ORIGINAL ARTICLE

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA „ÚZKOST ZE SMRTI“ V ČESKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Nursing diagnosis “Death anxiety” in Czech nursing practice

Helena Kisvetrová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

Summary

The target of the article presented here was to find how the nurses in the Czech Republic identify the anxiety about death in patients and whether they use the nursing diagnosis “Death anxiety” in nursing plans for patients.

The group included 468 general nurses from hospices, oncological and haemato-oncological departments, institutions for long-term treatment, old people's homes and homecare agencies in the Czech Republic. A semi-structured, non-standardized questionnaire with Likert scales was employed. The research was implemented from January to May 2011. The results were processed by the use of the descriptive statistics, squared chi test with the Bonferroni significance correction and Mann-Whitney test.

Almost half the total number of nurses (47.0%) reported that they relatively frequently encounter patients suffering from anxiety about death at their working site. Signals resulting in the identification of the anxiety about death were categorized depending on diagnostic elements of the nursing diagnosis “Death anxiety” (00147) in the NANDA International taxonomy. The following diagnostic elements occurred most frequently: “reports negative thoughts related to death and dying” (38.7%), “reports deep sadness” (36.8%) and “discussions on topic of death” (32.9%). Only 42.3% of nurses reported that they use the diagnosis “Death anxiety” in their nursing plans. In the diagnostic element: “reports negative thoughts related to death and dying”, there was a significant dependence between the rate of occurrence and type of the institution ($p < 0.0001$). In hospices, there was a significantly higher rate of the frequency compared to other institutions. A statistically significant association was furthermore demonstrated between the rate of the frequency of the diagnostic element “reports negative thoughts related to death and dying” and experience of nurses taking care of patients suffering from the death anxiety ($p = 0.002$). Beyond the category of diagnostic elements of the NANDA International taxonomy, 19% of nurses also mentioned further signals, which were combined into the category “fear of loneliness”.

Key words: death anxiety – nursing diagnosis – NANDA – patient at terminal stage of disease

Souhrn

Cílem článku bylo zjistit, jak sestry v ČR identifikují u pacienta úzkost ze smrti a zda používají ošetřovatelskou diagnózu „Úzkost ze smrti“ v ošetřovatelských plánech pacientů.

Soubor tvořilo 468 všeobecných sester z hospiců, onkologií/hematoonkologií, LDN, domovů pro seniory a agentur domácí péče v ČR. Byl použit polostrukturovaný, nestandardizovaný dotazník

s Likertovými škálami. Výzkum byl realizovaný v období leden až květen 2011. Pro zpracování výsledků byly použity popisná statistika, chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance a test Mann-Whitney.

Téměř polovina sester (47,0 %) uvedla, že se s pacientem trpícím úzkostí ze smrti na svém pracovišti setkává „často“. Signály vedoucí k identifikaci úzkosti ze smrti byly kategorizovány podle diagnostických prvků ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) taxonomie NANDA International. Nejčastěji se vyskytovaly následující diagnostické prvky: „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ (38,7 %), „uvádí hluboký smutek“ (36,8 %) a „diskuse na téma smrti“ (32,9 %). Pouze 42,3 % sester uvedlo, že diagnózu Úzkost ze smrti používá v ošetřovatelských plánech. U diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ byla zjištěna signifikantní závislost mezi četností výskytu a typem pracoviště ($p < 0,0001$). Signifikantně vyšší četnost výskytu byla prokázána v hospici ve srovnání s ostatními pracovišti. Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi četností výskytu diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ a zkušeností sester s péčí o pacienty trpícími úzkostí ze smrti ($p = 0,002$). Mimo kategorii diagnostických prvků taxonomie NANDA International uvedlo 19 % sester ještě další signály, které byly sloučeny do kategorie „strach ze samoty“.

