemí pro návštěvy, včetně hotelových služeb (možnost zůstat na pokoji s pacientem i v noci) a úprava návštěvní doby (Sláma, 2008). Také Mossin a Landmark (2011) ve svém výzkumu z Norska uvádí, že blízcí příbuzní mají mít možnost zůstat v nemocnici u svého umírajícího příbuzného, a to buď ve stejném pokoji jako pacient nebo v místnosti, speciálně určené pro tento účel.

Aktivita *Usnadnění diskuse o zařizování pohřbu* patřila k nejméně využívaným aktivitám v rámci podpory sociálního komfortu. Může to souviset se stále se rozšiřující praxí v České republice, kterou je pohřbení těla zemřelého bez jakéhokoliv kolektivního pohřebního obřadu. Je to praxe, která se objevuje až v posledních desetiletích a je v evropském i celosvětovém kontextu zcela ojedinělá. Mezinárodní výzkumný projekt

International Social Survey Programme (ISSP) z roku 2008 přinesl zajímavé poznatky o preferencích české populace ve vztahu k pohřebnímu obřadu. Zhruba čtvrtina Čechů si přála sekulární pohřeb, přibližně pětina církevní a další pětina by chtěla být pohřbena bez obřadu. Zbytku společnosti bylo jedno, jaká z těchto možností bude použita při jejich pohřbu. Díky vysoké sekularizaci české společnosti není v současnosti již příliš rozšířený tradiční společenský závazek vztahující se k vykonání náboženského pohřebního obřadu jako morální povinnosti pozůstalých ve vztahu k zemřelému. Naproti tomu sekulární pohřební rituál není vnímán tak závazně jako církevní, a je proto spíše věcí volby než povinností (Chlup, 2005; Nešporová, 2011). Potvrzuje to, že diskuse o zařizování pohřbu odráží kulturní specifickou konkrétní populace. Například v japonských nemocnicích se v souladu s východní mentalitou o pohřbu také nediskutuje (Ogasawara et al., 2005). Dále to může ovlivňovat i typ pracoviště. Lind et al. (2012) uvedl, že diskuse o smrti s pacientem nebo příbuznými pacienta je obtížná pro sestry z pracovišť intenzivní péče. Paliativní intervence představují jen malou část jejich kompetencí, a proto nemusí mít dostatek zkušeností nebo potřebné komunikační dovednosti (Dawson, 2008). Naopak v hospici se o smrti mluví otevřeně, pacienti sem přicházejí s vědomím, že zde pravděpodobně zemřou, proto diskuse o zařizování pohřbu nemusí být tak obtížná. Dalším faktorem, je i věk pacienta. Senioři mají často zcela konkrétní představu o svém pohřbu, včetně naspořené financí pro zařízení preferovaného způsobu pohřebního obřadu. Proto doufají, že jejich příbuzní toto přání vyplní. Zde pak bývá rozmluva o zařizování pohřbu snazší, senioři ji dokonce sami často začínají. Prodlužující se délka lidského věku s sebou často přináší i sociální izolaci seniorů v závěru života, protože mnoho jejich vrstevníků již zemřelo nebo je velmi nemocných a nemohou je navštěvovat v nemocnici, a také není předpoklad, že by se zúčastnili pohřbu. Příbuzní také často neprojevují velký zájem. Senioři proto mohou mít strach, že jejich preferencím ve vztahu k pohřebnímu obřadu nebude vyhověno. Zde má velký význam empatický rozhovor sestry se seniorem o možných variantách a reálných možnostech zajištění konkrétního pohřebního obřadu. Zvláště na pracovištích dlouhodobé péče by na tuto skutečnost měly být sestry připraveny, a to včetně znalostí základní legislativy z oblasti pohřebnictví.

Do sekundární analýzy byl jako poměnná zahrnut i *nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání* (SZŠ, VZŠ, nebo VŠ). Zajímavým výsledkem bylo zjištění, že se neprokázala signifikantní závislost mezi stupněm vzdělání sestry a frekvencí využívání souboru aktivit ani u jedné dimenze komfortu a rovněž to nebyl prediktor vysoké míry využívání těchto

aktivit. Nabízí se vysvětlení, že střední, vyšší nebo vysokoškolské vzdělání poskytuje sestře stejný rozsah znalostí o paliativní péči, a proto stupeň vzdělání sestry v České republice sám o sobě nemá signifikantní vliv na míru využívání aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života. Výsledky iránské studie také nepotvrdily korelaci mezi znalostmi sester o paliativní péči a úrovní jejich vzdělání. Autoři to rovněž vysvětlovali tím, že na všech úrovních profesní přípravy získaly sestry podobné vzdělání z paliativní péče (Iranmanesh et al., 2014).

Centeno a Rodríguez-Núñez (2015) ve své přehledové studii uvádějí, že začlenění paliativní péče do pregraduálního vzdělání je způsob jak poskytnout nejen znalosti a dovednosti pro oblast paliativní péče (zejména komunikaci), ale také jak zlepšit postoj k péči o pacienty v pokročilém stadiu nemoci a v závěru života. Připomínají ale, že lepší výsledky přináší pokud jsou využívány různé metody zážitkové pedagogiky a krátké zkušenosti spojené s bližším kontaktem s klinickými případy paliativní péče. To může být další důvod, proč stupeň profesního vzdělání českých sester neměl signifikantní vliv na míru využívání aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu. Tyto metody se na většině českých škol běžně nevyužívají, ani v rámci vysokoškolské profesní přípravy sester. Studijní obor Všeobecná sestra zahrnuje teprve v posledních letech samostatný předmět Paliativní péče, který ale většinou nemá příliš velkou hodinovou dotaci pro teorii a není vždy propojen s praktickou výukou na pracovišti specializované paliativní péče, což může souviset s počtem lůžkových hospiců v České republice, jejich regionální dostupností a s kapacitními možnostmi co se týká počtů studentů na praxi.

Schlairet (2009) ve svém výzkumu mezi americkými sestrami rovněž naznačuje, že přetrvávají nedostatky v podpoře vzdělávání v oblasti péče o pacienty v závěru života. Nedostatečné množství sester získá toto vzdělání, a to buď jako součást vysokoškolské profesní přípravy nebo jako součást profesního rozvoje prostřednictvím dalšího vzdělávání. Další studie potvrzují, že frekvence využívání paliativních intervencí je pozitivně ovlivněna absolvováním seminářů nebo programů zaměřených na paliativní ošetrovatelskou péči. K posílení profesních kompetencí a pozitivnímu ovlivnění postojů sester ke smrti a umírání v rámci péče o pacienta v závěru života pomáhají standardizované vzdělávací programy jako například ELNEC (Ferrell et al., 2005; Iranmanesh et al., 2010; Khader et al., 2010). ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium) představuje mezinárodní projekt vytvořený Vzdělávacím konsorciem všeobecných sester, které pečují o pacienty v závěrečné fázi života. Jeho cílem je edukace

o základních dovednostech a znalostech potřebných pro péči o nevléčitelně nemocné a umírající, včetně jejich rodin. ELNEC vznikl v USA v roce 2000 a díky efektivnímu způsobu výuky se rozšířil do mnoha evropských i mimoevropských zemí ([www.aacn.nche.edu/elnec](http://www.aacn.nche.edu/elnec), 2016). V české republice nabízí kurz, jehož obsah odpovídá mezinárodní licenci programu ELNEC, Centrum paliativní péče ([www.paliativnicentrum.cz](http://www.paliativnicentrum.cz), 2016). Zahraniční zkušenosti potvrzují, že tyto vzdělávací programy zaměřené na komplexní péči v závěru života by měly absolvovat nejen sestry pracující na odděleních specializované paliativní péče a v hospicích, ale všechny sestry z klinické praxe. Kurz jim poskytuje jak potřebnou znalostní bázi, tak i „měkké kompetence“ potřebné pro péči o umírající (Choi et al., 2012). Také Park a Yeom (2014) připomínají, že nemocnice mají sestřám zajistit více příležitostí k získání dalšího vzdělávání v oblasti péče o umírající.

Posledním cílem sekundární analýzy bylo vydefinování faktorů, které charakterizují poskytovanou péči v závěru života v institucionálním prostředí. Faktorovou analýzou byly určeny čtyři faktory s přiřazenými aktivitami na základě faktorových zátěží. Každý faktor tak představoval charakteristiku péče o pacienta v závěru života v institucionálním prostředí, kterou lze realizací přiřazených aktivit dosáhnout. Na základě analýzy lze proto říci, že charakteristikami péče, které má být realizací těchto aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora dosaženo, je *fyzický komfort zajištěný s ohledem na důstojnost a respekt k přání pacienta a jeho rodiny*. Na to navazuje *naslouchání pacientovým problémům a uklidnění obav pacienta i jeho nejbližších*, a to jak v oblasti psychické tak i spirituální.

Takto pojatý algoritmus péče v závěru života dává pacientovi možnost i v insticionálním prostředí prožít závěr života důstojně, bez sociální izolace, psychického i spirituálního utrpení, podporován jak zdravotníky tak i členy rodiny. Faktorová analýza ukázala, že podpora důstojnosti byla spojená s fyzickým komfortem. Tento přístup sester může souviset se skutečností, že Češi se především obávají ztráty své důstojnosti v terminálním stadiu života. Je to často spojeno se strachem z vlastní nesoběstatečnosti, závislosti a potřebě pomoci od druhých (STEM / MARK, 2013). Tento strach může být ovlivněn i mírou institucionalizace umírání v České republice (Loucka et al, 2014a; 2014b) a negativní zkušeností s ústavní péčí o umírající pacienty z dřívějších let, kdy byla preferována pouze péče o fyzické potřeby. Ačkoli přibližně 80 % obyvatel České republiky si nepřeje zemřít ve zdravotnickém zařízení, tři čtvrtiny populace v současné



době umírají v nemocnicích, zařízeních dlouhodobé péče, lůžkových hospicích nebo sociálních zařízeních. Lze tedy předpokládat, že sestry ve zdravotnických zařízeních vnímají *podporu fyzického komfortu, respektu, naslouchání a uklidnění* jako priority, které umožňují podporovat i v institucionálních podmínkách všechny dimenze komfortu pacienta v závěru života.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem habilitační práce bylo zjistit míru využívání souborů aktivit podporujících jednotlivé dimenze komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí. Dílčí cíle se zaměřily na vliv definovaných proměnných na míru využívání jednotlivých souborů aktivit, identifikaci významných prediktorů vysoké míry využívání aktivit zahrnutých do jednotlivých souborů a definování charakteristik poskytované péče pacientům v závěru života v institucionálním prostředí.

Sekundární analýza dat čtyř českých studií ukázala, že sestry nejméně využívaly aktivitu Dávat pacientovi najevo diskutovat o smrti. Naopak nejčastěji realizovanou aktivitou bylo Jednat s pacientem důstojně a s respektem. Nejvyšší míra korelace mezi realizací této aktivity a ostatními aktivitami byla u sledování bolesti, pomoci při základní péči a zajištění odpočinku. Nejvyšší míru využívání měl soubor aktivit podporujících fyzickou dimenzi komfortu. U tohoto souboru se také prokázala slabá pozitivní korelace s věkem sester. Naopak nejméně byl využíván soubor aktivit sociální dimenze. U hospicových pracovišť bylo signifikantně vyšší skóre souborů všech dimenzí ve srovnání s ostatními typy pracovišť.

Prediktorem vysoké míry využívání aktivit souboru fyzické dimenze byla pracoviště dlouhodobé péče, hospicové péče a věk sester. Hospicová pracoviště byla rovněž prediktorem vysoké míry využívání aktivit souborů podporujících psychologickou, spirituální a sociální dimenzi komfortu v závěru života.

Pomocí faktorové analýzy byly definovány čtyři faktory. Soubor aktivit u každého faktoru byl analyzován a byla určena charakteristika péče v závěru života, kterou je možné realizací těchto aktivit dosáhnout. Tyto charakteristiky byly označeny jako: fyzický komfort; respekt; naslouchání a uklidnění.

Možnosti využití souborů definovaných aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora v kontextu podpory jednotlivých dimenzí komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí v České republice nebyly zatím podrobněji zkoumány. Význam habilitační práce spočívá v tom, že sekundární analýza vyhodnotila data čtyř primárních studií, které se těmito dvěma intervencemi zabývaly jednotlivě na

různých typech pracovišti. Prokázala, že pomocí aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora lze i v institucionálním prostředí poskytovat pacientům péči, která nabízí fyzický komfort, respekt, naslouchání i uklidnění. Zároveň výsledky práce poukázaly na dimenze komfortu, na které je třeba se více zaměřit v rámci ošetrovatelských intervencí. Výsledky sekundární analýzy mají význam pro oblast pregraduálního i postgraduálního vzdělávání sester, klinickou praxi, management pracovišť, zaměření projektové činnosti a definování oblastí pro další výzkum.

### *Pregraduální a postgraduální vzdělávání sester*

Výsledky sekundární analýzy čtyř studií zkoumající využívání aktivit NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora v různých typech pracovišť ukázaly, že stupeň dosaženého vzdělání sestry neovlivňoval míru aktivit podporující jednotlivé dimenze komfortu. Nebyl signifikantní rozdíl mezi frekvencí aktivit realizovanými sestrami, které studovaly na SZŠ v dřívějších letech, kdy paliativní péči nebyla věnována zvláštní pozornost, a sestrami s VZŠ nebo vysokoškolským vzděláním, kde ve studijním programu Všeobecná sestra je již v posledním desetiletí paliativní péče zařazena jako samostatný předmět. Tato skutečnost ukazuje, že současná pregraduální příprava v oblasti paliativní péče není pro klinickou praxi s vysokým procentem instiucionálního umírání dostatečná. Je potřeba všem studentům umožnit prožít přímou zkušenost péče o umírající v hospicích a na pracovištích poskytujících specializovanou paliativní péči. Propojit teoretické znalosti EBP (Evidence Based Practice) s individuální zkušeností studenta a poskytnout v rámci výuky studentům možnost konzultovat své prožitky s profesionály, kteří mají s péčí o pacienty v závěru života praktické zkušenosti. V rámci postgraduálního vzdělávání na vysokých školách by bylo potřebné vytvořit specializační studium paliativního ošetrovatelství. Potřeba odborníků na paliativní péči se bude s narůstající geriatrizací populace a přetrvávajícím trendem institucionální péče o umírající zvyšovat, a to v celém spektru zdravotnických i sociálních pracovišť. Protože není organizačně ani ekonomicky reálné zajistit, aby všichni terminálně nemocní umírali v hospicích, je potřeba přivést kvalitní obecnou paliativní péči do zdravotnických a sociálních institucí. Zde by pak sestry s touto specializací byly členkami paliativních konziliárních týmů nebo by byly přímo zařazené do ošetrovatelského týmu pracovišť, kde často pečují o terminálně nemocné, podobně jako v zahraničí.

### *Klinická praxe*

Výsledky sekundární analýzy ukázaly, že i při využívání aktivit pouze dvou NIC intervencí (Duchovní podpora a Péče o nemocné) lze v institucionálním prostředí poskytovat pacientovi v závěru života péči, která podporuje fyzický komfort, poskytuje respekt, naslouchání a přináší uklidnění. Jsou to aktivity, které by bylo možné implementovat do ošetrovatelských plánů péče napříč spektrem zdravotnických a sociálních institucí v České republice.

### *Management*

Přístup k paliativní ošetrovatelské péči je v naprosté většině českých zdravotnických a sociálních zařízení nedostatečný, proto je podpora rozvoje paliativní péče v institucionálním prostředí v České republice velkou výzvou pro management jednotlivých institucí. Jedná se jak o úpravu prostředí pro pacienta a rodinné příslušníky, tak o podporu sester v rámci celoživotního vzdělávání i péče o pečující.

Pro realizaci aktivit podporujících psychosociální a spirituální komfort v institucionálním prostředí je potřeba vytvořit na pracovištích vhodné podmínky pro zajištění soukromí pacienta a vhodné prostory pro rodinné příslušníky, pokud mají zájem zůstat se svým umírajícím příbuzným. Pokud nemá rodina podmínky pro svou přítomnost u pacienta, hrozí riziko, že pacient bude umírat osamocený, i když existují osoby, které ho milují a chtěly by s ním být v jeho posledních hodinách.

V rámci celoživotního vzdělávání sester v klinické praxi by podpora absolvování kurzů paliativní ošetrovatelské péče (jako například ELNEC) ze strany managementu pracovišť mohla zvýšit míru využívání aktivit zaměřených na psycho-sociální a spirituální dimenzi komfortu pacienta v závěru života v institucionálním prostředí.

Další oblastí je péče o pečující, tedy zdravotnický personál. Přímá konfrontace s utrpením umírajícího klade na sestru vysoké nároky jak po stránce fyzické, tak i emocionální a často v ní vyvolává i existenciální nejistotu. Proto potřebuje, aby měla možnost si s někým promluvit o svých obavách a problémech souvisejících s péčí o pacienty v závěru života, například v rámci supervize.

