ORIGINAL ARTICLE

DŮSTOJNOST PACIENTA JAKO SOUČÁST NIC INTERVENCE
DUCHOVNÍ PODPORA

Dignity of a patient as a part of NIC intervention Spiritual support

Helena Kisvetrová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Summary

The aim of the study was to find out the way Czech nurses utilize the "Treating patients with dignity and respect" activity within NIC Spiritual support intervention (5420) and what activities they consider most important for the patient care at the end of life. We used the quantitative method, a semi structured non standardised questionnaire with 29 sets of questions supplemented with Likert's scale. The questions were created in accordance with the defined activities within Spiritual support intervention. The group of respondents was formed by 468 nurses from oncology, haemato-oncology, hospices, long-term care facilities, geriatrics, homes for the elderly and home care agencies in the Czech Republic. The method used for data processing was the descriptive statistics, the chi-square test with Bonferroni's significance correction and the adjusted residuum analysis, and also Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

Within NIC Spiritual support intervention the nurses most commonly referred to the activity of "Treating the patient with dignity and respect" (scale medium 1.23). No dependence on the type of work place ($p = 0.626$) or on the religious faith of the nurses ($p = 0.893$) was detected. One third of the nurses considered this activity the most important and 64.5% of the nurses assumed in current Czech nursing practise it is always possible to use it in the final stage of a patient's life.

The results showed that Czech nurses feel the spiritual support in a rather existential dimension, which may be related to the gradual secularization of the Czech society. They paid more attention to the activities supporting the dignity of a patient at the end of life than to activities of religious character.

Key words: dignity – spiritual support – nursing intervention – terminally ill

Souhrn

Cílem studie bylo zjistit, jak české sestry využívají v rámci NIC intervence Duchovní podpora (5420) aktivitu „Jednat s pacientem důstojně a s respektem“ a které aktivity považují za nejdůležitější pro péči o pacienta v závěru života. Byla použita kvantitativní metoda, semistrukturovaný nestandardizovaný dotazník s 29 soubory otázek doplněnými Likertovými škálami. Otázky odpovídaly jednotlivým definovaným aktivitám NIC intervence Duchovní podpora. Soubor respondentů tvořilo 468 sester z onkologie, hematookologie, hospice, léčebny dlouhodobě nemocných, geriatric, domovů pro seniory a agentur domácí péče v České

Submitted: 2012-11-07 • Accepted: 2013-05-10 • Published online: 2013-09-27

KONTAKT: XV/3: 252–259 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

republiky. Pro zpracování dat byla použita popisná statistika, chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance a analýza adjustovaných reziduí, dále testy Mann-Whitney a Kruskal-Wallis.

Ze souboru NIC intervencí Duchovní podpora sestry nejčastěji uváděly aktivitu „Jednat s pacientem důstojně a s respektem“ (průměr škály 1,23). Nebyla ale zjištěna závislost na typu pracoviště ($p = 0,626$) nebo náboženském přesvědčení sester ($p = 0,893$). Třetina sester ji rovněž považovala za nejdůležitější aktivitu a 64,5 % sester se domnívalo, že je v současné české ošetrovatelské praxi reálné ji využívat vždy při péči o pacienta v závěru života.

Výsledky ukázaly, že české sestry vnímají duchovní podporu spíše v existenciální dimenzi, což může souviset s postupnou sekularizací české společnosti. Zaměřovaly se více na aktivity podporující důstojnost pacienta v závěru života než na aktivity religiózního charakteru.