Klíčová slova: úzkost ze smrti – ošetřovatelská diagnóza – NANDA – terminálně nemocný

ÚVOD

Lidský život provází utrpení a otázka smyslu utrpení je jednou ze základních otázek bytí člověka. Zvláště nálehavou se stává v období těžké nemoci nebo když se blíží smrt (Kutnohorská, 2009). Umírání provázejí významné změny i v oblasti emocí. Jde především o soubor negativních emocí, které se označují jako úzkost ze smrti (Slamková et al., 2008). Ošetřovatelská péče se podílí na přijetí skutečnosti blížící se smrti a mírnění emoční zátěže umírajícího (Homolová, 2009). Úzkost ze smrti pramení z uvědomění si vlastní smrtelnosti v kontextu reality nevyléčitelné nemoci. Jako existenciální krize způsobuje utrpení a ovlivňuje kvalitu života terminálně nemocného (Solomon et al., 2000). Představuje tak ošetřovatelský problém, kterému se zdravotníci profesionálně v rámci svých kompetencí věnují. Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti je zahrnuta do mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International v rámci 9. diagnostické domény (Zvládání zátěže/odolnost vůči stresu) do 2. třídy: Reakce na zvládání zátěže. Zařazení této diagnózy do taxonomie bylo zdůvodněno potřebou přispět ke konkretizaci a adekvátnosti specifické péče určené umírajícím osobám. Ve 4. edici publikace *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification*, 2001–2002 byla defino-

vaná jako předtucha smrti, obava či strach spojený se smrtí a umíráním a specifikována 16 určujícími znaky. Podle názoru Tomás-Sábado a jejích spolupracovníků nespecifikovala ale definice vytvořená asociací NANDA tento koncept přesným způsobem. Nestanovila totiž jasně rozdíl mezi termíny „úzkost ze smrti“ a „strach ze smrti“ (Tomás-Sábado et al., 2007, p. 153). Definované určující znaky zahrnovaly bolest a ostatní aspekty spojené s procesem umírání, které spíše odpovídají diagnóze „strach“, který je chápán jako reakce na hrozivý stimul, jež lze s jistotou identifikovat. Na druhou stranu – dle dané definice – je úzkost emocionální reakcí, která vzniká z neidentifikovatelné hrozby. Z toho důvodu by se diagnostické označení „úzkost ze smrti“ mělo vztahovat pouze na stav, kdy převažuje obava z myšlenky vlastního zániku, z „nebytí“ a z nejistoty z toho, co je a co není po smrti (Tomás-Sábado et al., 2007). Tato nejednoznačnost vedla k požadavku revize definice a určujících znaků pro termín „úzkost ze smrti“ a dále vydefinování souvisejících faktorů (NANDA News, 2004, p. 59). Byla ustanovena pracovní výzkumná skupina ve složení Amor Aradilla, Lidia Fernández, Pilar Fernández a Joaquín Tomás, která na základě systematického prozkoumání vědecké literatury zabývající se fenoménem úzkosti ze smrti zformulovala no-

vou definici ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti: „Vágní, nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečného nebo imaginárního ohrožení něčí existence“ (Tomás-Sábado et al., 2007, p. 153). Formulace souvisejících faktorů byla inspirována dvoufaktorovým modelem úzkosti ze smrti Donalda Templera, který obsahuje psychologické faktory (vnitřní) a faktory životní zkušenosti (vnější) související se smrtí.

V roce 2006 byla revidovaná ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti schválena pro zařazení do 7. edice publikace *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2007–2008* (NANDA News, 2006). Diagnóza byla specifikována revidovanými určujícími znaky a 16 nově vyvinutými souvisejícími faktory (Herdman et al., 2007, p. 11–12). Přijetí revize ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) představovalo implicitní rozpoznání potřeby zahrnout do plánů ošetrovatelské péče aspekty související s emocionálním vnímáním myšlenky smrti a umírání. Koncem roku 2008 vyšla 8. edice *NANDA International: Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2009–2011*, kde je ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti (00147) uvedena s 12 určujícími znaky a 15 souvisejícími faktory (Herdman a kol., 2010, s. 236–237).

První oficiální český překlad taxonomie NANDA International vydalo nakladatelství Grada v roce 2010. Do této doby byla českými sestrami využívána v klinické praxi převážně publikace *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách* (Marečková, 2006), která vycházela z taxonomie NANDA International 2005–2006, tedy z období, kdy ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti neprošla revizí a neměla ještě vyvinuté související faktory.

CÍL

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, na základě jakých diagnostických signálů se sestry pečující o dospělé pacienty ve zdravotnických a sociálních zařízeních v České republice domnívají, že pacient trpí úzkostí ze smrti. A dále zda využívají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti v ošetrovatelských plánech pacientů.