### *Projektová činnost a oblasti dalšího výzkumu*

Institucionální péče o pacienta v závěru života je ve vyspělých zemích chápána jako nedílná součást ošetrovatelské péče, a tyto země mají nejen zkušenosti v této oblasti ale i velkou výzkumnou aktivitu. Proto by bylo velmi přínosné zapojit se do mezinárodních projektů zaměřených na péči v závěru života, protože participace na projektu by umožnila navázat spolupráci s mezinárodními výzkumnými centry. Například prestižní sesterská organizace Sigma Theta Tau International vypisuje každoročně jednoleté granty i pro oblast paliativního ošetrovatelství. Jde o tzv. HPNF (Hospice and Palliative Nurses Foundation End of Life Nursing Care Research) výzkumné granty (STTI, 2016). Druhou možností jsou výzkumné projekty v rámci České republiky, jako například VES nebo GAČR, kde lze téma péče o pacienty v závěru života také řešit. Třetí možností jsou pak granty vypisované nestátními českými subjekty, jako například nadační fond AVAST.

Oblastí dalšího výzkumu, který by navázal na výsledky sekundární analýzy prezentované v této práci, je formování měkkých kompetencí pro poskytování paliativních intervencí u pacientů v závěru života v institucionálním prostředí. Dále je to zaměření na vliv edukace o paliativní péči na realizaci intervencí podporujících komfort pacienta. Poslední oblastí je zkoumání kulturních odlišností při poskytování ošetrovatelské péče v závěru života osobám jiných kulturních prostředí, což je vzhledem k předpokládanému rozsahu migrace do zemí Evropské unie, v následujících letech velmi aktuální.

Výsledky sekundární analýzy ukázaly, že české sestry vnímají podporu důstojnosti jako klíčovou a své intervence zaměřují nejvíce na fyzický komfort pacienta. Zvýšení frekvence aktivit podporujících psycho-sociální a spirituální dimenzi komfortu umožní poskytovat pacientovi kvalitní péči v závěru života i v institucionálním prostředí v České republice. Takto pojímaná péče poskytuje pacientovi prožít poslední etapu svého života důstojně, bez sociální izolace a s respektem ke všem dimenzím komfortu závěru lidského života.

## LITERATURA

1. ABDEL-KHALEK, A., AL-KANDARI, Y. 2007. Death anxiety in Kuwaiti middle-aged personnel. *Omega (Westport)*. 55(4), 297-310. ISSN 0030-2228.
2. ABU HASHEESH, M., ABOZEID, S., EL-SAID, S. et al. 2013. Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*. 7(4), 384-394. ISSN 1791-809x.
3. ADAMS, A., MANNIX, T., HARRINGZON, A. 2015. Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*. Jan 13. doi: 10.1111/nicc.12141. [Epub ahead of print].
4. ADELBRATT, S., STRANG, P. 2000. Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*. 14(6), 499-507. ISSN 0269-2163.
5. ALMASALHA, F., XU, D., KEENAN, G.M. et al. 2013. Data Mining Nursing Care Plans of End of Life Patients: A Study to Improve Health care Decision Making. *International Journal of Nursing Knowledge*. 24(1), 15-24. ISSN 2047-3095.
6. ANDERSSON, M., HALLBERG, I.R., EDBERG, A.K. 2008. Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 45(6), 818-828. ISSN 0020-7489.
7. ANDREWS, L., HIGGINS, A., ANDREWS, M.W. et al. 2012. Classic grounded theory to analyse secondary data: Reality and reflections. *The Grounded Theory Review*. 11(1), 12-26. ISSN 1556-1550.
8. APONTE, J. 2010. Key elements of large survey data sets. *Nursing Economics*. 28(1), 27-36. ISSN 0746-1739.
9. ARAO, H., NEMATA, Y., KAWASAKI, Y. et al. 2007. Actual circumstances of treatment and nursing care for cancer patients in disaster situations: A survey of nurses who experienced the Great Hanshin-Awaji Earthquake. *Japan Journal of Nursing Science*. 4(2), 111-119. ISSN 1742-7932.

10. ASLAKSON, R., CHENG, J., VOLLENWEIDER, D. et al. 2014. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *Journal of Palliative Medicine*. 17(2), 219-235. ISSN 1096-6218.
11. AZAIZA, F., RON, P., SHOHAM, M., GIGINI, I. 2010. Death and dying anxiety among elderly arab muslims in Izrael. *Death Studies*. 34(4), 351-364. ISSN 0748-1187.
12. BAILEY, M., MORAN, S., GRAHAM, M. 2009. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*. 15(1), 42-48. ISSN 1357-6321.
13. BECKSTRAND, R.L., MOORE, J., CALLISTER, L. et al. 2009. Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum*. 36(4), 446-453. ISSN 0190-535X.
14. BEERY, T.A., BAAS, L.S., FOWLER, C. et al. 2002. Spirituality in persons with heart failure. *Journal of Holistic Nursing*. 20(1), 5-25. ISSN 0898-0101.
15. BEN NATAN, M., GARFINKEL, D., SHACHAR, I. 2010. End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and start. *European Journal of Oncology Nursing*. 14(4), 299-303. ISSN 1462-3889.
16. BENNER, P., KERCHNER, S., CORLESS, I.B. et al. 2003. Attending death as a human passage: core nursing principles for end-of-life care. *American Journal of Critical Care*. 12(6), 558-561. ISSN 1062-3264.
17. BENNETT, T.D., SPAEDER, M.C., MATOS, R.I. et al. 2014. Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI). Existing data analysis in pediatric critical care research. *Frontiers in Pediatrics*. 29(2), 79. ISSN 2296-2360.
18. BERG, L., DANIELSON, E. 2007. Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21(4), 500-506. ISSN 0283-9318.
19. BJORNER, J.B., KOSINSKI, M., WARE, J.E., JR. 2003. The feasibility of applying item response theory to measures of migraine impact: A re-analysis of three clinical studies. *Quality of Life Research*. 12(8), 887-902. ISSN 0962-9343.

20. BLOOMER, M.J., AL-MUTAIR, A. 2013. Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Considerations for care. *Australian Critical Care*. 26(4), 193-196. ISSN 1036-7314.
21. BOROWSKE, D. 2012. Straddling the Fence: ICU Nurses Advocating for Hospice Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 24(1), 105-116. ISSN 0899-5885.
22. BOTTI, M., ENDACOTT, R., WATTS, R. et al. 2006. Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing*. 29(4), 309-316. ISSN 0162-220X.
23. BOWLING, A., ILIFFE, S., KESSEL, A., HIGGINSON, I. 2010. Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. *Postgraduate Medical Journal*. 86(1014), 197-202. ISSN 1117-1936.
24. BRERETON, L., GARDINER, C., GOTT, M. et al. 2012. The hospital environment for end of life care of older adults and their families: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 68(5), 981-993. ISSN 0309-2402.
25. BROAD, J., GOTT, M., KIM, H. et al. 2013. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *International Journal of Public Health*. 58(2), 257-267. ISSN 1661-8556.
26. BROWN, H., JOHNSTON, B., ÖSTLUND, U. 2011. Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*. 16(5), 238-245. ISSN 1462-4753.
27. BULECHEK, G., BUTCHER, H., DOCHTERMAN, J. et al. (ed.) 2012. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6<sup>th</sup> ed. St. Luis: Elsevier. 608 p. ISBN 978-0-323-10011-3.
28. BULECHEK, G., BUTCHER, H., MC CLOSKEY DOCHTERMAN, J. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5<sup>th</sup> ed. Iowa: Mosby. 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.
29. BURGIO, K.L., WILLIAMS, B.R., DIONNE-ODOM, J.N. et al. 2016. Racial Differences in Processes of Care at End of Life in VA Medical Centers: Planned



- Secondary Analysis of Data from the BEACON Trial. *Journal of Palliative Medicine*. 19(2), 157-163. ISSN 1096-6218.
30. BURKE, L.A., CLARK, K.A., ALI, K.S. et al. 2015. Risk Factors for Anticipatory Grief in Family Members of Terminally Ill Veterans Receiving Palliative Care Services. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 1(3-4), 244-266. ISSN 1552-4256.
  31. BÜSSING, A., JANKO, A., BAUMANN, K. et al. 2013. Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine*. 14(9), 1362-1373. ISSN 1526-2375.
  32. BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., HAJNOVÁ, E. 2015. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*. 19(6), 667-672. ISSN 1462-3889.
  33. BUŽGOVÁ, R., MACHÁČKOVÁ, G., PRAŽÁKOVÁ, V. 2013. Hodnocení potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. *Kontakt*. 15(1), 29-37. ISSN 1212-4117.
  34. CALVIN, A.O., LINDY, C. M., CLINGON, S.L. 2009. The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: A qualitative descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 25(4), 214-220. ISSN 0964-3397.
  35. CAPRIO, A., HANSON, L., MUNN, J. et al. 2008. Pain, Dyspnea, and the Quality of Dying in Long-Term Care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56(4), 683-688. ISSN 0002-8614.
  36. CASTLE, J.E. 2003. Maximizing Research Opportunities: Secondary Data Analysis. *The Journal of Neuroscience Nursing*. 35(5), 287-290. ISSN 0888-0395.
  37. CAVENDISH, R., KONECNY, L., MITZELIOTIS, C. et al. 2003. Spiritual Care Activities of Nurses Using Nursing Interventions Classification (NIC) Labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 14(4), 113-124. ISSN 1541-5147.
  38. CENTENO, C., RODRÍGUEZ-NÚÑEZ, A. 2015. The contribution of undergraduate palliative care education: does it influence the clinical patient's care? *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*. 9(4), 375-391. ISSN 1751-4258.

39. CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY (CIA). 2015. The World Factbook. Religions. [online] Washington, DC: CIA, Last Updated: Jun 15, 2015 [cit. 2016-08-06]. Dostupné z: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2122.html>
40. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2014. *Náboženská víra obyvatel podle sčítání lidu*. [online].2014 [cit. 2016-08-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>
41. CHAN, E.A., JONES, A., FUNG, S. et al. 2011. Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 21(7-8), 1168-1177. ISSN 0962-1067.
42. CHAN, W.C., EPSTEIN, I. 2011-2012. Researching "Good Death" in a Hong Kong Palliative Care Program: A Clinical Data-Mining Study. *Omega (Westport)*. 64(3), 203-222. ISSN 0030-2228.
43. CHIO, C.C., SHIH, F.J., CHIOU, J.F. et al. 2008. The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 17(6), 735–743. ISSN 0962-1067.
44. CHLUP, R. 2005. Struktura a antistruktura. Rituál v pojetí Victora Turnera II. *Religio. Revue pro religionistiku*. 13(2), 179-197. ISSN 1210-3640.
45. CHOCHINOV, H. M. 2002. Dignity - conserving care - a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Journal of American Medical Association*. 287(17), 2253-2260. ISSN 0098-7484.
46. CHOCHINOV, 2006. H. M. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 56(2), 84-103. ISSN 0007-9235.
47. CHOCHINOV, H. 2012. *Dignity Therapy. Final words for final days*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Oxford university press. 199 p. ISBN 978-019-517621-6.
48. CHOCHINOV, H., JACK, T., HAZARD, T. et al. 2002. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 360(9350), 2026-2030. ISSN 0140-6736.

49. CHOCHINOV, H., KRISTJANSON, J., JACK, T. et al. 2006. Dignity in the Terminally ill: revised. *Journal of Palliative Medicine*. 9(3), 666-672. ISSN 1096-6218.
50. CHOCHINOV, H. M., KRISTJANSON, L. J., BREITBART, W. et al. 2011. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 12(8), 753-762. ISSN 1470-2045.
51. CHOI, M., LEE, J., KIM, S. et al. 2012. Nurses' Knowledge About End-of-Life Care: Where Are We? *Journal of Continuing Education in Nursing*. 43(8), 379-384. ISSN 0022-0124.
52. CLARKE, S. P., COSSETTE, S. 2000. Secondary analysis: Theoretical, methodological, and practical considerations. *Canadian Journal of Nursing Research*. 32 (3), 109-129. ISSN 0844-5621.
53. CLAYTON, J.M., BUTOW, P.N., ARNOLD, R.M. et al. 2005. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer*. 103(9), 1965-1975. ISSN 0008-543X.
54. CLAYTON, M.F. 2006. Communication: an important part of nursing care. *American Journal of Nursing*. 106(11), 70-72. ISSN 0002-936X.
55. COENEN, A., DOORENBOS, A., WILSON, S. 2007. Nursing Interventions to Promote Dignified Dying in Four Countries. *Oncology Nursing Forum*. 34(6), 1152-1153. ISSN 0190-535X.
56. COOKE, C.R., IWASHYNA, T.J. 2013. Using existing data to address important clinical questions in critical care. *Critical Care Medicine*. 41(3), 886-896. ISSN 0090-3493.
57. COSTELLO, J. 2009. Spirituality: What do we mean? *International Journal of Palliative Nursing*. 15(6), 263. ISSN 1357-6321.
58. COULOURIDES KOGAN, A., PENIDO, M., ENGUIDANOS S. 2015. Does Disclosure of Terminal Prognosis Mean Losing Hope? Insights from Exploring Patient Perspectives on Their Experience of Palliative Care Consultations. *Journal of Palliative Medicine*. 18(12), 1019-1025. ISSN 1096-6218.

59. COVINSKY, K.E., ENG, C., LUI, L.Y. et al. 2003. The last 2 years of life: functional trajectories of frail patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51(4), 492-498. ISSN 0002-8614.
60. CRESWELL, J. W. 2013. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4<sup>th</sup>.ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 273 p. ISBN 978-1452226101.
61. DASCH, B., BLUM, K., GUDE, P. et al. 2015. Place of Death: Trends Over the Course of a Decade: A Population-Based Study of Death Certificates From the Years 2001 and 2011. *Deutsches Ärzteblatt International*. 112(29-30), 496-504. ISSN 1866-0452.
62. DAWSON, K. 2008. Palliative care for critically ill older adults: dimensions of nursing advocacy. *Critical Care Nursing Quarterly*. 31(1), 19-23. ISSN 0887-9303.
63. DELGADO-GUAY, M.O., CHISHOLM, G., WILLIAMS, J. et al. 2015. The association between religiosity and resuscitation status preference among patients with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*. 13(5), 1435-1439. ISSN 1478-9515.
64. DOKA, K.J., MOGAN, J.D. (Eds.). 1993. *Death and spirituality (Death, Value and Meaning)*. Amityville, NY: Baywood. 406 p. ISBN 978-0895031068.
65. DOLISTA, J. 2007. Problematika péče o staré a umírající rodiče. *Kontakt*. 9(2), 264-269. ISSN 1212-4117.
66. DOOLAN, D.M., FROELICHER, E.S. 2009. Using an Existing Data Set to Answer New Research Questions: A Methodological Review. *Research and Theory for Nursing Practice*. 23(3), 203-215. ISSN 1541-6577.
67. DOOLAN, D. M., STOTTS, N. A., BENOWITZ, N. L. et al. 2008. The women's initiative for nonsmoking (WINS) XI: Age-related smoking cessation responses among women with cardiovascular disease. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 17 (1), 37-47. ISSN 1076-7460.
68. DOORENBOS ,A.Z., JUNTASOPEEPUN, P., BATON, L.H. et al. 2013. Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. *Journal of Transcultural Nursing*. 24(4), 332-339. ISSN 1043-6596.

69. DOORENBOS, A., WILSON, S., COENEN, A. et al. 2006. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *International Nursing Review*. 53(1), 28-33. ISSN 0020-8132.
70. DUFFIELD, C., GARDNER, G., CATLING-PAULL, C. 2008. Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing*. 17(34), 3269-3274. ISSN 0962-1067.
71. DUMONT, I., DUMONT, S., MONGEAU, S. 2008. End-of-life care and the grieving process: family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qualitative Health Research*. 18(8), 1049-1061. ISSN 1049-7323.
72. DUNN, K., OTTEN, C., STEPHENS, E. 2005. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*. 32(1), 97-104. ISSN 0190-535X.
73. DUNNIECE, U., SLEVIN, E. 2000. Nurses' experience of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 611-618. ISSN 0309-2402.
74. DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*. 14(3), 331-339. ISSN 1212-4117.
75. EDWARDS, A., PANG, N., SHIU, V. et al. 2010. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*. 24(8), 753-770. ISSN 0269-2163.
76. EVANS, C.J., HO, Y., DAVESON, B.A. et al. 2014. Place and cause of death in centenarians: a population-based observational study in England, 2001 to 2010. *PLoS Medicine*. 11(6), e1001653. ISSN 1549-1277.
77. EZENKWELE, U.A., ROODSARI, G.S. 2013. Cultural competencies in emergency medicine: caring for Muslim-American patients from the Middle East. *The Journal of Emergency Medicine*. 45(2), 168-174. ISSN 0736-4679.
78. FELDMANN, K. 2010. *Tod und Gesellschaft*. 2. bearbeitet Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. 284 p. ISBN 978-3-531-17350-4.