Klíčová slova: důstojnost – duchovní podpora – ošetrovatelská intervence – terminálně nemocný

ÚVOD

Fenomén důstojnosti je v současné společnosti často diskutován, a to především v souvislosti s rizikem nerespektování lidské důstojnosti nesoběstačných křehkých seniorů a umírajících pacientů. Pojem lidské důstojnosti není jednoznačně definován, i když důstojnost pacienta je zakotvena v etických kodexech i v Právech pacientů. Nordenfelt [1] vysvětluje lidskou důstojnost z pohledu sekulární dimenze a vztahuje ji k zásluhám, mravní síle, osobní identitě a k nezczizitelné hodnotě lidské bytosti (tzv. *Menschenwürde*). Důstojnost chápaná jako „*Menschenwürde*“ představuje právo každého jedince na lidskou důstojnost jako univerzální hodnotu vycházející ze samotné podstaty lidství, kterou nemůže ovlivnit zdravotní stav, nesoběstačnost, kognitivní deficit nebo deteriorizace osobnosti v závěru života. Nemá proto souvislost s mírou „užitečnosti“ člověka [2]. V současné moderní technologicky vyspělé a konzumní společnosti jsou ale preferovány úspěch a výkonnost jedince. Proto se pacienti obávají, zda jim bude v závěru života poskytována péče, která by respektovala jejich autonomii a osobní důstojnost. Osobní důstojnost jedince je tak v současnosti často spojována právě s rizikem nedůstojného umírání a smrti.

Negativní emoce spojené s realitou pokročilé onkologické choroby jako signálu blížící se smrti a obava pacienta, že bude v závěru života vnímán jako zátěž pro společnost i ošetrující personál, negativně ovlivňují pocit osobní důstojnosti [3, 4]. Pociť bezmocnosti z umírání, strach ze ztráty duševních schopností, prodlužování procesu umírání a s tím související utrpení pacient většinou spojuje s představou ztráty vlast-

ní důstojnosti. Proto je právo každého jedince na lidskou důstojnost považováno za základní princip, který tvoří zastřešující hodnotu paliativní péče o terminálně nemocné i jejich rodiny jak v institucionálním, tak i v domácím prostředí.

Duchovní pohoda pomáhá vytvářet ochranu proti úzkosti, která je spojena s konečností života, i ochranu proti obavám ze ztráty důstojnosti [5]. Tuto ochranu poskytují také ošetrovatelské aktivity duchovní podpory. Zahrnují jak náboženské, tak i existenciální aspekty, protože spiritualita je univerzálním lidským fenoménem [6]. V mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských intervencí (NIC) jsou tyto aktivity součástí intervence Duchovní podpora (5420), která je definovaná jako „*pomoc pacientovi cítit vyrovnání a spojení s vyšší mocí*“ [7]. Intervenci tvoří soubor 29 ošetrovatelských aktivit, k nimž patří i aktivita „*Jednat s pacientem důstojně a s respektem*“. Aktivity existenciální dimenze duchovní podpory jsou pro terminálně nemocné důležité [8]. Pozitivně ovlivňují duchovní pohodu a mohou být prospěšné i pro pacienty, kteří se nehlásí ke konkrétní náboženské konfesi. Pacienti neočekávají od sestry výhradně religiózní péči, ale empatický přístup respektující jejich důstojnost. Soucitné a láskyplné prostředí umožňuje naději i akceptaci reality smrti a pozitivně ovlivňuje duchovní pohodu pacientů [9]. Aktivity duchovní péče jsou v ošetrovatelství spojovány s respektem, podporou důstojnosti, aktivním nasloucháním a přítomností u pacienta [10–13]. Ošetrovatelské intervence poskytované pacientům v závěru života by se proto měly primárně zaměřovat na podporu důstojnosti pacienta a zajištění blízkosti pečujících [14].

Cílem výzkumné studie bylo zjistit, jak české sestry využívají v rámci NIC intervence Duchovní podpora (5420) aktivitu „*Jednat s pacientem důstojně a s respektem*“. Dále pak zmapovat, které aktivity ze souboru Duchovní podpora považují české sestry za nejdůležitější v péči o pacienta v závěru života. Výzkumná studie je dílčí částí rozsáhlejšího výzkumu, který se věnuje úzkosti ze smrti jako ošetrovatelskému problému a NIC intervencím Péče o umírající a Duchovní podpora.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumný soubor tvořilo 468 všeobecných sester. Respondenti byli do výzkumného souboru

zařazeni na základě předem stanovených kritérií a se zaručením anonymity. Zařazující kritéria byla: minimálně jeden rok praxe v zařízeních, kde častěji pečují o terminálně nemocné dospělé pacienty – lůžkové hospice, oddělení onkologie a hematatoonkologie, oddělení geriatry, léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory (DpS) a agentury domácí péče (ADP) v rámci České republiky. Celkem bylo distribuováno 750 dotazníků s návratností 62,4 %. Výzkum byl realizován od ledna do května 2011. Respondenti výzkumného souboru pracovali ve 34 státních i nestátních zdravotnických a sociálních zařízeních. Demografické charakteristiky respondentů uvádí tabulka 1.

