



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

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

Original research article

Podpora rodinných příslušníků v rámci ošetřovatelské intervence *Péče o umírající***Support of family members within the nursing intervention *Dying Care***

Helena Kisvetrová*

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

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.

S O U H R N

Klíčová slova:

péče o umírající
ošetřovatelská intervence
rodinný příslušník
péče v závěru života

Intervence *Péče o umírající* z mezinárodní klasifikace ošetřovatelských intervencí (NIC) zahrnuje šest aktivit na podporu rodinných příslušníků. Cílem studie bylo zjistit, zda je sestry využívají a považují za reálně implementovatelné v současné ošetřovatelské 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 ošetřovatelství, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc; e-mail: 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 ujištění, 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
N	84	81	138	69	67	29	468
%	18,0 %	17,3 %	29,5 %	14,7 %	14,3 %	6,2 %	100 %
Věk							
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
Vzdělání							
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 %
Délka praxe							
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
Víra							
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 ^a
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

^a 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 ^a
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

^a 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 útěchou. 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. Zvlášť 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 profesní 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 obtížné 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 podpora rodinných pečovatelů 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, Sutor 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.