79. FERRELL, B., LEVY, M., PAICE, J. 2008. Managing pain from advanced cancer in the palliative care setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12(4), 575-581. ISSN 1092-1095.
80. FERRELL, B.R., VIRANI, R., GRANT, M. et al. 2005. Evaluation of the End of Life Nursing Education Consortium Undergraduate Faculty Training program. *Journal of Palliative Medicine*. 8(1), 107-114. ISSN 1096-6218.
81. FRIDH, I. 2014. Caring for the dying patient in the ICU – The past, the present and the future. *Intensive and Critical Care Nursing*. 30(6), 306-311. ISSN 0964-3397.
82. FRIDH, I., FORSBERG, A., BERGBOM, I. 2007. Family presence and environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 51(4), 395-401. ISSN 0001-5172.
83. FRIDRIKSDOTTIR, N., SIGURDARDOTTIR, V., GUNNARSDOTTIR, S. 2006. Important Needs families in acute and palliative care setting assessed with the Family Inventory of Needs. *Palliative medicine*. 20(4), 425-432. ISSN 0269-2163.
84. GALLAGHER, A. 2004. Dignity and respect for dignity - Two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*. 11(6), 587-599. ISSN 0969-7330.
85. GAMBLES, M., STIRZAKER, S., JACK, B.A., ELLERSHAW, J.E. 2006. The Liverpool Care Pathway in hospices: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing*. 12(9), 414-421. ISSN 1357-632.
86. GAO, W., HO, Y.K., VERNE, J. et al. 2014. Geographical and temporal understanding in place of death in England (1984-2010): analysis of trends and associated factors to improve end-of-life care (GUIDE-Care) - primary research. *Health Services and Delivery Research*. 2(42). DOI: 10.3310/hsdr02420.
87. GARAND, L., LINGLER, J. H., DEARDORF, K. E. et al. 2012. Anticipatory grief in new family caregivers of persons with mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 26(2), 159-165. ISSN 0893-0341.
88. GERMAIN, A., DOYLE, R., NOLAN, K. et al. 2015. Using the lived experience of volunteers to enhance the care of dying patients and their families. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 5(Suppl 1), A20. ISSN 2045-435X.

89. GISKE, T., CONE, P.H. 2015. Discerning the healing path--how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 24(19-20), 2926-2935. ISSN 0962-1067.
90. GOMES, B., CALANZANI, N., GYSELS, M., et al. 2013. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 12, 7. ISSN 472-684X.
91. GOMES, B., HIGGINSON, I.J. 2008. Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine*. 22(1), 33-41. ISSN 0269-2163.
92. GRANT, P. 2004. Spiritual Interventions: How, When, and Why Nurses Use Them. *Holistic Nursing Practice*. 18(1), 36-41. ISSN 0887-9311.
93. GRANT, E., MURRAY, S. A., KENDALL, M. et al. 2004. Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*. 2(4), 371-378. ISSN 1478-9515.
94. GRUMANN, N., SPIEGEL, D. 2003. Living in the face of death: interview with 12 terminally ill women on home hospice care. *Palliative and Supportive Care*. 1(1), 23–32. ISSN 1478-9515.
95. GUTGSELL, K., SCHLUCHTER, M., MARGEVICIUS, S. et al. 2013. Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 45(5), 22-31. ISSN 0885-3924.
96. HACKETT, J., GODFREY, M., BENNETT, M.I. 2016. Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*. 30(8), 711-719. ISSN 1096-6218.
97. HAGERTY, B.M., PATUSKY, K.L. 2003. Reconceptualizing the nurse–patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*. 35(2), 145-150. ISSN 1527-6546.
98. HALL, S., DAVIES, J.M., GAO, W. et al. 2014. Patterns of dignity-related distress at the end of life: a cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *Palliative Medicine*. 28(9), 1118-1127. ISSN 1096-6218.
99. HARRISON D.A., BRADY A.R., PARRY G.J. et al. 2006. Recalibration of risk prediction models in a large multicentre cohort of admissions to adult, general

- critical care units in the United Kingdom. *Critical Care Medicine*. 34(5), 1378-1388. ISSN 0090-3493.
100. HATOKOVÁ, M. 2007. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho. *Onkológia (Bratisl.)*. 2(2), 112-115. ISSN 1336-8176.
101. HEATON, J. 2008. Secondary analysis of qualitative data: An overview. *Historical Social Research*. 33(3), 33-45. ISSN 0172-6404.
102. HEDINGER, D., BRAUN, J., ZELLWEGER, U. et al. 2014. Moving to and Dying in a Nursing Home Depends Not Only on Health – An Analysis of Socio-Demographic Determinants of Place of Death in Switzerland. *PLoS ONE*. 9(11), e113236. ISSN 1932-6203.
103. HEMATI, Z., ASHOURI, E., ALLAHBAKHSHIAN, M. et al. 2016. Dying with dignity: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 25(9-10), 1218-1228. ISSN 0962-1067.
104. HENDL, J. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál. 583 s. ISBN 80-7178-830-1.
105. HENDRIKS, S.A., SMALBRUGGE, M., GALINDO-GARRE, F. et al. 2015. From Admission to Death: Prevalence and Course of Pain, Agitation, and Shortness of Breath, and Treatment of These Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 6(6), 475-481. ISSN 1525-8610.
106. HENNEMAN, E., CARDIN, S. 2002. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*. 22(6), 12-19. ISSN 0279-5442.
107. HERMANN, C. 2000. A guide to the spiritual needs of elderly cancer patients. *Geriatrics Nursing*. 21(6), 324-325. ISSN 0197-4572.
108. HO, A.H., CHAN, C.L., LEUNG, P.P. et al. 2013. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. *Age and Ageing*. 42(4), 455-461. ISSN 0002-0729.
109. HONG, S.J., LEE, E. 2014. Korean hospice nursing interventions using the Nursing Interventions Classification system: a comparison with the USA. *Nursing & Health Sciences*. 16(4), 434-441. ISSN 1441-0745.



110. HOYE, S., SEVERINSSON, E. 2010. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 26(1), 24-32. ISSN 0964-3397.
111. HUBÍK, S. 2006. *Hypotéza: Metodologický nástroj výzkumu ve společenských vědách*. Č. Budějovice: JU FZS. 80 s. ISBN 80-7040-842-1.
112. INTENSIVE CARE NATIONAL AUDIT AND RESEARCH CENTRE (ICNARC). 2014. *Case Mix Programme Annual Summary Statistics*. [online]. 2014. [cit.25.01.2016]. Dostupné z: <http://www.icnarc.org>
113. IRANMANESH, S., RAZBAN, F., TIRGARI, B. et al. 2014. Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative and Supportive Care*. 12(3), 203-210. ISSN 1478-9515.
114. IRANMANESH, S., AXELSSON, K., HAGGSTROM, K. et al. 2010. Caring for dying people: Attitudes among Iranian and Swedish nursing students. *Journal of Palliative Care*. 16(3), 147-153. ISSN 0973-1075.
115. JACELON, C. S. 2003. The Dignity of Elders in an Acute Care Hospital. *Qualitative Health Research*. 13(4), 543-556. ISSN 049-7323.
116. JO, K.H., DOORENBOS, A.Z., SUNG, K.W. et al. 2011. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. *International Journal of Palliative Nursing*. 17(8), 302-397. ISSN 1357-6321.
117. JOHNSTON, M.J. 2014. Secondary Data Analysis: A Method of which the Time Has Come. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML)*. 3, 619-626. ISSN 2241-1925.
118. KABEL, A., ROBERTS, D. 2003. Professionals' perceptions of maintaining personhood in hospice care. *International Journal of Palliative Nursing*. 9(7), 283-289. ISSN 1357-6321.
119. KELLEY, A.S., MORRISON, R.S. 2015. Palliative care for the seriously ill. *The New England Journal of Medicine*. 373(8), 747-755. ISSN 0028-4793.
120. KHADER, K.A., JARRAH, S.S., ALASAD, J. 2010. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2(1), 1-9. ISSN 2141-2499.

121. KISVETROVÁ, H. 2013. Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence Duchovní podpora. *Kontakt*. 15(3), 252-259. ISSN 1212-4117.
122. KISVETROVÁ, H. 2014. Support of family members within the nursing intervention Dying Care. *Kontakt*, 16(1), e24-e30. ISSN 1212-4117.
123. KISVETROVÁ, H., JOANOVIČ, E., VÉVODA, J. et al. 2016a. Dying care nursing intervention in the institutional care of end-of-life patients. *International Journal of Nursing Knowledge*. Mar 16. doi: 10.1111/2047-3095.12128. [Epub ahead of print]. ISSN 2047-3095.
124. KISVETROVÁ, H., KLUGAR, M., KABELKA L. 2013. Spiritual support interventions in nursing care for atients suffering from death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*. 19(12), 599-605. ISSN 1357-6321.
125. KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D., JOANOVIČ, E. et al. 2016b. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Scholarship*. 48(2), 139-146. ISSN 1547-5069.
126. KNEIPP, S.M., YARANDI, H.N. 2002. Complex sampling designs and statistical issues in secondary analysis. *Western Journal of Nursing Research*. 24, 552-566. ISSN 0193-9459.
127. KOBAYASHI, S., YAMAMOTO-MITANI, N., NAGATA, S. et al. 2008. End-of-life care for older adults with dementia living in group homes in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*. 5(1), 31-41. ISSN 1742-7932.
128. KOLCABA, K. 1994. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19(6), 1178-1184. ISSN 0309-2402.
129. KOLCABA, K., TILTON, C., DROUIN, C. 2006. Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*. 36(11), 538-544. ISSN 0002-0443.
130. KRINSKY, R., MURILLO, I., JOHNSON, J. 2014. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*. 27(2), 147-150. ISSN 0897-1897.

131. KUTNEY-LEE, A., BRENNAN, C.W., METERKO, M. et al. 2015. Organization of nursing and quality of care for veterans at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 49(3), 570-577. ISSN 0885-3924.
132. KUUPPELOMÄKI, M. 2001. Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments. *Journal of Clinical Nursing*. 10(5), 660-670. ISSN 0962-1067.
133. KVALE, E., DIONNE-ODOM, J.N., REDDEN, D.T. et al. 2015. Predictors of Physical Restraint Use in Hospitalized Veterans at End of Life: An Analysis of Data from the BEACON Trial. *Journal of Palliative Medicine*. 18(6), 520-526. ISSN 1096-6218.
134. LAMBA, S., BERLIN, A., GOETT, R. 2016. Assessing Emotional Suffering in Palliative Care: Use of a Structured Note Template to Improve Documentation. *Journal of Pain and Symptom Management*. 52(1), 1-7. ISSN 0885-3924.
135. LANGE, M., THOM, B., KLINE, N. 2008. Assessing nurses' attitudes toward death and caring of dying patients in a comprehensive cancer centers. *Oncology Nursing Forum*. 35(5), 955-959. ISSN 0190-535X.
136. LIND, R., LOREM, G.F., NORTVEDT, P. et al. 2012. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics*. 19(5), 666-676. ISSN 0969-7330.
137. LITTLEWOOD, J. 1992. The Denial of Death and Rites of Passage in Contemporary Societies. *The Sociological Review*. 40(S1), 69-84. ISSN 0038-0261.
138. LOGGERS, E.T., STARKS, H., SHANNON-DUDLEY, M. et al. 2013. Implementing a death with dignity program at a comprehensive cancer center. *The New England Journal of Medicine*. 368(15), 1417-1424. ISSN 0028-4793.
139. LOKKER, M.E., GWYTHHER, L., RILEY, J.P. et al. 2016. The Prevalence and Associated Distress of Physical and Psychological Symptoms in Patients With Advanced Heart Failure Attending a South African Medical Center. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 31(4), 313-322. ISSN 0889-4655.
140. LOKKER, M.E., OFFERMAN, M.P., VAN DER VELDEN L.A. et al. 2013. Symptoms of patients with incurable head and neck cancer: prevalence and impact on daily functioning. *Head & Neck*. 35(6), 868-876. ISSN 1043-3074.

141. LOPEZ, R. 2007. Suffering and Dying Nursing Home Residents: Nurses' Perceptions of the Role of Family Members. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 9(3), 141-149. ISSN 1522-2179.
142. LOUCKA, M., PAYNE, S.A., BREARLEY, S.G., SLAMA, O, SPINKOVA, M. 2014b. Where do people not want to die? A representative survey of views of general population and health care professionals in the Czech Republic. *Progress in Palliative Care*. 22(5), 264-271. ISSN 0969-9260.
143. LOUCKA, M., PAYNE, S.A., BREARLEY, S., EURO IMPACT. 2014a. Place of death in the Czech Republic and Slovakia: a population based comparative study using death certificates data. *BMC Palliative Care*. [on line] 13(1), 13. ISSN 1472-684X [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-684X-13-13.pdf>
144. MACHOVÁ, A., SEDLÁKOVÁ, G., TÓTHOVÁ, V. 2009. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt*. 11(2), 333-338. ISSN 1212-4117.
145. MAINOUS, A. G., III, HUESTON, W. J. 1997. Using other people's data: The ins and outs of secondary data analysis. *Family Medicine*. 29(8), 568-571. ISSN 0742-3225.
146. MAKO, C., GALEK, K., POPPITO, S.R. 2006. Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *Jurnal of Palliative Medicine*. 9(5), 1106-1113. ISSN 1096-6218.
147. MARTIRE, L.M., LUSTIG, A.P., SCHULZ, R. et al. 2004. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*. 23(6), 599-611. ISSN 0278-6133.
148. MASCC. 2015. *Supportive care* [on line] 2015 [cit. 2016-07-18]. Dostupné z: <<http://www.mascc.org/about-mascc>>
149. MATTHIE, N., McMILLAN, S.C. 2014. Pain: a descriptive study in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 18(2), 205-210. ISSN 1092-1095.
150. MAZER, S. E. 2006. Increase patient safety by creating a quieter hospital environment. *Biomedical Instrumentation & Technology*. 40(2), 145-146. ISSN 0899-8205.

151. MC CLAIN-JACOBSON, C., ROSENFELD, B., KOSINSKI, A. et al. 2004. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*. 26(6), 484-486. ISSN 0163-8343.
152. MC CLOCKY, J., BULECHEK, G. 2004. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4<sup>th</sup> ed. Iowa: Mosby. 1062 p. ISBN 0-323-02392-4.
153. McCABE, C. 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 13(1), 41-49. ISSN 0962-1067.
154. MERAVIGLIA, M. G. 2004. The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*. 31(1), 89-94. ISSN 0190-535X.
155. MILLIGAN, S. 2011. Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nursing Standard*. 26(4), 47-56. ISSN 0029-6570.
156. MOK, E., WONG, F., WONG, D. 2010. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*. 66(2), 360-370. ISSN 1365-2648.
157. MOSENTHAL, A.C., WEISSMAN, D.E., CURTIS, J.R. et al. 2012. Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: A report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. *Critical Care Medicine*. 40(4), 1199-1206. ISSN 0090-3493.
158. MOSSIN, H., LANDMARK, B.T. 2011. Being present in hospital when the patient is dying - A grounded theory study of spouses experiences. *European Journal of Oncology Nursing*. 15(5), 382-389. ISSN 1462-3889.
159. MULARSKI, R.A., CURTIS, J.R., BILLINGS, J.A. et al. 2006. Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: a consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Work group. *Critical Care Medicine*. 34(11), S404-S411. ISSN 0092-3493.
160. MURTAGH, F. E., PRESTON, M., HIGGINSON, I. 2004. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clinical Medicine*. 4(1), 39-44. ISSN 1470-2118.
161. NARAYANASAMY, A. 2007. Palliative care and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care*. 13(2), 32-41. ISSN 0973-1075.