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

	LDN	hospic	onko- logie	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							
Střední zdravotnická škola	66,7 %	58,0 %	48,6 %	62,3 %	68,7 %	55,3 %	58,8 %
Specializační studium	23,8 %	22,2 %	21,0 %	29,0 %	25,4 %	17,2 %	23,3 %
Vyšší zdravotnická škola	4,7 %	7,5 %	13,0 %	2,9 %	2,9 %	6,9 %	7,2 %
VS – bakalářské	4,8 %	7,4 %	13,8 %	0,0 %	3,0 %	17,2 %	7,7 %
VS – magisterské	0,0 %	4,9 %	3,6 %	5,8 %	0,0 %	3,4 %	3,0 %
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
Náboženské přesvědčení							
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 %

Pro účely výzkumu byl zvolen kvantitativní přístup. Ke sběru dat byl použit semistrukturovaný nestandardizovaný dotazník, který je součástí rozsáhlejšího výzkumu zaměřeného na

ošetrovatelský problém úzkosti ze smrti v České republice. Dotazník obsahoval 29 souborů otázek, které odpovídaly jednotlivým definovaným aktivitám NIC intervence Duchovní podpora

a byly doplněny pětistupňovými Likertovými škálami. Srozumitelnost dotazníku byla v rámci předvýzkumu ověřena u 20 sester v klinické praxi.

Pro zpracování dat byla použita popisná statistika, chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance a analýza adjustovaných reziduí, dále testy Mann-Whitney a Kruskal-Wallis.

VÝSLEDKY

Respondenti uváděli využívání jednotlivých aktivit, které odpovídaly definovaným aktivitám NIC intervence Duchovní podpora, na škále v rozmezí od „vždy“ po „nikdy“. Závislost mezi typem pracoviště, náboženským přesvědčením respondentů a využíváním aktivit byla posouzena pomocí chí-kvadrát testu. Pro statistické zpracování byla původní škála odpovědí na otázky týkající se využívání uvedených aktivit omezena

na ordinální škálu se třemi kategoriemi: „vždy/často“, „občas/výjimečně“ a „nikdy“. V případě, že byla prokázána signifikantní závislost mezi typem pracoviště a využíváním konkrétní aktivity, byly následně porovnány jednotlivé typy pracovišť po dvojicích. K porovnání byl použit chí-kvadrát test s Bonferroniho korekcí signifikance a analýza adjustovaných reziduí. Závislost mezi délkou praxe a názorem respondentů na reálné využívání konkrétních aktivit v současné české ošetrovatelské praxi byla posouzena testem Kruskal-Wallis. V případě, že byla prokázána signifikantní závislost mezi délkou praxe a názory respondentů, byly následně porovnány po dvojicích jednotlivé skupiny respondentů testem Mann-Whitney s Bonferroniho korekcí signifikance. Aktivity, které se vyskytovaly s frekvencí minimálně 50 %, uvádí tabulka 2.

Tabulka 2 – Nejčastěji uváděné aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora

Aktivita	vždy	často	občas	výjimečně	nikdy	průměr*
Jednat s pacientem důstojně a s respektem	83,5 %	12,0 %	3,0 %	0,6 %	0,9 %	1,23
Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení	55,3 %	27,6 %	12,4 %	3,4 %	1,3 %	1,68
Být schopna naslouchat pocitům pacienta	50,0 %	32,5 %	13,7 %	2,4 %	1,4 %	1,73

* průměrná hodnota Likertovy škály

Nejčastěji byla uváděná aktivita „*Jednat s pacientem důstojně a s respektem*“ (průměr 1,23 na pětistupňové Likertově škále). U této aktivity nebyla zjištěna statisticky významná souvislost ve vztahu k typu pracoviště ($p = 0,626$) a k náboženskému přesvědčení respondentů ($p = 0,893$). Využívání aktivity respondenty v jednotlivých typech pracovišť ukazuje tabulka 3.