SOUBOR A METODIKA

Výběr respondentů cílové populace byl definován následujícími kritérii: registrovaná všeobecná sestra pracující minimálně jeden rok v zaříze-

ní, kde častěji pečují o dospělé terminálně nemocné. Byly zvoleny lůžkové hospice, oddělení onkologie a hematookologie, oddělení geriatry, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory a agentury domácí péče v rámci celého území České republiky.

Pro sběr empirických dat byla použita kvantitativní metoda – polostrukturovaný nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 9 položek. Je částí rozsáhlejšího výzkumného šetření zaměřeného na úzkost ze smrti. Uzavřené otázky dotazníku zjišťovaly informace vztahující se ke zkušenosti respondentů s péčí o pacienty s úzkostí ze smrti (frekvence, se kterou se sestry na svých pracovištích setkávají s těmito pacienty). Byla použita pětistupňová Likertova škála (rozmezí od stále po nikdy). Dále byla zjišťována skutečnost, zda sestry na jednotlivých pracovištích využívají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti v ošetrovatelských plánech pacientů. Otevřené otázky byly zaměřené na identifikaci diagnostických signálů, na základě kterých české sestry usuzují, že se u pacienta vyskytuje ošetrovatelský problém „úzkost ze smrti“.

Výzkumné šetření se uskutečnilo v období leden až květen 2011. Administrace dotazníků byla realizována prostřednictvím České pošty nebo osobním předáním dotazníkových formulářů managementu jednotlivých institucí. Celkem bylo distribuováno 750 dotazníků do 34 zdravotnických a sociálních zařízení v rámci celého území České republiky (lůžkové hospice, oddělení onkologie a hematookologie, oddělení geriatry, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory a agentury domácí péče). Celková návratnost 62,4 % (468 vyplněných dotazníků) byla nižší než doporučených cca 75 %, což může vyplývat i ze skutečnosti, že v některých zdravotnických institucích byla vyšší frekvence dotazníkových šetření, která jsou pro sestry často časově náročná (jak uváděli respondenti). Přesto lze s ohledem na zvolený vzorek populace považovat výsledek celkové návratnosti za dostatečný. Nejvyšší podíl respondentů (29,5 %) byl z pracovišť typu onkologie/hematookologie. V léčebnách dlouhodobě nemocných pracovalo 17,9 %, v lůžkových hospicových zařízeních 17,3 % respondentů, na odděleních geriatry 14,7 %, v domovech pro seniory (ošetrovatelská oddělení) 14,3 % a z agentur domácí péče bylo

6,2 % respondentů. Průměrný věk respondentů dotazníkového šetření byl 38,6 let (rozpětí minimum/maximum: 19 až 67 let), medián věku byl 38 let. Nejmladší respondenti byli z agentury domácí péče (medián věku 30 let) a nejstarší respondenti byli z domova pro seniory (medián věku 41 let). Průměrná délka odborné praxe respondentů byla 15,5 let (rozpětí minimum/maximum: 1 rok až 49 let), medián délky praxe byl 14 let. Nejdelší praxi měli respondenti domova pro seniory (medián délky praxe 21 let), nejkratší praxi měli respondenti z hospice a agentury domácí péče (medián délky praxe 10 let).

Pro zpracování výsledků byla použita metoda popisné statistiky, statistické závislosti byly posouzeny pomocí chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance a testu Mann-Whitney.

VÝSLEDKY

Téměř polovina sester (47,0 %) uvedla, že se s pacientem trpícím úzkostí ze smrti na svém pracovišti setkává „často“. Druhou největší skupinu (35,0 %) tvořily sestry, které se s těmito

pacienty setkávaly „občas“. Variantu „zřídka“ uvedlo 9,8 % sester a „stále“ se s úzkostí ze smrti u pacientů setkává 8,2 % respondentů. U dotazu nebyl definován časový horizont.

V rámci volné odpovědi sestry popisovaly, na základě jakých signálů se domnívají, že pacient trpí úzkostí ze smrti. Odpovědi sester byly sumarizovány a kategorizovány podle definovaných určujících znaků a souvisejících faktorů ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) NANDA International a následně statisticky zpracovány.