162. NARAYANASAMY, A., CLISSETT, P., PARUMAL, L. et al. 2004. Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 48(1), 6-16. ISSN 1365-2648.
163. NATIONAL COUNCIL FOR PALLIATIVE CARE (NCPC). 2014. *The end of life care strategy: New ambitions*. London: NCPC. 24 p. ISBN 978-1-910286-00-5.
164. NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ORGANIZATION. 2015. *NHPCO Facts and Figures on Hospice Care. Hospice Care in America*. [online]. 2015 Edition. [cit.2016-07-18]. Dostupné z: [http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics\\_Research/2015\\_Facts\\_Figures.pdf](http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2015_Facts_Figures.pdf)
165. NEŠPOROVÁ, O. 2011. Obřady loučení se zesnulými: sekulární, náboženské nebo raději žádné pohřby? *Socialní studie*. 8(2), 57-85. ISSN 1214-813X.
166. NIXON, A., NARAYANASAMY, A. 2010. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 19(15-16), 2259-2264. ISSN 0962-1067.
167. NYATANGA, B. 2016. Spiritual needs in palliative care and the possibility of being nothing. *British Journal of Community Nursing*. 21(3), 159-160. ISSN 1462-4753.
168. OGASAWARA, C., HASEGAWA, T., KUME, Y. et al. 2005. Nursing Diagnose and Interventions of Japanese Patients with End-Stage Breast Cancer Admitted for Different Care Purposes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*. 16(3/4), 54-64, ISSN 1541-5147.
169. OLSON, D.M., BOREL, C.O., LASKOWITZ, D.T. et al. 2001. Quiet time: A nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. *American Journal of Critical Care*. 10(2), 74-78. ISSN 1062-3264.
170. ONDER, G., CARPENTER, I., FINNE-SOVERI, H. et al. 2012. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long Term Care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*. 12, 5. ISSN 1472-6963.
171. ONO, W. 2013. Relationships among actions, antecedents, and outcomes of grief care for bereaved caregivers: Surveying visiting nurses through out Japan. *Japan Journal of Nursing Science*. 10(2), 212-222. ISSN 1742-7932.

172. PALEY, J. 2009. Religion and the secularization of health care. *Journal of Clinical Nursing*. 18(14), 1963-1974. ISSN 0962-1067.
173. PARK, K.S., YEOM, H.A. 2014. Factors influencing Korean nurses' attitudes towards hospice care. *International nursing review*. 61(4), 563-569. ISSN 0020-8132.
174. PEARCEY, P. 2010. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing Practice*. 16(1), 51-56. ISSN 1322-7114.
175. PENSON, R., PARTRIDGE, R., SHAH, M. et al. 2005. Fear of Death. *The Oncologist*. 10(2), 160-169. ISSN 1083-7159.
176. PERRELS, A.J., FLEMING, J., ZHAO, J. et al. 2014. Place of death and end-of-life transitions experienced by very old people with differing cognitive status: retrospective analysis of a prospective population-based cohort aged 85 and over. *Palliative medicine*. 28(3), 220-233. ISSN 0269-216.
177. PIVODIC, L., PARDON, K., MORIN, L. et al. 2016. Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 70(1), 17-24. ISSN 0143-005X.
178. PLESCHBERGER, S. 2007. Dignity and challenge of dying in nursing homes: the residents's view. *Age and Ageing*. 36(2), 197-202. ISSN 0002-0729.
179. POLIT, D., BECK, CH. 2008. *Nursing Research*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 796 p. ISBN 978-0-7817-9468-8.
180. POROCK, D., POLLOCK, K. JURGENS, F. 2009. Dying in public: the nature of dying in an acute hospital setting. *Journal of Housing for the Elderly*. 3(1-2), 10-28. ISSN 0276-3893.
181. POWAZKI, R., WALSH, D., COTHREN, B. et al. 2014. The care of the actively dying in an academic medical center: a survey of registered nurses' professional capability and comfort. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 31(6), 619-627. ISSN 1049-9091.

182. PRINCE-PAUL, M., EXLINE, J. 2010. Personal Relationships and Communication Messages at the End of Life. *The Nursing Clinics of North America*. 45(3), 449-463. ISSN 0029-6465.
183. PROULX, K., JACELON, C. 2004. Dying with dignity: The good patient versus the good death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 21(2), 116-120. ISSN 1049-9091.
184. PUCHALSKI, C.M., FERRELL, B., O'DONNELL, E. 2011. Spiritual Issues in Palliative Care. In: BRUERA, E., YENNURAJALINGAM, S. (eds.) *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press, USA, p. 253-268. ISBN 978-0195380156.
185. RADBRUCH, L., PAYNE, S. 2009. White paper on standards and norms for hospice a palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 16(6), 278-289. ISSN 1352-2779.
186. RADBRUCH, L., PAYNE, S. 2010a. White paper on standards and norms for hospice a palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*. 17(1), 22-32. ISSN 1352-2779.
187. RADBRUCH, L., PAYNE, S. et al. 2010b. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů. 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
188. RANDERS, I., MATTIASSON, A. C. 2004. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*. 45(1), 63-71. ISSN 0309-2402.
189. RIVOLTA, M., RIVOLTA, L., GARRINO, L. et al. 2014. Communication of the death of a patient in hospices and nursing homes: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 18(1), 29-34. ISSN 1462-3889.
190. ROCQUE, G. B., CLARY, J. F. 2013. Palliative care reduces morbidity and mortality in cancer. *Nature Reviews. Clinical Oncology*. 10(2), 80-89. ISSN 1794-4774.
191. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
192. SAUTIER, L.P., VEHLING, S., MEHNERT, A. 2014. Assessment of patients' dignity in cancer care: preliminary psychometrics of the German version of the



- patient dignity inventory (PDI-G). *Journal of Pain and Symptom Management*. 47(1), 181-188. ISSN 0885-3924.
193. SAWATZKY, R., PESUT, B. 2005. Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 23(1), 19-23. ISSN 0898-0101.
194. SCARRE, G. 2012. Can there be a good death. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 18(5), 1082-1086. ISSN 1356-1294.
195. SCHLAIRET, M.C. 2009. End-of-life nursing care: statewide survey of nurses' education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing*. 25(3), 170-177. ISSN 8755-7223.
196. SHERMAN, D.W. 2010. Culture and spirituality as domains of quality palliative care. In: MATZO, M., SHERMAN, D. W. (eds.). *Palliative Care Nursing. Quality Care to the End of Life*. 3rd ed. New York: Springer, p. 3-38. ISBN 978-0-8261-5791-1.
197. SHERMAN, D., NORMAN, R., BEYER MC SHERRY, CH. 2010. A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients With Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 21(2), 99-112. ISSN 1055-3290.
198. SHIM, E., HAHM, B. 2011. Anxiety, helplessness/hopelessness and 'desire for hastened death' in Korean cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 20(3), 395-402. ISSN 0961-5423.
199. SIBBALD, R., DOWNAR J., HAWRYLUCK, L. 2008. Perceptions of the futile care among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*. 177(10), 1201-1208. ISSN 0820-3946.
200. SINGER, A., MEEKER, D., TENO, J. et al. 2015. Symptom trends in the last year of life, 1998-2010: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*. 162(3), 175-183. ISSN 0003-4819.
201. SLÁMA, O. 2008. *Dobrá smrt v nemocnici – přání nebo realita?* [online]. 2008 [cit. 2016-08-03]. Dostupné z: <http://old.umirani.cz/res/data/007/000828.pdf>
202. SLÁMA, O., KABELKA, L., ŠPINKOVÁ, M. 2013. *Paliativní péče v České republice v roce 2013*. [online] [cit. 2016-08-01]. Dostupné z:

<http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/paliativni-pece-v-ceske-republice-v-roce-2013>

203. SMITH, A.K., AYANIAN, J.Z., COVINSKY, K.E. et al. 2011. Conducting High-Value Secondary Dataset Analysis: An Introductory Guide and Resources. *Journal of General Internal Medicine*. 26(8), 920-929. ISSN 0884-8734.
204. SMYTH, J.F. 2008. Disclosing gaps between supportive and palliative care. The past 20 years. *Supportive Care in Cancer*. 16(2), 109-111. ISSN 0941-4355.
205. SOLEIMANI, M.A., LEHTO, R.H., NEGARANDEH, R. et al. 2016. Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer. *Cancer Nursing*. Feb 26. doi: 10.1097/NCC.0000000000000355. [Epub ahead of print]
206. SPPC. 2007. *Palliative and End of Life Care in Scotland: The Case for a Cohesive Approach - Report and Recommendations to the Scottish Executive*. Scottish Partnership for Palliative Care. [on line]. Edinburg, May 2007 [cit. 2016-07-18]. Dostupné z: [http://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/Palliative\\_and\\_End\\_of\\_Life\\_Care\\_in\\_Scotland.pdf](http://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/Palliative_and_End_of_Life_Care_in_Scotland.pdf)
207. STEINHAUSER, K.E., CHRISTAKIS, N., CLIPP, E. et al. 2000. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 284(19), 2476-2482. ISSN 0098-7484.
208. STEM/MARK. 2013. *Umírání a péče o nevylečitelně nemocné II. Závěrečná zpráva*. [on line]. Praha, září 2013 [cit. 2016-07-15]. Dostupné z: <http://data.umirani.cz/#temata>.
209. TANG, S.T., CHEN, J.S., CHOU, W.C. et al. 2016. Longitudinal Analysis of Severe Anxiety Symptoms in the Last Year of Life Among Patients With Advanced Cancer: Relationships With Proximity to Death, Burden, and Social Support. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 14(6), 727-734. ISSN 1540-1405.
210. TAY, L.H., HEGNEY, D., ANG, E. 2011. Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 9(2), 151-164. ISSN 1744-1595.

211. TAYLOR, C. 2004. Reviewing nursing support in cancer care. *Cancer Nursing Practice*. 3(3), 26-31. ISSN 1475-4266.
212. TAYLOR, E.J., OUTLAW, F.H. 2002. Use of prayer among persons with cancer. *Holistic Nursing Practice*. 16(3), 46-60. ISSN 0887-9311.
213. TAYLOR-FORD, R., CATLIN, A., LA PLANTE, M. et al. 2008. Effect of a noise reduction program on a medical-surgical unit. *Nursing Research*. 17(2), 74-88. ISSN 0193-9459.
214. TEMKIN-GREENER, H., ZHENG, N.T., XING, J. et al. 2013. Site of Death among Nursing Home Residents in the United States: Changing Patterns, 2003–2007. *Journal of the American Medical Directors Association*. 14(10), 741-748. ISSN 1525-8610.
215. TENO, J.M., CLARRIDGE, B.R., CASEY, V. et al. 2004. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 291(1), 88-93. ISSN 0098-7484.
216. TENO, J.M., GOZALO, P.L., BYNUM, J.P. et al. 2013. Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. 309(5), 470-477. ISSN 0098-7484.
217. TERRIS, D.D., LITAKER, D.G., KOROUKIAN, S.M. 2007. Health state information derived from secondary databases is affected by multiple sources of bias. *Journal of Clinical Epidemiology*. 60(7), 734-741. ISSN 0895-4356.
218. THE SOCIETY OF GENERAL INTERNAL MEDICINE. 2016. *The SGIM Research Dataset Compendium*. [online]. 2016. [cit.2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.sгим.org/communities/research/dataset-compendium>
219. TORNØE, K.A., DANBOLT, L.J., KVIGNE, K. et al. 2015. The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*. 14, 62. ISSN 1472-6955.
220. TORNØE, K A., DANBOLT, L.J., KVIGNE, K. et al. 2014. The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*. 13, 25. doi: 10.1186/1472-6955-13-25.
221. TOUHY, T., BROWN, C., SMITH, C. 2005. Spiritual caring: end of life a nursing home. *Journal of Gerontology Nursing*. 31(9), 27-35. ISSN 0098-9134.

222. UNITED NATIONS Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN DoEaSA). 2016. *World Population Prospects, the 2015 Revision*. New York: United Nations. [online]. 2016. [cit.2016-07-18]. Dostupné z: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>
223. UZIS ČR. 2013a. *Zemřelí 2012*. Praha: UZIS. 161 s. ISBN 978-80-7472-043-7.
224. UZIS ČR. 2014. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Praha: UZIS ČR. 276 s. ISBN 978-80-7472-135-9.
225. VAN LEEWEN, R., TIESINGA, L., POST, D. et al. 2006. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 15(7), 875-884. ISSN 0962-1067.
226. VOLKER, D., KAHN, D., PENTICUFF, J.J. 2004. Patient Control and End-of-Life Care Part I: The Advanced Practice Nurse Perspective. *Oncology Nursing Forum*. 31(5), 945-953. ISSN 0190-535X.
227. VOSIT-STELLER, J., WHITE, P., BARRON, A. et al. 2010. Enhancing end-of-life care with dignity: characterizing hospice nursing in Romania. *International Journal of Palliative Nursing*. 16(9), 459-464. ISSN 1357-6321.
228. WAFAA, G., NAHED, S. 2010. Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. *Journal of Medical and Biomedical Sciences*. 1(1), 16-23. ISSN 2078-0273.
229. WALLACE, M., O'SHEA, E. 2007. Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*. 21(6), 285-289. ISSN 0887-9311.
230. WALLING, A.M., ASCH, S. M., LORENZ, K.A. et al. 2010. The quality of care provided to hospitalized patients at the end of life. *Archives of Internal Medicine*. 170(12), 1057-1063. ISSN 0003-9926.
231. WIJK, H., GRIMBY, A. 2008. Needs of elderly patients in palliative care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 25(2), 106-111. ISSN 1049-9091.
232. WILLS, A.A., PÉREZ, A., WANG, J. et al. 2016. Exploratory Trials in Parkinson Disease (NET-PD) Investigators. Association Between Change in Body Mass Index, Unified Parkinson's Disease Rating Scale Scores, and Survival Among Persons With Parkinson Disease: Secondary Analysis of Longitudinal Data From

- NINDS Exploratory Trials in Parkinson Disease Long-term Study 1. *JAMA Neurology*. 73(3), 321-328. ISSN 2168-6149.
233. WOOLHEAD, G., CALNAN, M., DIEPPE, P. et al. 2004. Dignity in older age: what do patients in the United Kingdom think? *Age and Ageing*. 33(2), 165-170. ISSN 0002-0729.
234. YAM, B.M., ROSSITER, J.C. 2000. Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 9(2), 293-302. ISSN 0962-1067.
235. YAMADA, Y., DENKINGER, M.D., ONDER, G. et al. 2016a. Dual Sensory Impairment and Cognitive Decline: The Results From the Shelter Study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 71(1), 117-123. ISSN 1079-5006.
236. YAMADA, Y., DENKINGER, M.D., ONDER, G. et al. 2015. Impact of dual sensory impairment on onset of behavioral symptoms in European nursing homes: results from the Services and Health for Elderly in Long-Term Care study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 16(4), 329-333. ISSN 525-8610.
237. YAMADA, Y., DENKINGER, M.D., ONDER, G. et al. 2016b. Joint Associations of Dual Sensory Impairment and No-Activity Involvement With 1-Year Mortality in Nursing Homes: Results From the SHELTER Study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 71(5), 643-648. ISSN 1079-5006
238. YAMADA, Y., VLACHOVA, M., RICHTER, T. et al. 2014. Prevalence and correlates of hearing and visual impairments in European nursing homes: results from the SHELTER study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 15(10), 738-743. ISSN 525-8610.
239. YAO, Y., KEENAN, G., AL-MASALHA, F. et al. 2013. Current State of Pain Care for Hospitalized Patients at End of Life. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 30(2), 128-136. ISSN 1049-9091.
240. STTI. 2016. *Nursing research grants*. [online]. 2016. [cit.2016-08-21]. Dostupné z: <http://www.nursingsociety.org/advance-elevate/research/research-grants>.

## SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1	Přehled rešeršní strategie a dalších použitých zdrojů.....	10
Obrázek 2	Komfort závěru života .....	18
Obrázek 3	Operacionalizace pojmu „Institucionální prostředí“ .....	50
Obrázek 4	Operacionalizace pojmu „Ošetrovatelská aktivita“.....	51
Obrázek 5	Operacionalizace pojmu „Dimenze komfortu“ .....	52
Obrázek 6	Operacionalizace pojmu „Profesionální způsobilost“ .....	52
Obrázek 7	Fyzická dimenze.....	69
Obrázek 8	Sociální dimenze .....	70
Obrázek 9	Psychologická dimenze .....	70
Obrázek 10	Spirituální / existenciální dimenze .....	71
Obrázek 11	Suťový graf .....	83
Obrázek 12	Charakteristiky péče v závěru života v institucionálním prostředí .....	88

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Aktivity NIC intervence Péče o umírající (5260).....	29
Tabulka 2	Aktivity NIC intervence Duchovní podpora (5420).....	33
Tabulka 3	Porovnání fází sekundární analýzy a prospektivní studie .....	38
Tabulka 4	Primární studie využité pro sekundární analýzu dat .....	47
Tabulka 5	Soubor ošetrovatelských aktivit pro sekundární analýzu dat .....	57
Tabulka 6	Demografická data souboru respondentů sekundární analýzy .....	61
Tabulka 7	Rozdělení aktivit do čtyř dimenzí komfortu.....	63
Tabulka 8	Využívání souborů aktivit jednotlivých dimenzí komfortu .....	64
Tabulka 9	Míra využívání aktivit fyzické dimenze.....	65
Tabulka 10	Míra využívání aktivit psychologické dimenze .....	66
Tabulka 11	Míra využívání aktivit spirituální / existenciální dimenze .....	66
Tabulka 12	Míra využívání aktivit sociální dimenze .....	67
Tabulka 13	Korelace s délkou praxe a věkem sester .....	68
Tabulka 14	Korelace s typem pracoviště.....	68
Tabulka 15	Porovnání pracovišť .....	69
Tabulka 16	Korelace se vzděláním sester.....	71
Tabulka 17	Korelace prediktorů s mírou využívání souborů jednotlivých dimenzí.....	74
Tabulka 18	Fyzická dimenze .....	75
Tabulka 19	Sociální dimenze .....	76
Tabulka 20	Psychologická dimenze.....	76
Tabulka 21	Spirituální/existenciální dimenze.....	77
Tabulka 22	Korelace aktivity A 25 s ostatními aktivitami .....	81
Tabulka 23	Ověření použitelnosti faktorové analýzy.....	82
Tabulka 24	Stanovení počtu faktorů .....	83
Tabulka 25	Přřazení aktivit k jednotlivým faktorům .....	84
Tabulka 26	Aktivity zahrnuté do jednotlivých faktorů .....	85

## SEZNAM ZKRATEK

ADP	agentura domácí péče
AELCN	American End of Life Care Nursing
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
AZV	aplikovaný zdravotnický výzkum
CIA	Central Intelligence Agency
ČR	Česká republika
ČSU	Český statistický úřad
DpS	domov pro seniory
EAPC	European Association for Palliative Care
EBP	Evidence Based Practice
ELNEC	The End-of-Life Nursing Education Consortium
EOL	End of life
FZV	Fakulta zdravotnických věd
GA ČR	Grantová agentura České republiky
ICNRC	Intensive Care National Audit and Research Centre
JIP	jednotka intenzivní péče
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MASCC	The Multinational Association of Supportive Care in Cancer
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NCPC	National Council for Palliative Care
NHPCO	National Hospice and Palliative Care Organization.
NIC	Nursing Interventions Classification



SD	směrodatná odchylka
SGIM	The Society of General Internal Medicine
SPPC	Scottish Partnership for Palliative Care“
SZŠ	střední zdravotnická škola
tj.	to jest
UN DoEaSA	United Nations Department of Economic and Social Affairs
UP	Univerzita Palackého
USA	Spojené státy americké
UZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VES	jednostupňová veřejná soutěž o účelovou podporu MZ
VS	všeobecná sestra
vs.	versus
VŠ	vysoká škola
VZŠ	vyšší zdravotnická škola

## SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha I

KISVETROVÁ, H., KLUGAR, M. KABELKA L Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering from death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013, 19(12), 599–605. ISSN 1357-632

### Příloha II

KISVETROVÁ, H. Support of family members within the nursing intervention Dying Care. *Kontakt*, 2014, 16(1), e24-e30. ISSN 1212-4117.

### Příloha III

KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D., JOANOVIČ, E. et al. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Scholarship*, 2016b, 48(2), 139-146. ISSN 1547-5069.

### Příloha IV

KISVETROVÁ, H., JOANOVIČ, E., VÉVODA, J. et al. Dying care nursing intervention in the institutional care of end-of-life patients. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2016a, Mar 16. doi: 10.1111/2047-3095.12128. [Epub ahead of print]. ISSN 2047-3095.

KISVETROVÁ, H., KLUGAR, M. KABELKA L Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering from death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013, 19(12), 599–605. ISSN 1357-6321.

Dostupné na:

<https://www.magonlineibrary.com/doi/full/10.12968/ijpn.2013.19.12.599>



ELSEVIER

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

## Original research article

# Podpora rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské intervence *Péče o umírající*

## Support of family members within the nursing intervention *Dying Care*

Helena Kisvetrová\*

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

## INFORMACE O ČLÁNKU

Submitted: 2013-07-01  
 Accepted: 2013-12-18  
 Published online: 2014-03-21

## Keywords:

dying care  
 nursing interventions  
 family member  
 end-of-life care

## ABSTRACT

The intervention *Dying Care* from the Nursing Intervention Classification (NIC) includes six activities to support family members. The aim of the study was to find out if nurses perform these activities, and whether they consider their introduction into contemporary nursing practice in the Czech Republic to be feasible. We used a quantitative approach in which we carried out a cross-sectional study, which incorporated a non-standardised structured questionnaire with two Likert scales. The 468 participants in the study were nurses from hospices, oncology departments, geriatric departments, long-term care facilities, homes for the elderly and home care agencies.

The results showed that the nurses most often employ the activity *Support the family's efforts to remain at the bedside* (scale average 1.72) and *Facilitate obtaining spiritual support for patient and family* (scale average 2.06). The nurses also consider the introduction of these two activities into contemporary nursing practice to be feasible. One fifth of the nurses stated they always use the activity *Include the family in care decisions and activities, as desired* (scale average 2.38) and *Encourage patient and family to share feelings about death* (scale average 2.51). All the above mentioned activities were most frequently used by nurses in hospices.

The results suggest that the importance of these activities is recognised by nurses across settings. However, they see the actual feasibility differently. This confirms the need to include family support in care for the dying even in the settings which primarily do not provide specialised palliative care.

## SOUHRN

## Klíčová slova:

péče o umírající  
 ošetrovatelská intervence  
 rodinný příslušník  
 péče v závěru života

Intervence *Péče o umírající* z mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC) zahrnuje šest aktivit na podporu rodinných příslušníků. Cílem studie bylo zjistit, zda je sestry využívají a považují za reálně implementovatelné v současné ošetrovatelské praxi v České republice. Byla použita kvantitativní metoda – průřezová studie, nestandardizovaný strukturovaný dotazník se dvěma Likertovými škálami. Studie se zúčastnilo 468 sester z hospiců, onkologických oddělení, geriatrických oddělení, léčeben pro dlouhodobě nemocné, domovů pro seniory a agentur domácí péče.

\* **Korespondenční autor:** PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D., Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc; e-mail: [helena.kisvetrova@upol.cz](mailto:helena.kisvetrova@upol.cz)  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2013.12.001>

Výsledky ukázaly, že sestry nejčastěji využívaly aktivity *Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta* (průměr škály 1,72) a *Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu* (průměr škály 2,06). Tyto aktivity také nejvíce sester považovalo za reálně implementovatelné do současné ošetrovatelské praxe. Pětina sester uvedla, že vždy realizuje aktivity *Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech* (průměr škály 2,38) a *Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti* (průměr škály 2,51). Všechny uvedené aktivity využívaly častěji sestry v hospicích.

Výsledky naznačují, že významnost těchto aktivit vnímají sestry napříč spektrem pracovišť. Reálnou možnost jejich implementace ale vidí rozdílně. Potvrzuje to nutnost více zahrnout podporu rodiny do péče o umírající i na pracovištích, která primárně neposkytují specializovanou paliativní péči.

© 2014 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.  
Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o. o. All rights reserved.

## Úvod

Umírající člověk potřebuje přítomnost blízké osoby, která by mu v závěru života pomáhala zvládat emocionální stres, beznaděj a osamělost. V mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských intervencí (NIC) je ve 3. doméně (chování) v rámci třídy R (podpora při zvládnutí zátěže) zařazena intervence „Péče o umírající“. Je definovaná jako podpora tělesného komfortu a psychologického klidu v konečné fázi života. Obsahuje soubor 24 definovaných aktivit somatické a psycho-socio-spirituální dimenze. Je zde i šest aktivit, které se zaměřují nejen na pacienta, ale i na podporu rodinných příslušníků [1]:

- podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta;
- respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči;
- usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu;
- zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech;
- podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti;
- podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku.

Cílem průřezové studie bylo zjistit, zda sestry využívají v rámci intervence Péče o umírající i aktivity zaměřené na podporu rodinných příslušníků pacienta. Dále pak zmapovat, zda tyto aktivity sestry subjektivně považují za reálně implementovatelné v současné české ošetrovatelské praxi.

## Metodika a charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry s minimálně jedním rokem praxe v následujících pracovištích: hospic, onkologické oddělení, geriatrické oddělení, léčebna dlouhodobě nemocných (LDN), domov pro seniory (DpS) a agentura domácí péče (ADP). Pro stanovení velikosti výběrového souboru byla použita metodika, kterou uvádí Žiaková [2]. Při velikosti základního souboru do 50 000 doporučuje velikost výběrového souboru 2,5 %. Bylo proto distribuováno 750 dotazníků do 34 zdravotnických a sociálních institucí.

Geriatrická oddělení, onkologická oddělení a hospice byly vybrány podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Dále byly osloveny agentury domácí péče, jejichž sestry se zúčastnily semináře „Umírání v domácím prostředí“. Sestry z domovů pro seniory a z léčeben pro dlouhodobě nemocné byly osloveny prostřednictvím zástupců pracovišť, kteří se zúčastnili v roce 2009 mezinárodní konference „Důstojné umírání II“, kde byla široce diskutována i problematika umírání v institucionálních podmínkách následné ošetrovatelské péče [3]. Tento postup výběru respondentů eliminoval riziko zkreslení výsledků způsobené skutečností, že by dotazníky vyplňovali respondenti z pracovišť, kde s péčí o terminálně nemocné nemají zkušenosti.

Pro získání empirických dat byla zvolena kvantitativní metoda, strukturovaný nestandardizovaný dotazník, který je součástí dotazníkového souboru zaměřeného na ošetrovatelský problém úzkosti ze smrti v České republice. Dotazník obsahoval soubory otázek odpovídající jednotlivým definovaným aktivitám NIC intervence *Péče o umírající*, které zahrnují i aktivity zaměřené na rodinné příslušníky. Otázky byly doplněny dvěma pětistupňovými Likertovými škálami, které zjišťovaly frekvenci jednotlivých aktivit a subjektivní názor sester na reálnost implementace těchto aktivit do současné praxe. Vnitřní konzistence byla testována v rámci předvýzkumu, kterého se zúčastnilo 20 sester z klinické praxe (Cronbachova alfa = 0,92). Obsahová validita nástroje je dána skutečností, že pro jeho vytvoření byla použita mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí. Pro zpracování dat byl použit statistický software SPSS – verze 15, popisná statistika, chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance a analýza adjustovaných reziduí, dále testy Mann-Whitney a Kruskal-Wallis. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti  $p = 0,05$ . Výzkum byl schválen Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a byl realizován v roce 2011.

## Teorie/výpočet

Současná technologicky vyspělá, sekularizovaná a konzumní společnost smrt tabuizuje. Umírání se přesouvá z domácího prostředí do anonymity zdravotnických a sociálních institucí [4]. Existenciální otázky závěru života se proto stávají naléhavými až při ohrožení vlastního života

nebo při konfrontaci s umíráním a smrtí blízkých. Člověk si náhle zřetelně uvědomuje realitu konečnosti lidské existence. Vyvolává to nejistotu a pocit bezmoci, který způsobuje psychologický distres nemocného i rodiny [5, 6]. Umírající proto touží po přítomnosti nejbližších, kteří ho podporují a pomáhají mu vytvářet pocit blízkosti, respektu, důstojnosti a usmíření [7, 8]. Pochopení těchto faktů přispívá k lepšímu posouzení potřeb pacientů i jejich rodin [9]. Intervence zaměřené na rodinné příslušníky mají pozitivní dopad i na pacienta, a to v oblasti deprese, úzkosti a spokojenosti ve vztahu s nejbližšími [10].

Ošetrovatelské aktivity by se proto měly zaměřovat na podporu sociální opory rodinných příslušníků pacienta a ujistění, že jsou personálem vnímáni jako aktivní účastníci péče. Tento přístup zahrnuje naslouchání a uklidnění, poskytnutí dostatečných informací, umožnění přítomnosti u pacienta a nabídku duchovní podpory. Zařazení aktivit zaměřených na podporu rodinných příslušníků do mezi-

národní klasifikace ošetrovatelských intervencí potvrzuje jejich význam pro péči o pacienta v závěru života.

## Výsledky

### Demografické charakteristiky výzkumného souboru

Průměrný věk respondentů byl 38,6 roku. Nejnižší průměr měli respondenti z onkologických oddělení (37,0 roku), naopak nejvyšší byl v domovech pro seniory (42,3 roku). Co se týká vzdělání, mělo nejvíce respondentů středoškolské vzdělání (58,8 %). Průměrná délka praxe respondentů byla 15,5 roku. Nejdelší praxi měli respondenti z domovů pro seniory (21,7 roku), nejkratší z agentur domácí péče (12,1 roku). Za věřící se označilo 42,7 % respondentů (tab. 1). Celková návratnost dotazníků byla 62,4 % (468 ze 750 distribuovaných).

**Tabulka 1 – Demografické charakteristiky výzkumného souboru (n = 468)**

	LDN	hospic	onkologie	geriatrie	DpS	ADP	celkem
<b>N</b>	84	81	138	69	67	29	468
<b>%</b>	18,0 %	17,3 %	29,5 %	14,7 %	14,3 %	6,2 %	100 %
<b>Věk</b>							
Min.–max.	21–65	22–67	20–60	21–56	25–65	19–56	19–67
Medián	40,0	38,0	35,5	36,0	41,0	30,0	38,0
Průměr	40,3	38,7	37,0	38,5	42,3	32,7	38,6
+SD	11,3	11,0	10,7	9,5	9,2	9,1	10,6
<b>Vzdělání</b>							
Středoškolské	66,7 %	58,0 %	48,6 %	62,3 %	68,7 %	55,3 %	58,8 %
Specializační	23,8 %	22,2 %	21,0 %	29,0 %	25,4 %	17,2 %	23,3 %
Vyšší odborné	4,7 %	7,5 %	13,0 %	2,9 %	2,9 %	6,9 %	7,2 %
Vysokoškolské	4,8 %	12,3 %	17,4 %	5,8 %	3,0 %	20,6 %	10,7 %
<b>Délka praxe</b>							
Min.–max.	1–46	1–49	1–38	1–35	2–45	1–32	1–49
Medián	15,0	10,0	12,0	17,0	21,0	10,0	14,0
Průměr	17,0	12,6	13,2	17,0	21,7	12,1	15,5
+SD	11,8	10,1	10,1	9,5	9,4	8,9	10,6
<b>Víra</b>							
Věřící	41,7 %	46,9 %	37,7 %	40,6 %	53,7 %	37,9 %	42,7 %
Nevěřící	58,3 %	53,1 %	62,3 %	59,4 %	46,3 %	62,1 %	57,3 %

### Využívání aktivit podporujících rodinné příslušníky

Respondenti uváděli využívání jednotlivých aktivit, které odpovídaly definovaným aktivitám NIC intervence „Péče o umírající“ na škále v rozmezí od „vždy“ po „nikdy“. Nejčastěji byla uváděná aktivita *Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta* (průměr škály 1,72). Výsledky procentuálního zastoupení a průměr škály u aktivit, které zahrnují péči a podporu rodinných příslušníků, prezentuje tab. 2. Původní škála odpovědí na otázky týkající se využívání

definovaných aktivit byla zredukována na ordinální škálu se třemi kategoriemi: „vždy/často“, „občas/výjimečně“ a „nikdy“. Závislost mezi typem pracoviště a využíváním aktivit byla posouzena pomocí chí-kvadrát testu (tab. 3). Signifikance  $p < 0,05$  vypovídající o možné statisticky významné závislosti byly podrobeny další analýze. Byly porovnány jednotlivé typy pracovišť po dvojicích pomocí chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance (tab. 4).

- Aktivitu *Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti* využívalo v praxi „vždy/často“ signifikant-

ně více respondentů z hospice, LDN nebo onkologických oddělení ve srovnání s respondenty z geriatrických oddělení ( $p = 0,0001$ ;  $p = 0,014$ ;  $p = 0,019$ ).

- Signifikantně více respondentů z hospice také odpovědělo, že využívá „vždy/často“ aktivitu *Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu* ve srovnání s respondenty z LDN, onkologických a geriatrických oddělení, domovů pro seniory nebo agentur domácí péče ( $p < 0,0001$ ;  $p = 0,0004$ ;  $p = 0,022$ ;  $p = 0,0001$ ;  $p = 0,0001$ ).
- Aktivitu *Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta* využívá signifikantně více respondentů z hospice „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z LDN, onkologických a geriatrických oddělení, domovů pro seniory nebo agentur domácí péče ( $p = 0,001$ ;  $p = 0,007$ ;  $p = 0,0001$ ;  $p = 0,049$ ;  $p = 0,003$ ).
- Aktivitu *Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech* uvedlo signifikantně více responden-

tů z hospice „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z geriatrických oddělení ( $p = 0,016$ ).

Využívání aktivit v závislosti na dosaženém vzdělání bylo posouzeno pomocí chí-kvadrát testu (tab. 3). V případě, že byla prokázána signifikantní závislost mezi stupněm dosaženého vzdělání a využíváním konkrétní aktivity, byly následně porovnány jednotlivé typy vzdělání po dvojicích. K porovnání byl použit chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance.

- Signifikantně více respondentů s vysokoškolským vzděláním volilo odpověď „nikdy“ na otázku, zda při péči o pacienta využívají aktivitu *Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti* ve srovnání s respondenty se středoškolským vzděláním (16,7 % vs. 1,8 %;  $p = 0,0002$ ).