Pro aktivitu „*Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení*“ (průměr škály 1,68) nebyla zjištěna závislost na typu pracoviště ($p = 0,059$) ani na náboženském přesvědčení respondentů ($p = 0,353$). Přehled využívání aktivity v jednotlivých typech pracovišť prezentuje tabulka 4.

U aktivity „*Být schopna naslouchat pocitům pacienta*“ (průměr škály 1,73) byla závislost ve vztahu k pracovišti ($p = 0,042$) i k náboženskému přesvědčení respondentů ($p = 0,007$). Signifikantně

více respondentů z hospiců (96,3 %) využívalo tuto aktivitu v praxi „vždy/často“ ve srovnání s respondenty z onkologie (79,7 %), geriatric (76,8 %) a agentur domácí péče (75,9 %). Věřící respondenti (20,5 %) ve srovnání s respondenty nevěřícími (12,7 %) signifikantně častěji odpovídali „občas/výjimečně“ na otázku týkající se využívání této aktivity a signifikantně méně často odpovídali „nikdy“ (0 % versus 2,6 %).

Aktivity ze souboru NIC intervence Duchovní podpora, které respondenti subjektivně považovali za nejdůležitější při péči o pacienta v závěru života, uvádí tabulka 5. Respondenti měli možnost zvolit i více než jednu aktivitu.

U aktivit, které byly označeny za nejdůležitější v péči o pacienta v závěru života, respondenti dále uvedli svůj názor na reálnost jejich využívání v současné české ošetrovatelské praxi, jak ukazuje tabulka 6.

Tabulka 3 – Aktivita „Jednat s pacientem důstojně a s respektem“

Typ pracoviště		Jednat s pacientem důstojně a s respektem			Celkem
		vždy/často	občas/výjimečně	nikdy	
LDN	N	82	2	0	84
	%	97,6 %	2,4 %	0 %	100 %
Hospic	N	78	3	0	81
	%	96,3 %	3,7 %	0 %	100 %
Onkologie	N	129	6	3	138
	%	93,5 %	4,3 %	2,2 %	100 %
Geriatric	N	68	1	0	69
	%	98,6 %	1,4 %	0 %	100 %
DpS	N	63	3	1	67
	%	94,0 %	4,5 %	1,5 %	100 %
ADP	N	27	2	0	29
	%	93,1 %	6,9 %	0 %	100 %
Celkem	N	447	17	4	468
	%	95,5 %	3,6 %	0,9 %	100 %

Tabulka 4 – Aktivita „Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení“

Typ pracoviště		Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení			Celkem
		vždy/často	občas/výjimečně	nikdy	
LDN	N	72	2	0	84
	%	85,7 %	2,4 %	0 %	100 %
Hospic	N	73	3	0	81
	%	90,1 %	3,7 %	0 %	100 %
Onkologie	N	112	6	3	138
	%	81,2 %	4,3 %	2,2 %	100 %
Geriatric	N	68	1	0	69
	%	98,6 %	1,4 %	0 %	100 %
DpS	N	63	3	1	67
	%	94,0 %	4,5 %	1,5 %	100 %
ADP	N	27	2	0	29
	%	93,1 %	6,9 %	0 %	100 %
Celkem	N	447	17	4	468
	%	95,5 %	3,6 %	0,9 %	100 %

Tabulka 5 – Aktivita NIC intervence Duchovní podpora důležité pro péči v závěru života

Aktivita	počet	procento (n = 468)	pořadí
Jednat s pacientem důstojně a s respektem	176	37,6 %	1
Být schopna naslouchat pocitům pacienta	151	32,3 %	2
Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení	118	25,2 %	3
Být otevřená k vyjádření obav pacienta	106	22,6 %	4
Projevit vřetění do pocitů pacienta	106	22,6 %	5
Zajistit soukromí a tiché chvíle pro duchovní aktivitu	98	20,9 %	6