Nejčastěji se vyskytující kategorií byl určující znak „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“, který uvedla více než třetina (38,7 %) respondentů. Další kategorií s vyšší četností výskytu (36,8 %) byl určující znak „uvádí hluboký smutek“. Třetí nejčastěji se vyskytující kategorií byl související faktor „diskuse na téma smrti“, kterou uvedla třetina respondentů (32,9 %). Četnost výskytu ostatních diagnostických prvků byla menší než 6 %. Přehled frekvence výskytu všech diagnostických prvků je uveden v grafu 1.

Graf 1 Výskyt diagnostických prvků z taxonomie NANDA International

Mimo kategorii diagnostických prvků uvedených v taxonomii NANDA International uvedlo 19 % sester ještě další signály, které byly sloučeny do kategorie „strach ze samoty“ (pacient nechce být sám; chce nechat otevřené dveře u pokoje; stále se dožaduje přítomnosti sestry, ...). Více než polovina těchto respondentů (57,3 %) byla z pracovišť s převahou pacientů seniorského věku (domov pro seniory, geriatric, LDN); 12,6 % sester nekonkretizovalo žádný

signál, podle kterého usuzují, že pacient trpí úzkostí ze smrti.

Pouze necelá polovina (42,3 %) oslovených respondentů ale dále uvedla, že používá ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti v ošetrovatelských plánech pacientů. Výskyt diagnózy na jednotlivých typech pracovišť uvádí v procentech graf 2.

Graf 2 Používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147)

Identifikované diagnostické prvky taxonomie NANDA International vedoucí ke stanovení ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) byly následně porovnány v závislosti na typu pracoviště, délce odborné praxe sester a frekvenci, se kterou se na pracovišti setkávají s pacientem trpícím úzkostí ze smrti. Pro posouzení těchto závislostí byly vybrány diagnostické prvky s četností výskytu vyšší než 10 %, tj. určující znaky „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ (celková četnost výskytu 38,7 %), „uvádí hluboký smutek“ (celková četnost výskytu 36,8 %) a související faktor „diskuse na téma smrti“ (celková četnost výskytu 32,9 %).

Závislost mezi četností výskytu vybraných diagnostických prvků a typem pracoviště, respektive

zkušeností sester s pacienty s úzkostí ze smrti, byla posouzena pomocí chí-kvadrát testu. V případě, že byla prokázána signifikantní závislost ($p < 0,05$), byly následně porovnány jednotlivé typy pracovišť po dvojicích. K porovnání byl použit chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance, která při mnohonásobném porovnávání zajistí, aby chyba I. druhu nepřesáhla 5 %. Závislost mezi četností výskytu vybraných diagnostických prvků a délkou praxe byla posouzena pomocí testu Mann-Whitney. V tab. 1 jsou uvedeny hodnoty signifikance (p) jednotlivých testů. Hodnoty signifikance $< 0,05$ vypovídají o statisticky významné závislosti.

Tabulka 1 Závislost výskytu diagnostického prvku

Diagnostický prvek	Typ pracoviště	Délka praxe	Zkušenost s pacienty s úzkostí ze smrti
	P	P	P
Hluboký smutek	0,612	0,559	0,175
Negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním	<0,0001	0,786	0,002
Diskuse na téma smrti	0,346	0,628	0,383

Signifikanční závislost byla prokázána mezi četností výskytu diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ a typem pracoviště a dále mezi četností výskytu tohoto diagnostického prvku a zkušeností sester (frekvencí, se kterou se respondenti u pacientů setkávají s úzkostí ze smrti). Násled-

ně byla porovnána pomocí chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance četnosti výskytu diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ v závislosti na typu pracoviště. Výsledky jsou uvedeny v tab. 2.

Tabulka 2 Závislost mezi typem pracoviště a diagnostickým prvkem

Typ pracoviště	„negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“
	P
LDN/hospic	0,714
LDN/onkologie	0,869
LDN/geriatrie	0,095
LDN/DD	0,643
LDN/ADP	0,005
Hospic/onkologie	0,001
Hospic/geriatrie	0,0001
Hospic/DD	0,002
Hospic/ADP	<0,0001
Onkologie/geriatrie	1,000
Onkologie/DD	1,000
Onkologie/ADP	1,000
Geriatrie/DD	1,000
Geriatrie/ADP	1,000
DD/ADP	0,437

Porovnání četnosti výskytu diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ v závislosti na zkušenosti, kterou mají sestry s pacienty trpícími úzkostí ze

smrti, bylo provedeno pomocí chí-kvadrát testu s Bonferroniho korekcí signifikance. Hodnoty signifikance jsou uvedeny v tab. 3.