**Tabulka 2 – Využívání aktivit podporujících rodinné příslušníky**

Aktivita	vždy	často	občas	výjimečně	nikdy	průměr <sup>a</sup>
Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	48,8 %	34,6 %	12,8 %	3,6 %	0,2 %	1,72
Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	34,7 %	32,7 %	24,6 %	7,1 %	0,9 %	2,06
Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	23,9 %	41,2 %	30,2 %	4,1 %	0,6 %	2,16
Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech	19,9 %	39,4 %	25,9 %	12,4 %	2,4 %	2,38
Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	20,3 %	33,8 %	24,6 %	17,7 %	3,6 %	2,51
Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	25,3 %	25,7 %	23,9 %	18,8 %	6,3 %	2,57

<sup>a</sup> Průměr na Likertově škále

**Tabulka 3 – Využívání aktivit v závislosti na typu pracoviště a vzdělání sester**

Kód	Aktivita	Využívání aktivity		Možnost implementace	
		pracoviště $p$	vzdělání $p$	pracoviště $p$	vzdělání $p$
A1	Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	0,0001*	0,001*	0,006*	0,625
A2	Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	< 0,0001*	0,170	0,002*	0,539
A3	Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	< 0,0001*	0,767	0,165	0,310
A4	Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	0,011*	0,981	0,186	0,133
A5	Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči	0,018*	0,044*	0,197	0,045*
A6	Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	0,355	0,656	0,503	0,935

\* Hladina významnosti  $p = 0,05$ .

### **Subjektivní názor respondentů na reálnost implementace aktivit do současné české ošetrovatelské praxe**

Subjektivní názor na možnost implementace uvedených aktivit vyjadřovali respondenti na Likertově škále v rozmezí od „vždy“ po „nevím“. Výsledky uvádí tab. 5. Pro další statistické zpracování byla původní škála odpovědí zre-

dukována na ordinální škálu se třemi kategoriemi: „vždy/často“, „obtížně/ne“ a „nevím“. Závislost mezi typem pracoviště a názory respondentů na možnost implementovatelnosti aktivit byla posouzena pomocí chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance. Závislost mezi délkou praxe a názory respondentů byla posouzena pomocí testů Kruskal-Wallis a Mann-Whitney.



**Tabulka 4 – Porovnání typů pracovišť a aktivit podporujících rodinné příslušníky**

Pracoviště	Aktivita (kód) p			
	A1	A2	A4	A5
LDN/hospic	1,000	< 0,0001*	0,001*	0,127
LDN/onkologie	1,000	1,000	1,000	1,000
LDN/geriatrie	0,014*	0,123	1,000	1,000
LDN/DpS	1,000	1,000	1,000	1,000
LDN/ADP	1,000	0,421	1,000	1,000
Hospic/onkologie	0,106	0,0004*	0,007*	0,316
Hospic/geriatrie	< 0,0001*	0,022*	0,0001*	0,016*
Hospic/DpS	0,069	0,0001*	0,049*	1,000
Hospic/ADP	0,618	< 0,0001*	0,003*	1,000
Onkologie/geriatrie	0,019*	1,000	1,000	1,000
Onkologie/DpS	1,000	1,000	1,000	1,000
Onkologie/ADP	1,000	0,026*	1,000	1,000
Geriatrie/DpS	1,000	1,000	0,966	0,337
Geriatrie/ADP	0,195	0,002*	1,000	1,000
DpS/ADP	1,000	0,367	1,000	1,000

\* Hladina významnosti  $p = 0,05$ .

- Aktivitu *Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu* považovalo signifikantně více respondentů z hospiců, onkologických a geriatrických oddělení za implementovatelnou v české ošetrovatelské praxi (odpověď „ano/částečně“) ve srovnání s respondenty z domovů pro seniory ( $p = 0,020$ ;  $p = 0,019$ ;  $p = 0,037$ ), jak uvádí tab. 6.
- U aktivity *Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech* byla zjištěna signifikantně delší praxe u respondentů, kteří odpověděli „nevím“, zda aktivitu lze považovat za implementovatelnou v české praxi ve srovnání s respondenty, kteří odpověděli „obtížně/ne“ (medián délky praxe 19 let vs. 13 let; signifikance testu  $p = 0,042$ ).

## Diskuse

Téměř polovina sester (48,8 %) uvedla, že aktivitu *Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta* využívá „vždy“ při péči o umírající. Signifikantně častěji ji uváděly sestry z hospiců ve srovnání s ostatními pracovišti. Lze se domní-

**Tabulka 5 – Názor na implementaci aktivit podporujících rodinné příslušníky do české ošetrovatelské praxe**

Aktivita	vždy	často	obtížně	ne	nevím	průměr <sup>a</sup>
Podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta	41,5 %	32,3 %	17,9 %	4,7 %	3,6 %	1,85
Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu	31,0 %	38,4 %	19,7 %	6,2 %	4,7 %	2,01
Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti	25,0 %	28,0 %	26,3 %	11,7 %	9,0 %	2,27
Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči	19,0 %	36,3 %	35,0 %	5,6 %	4,1 %	2,28
Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku	19,0 %	36,3 %	35,0 %	5,5 %	4,2 %	2,29
Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech	22,6 %	29,5 %	34,0 %	8,5 %	5,4 %	2,30

<sup>a</sup> Průměr na pětistupňové Likertově škále**Tabulka 6 – Názor na implementaci aktivit podporujících rodinné příslušníky ve vztahu k typu pracoviště**

Pracoviště	Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu p
LDN/hospic	1,000
LDN/onkologie	1,000
LDN/geriatrie	1,000
LDN/DpS	1,000
LDN/ADP	1,000
Hospic/onkologie	1,000
Hospic/geriatrie	1,000
Hospic/DpS	0,020*
Hospic/ADP	1,000
Onkologie/geriatrie	1,000
Onkologie/DpS	0,019*
Onkologie/ADP	1,000
Geriatrie/DpS	0,037*
Geriatrie/ADP	1,000
DpS/ADP	1,000

\* Hladina významnosti  $p = 0,05$ .

vat, že je to spojeno s realizací konceptu hospicové péče, která chápe přítomnost u pacienta a doprovázení rodiny jako důležitou součást péče v závěru života. Nebyla však prokázána statistická závislost ve vztahu k dosaženému vzdělání. Tuto aktivitu také 41,5 % sester považuje v současné české ošetrovatelské praxi za reálně implementovatelnou. Umožnit naplnění potřeby rodiny a pacienta být spolu v závěru života je velmi důležité [11]. Přítomnost rodinných příslušníků poskytuje pacientovi pocit sociální opory a jistoty, že není v terminální fázi života opuštěný. Strach z umírání blízkých je často spojen s pocitem vlastní bezmocnosti a s obavou, že nebude možné zabránit utrpení milované osoby [12]. Umírající si přeje až do konce života komunikovat se svými nejbližšími a jejich slova jsou pro něj útechem. Může se s nimi rozloučit a vyslechnout jejich laskavá a potěšující slova [8]. Rodinní příslušníci rovněž chtějí být v blízkosti svých milovaných. Neznamená to pro ně jen fyzickou přítomnost „být zde“, ale i ujištění, že je o jejich příbuzného dobře pečováno [13]. I když rodina není schopna sama zvládnout péči v domácím prostředí, poskytují členové rodiny svou přítomností ve zdravotnickém zařízení pacientovi zdroj sociální opory. Význam přítomnosti ro-



dinných příslušníků u těžce nemocných potvrzují výzkumné studie z různých kulturních prostředí [14]. Dokládá to důležitost ošetrovatelských intervencí podporujících návštěvy a dobré vztahy rodinných příslušníků a pacienta.

Pouze třetina sester (34,7 %) uvedla, že aktivitu *Usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu* se snaží využívat „vždy“ a taktéž 31 % ji považovalo za reálně implementovatelnou v současné české ošetrovatelské praxi. Výsledek může souviset s postupnou sekularizací české společnosti, protože v roce 2011 se považovalo za věřící pouze 21 % obyvatel České republiky. Aktivitu signifikantně častěji využívaly sestry z hospiců, což může opět vycházet z realizace hospicového konceptu bio-psycho-socio-spirituální dimenze péče. Duchovní podpora v tomto kontextu nabízí náhled na přirozený závěr života, pomáhá překonat strach z neznáma a úzkost ze smrti [15]. Skeptický pohled sester z domovů pro seniory na možnost implementace této aktivity do české ošetrovatelské praxe může souviset i se skutečností, že to byly sestry s nejvyšším věkovým průměrem. V době jejich profesní přípravy byla preferována péče o biologické potřeby člověka a toto zaměření realizují sestry i v současné ošetrovatelské praxi.

Aktivitu *Respektovat specifické požadavky pacienta a jeho rodiny na péči* se snaží „vždy“ realizovat čtvrtina sester (23,9 %) a pětina sester (19,0 %) ji v současné české ošetrovatelské praxi považuje za reálně implementovatelnou. Tato zjištění nezávisela na typu pracoviště, dosaženém vzdělání nebo délce praxe. Uvedená aktivita úzce souvisí se schopností empaticky komunikovat s rodinnými příslušníky. Zvláště důležitá je spolupráce s rodinnými příslušníky v rámci institucionální péče o seniory s demencí [16]. Bariérami jsou jak nedostatek času personálu, tak negativní stereotypy rodiny i zdravotníků. Problémy jsou často ovlivněné konfrontací formálního neosobního přístupu profesionálů s požadavky rodiny, které jsou vyvolané obavami o milovanou osobu. Výsledkem může být emocionální stres rodiny a vznik negativního postoje personálu k rodinným příslušníkům [17]. Je potřeba ujistit rodinné příslušníky, že o jejich blízkého je pečováno tím nejlepším způsobem, a že nejvyšší prioritou je péče zajišťující komfort umírajícího.

U aktivity *Zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech* uvedla pětina sester (19,9 %), že ji využívá „vždy“. Signifikantně častěji ji oproti geriatrickým oddělením využívaly sestry z hospice. Výsledek může odrážet odlišné zaměření obou pracovišť. Geriatrické oddělení v českém zdravotním systému patří do spektra akutního lůžkového fondu, pacienti sem přicházejí většinou pro stabilizaci chronických nemocí. Pouze menší část tvoří terminálně nemocní. Naproti tomu hospice, kam přicházejí pacienti v terminální fázi nemoci, nabízejí co nejvíce individualizovanou péči s maximálním ohledem na zapojení rodiny. Pokud má rodinný příslušník zájem, je vhodné vydefinovat oblasti, kde se může zapojit do péče o svého blízkého – např. podpora a pomoc s příjmem potravy, sip-ping, péče o dutinu ústní, pasivní pohyby končetin atd. Tyto drobné činnosti dávají příbuznému pocit uspokojení, že se může zapojit do péče o svého blízkého a nemocný vnímá snahu rodiny pomoci mu. Laskavá péče nejbližších přináší pocit vnitřního klidu spojeného se snížením obav z blížící se smrti. Snižuje existenciální úzkost, popisovanou

jako pocit opuštěnosti, prázdnoty, neklidu a nejistoty [18]. Realnost implementace této aktivity v české ošetrovatelské praxi viděly sestry s delší praxí skepticky a signifikantně častěji odpovídaly „nevím“. Lze se domnívat, že vycházely ze svých zkušeností.

Pětina sester (20,3 %) uvedla, že aktivitu *Podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti* se snaží „vždy“ využívat při péči o umírající. Čtvrtina sester (25 %) se domnívá, že ji lze při péči o umírající reálně implementovat do české praxe „vždy“. Překvapujícím výsledkem byla skutečnost, že tuto aktivitu signifikantně méně využívaly sestry s vysokoškolským vzděláním. Spíše by se předpokládalo, že vysokoškolsky vzdělaná sestra si bude více uvědomovat význam psychologické podpory a sdílení pocitů v rámci primární sociální skupiny. Může to být ovlivněno skutečností, že nejvyšší procento sester s vysokoškolským vzděláním bylo z oblasti domácí péče. Zde sestra pečuje o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Příbuzní jsou trvale přítomní, ale sestra přichází jen na několik hodin, proto nemusí tuto aktivitu vnímat jako aktuální. Law však zdůrazňuje, že sestra v komunitě má při péči a podpoře umírajících pacientů a jejich rodinných příslušníků významnou roli [19]. V souvislosti s typem pracoviště uvedenou aktivitu ve srovnání se sestrami z geriatrických oddělení signifikantně častěji užívaly sestry z hospiců, onkologických oddělení a LDN. Tyto rozdíly mohou být ovlivněny typem poskytované péče i věkovou strukturou pacientů jednotlivých pracovišť. V České republice umírá v LDN každý čtvrtý pacient ve věku nad 75 let. Hospice a onkologická oddělení jsou pracoviště, kde umírá mnoho pacientů v mladším a středním věku. Přicházejí s vědomím, že zde pravděpodobně zemřou, ale často ještě nejsou ve fázi smíření s realitou blížící se smrti. Strach z umírání a smrti tvoří hlavní zdroj úzkosti u nich i jejich nejbližších [20]. Pocity související s umíráním a se smrtí, které ovlivňují potřeby a přání nemocného i jeho rodiny, se odráží i v subjektivním názoru na kvalitu života. Významnost těchto aspektů pro seniorskou populaci potvrdila brazilská studie pomocí standardizovaného hodnotícího nástroje WHOQOL-OLD [21]. Rodina a pacient potřebují podporu, aby dokázali mluvit o svých pocitech, potřebách a přáních souvisejících s umíráním a smrtí. Sestra je v centru každodenní péče o umírajícího pacienta a má tak jedinečnou příležitost ovlivnit svými aktivitami, jak pacient a rodina toto období prožijí [22].

Aktivitu *Podporovat pacienta a rodinu ve fázích smutku* využívaly sestry nejméně. Sociální a profesionální podpora ale patří mezi hlavní faktory, které mohou ovlivnit proces truchlení rodinných příslušníků [23]. Rodinní příslušníci se musí připravit na odchod milované osoby, což je pro ně často obtížně akceptovatelné. Trpí pocitem postupného odloučení a stupeň deprese tak často koreluje s hladinou anticipačního smutku [24]. Umírání je „existenciální úkol“ nejen pro umírajícího, ale i pro všechny členy rodiny [8]. Je důležité, aby si sestry tuto skutečnost uvědomovaly, protože jejich podpora může pomoci rodině předejít komplikacím, které jsou spojené s procesem smutku a ztráty. Naplnění tohoto úkolu ovlivňuje profesionální zkušenost sestry s péčí o terminálně nemocné i o osoby ve fázi smutku. Je to problém, který není specifický pouze pro západní společnost, ale prochází napříč kulturami [25].

## Závěr

Aktivity zaměřené na podporu rodinných příslušníků v rámci NIC intervence Péče o umírající realizovaly častěji sestry z hospiců. Jejich význam a reálnou možnost implementace ale vnímaly sestry napříč spektrem pracovišť, i když v rozdílném rozsahu. Výsledky naznačují, že je potřeba podporu rodin více zahrnout do péče o umírající i na pracovištích, která nejsou primárně zaměřená na specializovanou paliativní péči. Podpora rodiny je významnou součástí ošetrovatelské péče o umírající a patří do obecné paliativní péče, kterou by v rámci svých kompetencí měla poskytovat sestra na každém pracovišti, kde pečuje o umírajícího pacienta. Sestra tak může pozitivně ovlivnit kvalitu závěru života pacienta i proces truchlení rodinných příslušníků. Realizace tohoto přístupu vyžaduje, aby byla podpoře rodinných pečovatелů jako významnému aspektu ošetrovatelských aktivit při péči o terminálně nemocné věnována větší pozornost jak v pregraduální profesní přípravě, tak i v kurzech celoživotního vzdělávání sester.

Studie je dílčí částí rozsáhlejšího výzkumu, který je zaměřen na využití NIC intervencí „Péče o umírající“ a „Duchovní podpora“ v české ošetrovatelské praxi u pacienta trpícího v závěru života úzkostí ze smrti. Výsledky celého výzkumu byly prezentovány na 13. světovém kongresu Evropské asociace paliativní péče v roce 2013 (13th World Congress of the European Association of Palliative Care).

## Poděkování

Příspěvek byl podpořen v rámci studentské grantové agentury IGA UP a je dedikován projektům FZV\_2012\_003 (Využití NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora u pacientů s ošetrovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti [00147] v České republice) a FZV\_2013\_007 (Využití WHOQOL-OLD pro hodnocení subjektivního vnímání kvality života seniorů v domácí péči).