Tabulka 6 – Názor na reálnost využívání aktivit NIC intervence Duchovní podpora v současné české praxi

Aktivita	vždy	často	obtížně	ne	nevím	průměr*
Jednat s pacientem důstojně a s respektem	64,5 %	23,7 %	7,1 %	1,3 %	3,4 %	1,43
Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení	50,9 %	23,1 %	13,5 %	5,1 %	7,4 %	1,71
Být schopna naslouchat pocitům pacienta	42,1 %	25,6 %	20,5 %	5,3 %	6,5 %	1,88

* průměrná hodnota Likertovy škály

Co se týká názoru respondentů na reálnost využívání aktivit v současné ošetrovatelské praxi v České republice, byly výsledky porovnány v závislosti na typu pracoviště, náboženském přesvědčení a délce praxe respondentů.

Pro aktivitu „Jednat s pacientem důstojně a s respektem“ byla zjištěna statisticky významná souvislost ve vztahu k typu pracoviště ($p < 0,0001$). Signifikantně více respondentů z geriatric (97,1 %), onkologie (90,6 %) a hospiců (88,9 %) považovalo aktivitu za reálně využitelnou v současné české ošetrovatelské praxi (odpověď „ano/ částečně“) ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (74,6 %). Závislost na délce praxe ($p = 0,320$) a náboženském přesvědčení respondentů ($p = 0,425$) nebyla prokázána.

U aktivity „Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení“ byla zjištěna závislost na typu pracoviště ($p = 0,016$). Signifikantně méně respondentů z hospiců (12,3 %) uvedlo, že považují realizaci této aktivity za obtížnou nebo nevyužitelnou v současné české ošetrovatelské praxi ve srovnání s respondenty z domova pro seniory (32,8 %).

U aktivity „Být schopna naslouchat pocitům pacienta“ byla závislost na náboženském přesvědčení ($p = 0,047$). Věřící respondenti (31,0 %) ve srovnání s respondenty nevěřícími (22,0 %) signifikantně častěji odpověděli „obtížně/ne“ na možnost reálné využitelnosti aktivity.

DISKUSE

Do výzkumného šetření se zapojilo 468 všeobecných sester z České republiky. Celková návratnost 62,4 % ukazuje na zájem českých sester o tuto problematiku a lze ji srovnat s návratností 54 % ve výzkumu o NIC intervencích mezi farními sestrami v USA [15].

Aktivita „Pečovat o pacienta s důstojností a respektem“, kterou české sestry uváděly nejčastěji (tab. 2, 3), má pro pacienta v závěru života zásadní význam [16]. Lidský přístup, projev úcty a respektu pomáhá při navazování a budování vztahu zvláště u seniorů [17]. Naopak pocit ztráty nebo ohrožení důstojnosti může vést až k touze uspišit smrt [18]. Sestry z USA, Indie, Keni a Etiopie ve výzkumu Coenena et al., kteří se zabývali ošetrovatelskými intervencemi podporujícími důstojné umírání, v této souvislosti uváděly aktivity: útěcha, mluvení o smrti a strachu pacienta z umírání, naslouchání a přítomnost u pacienta. Sestry ze všech čtyř zemí se shodly na důležitosti intervencí „Pečovat o pacienta s úctou a respektem“ a „Přítomnost u pacienta“ [16]. V souladu s tím jsou i výsledky výzkumu u kanadských pacientů. Výzkum potvrdil, že pokud osobní důstojnost pacienta nebyla ohrožena nebo porušována, bylo méně pravděpodobné, že pacient pociťoval beznaděj či úzkost [19]. Rovněž Touhy et al. [20] ve svém výzkumu potvrzují důležitost respektování osobní důstojnosti při péči o terminálně nemocné v ošetrovatelských domech. Aktivity, které čeští respondenti uváděli s největší frekvencí, se tak shodují s těmito zahraničními výzkumy.