Tabulka 3 Závislost mezi zkušeností s pacienty trpícími úzkostí ze smrti a určeným diagnostickým prvkem

Zkušenost s pacienty trpícími úzkostí ze smrti	„negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ p
Stále/často	1,000
Stále/občas	0,246
Stále/zřídka	0,004
Často/občas	0,472
Často/zřídka	0,006
Občas/zřídka	0,146

U diagnostických prvků „uvádí hluboký smutek“ a „diskuse na téma smrti“ nebyla prokázána signifikantní závislost mezi četností výskytu znaku a typem pracoviště, délkou praxe a zkušeností respondentů s pacienty trpícími úzkostí ze smrti.

DISKUSE

Úzkost ze smrti je ošetrovatelský problém, se kterým se sestry v rámci klinické praxe setkávají napříč spektrem zdravotnických a sociálních zařízení. Zvýšený zájem o problematiku smrti byl v ošetrovatelství vyvolán detabuizací umírání a smrti v dnešní moderní společnosti a s tím souvisejícím rozvojem paliativní a hospicové péče. To potvrzuje i skutečnost, že téměř polovina respondentů si uvědomuje, že se s pacientem trpícím úzkostí ze smrti setkává často. Kategorie diagnostických prvků, které sestry uvedly, s největší frekvencí byly: „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“, „uvádí hluboký smutek“ a „diskuse na téma smrti“. Lze se tedy domnívat, že je české sestry považují za prioritní při identifikaci ošetrovatelského problému úzkost ze smrti. Tato skutečnost ukazuje na správný náhled sester na problematiku úzkosti ze smrti, kdy odlišují aspekty související s emocionálním vnímáním myšlenky smrti a umírání od konceptu strachu. Toto rozlišení má zásadní význam při plánování specifických intervencí péče o terminálně nemocné v klinické ošetrovatelské praxi (Tomás-Sábado et al., 2007).

U diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ byla

zjištěna signifikantní závislost mezi četností výskytu a typem pracoviště ($p < 0,0001$), jak ukazuje tab. 1. Signifikantně vyšší četnost výskytu diagnostického znaku „negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ byla prokázána v hospici ve srovnání s onkologií, geriatrií, domovem pro seniory a agenturou domácí péče. Tomu odpovídá i skutečnost, že téměř tři čtvrtiny sester z lůžkových hospiců uvedly, že používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti na rozdíl od onkologie (31,9 %), LDN (24,7 %) nebo geriatrie (17,4 %), jak dokládá graf 2. Lze se domnívat, že tento výsledek odráží typ péče, charakter zaměření jednotlivých pracovišť, spektrum medicínských diagnóz a věkovou strukturu pacientů/klientů jednotlivých zařízení.

Pacienti v hospicových zařízeních jsou v terminální fázi nemoci, kdy předpokládaná doba života se odhaduje v měsících. Pacient sem přichází s vědomím, že zde pravděpodobně zemře, ale často ještě není ve fázi smíření s realitou blížící se smrti. Přitom obava z umírání a smrti je hlavním zdrojem úzkosti pacientů i jejich nejbližších (Hales et al., 2010). Teprve až dojde k přijetí reality, prožívá pacient spíše smutek a existenciální bolest ze skutečnosti, že život brzy skončí (Adelbratt, Strang, 2000).

Také věkové spektrum pacientů v hospici se liší od pracovišť typu LDN, domovy pro seniory nebo geriatrie. Moreno et al. (2008/09) ve své studii poukazují na významně nižší vnímání úzkosti ze smrti u seniorů v institucionálních podmínkách. Autoři se domnívali, že toto snížení úzkosti ze smrti u institucionalizovaných seniorů je způsobeno jednak jejich vyšším věkem,

kdy senioři vnímají, „že už mají svůj čas“, dále pak častější konfrontací s realitou smrti v institucionálním prostředí, které může způsobit vyšší úroveň desenzibilizace na okolnosti obklopující smrt. Dochází tak k významné změně psychosociálních a existenciálních konsekvencí trajektorie umírání ve stáří (Kabelka, 2008).