## LITERATURA

- [1] Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, editors. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Iowa: Mosby; 2008.
- [2] Žiaková K, editor. *Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta; 2009.
- [3] Kisvetrová H, editor. *Důstojné umírání II*. Olomouc: VUP; 2009.
- [4] Gomes B, Higginson I. Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med* 2008;22(1):33–41.
- [5] Kissane D. The relief of existential suffering. *Arch Intern Med* 2012;172(19):1501–5.
- [6] Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients. *J Psychosoc Oncol* 2012;30(3):347–58.
- [7] Machová L, Sedláková G, Tóthová V. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt* 2009;XI(2):333–8.
- [8] Dolista J. Problematika péče o staré a umírající rodiče. *Kontakt* 2007;IX(2):264–9.
- [9] Khatri S, Whiteley I, Gullick J, Wildbore C. Marking time: The temporal experience of gastrointestinal cancer. *Contemp Nurse* 2012;41(2):146–59.
- [10] Martire LM, Lustig AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychol* 2004;23(6):599–611.
- [11] Bužgová R, Macháčková G, Pražáková V. Hodnocení potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. *Kontakt* 2013;XV(1):29–37.
- [12] Dvořáčková D, Kajanová A. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt* 2012;XIV(3):331–9.
- [13] Fridriksdottir N, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S. Important needs families in acute and palliative care setting assessed with the Family Inventory of Needs. *Palliat Med* 2006;20(4):25–32.
- [14] Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gitini I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Stud* 2010;34(4):351–64.
- [15] Shih FJ, Lin HR, Cau ML, Chen CH, Hsiao SM, Stih SN, Sheu SJ. Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients with Terminal Cancer. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(1):31–8.
- [16] Kobayashi S, Yamamoto-Mitani N, Nagata S, Murashima S. End-of-life care for older adults with dementia living in group homes in Japan. *Jpn J Nurs Sci* 2008;5(1):31–41.
- [17] Pillemer K, Suito J, Henderson C, Jr., Meador R, Schultz L, Robison J, Hegeman C. A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *Gerontologist* 2003;43(1):96–106.
- [18] Mok E, Wong F, Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *J Adv Nurs* 2010;66(2):360–70.
- [19] Law R. 'Bridging worlds': meeting the emotional needs of dying patients. *J Adv Nurs* 2009;65(12):2630–41.
- [20] Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliat Med* 2010;24(2):127–44.
- [21] Carvalho-Loures M, Celeno-Porto C, Alves-Barbosa A, Freire-Filha LG. Women's quality of life: University of the Third Age, Goiás, Brazil. *Rev. salud publica* 2010;12(3):391–400.
- [22] Prince-Paul M, Exline J. Personal Relationships and Communication Messages at the End of Life. *Nurs Clin North Am* 2010;45(3):449–63.
- [23] Dumont I, Dumont S, Mongeau S. End-of-life care and the grieving process: family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qual Health Res* 2008;18(8):1049–61.
- [24] Garand L, Lingler JH, Deardorf KE, Dekosky ST, Shulz R, Reynolds CF, Dew MA. Anticipatory grief in new family caregivers of persons with mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2013;26(2):159–65.
- [25] Arao H, Numata Y, Kawasaki Y, Makino S, Kobayashi T, Sakashita R, Uchinuno A. Actual circumstances of treatment and nursing care for cancer patients in disaster situations: A survey of nurses who experienced the Great Hanshin-Awaji Earthquake. *Jpn J Nurs Sci* 2007;4(2):111–19.

KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D., JOANOVIČ, E. et al. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Scholarship*, 2016b, 48(2), 139-146. ISSN 1547-5069.

Dostupné na:

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jnu.12191>

# Dying Care Nursing Intervention in the Institutional Care of End-of-Life Patients

Helena Kisvetrová, PhD, RN, Eva Joanovič, MSc, RN, Jiří Vévoda, PhD, and David Školoudík, MD, PhD, FESO

Helena Kisvetrová, PhD, RN, is Assistant Professor in the Department of Nursing, Eva Joanovič, MSc, RN, is PhD Student in the Department of Nursing, David Školoudík, MD, PhD, FESO, is Professor in the Department of Nursing, Jiří Vévoda, PhD, is Assistant Professor in the Department of Humanities and Social Sciences, Faculty of Health Sciences, Palacký University, Olomouc, Czech Republic, and Authors who are also affiliated to Faculty of Health Sciences, Palacký University, Olomouc, Czech Republic.

## Search terms:

Dying care, end-of-life, nursing intervention, terminally ill

## Author contact:

helena.kisvetrova@upol.cz, with a copy to the Editor: journal@nanda.org

## Author contributions:

H.K.—research concept and design, data analysis and interpretation, manuscript preparation, final approval of the article;  
E.J.—collection and assembly of data, final approval of the article;  
J.V.—data analysis and interpretation, final approval of the article;  
D.Š.—critical revision of the article, final approval of the article.

**PURPOSE:** To determine the frequency of the Nursing Intervention Classification Dying Care activities performed by nurses with end-of-life (EOL) patients.

**METHODS:** A cross-sectional, descriptive study using a structured questionnaire to determine the frequencies of Dying Care activities performed by 201 Czech nurses.

**FINDINGS:** Nurses reported more frequent use of activities focused on the physical comfort of EOL patients. Significant relationships were found between frequencies in some activities and the nurses' education level, length of work experience, and the department type.

**CONCLUSIONS:** Nurses reported infrequent use of communication activities with patients and relatives, which is related to the length of practice.

**CLINICAL RELEVANCE:** It is necessary to focus on communication and psychosocial needs of EOL patients in both pregradual and lifelong nursing education.

**CÍL:** Zjistit frekvenci aktivit NIC intervence Péče o umírající mezi českými sestry u pacientů v závěru života.

**METODY:** Průřezová deskriptivní studie využívající strukturovaného dotazníku pro určení frekvence aktivit Péče o umírající prováděné 201 sestrou.

**VÝSLEDKY:** Sestry u pacientů v závěru života častěji využívají aktivity zaměřené na fyzický komfort. Významné vztahy byly nalezeny mezi frekvencí některých aktivit a úrovní vzdělání sester, délkou praxe a typem pracoviště.

**ZÁVĚRY:** Sestry uváděly nepříliš časté používání komunikačních aktivit s pacienty a příbuznými, což souvisí s délkou jejich praxe.

**KLINICKÁ RELEVANCE:** Je třeba se zaměřit na komunikaci a psychosociální potřeby pacientů v závěru života jak v pregraduálním tak celoživotním vzdělávání sester.

## Purpose

The development of medical technologies in the last century has led to a substantial extension of human life, especially in patients with chronic life-threatening diseases. Longer lifespan is an important factor that has led to increased medicalization and institutionalization of elderly patients as well as increased numbers of in-hospital deaths, end-of-life care (EOLC) in hospitals, and long-term care departments (LTCD; Gomes & Higginson, 2008; Temkin-Greener, Zheng, Xing, & Mukamel, 2013). These trends are comparable in most European countries, including the Czech Republic (CR; Broad et al., 2013). The European Association for Palliative Care (EAPC) stated in recommendations for a common terminology and common quality norms that

“EOLC may be used synonymously with palliative care or hospice care, with end-of-life understood as an extended period of one to two years during which the patient/family and health professionals become aware of the life-limiting nature of their illness. The term ‘EOLC’ is widely used in North America and it has been picked up by regulatory bodies in European countries, sometimes with the understanding that palliative care is associated predominantly with cancer, whereas EOLC would be applicable to all patients” (Radbruch & Payne, 2009). In accordance with this, we have used the term EOLC in the article.

Studies have concluded that a reduction in suffering and pain, preservation of dignity, receiving adequate nursing care, and having someone who listens to them are the main goals for EOL patients. Nursing interventions focused on the



physical comfort of a patient should therefore include relieving pain and other physically related symptoms (Almasalha et al., 2013; Yao et al., 2013). Emotional support includes activities that help to mitigate the uncertainty, anxiety, stress, hopelessness, and depression that an EOL patient may feel regarding death. This includes communication supporting the continuity of EOLC and allowing the patient to express feelings as well as be able to feel empathy from the caregiver (D'Angelo et al., 2015; Strang, Henoch, Danielson, Browall, & Melin-Johansson, 2014). Social support comprises the active contact of the nurse with the patient as well as support in sharing the patient's concerns and fears of death with their loved ones. Nurses should help family and friends to accept the reality of the death of their close relative or friend and encourage good patient relationships with family, including frequent visits (Azaiza, Ron, Shoham, & Gitini, 2010; Coenen, Doorenbos, & Wilson, 2007; Doorenbos, Wilson, Coenen, & Borse, 2006). Nursing activities in the field of spiritual support should focus on helping the patient to find the meaning of life and also promotion of religious and cultural needs (Tornoe, Danbolt, Kvigne, & Sorlie, 2014). Twenty-eight specific activities are included in the Nursing Intervention Classification (NIC) Dying Care (5260). These NIC activities focus on the promotion of physical comfort and psychological peace in the final phase of life (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2012). Implementation of these activities allows nurses to encourage family members to moderate the physical and psychosocial suffering of EOL patients and has a positive impact on promoting the dignity of dying patients in an institutional environment.

Similar to the United States, three-quarters of the Czech population now die in hospitals and LTCD, even though about 80% of Czechs do not want to die in a medical institution (Fischer, Min, Cervantes, & Kutner, 2013; Loucka, Payne, Brearley, Slama, & Spinkova, 2014). Currently, there are 16 inpatient hospices and two hospital palliative care units in the CR, providing a total of 460 beds. Most patients in their last days or weeks of life receive care in inpatient facilities of acute, follow-up, or long-term care, which lack specialized beds for the care of those with EOL needs (Sláma, Kabelka, & Špinková, 2013).

Most nurses lack adequate education in EOLC. In the previous type of nursing education ("secondary medical school" until 2004), the EOLC/palliative was not taught. It has been only in the past decade when the rudiments of EOLC/palliative care were included in professional training in "high school" and "university education." Nurses working in wards providing EOL care to patients may take part in courses designed to satisfy the EOL patient needs. However, the courses are not compulsory. Despite this fact, the EOLC is an important part of institutional nursing care at present. For this reason, our research was focused on EOLC activities performed by nurses in healthcare institutions.

The authors' perspective was to find out how nurses provide EOLC to hospitalized patients by using a standardized nursing language. The aims of the study were as follows: (1) to determine the frequency with which nurses used the ac-

tivities listed in the NIC into Dying Care (5260) to support EOL patients with cancer or other chronic life-threatening diseases in institutional care and (2) to assess the relationship between the department type, length of professional practice, and education level of the nurses and the frequency of use the individual NIC activities.

## Methods

### Participants and Settings

Study participants were nurses with at least 1 year of practice in departments that frequently cared for EOL patients in terminal phases of cancer or other chronic life-threatening disease in three Czech regions (Central Bohemia, Olomouc, and Zlín). In cooperation with particular hospital managements, only nurses from departments with frequent care of EOL patients, but who did not provide a specialized palliative care, were selected. The study was approved by the Ethics Committee of Faculty of Health Sciences in the Palacký University in Olomouc and all subjects provided written informed consent before enrollment.

The study was approved via phone calls or meetings by the head nurses of all the departments of participating hospitals. The researchers and head nurses had one meeting to discuss the details of the study and to survey procedures, questionnaires, and data collection methods. Nurses received a cover letter that explained the purpose and importance of the study and their rights as research participants. Each completed questionnaire was enclosed in a sealed envelope and given directly to the researchers.

### Investigative Tools

A cross-sectional, descriptive study design was used to conduct the present research using a structured questionnaire designed by the authors from the NIC (Bulechek et al., 2012). The questionnaire was divided into two parts: The first part of the questionnaire consisted of 28 activities of Dying Care intervention (5260) and nurse ratings of the frequency of their use of activities on a Likert scale ranging from 1 (always) to 5 (never). The second part of the questionnaire consisted of a set of demographic data, including three factors with a potential impact on providing EOLC: (a) the department type, (b) number of years of nurse's practice, and (c) nurse's education level reported as Secondary (secondary medical schools educated nurses until 2004; the majority of nurses have this type of education in the CR), High School (it is a higher nursing degree than "secondary medical school" but is not a university bachelor's degree), University (university bachelor's degree), or Specialization (specialized education for nurses in different fields, such as internal specialty, oncology, and geriatrics). The reliability was tested using internal consistency, which was measured using Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) coefficient. A value of greater than .70 was considered acceptable (DeVon et al., 2007).

**Statistics**

For statistical processing, the Likert scale was merged into three categories: 1 (always/very often), 2 (sometimes), and 3 (exceptionally/never). The Shapiro-Wilk test was used for testing the correspondence of the calculated parameters to a normal distribution. Data with a normal distribution were reported as the mean ± standard deviation. All parameters not fitting a normal distribution were presented with the mean, median, and standard deviation. The Fisher's exact and multiple-comparison tests were used for statistics. Correlations between the frequency of usage of activities and particular factors were evaluated using the Spearman's correlation coefficient. Statistical significance was defined as  $p < .05$ . All data were analyzed using IBM SPSS Statistics (v. 22.0; SPSS, Chicago, IL, USA).

**Results**

A total of 390 questionnaires were distributed in the internal medicine department, oncology department, and LTCD for 7 months (September 2014-February 2015). Two hundred one (51.5%) questionnaires were completed, collected, and statistically analyzed. One hundred ninety-four (97%) respondents were female. Complete demographic data of the respondents are shown in Table 1. Cronbach's  $\alpha$  was .921.

**Estimated Frequency of NIC Dying Care Activities Reported**

According to the results, in the whole sample of nurses, the most frequently used activities were *monitor pain* (Likert scale average 1.19); *assist with basic care, as needed* (Likert scale average 1.24); and *provide frequent rest periods* (Likert scale average 1.43). On the contrary, less frequently used activities included *encourage patient and family to share feelings about death* (Likert scale average 2.92); *communicate willingness to discuss death* (Likert scale average

2.98); and *offer culturally appropriate foods and facilitate referral to hospice, as desired* (Likert scale average 2.98, Table 3).

In category "always/very often" (1), the most frequently used activities "in internal medicine" departments were *monitor pain* (97.5%); *assist with basic care, as needed* (95.1%); and *provide frequent rest periods* (92.6%). Within "oncology departments," *monitor deterioration of physical and/or mental capabilities* (97.8%), *monitor pain* (95.7%), and *provide frequent rest periods* (95.7%) were the most frequently used, while in the "LTCD," *monitor pain* (98.6%); *offer fluids and soft foods frequently* (98.6%); and *assist with basic care, as needed* (98.5%), were used most frequently (Table 2).

**Correlations Between Department Type and Reported Frequency of Activities**

The activities *offer fluids and soft foods frequently* and *facilitate obtaining spiritual support for patient and family* were used significantly more frequently (Likert scale "always/very often") by nurses in LTCD than in internal medicine and oncology departments ( $p = .001$  for both activities). *Monitor deterioration of physical and/or mental capabilities* and *stay physically close to frightened patient and facilitate discussion of funeral arrangements* were used significantly more frequently by nurses in the oncology department than LTCD and internal medicine department ( $p = .001$ ,  $p = .010$ ,  $p = 0.011$ ; Table 2).