Nižší výskyt používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti na pracovištích typu onkologie/hematoonkologie oproti hospici může být v souvislosti s druhem poskytované léčby. Ogasawara et al. (2005) porovnávali ošetrovatelské diagnózy u japonských pacientek s generalizovaným karcinomem prsu v terminálním stadiu, které byly hospitalizovány na oddělení onkologie. Ošetrovatelské diagnózy a intervence se lišily v závislosti na důvodu hospitalizace. U pacientek přijatých k aktivní chemoterapeutické léčbě převažovaly ošetrovatelské diagnózy a intervence zaměřené na biologické potřeby. Úzkost ze smrti zde nebyla řešena jako samostatná diagnóza, ale byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Úzkost (00146), kde určujícím znakem s nejvyšší frekvencí byla „obava“ a souvisejícím faktorem „hrozba smrti“. Význam diagnózy Úzkost ze smrti pro dospělého pacienta s hematologickou malignitou prokázali Speksnijder et al. v rozsáhlém výzkumu s využitím delphské metody, kde úroveň konsenzu účastníků studie v rozmezí 80–99 % byla považována za vysokou shodu. Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti (00147) dosáhla úrovně 92,9 % a zařadila se mezi 12 ošetrovatelských diagnóz s vysokou úrovní konsenzu, tedy významných pro ošetrovatelskou péči v hematoonkologii (Speksnijder et al., 2011).

Také typ poskytované péče (akutní versus dlouhodobá nebo paliativní) může být důvodem rozdílného výskytu ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti. Payne et al. (1998) uvádějí, že sestry z intenzivních oddělení a úrazových pracovišť mají většinou kratší kontakt s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Je kladen důraz na léčbu onemocnění a smrt je často chápána jako neúspěch a selhání. Výsledky studie realizované mezi australskými sestrami z oddělení akutní péče rovněž ukazují, že menší zkušenosti sester s paliativní péčí ovlivňují vztah k psychologickým, sociálním a duchovním potřebám pacientů (Parish et al., 2006).

Dalším důvodem rozdílu frekvence používání ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti na jed-

notlivých typech pracovišť může být i rozdílná struktura medicínských diagnóz pacientů. Např. Sherman et al. (2010) poukazují na skutečnost, že celková úzkost ze smrti byla u pacientů s AIDS vyšší než u pacientů s onkologickým onemocněním.

Signifikantně vyšší četnost výskytu ($p = 0,004$) diagnostického prvku „uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním“ byla prokázána v situaci, kdy se respondenti s pacientem trpícím úzkostí ze smrti setkávají „stále“ ve srovnání se situací, kdy se s úzkostí ze smrti u pacientů setkávají „zřídka“. Signifikanční závislost ($p = 0,006$) byla rovněž v kategorii „často“ versus „zřídka“, jak dokládá tab. 3. To dokazuje význam zkušeností získaných přímou péčí o terminálně nemocné. Sestry, které jsou častěji v přímém kontaktu s terminálně nemocným, získávají pozitivnější postoj k poskytování péče umírajícím a stávají se vnímavější pro problémy spojené s psychosociálním distresem a existenciální úzkostí umírajících (Dunn et al., 2005; Parish et al., 2006). Na základě výzkumu mezi španělskými sestrami v hospicích a nemocnicích uvádějí i Roman et al. (2001), že sestry s větší životní a profesionální zkušeností projevují vyšší citlivost k problémům terminálně nemocných.

Implikace do vzdělávání a praxe v ošetrovatelství

Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že české sestry vnímají u pacientů diagnostické prvky, které potvrzují ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. Přesto polovina sester připustila, že tuto diagnózu v ošetrovatelských plánech pacientů neuvádí. Je proto potřeba věnovat více pozornosti ošetrovatelské diagnostice psychosociálních problémů terminálně nemocných jak v kurikulech studijních programů, tak v rámci celoživotního vzdělávání (například formou seminářů nebo workshopů). Rovněž přímá zkušenost s paliativní péčí o umírající, kterou studenti ošetrovatelství získávají při klinické praxi v hospicových zařízeních, podporuje pozitivní formování postoje ke specifickým potřebám terminálně nemocných již v pregraduální přípravě.

ZÁVĚR

Zajištění co nejlepší kvality života pacientů v terminální fázi předpokládá, že se ošetrovatelské diagnózy a intervence budou týkat nejen fyzické, ale také psychologické, sociální a du-

chovní dimenze lidské bytosti. Sestry by měly umět rozpoznat úzkost ze smrti u pacientů a pomoci jim vyjádřit jejich obavy a negativní emoce. Pro splnění tohoto úkolu je potřebné, aby sestry dokázaly implementovat teoretické znalosti o fenoménu úzkosti ze smrti do klinické praxe. V rámci svých kompetencí pak budou volit optimální intervence, včetně účinné komunikace s pacientem a rodinou o obavách ze smrti. Na základě empatického přístupu a s využitím znalostí mezinárodních klasifikací bude možné jejich uplatnění a tím cílené poskytování péče v rámci daných struktur mezinárodních klasifikací.

* *Příspěvek vznikl za podpory Studentské grantové soutěže IGA UP na FZV UP v Olomouci a je dedikován projektu Metodologie zkoumání životního stylu v ošetrovatelství (FZV_2011_003).*

LITERATURA

1. Adelbratt S, Strang P (2000). Death Anxiety in Brain Tumour Patients and their Spouses. *Palliative Medicine*, London, 14/6: 499–507.
2. Dunn K, Otten C, Stephens E (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Ocology Nursing Forum*, Pittsburgh, 32/1: 97–104.
3. Hales S, Zimmermann C, Rodin G (2010). The Quality of Dying and Death: A Systematic Review of Measures. *Palliative Medicine*, London, 24/2: 127–144.
4. Herdman T et al. (2007). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007–2008*. Philadelphia: NANDA, 343 p.
5. Herdman T a kol. (2010). *NANDA International – Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009–2011*, 1. vyd. Praha: Grada, 456 s.
6. Homolová M (2009). Zomieranie a kvalita zabezpečovania potreb zomierajúcich. *Kontakt*. 11/2: 320–327.
7. Kabelka L (2008). *Principy onkologické paliatívnej péče – pohľad geriatra. Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Bratislava. 1/2: 67–70.
8. Kutnohorská J (2009). Důstojnost člověka. In: Boleďovičová, Vörösová, Lísková (eds.) *Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien III*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, s. 494–503.
9. Marečková J (2006). *Ošetrovatelské Diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. 264 s.
10. Moreno RP, De La Fuente SE, Rico MA, Fernández LM (2008/2009). Death Anxiety in Institutionalized and Non-institutionalized Elderly People in Spain. *Omega: Journal of Death & Dying*. New York. 58/1: 61–76.
11. NANDA News (2004). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. New Jersey. 15/2: 59.
12. NANDA News (2006). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. New Jersey, 17/2: 118–123.
13. Ogasawara CH, Hasegawa T, Kume Y, Takahashi I, et al. (2005). Nursing Diagnoses and Interventions of Japanese Patients with End-Stage Breast Cancer Admitted for Different Care Purposes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. New Jersey. 16/3–4: 54–64.
14. Parish K et al. (2006). Dying for Attention: Palliative Care in the Acute Setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Melbourne. 24/2: 21–25.
15. Payne S, Dean J, Kalus C (1998). A Comparative Study of Death Anxiety in Hospice and Emergency Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. 28/4: 700–706.
16. Roman E, Sorribes E, Ezquerro O (2001). Nurses' Attitudes to Terminally Ill Patients. *Journal of Advanced Nursing*. Melbourne. 34/3: 338–345.
17. Sherman DW, Norman R, McSherry 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*. Amsterdam. 21/2: 99–112.
18. Slamková A, Vörösová G, Poledníková L (2008). Posúdenie pacienta s úzkosťou zo smrti. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistenci*. Bratislava. 6/6: Supl. IX–X.
19. Solomon S, Greenberg J, Pyszczyński T (2000). Pride and Prejudice: Fear of Death and Social Behaviors. *Current Directions in Psychological Science*. New York. 9/6: 200–204.
20. Speksnijder HT, Mank AP, van Achterberg T (2011). Nursing Diagnoses (NANDA-I) in Hematology–Oncology: A Delphi-Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. New Jersey. 22/2: 77–91.
21. Tomás-Sábado J, Fernández-Narváez P, Fernández-Donaire L, Aradilla-Herrero A (2007). Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enfermería clínica*. Barcelona. 17/3: 152–156.

Helena Kisvetrová
helena.kisvetrova@upol.cz