**Correlations Between Length of Practice and Reported Frequency of Activities**

Weak negative correlations were demonstrated between the length of practice and the activities *communicate willingness to discuss death* ( $r = -.215$ ,  $p = .002$ ), *encourage patient and family to share feelings about death* ( $r = -.204$ ,  $p = .004$ ), *facilitate discussion of funeral arrangements*

**Table 1. Demographic Data of Respondents**

	Internal medicine	Oncology	Long-term care	Total
Number of subjects	81 (40.3)	46 (22.9)	74 (36.8)	201 (100.0)
Age				
Median, mean ± SD (years)	36, 36.7 ± 9.35	37, 38.3 ± 11.43	39, 39.68 ± 9.76	38, 38.16 ± 10.02
Gender				
Females (n [%])	81 (100.0)	44 (95.7)	70 (94.6)	195 (97.0)
Males (n [%])	0 (0.0)	2 (4.3)	4 (5.4)	6 (3.0)
Education level				
Secondary (n [%])	54 (66.7)	34 (73.9)	58 (78.4)	146 (72.6)
High school (n [%])	11 (13.6)	3 (6.5)	5 (6.8)	19 (9.5)
University (n [%])	16 (19.7)	9 (19.6)	11 (14.9)	36 (17.9)
Specialization (n [%])	27 (33.3)	15 (32.6)	26 (35.1)	68 (33.8)
Length of practice				
Median, mean ± SD (years)	14, 14.86 ± 9.76	16, 16.67 ± 11.74	19, 18.47 ± 10.27	16, 16.6 ± 10.47

**Table 2. Frequency of Use of Nursing Intervention Classification (NIC) Dying Care Activities in Different Department Types**

Activity	Internal medicine (n = 81)			Oncology (n = 46)			LTCD (n = 74)			Total (n = 201)			p value <sup>a</sup>
	Likert scale (%)			1	2	3	1	2	3	1	2	3	
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
Identify the patient's care priorities	90.1	9.9	0.0	93.5	6.5	0.0	85.1	14.9	0.0	89.1	10.9	0.0	.384
Communicate willingness to discuss death	25.9	30.9	43.2	37.0	43.5	19.6	28.4	39.2	32.4	29.4	36.8	33.8	.100
Encourage patient and family to share feelings about death	28.4	39.5	32.1	34.8	39.1	26.1	35.1	32.4	32.4	32.3	36.9	30.8	.734
Assist patients and family to identify a shared meaning of death	81.5	12.3	6.2	80.4	15.2	4.3	67.6	25.7	6.8	76.1	17.9	6.0	.255
Seek to understand patient's action, feelings, and attitudes	91.4	6.2	2.5	87.0	13.0	0.0	85.1	14.9	0.0	88.1	10.9	1.0	.186
Monitor patient for anxiety	74.1	25.9	0.0	76.1	23.9	0.0	66.2	29.7	4.1	71.6	26.9	1.5	.299
Stay physically close to frightened patient	59.3	33.3	7.4	82.6	8.7	8.7	60.3	34.2	5.5	90.5	7.0	2.5	.010
Monitor deterioration of physical and/or mental capabilities	80.2	14.8	4.9	97.8	2.2	0.0	97.3	1.4	1.4	90.5	7.0	2.5	.001
Reduce demand for cognitive functioning when patient is ill	66.7	27.2	6.2	58.7	32.6	8.7	60.8	29.7	9.5	62.7	29.4	7.9	.862
Monitor mood changes	72.8	19.8	7.4	87.0	13.0	0.0	77.0	18.9	4.1	77.6	17.9	4.5	.287
Respect the patient's and family's specific care request	54.3	35.8	9.9	63.0	32.6	4.3	54.1	36.5	9.5	56.2	35.3	8.5	.796
Include the family in care decisions and activities, as desired	48.1	39.5	12.3	34.8	34.8	30.4	40.5	37.8	21.6	42.3	37.8	19.9	.166
Support patient and family through stages of grief	60.5	21.0	18.5	56.5	30.4	13.0	40.5	41.9	17.9	52.2	30.8	17.0	.055
Monitor pain	97.5	2.5	0.0	95.7	4.3	0.0	98.6	1.4	0.0	97.5	2.5	0.0	.734
Minimize discomfort, when possible	87.7	12.3	0.0	93.5	6.5	0.0	85.1	13.5	1.4	88.1	11.4	0.5	.529
Medicate by alternate route when swallowing problems develop	81.5	14.8	3.7	87.0	8.7	4.3	85.1	9.5	5.4	84.1	14.4	4.5	.804
Postpone feeding when patient is fatigued	69.1	21.0	9.9	56.6	32.6	10.9	55.4	40.5	4.1	61.2	30.8	8.0	.063
Offer fluids and soft foods frequently	80.2	16.2	3.7	89.1	10.9	0.0	98.6	1.4	0.0	89.1	9.4	1.5	.001
Offer culturally appropriate foods	25.9	35.8	38.3	39.1	41.3	19.6	35.1	25.7	39.2	32.3	33.3	34.4	.077
Provide frequent rest periods	92.6	6.2	1.2	95.7	4.3	0.0	97.3	2.7	0.0	95.0	4.5	0.5	.734
Assist with basic care, as needed	95.1	4.9	0.0	93.5	4.3	2.2	98.5	1.4	0.0	96.0	3.5	0.5	.258
Respect the need for privacy	77.8	18.5	3.7	89.1	10.9	0.0	85.1	13.5	1.4	83.1	14.9	2.0	.745
Modify the environment, based on patient's needs and desires	46.9	38.3	14.8	52.2	39.1	8.7	51.4	40.5	8.1	49.8	39.3	10.9	.745
Support the family's efforts to remain at the bedside	65.4	29.6	4.9	82.6	15.2	2.2	75.7	20.3	4.1	73.1	22.9	4.0	.313
Facilitate obtaining spiritual support for patient and family	48.1	35.8	16.0	43.5	45.7	10.9	74.3	21.6	4.1	56.7	32.8	10.5	.001
Facilitate care by others, as appropriate	69.1	17.3	13.9	89.1	4.3	6.5	64.9	29.7	5.4	72.2	18.9	8.9	.053
Facilitate referral to hospice, as desired	39.5	44.4	16.0	74.3	21.6	4.1	58.7	23.9	17.4	56.7	31.4	11.9	.101
Facilitate discussion of funeral arrangements	38.3	13.6	48.1	60.9	19.6	19.6	44.6	24.3	31.1	45.8	18.9	35.3	.011

<sup>a</sup>p < .05.

( $r = -.183$ ,  $p = .009$ ), *monitor mood changes* ( $r = -.207$ ,  $p = .003$ ), *postpone feeding when patient is fatigued* ( $r = -.173$ ,  $p = .014$ ), and *reduce demand for cognitive functioning when patient is ill or fatigued* ( $r = -.147$ ,  $p = .037$ ; Table 3).

( $p = .004$ ), *offer fluids and soft foods frequently* ( $p = .047$ ), *monitor deterioration of physical and/or mental capabilities* ( $p = .048$ ), and *stay physically close to frightened patient* ( $p = .018$ ) significantly more frequently than nurses with no specialization.

### Correlations Between Education Level and Reported Frequency of Activities

There was a weak negative correlation demonstrated between education level and the nursing activity *monitor patient for anxiety* ( $r = -.167$ ,  $p = .018$ ; Table 3). Nurses with specialization used the activities *monitor patient for anxiety*

### Discussion

The results of the study displayed that Czech nurses are most frequently using activities focused on the physical comfort (*monitor pain*; *assist with basic care, as needed*; and *provide frequent rest periods*) of hospitalized EOL patients.

**Table 3. Influence of Selected Factors on Frequency of Nursing Intervention Classification (NIC) Dying Care Activities**

N = 201 Activity	M (SD)	Likert scale	Department type	Length of practice	Education level	Specialization
		Median	p value <sup>a</sup>	r (p value <sup>a</sup> )	p value <sup>a</sup>	p value <sup>a</sup>
Identify the patient's care priorities	1.70 (0.66)	2	.384	.016 (.826)	-0.089 (.209)	.814
Communicate willingness to discuss death	2.98 (1.07)	3	.100	-.215 (.002)	0.029 (.684)	.681
Encourage patient and family to share feelings about death	2.92 (1.05)	3	.734	-.204 (.004)	-0.093 (.189)	.624
Assist patients and family to identify a shared meaning of death	1.97 (0.87)	2	.255	.044 (.536)	0.046 (.516)	.962
Seek to understand patient's action, feelings, and attitudes	2.01 (0.81)	2	.186	0.062 (.382)	0.077 (.275)	.606
Monitor patient for anxiety	1.89 (0.87)	2	.299	.115 (.104)	-0.167 (.018)	.004
Stay physically close to frightened patient	2.25 (0.84)	2	.010	-.002 (.975)	-0.054 (.446)	.018
Monitor deterioration of physical and/or mental capabilities	1.54 (0.73)	1	.001	.020 (.775)	0.053 (.458)	.048
Reduce demand for cognitive functioning when patient is ill ...	2.23 (0.95)	2	.862	-.147 (.037)	-0.083 (.240)	.080
Monitor mood changes	1.93 (0.84)	2	.287	-.207 (.003)	-0.121 (.086)	.617
Respect the patient's and family's specific care request	2.41 (0.80)	2	.796	.113 (.111)	0.058 (.414)	.851
Include the family in care decisions and activities, as desired	2.70 (0.91)	3	.166	.125 (.078)	-0.167 (.018)	.613
Support patient and family through stages of grief	2.47 (1.02)	2	.055	.100 (.156)	-0.001 (.990)	.446
Monitor pain	1.19 (0.45)	1	.734	.097 (.171)	-0.108 (.127)	.664
Minimize discomfort, when possible	1.61 (0.71)	1	.529	-.037 (.605)	-0.115 (.104)	.378
Medicate by alternate route when swallowing problems develop	1.78 (0.84)	2	.804	.907 (.172)	-0.021 (.761)	.697
Postpone feeding when patient is fatigued	2.25 (0.93)	2	.063	-.173 (.014)	-0.126 (.075)	.067
Offer fluids and soft foods frequently	1.61 (0.72)	1	.001	-.038 (.593)	0.007 (.921)	.047
Offer culturally appropriate foods	2.98 (1.07)	3	.077	.114 (.108)	0.008 (.915)	.501
Provide frequent rest periods	1.43 (0.60)	1	.734	.133 (.060)	0.019 (.451)	.815
Assist with basic care, as needed	1.24 (0.53)	1	.258	-.111 (.118)	-0.049 (.488)	.620
Respect the need for privacy	1.84 (0.76)	2	.745	.019 (.790)	-0.058 (.416)	.146
Modify the environment, based on patient's needs and desires	2.51 (0.82)	3	.745	.024 (.740)	-0.018 (.805)	.117
Support the family's efforts to remain at the bedside	2.01 (0.85)	2	.313	-.060 (.401)	0.045 (.528)	.313
Facilitate obtaining spiritual support for patient and family	2.31 (0.97)	2	.001	.038 (.585)	-0.025 (.726)	.081
Facilitate care by others, as appropriate	2.04 (0.95)	2	.053	-.022 (.752)	0.018 (.795)	.911
Facilitate referral to hospice, as desired	2.20 (0.96)	2	.101	-.064 (.367)	0.842 (.076)	.278
Facilitate discussion of funeral arrangements	2.74 (1.26)	3	.011	-.183 (.009)	-0.009 (.899)	.487

<sup>a</sup>p < .05.

M, mean; r, Spearman correlation coefficient; SD, standard deviation.

One may hypothesize this trend is similar in all hospitalized patients care, and not only in the care of EOL patients.

Accordingly, Ben Natan, Garfinkel, and Shachar (2010) state that EOL patients and their relatives perceive physical needs as essential, and as a result, interventions focused on coping with pain are cited as one of the most important activities in EOLC (Doorenbos et al., 2013). Although nurses have an important role in monitoring and treatment of pain, studies assessing nursing institutional care interventions influencing EOL patient pain are lacking (Keenan et al., 2012; Yao et al., 2013). Also, project ELNAC emphasizes the importance of good communication in EOLC (Ferrell, Malloy, & Virani, 2015). Nurses are at the center of daily EOL patient care and, thus, they have a unique opportunity to influence the

quality of life of patients and their families (Princ-Paul & Exline, 2010).

Another infrequently used activity in present study was *to offer culturally appropriate foods*. The main influencing factor in regard to this activity could be the fact that migration from countries with different cultures is markedly lower in the CR than in western European countries (Hoye & Severinsson, 2010).

The demonstrated correlation between the use of the nursing activities and the department type where a nurse worked could be influenced by the spectrum of hospitalized patients in the different types of departments. A higher frequency of use of the activities *stay physically close to physical* *facilitate frightened patient, monitor deterioration of physical*



and/or mental capabilities, and facilitate discussion of funeral arrangements in oncology departments may be associated with the rapid acceleration of psychological-social-spiritual and existential dimensions that deteriorate in EOL cancer patients. Indeed, it has been shown that cancer raises existential fears and death anxiety in patients (Tang et al., 2014).

The infrequent use of the activity *facilitate referral to hospice, as desired*, in our study reflects the lack of knowledge about the spectrum of care provided in inpatient hospices in the CR. According to the Czech cross-sectional survey, approximately 40% of the Czech population would not wish to die in hospice, in a hospital, or a social care home. It also suggests that Czechs do not differentiate between the EOLC services provided by these institutions. Better promotion of hospice care should be developed to communicate to the general public the differences between hospices and other institutions (Loucka et al., 2014).

### Limitations

Study limitations should be mentioned. First, a limited number of respondents may bias the study results. Second, electronic recordings of nursing documentation with standardized terminology are not commonly used in Czech hospitals and this makes it difficult to determine the exact frequency of the usage of particular NIC intervention activities. Thus, we used the questionnaire in order to collect reports based on nurse ratings of the frequency of their use activities EOL patient care.

### Conclusion and Implications

Study results support the assumption that of the 28 activities of NIC Dying Care (5260), Czech nurses mostly perform those activities that focus on the physical comfort of patients in EOL care. Nurses with higher education levels or specializations more frequently implemented the activities focused on psychological peace. Overall though, a very limited number of nurses are using activities focused on communication with the patients and their families, especially in the area of willingness to discuss death as well as informing patients and families about possibilities of hospice care.

In light of these results, we can make the following recommendations: to pursue training of undergraduates training to be nurses in communication with EOL patients and their relatives using model situations; to incorporate seminars for nurses currently providing EOL patient care that focus on the psychosocial problems of dying patients and also related EOL interventions; to encourage the involvement of nurses to inform patients and their family members about the opportunities and benefits of inpatient or mobile hospice care; and finally, the implementation of standardized terminology for nursing documentation records that would improve nursing care for EOL patients and also improve evidence-based nursing practices.

**Acknowledgments.** The study was supported by the Palacký University, Olomouc, Internal Grant Agency grants IGA\_FZV\_2014\_007 and IGA\_FZV\_2015\_002.

### References

- Almasalha, F., Xu, D., Keenan, G. M., Khokhar, A., Yao, Y., Chen, X. C., ... Wilkie, D. J. (2013). Data mining nursing care plans of end of life patients: A study to improve health care decision making. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(1), 15-24.
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gitini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34(4), 351-364.
- Ben Natan, M., Garfinkel, D., & Shachar, I. (2010). End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and start. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 299-303.
- Broad, J., Gott, M., Kim, H., Boyd, M., Chen, H., & Connolly, M. (2013). Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *International Journal of Public Health*, 58(2), 257-267.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (Eds.). (2012). *Nursing interventions classification (NIC)* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Coenen, A., Doorenbos, A., & Wilson, S. (2007). Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *Oncology Nursing Forum*, 34(6), 1152-1153.
- D'Angelo, D., Mastroianni, C., Hammer, J. M., Piredda, M., Vellone, E., Alvaro, R., & De Marinis, M. G. (2015). Continuity of care during end of life: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 80-89.
- DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J., ... Kostas-Polston, E. (2007). A psychometric tool box for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 155-164.
- Doorenbos, A. Z., Juntasopeepun, P., Baton, L. H., Rue, T., Hong, E., & Coenen, A. (2013). Palliative care nursing interventions in Thailand. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(4), 332-339.
- Doorenbos, A., Wilson, S., Coenen, A., & Borse, N. N. (2006). Dignified dying: Phenomenon and actions among nurses in India. *International Nursing Review*, 53(1), 28-33.
- Ferrell, B., Malloy, P., & Virani, R. (2015). The end of life nursing education nursing consortium project. *Annals of Palliative Medicine*, 4(2), 61-69.
- Fischer, S., Min, S. J., Cervantes, L., & Kutner, J. (2013). Where do you want to spend your last days of life? Low concordance between preferred and actual site of death among hospitalized adults. *Journal of Hospital Medicine*, 8(4), 178-183.
- Gomes, B., & Higginson, I. (2008). Where people die (1974-2030): Past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine*, 22(1), 33-41.
- Hoye, S., & Severinsson, E. (2010). Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 24-32.
- Keenan, G. M., Yakei, E., Yao, Y., Xu, D., Szalacha, L., Tschannen, D., & ... Wilkie, D. J. (2012). Maintaining a consistent big picture: Meaningful use of a web-based POC EHR system. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 119-133.
- Loucka, M., Payne, S., Brearley, S. G., Slama, O., & Spinkova, M. (2014). Where do people not want to die? A representative survey of views of general population and health care professionals in the Czech Republic. *Progress in Palliative Care*, 22(5), 264-271.
- Princ-Paul, M., & Exline, J. (2010). Personal relationships and communication messages at the end of life. *Nursing Clinics of North America*, 45(3), 449-463.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289.
- Sláma, O., Kabelka, L., & Špinková, M. (2013). *Paliativní péče v ČR v roce 2013* [Palliative care in the Czech Republic in 2013]. Retrieved from <http://www.paliativnimedicina.cz>
- Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death - nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568.
- Tang, S. D., Liu, L. N., Lin, K. C., Chung, J. H., Hsieh, C. H., Chou, W. C., & Su, P. J. (2014). Trajectories of the multidimensional dying experience for terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), 863-874.

## H. Kisvetrová et al. Dying Care Nursing Intervention in the Institutional Care of End-of-Life Patients

Temkin-Greener, H., Zheng, N. T., Xing, J., & Mukamel, D. B. (2013). Site of death among nursing home residents in the United States: Changing patterns, 2003-2007. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(10), 741-748.

Tornoe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sorlie, V. (2014). The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and ex-

istential care for the dying. *BMC Nursing, 13*, 25. doi:10.1186/1472-6955-13-25

Yao, Y., Keenan, G., Al-Masalha, F., Lopez, K. D., Khokar, A., Johnson, A., ... Wilkie, D. J. (2013). Current state of pain care for hospitalized patients at end of life. *American Journal of Hospice & Palliative Care, 30*(2), 128-136.