České sestry uvedly podobně jako americké sestry [10] aktivitu „Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení“ (tab. 4). Ošetrovatelské aktivity duchovní podpory jsou v tomto kontextu spojovány s empatií, aktivním nasloucháním, přítomností u pacienta a s respektem k osobní důstojnosti [21]. Aktivní naslouchání usnadňuje v závěru života emocionální vyjádření pacienta [12]. Třetina českých sester zařadila aktivitu „Být schopna naslouchat pocitům pacienta“ mezi nejdůležitější v péči o pacienta

v závěru života (tab. 5). Větší frekvence výskytu byla u sester z hospiců. Může to souviset se skutečností, že v České republice je práce sester ve zdravotnických zařízeních hodnocena převážně výkonově a dokumentování péče nezohledňuje hodnotu času stráveného u pacienta. Naproti tomu naslouchání a doprovázení terminálně nemocného je součástí konceptu hospicové péče, který je realizován v českých lůžkových hospicích. Tím je možné vysvětlit i skutečnost, že výsledky sester z českých hospiců byly u této aktivity podobné jako u irských hospicových sester [22]. Také pozitivnější pohled sester z hospiců na reálnost využívání aktivity „*Ujistit pacienta, že sestra jej bude schopna podpořit v době utrpení*“ by v současné ošetrovatelské praxi mohl být ovlivněn většími zkušenostmi s doprovázením umírajících.

Lze se domnívat, že preferování aktivit vztažujících se k důstojnosti, respektu a naslouchání v rámci NIC intervence Duchovní podpora může být reakcí na negativní zkušenosti českých zdravotníků z období, kdy byla naopak zdůrazňována péče pouze o fyzickou dimenzi jedince. V posledním desetiletí je důstojnost jako základní komponenta péče o pacienta implementována jak do pregraduální přípravy, tak do

celoživotního vzdělávání sester. Tato skutečnost mohla ovlivnit názor sester na reálnost využívání aktivit ze souboru NIC intervence Duchovní podpora v současné české ošetrovatelské praxi při péči o pacienta v závěru života. Zahraniční studie v tomto kontextu dokládají, že spiritualita je podstatným aspektem důstojného umírání a sociální důstojnost pacienta je spojována s péčí poskytovanou s respektem [23, 24].

ZÁVĚR

Výzkum, který patří k prvním v této oblasti v České republice, ukázal, že české sestry chápou aktivity NIC intervence Duchovní podpora více v existenciální dimenzi, což může odrážet postupnou sekularizaci české společnosti. Sestry vnímají důležitost ošetrovatelských aktivit zaměřených na důstojnost pacienta v závěru života a také je považují za reálně využitelné v současné české ošetrovatelské praxi.

Příspěvek byl podpořen IGA UP na FZV UP v Olomouci a je dedikován projektu Využití NIC intervencí Péče o umírající a Duchovní podpora u pacientů s ošetrovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti (00147) v České republice (FZV_2012_003).

LITERATURA

- [1] Nordenfelt L. The Varieties of Dignity. *Health Care Analysis: Journal of health philosophy and policy*. 2004;12(2):69–81.
- [2] Wichsová J. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*. 2012;14(1):7–13.
- [3] Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: Cancer Journal for Clinicians*. 2006;56(2):84–103.
- [4] Tang PL, Chiou CP, Lin HS, Wang C, Liand SL. Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients. *Cancer Nursing*. 2011;34(4):286–92.
- [5] McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill patients. *Lancet*. 2003;361(9369):1603–7.
- [6] Byrne M. Spirituality in palliative care: What language do we need? *International Journal of Palliative Nursing*. 2002;8(2):67–74.
- [7] Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J (eds.). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th ed. Iowa: Mosby; 2008, p. 674.
- [8] McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(6):484–6.
- [9] Mok E, Wong F, Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(2):360–70.
- [10] Cavendish R, Konecny L, Mitzieliotis C, Russo D, Luise B, Lanza M, Medefindt J, Bajo MA. Spiritual care activities of nurses using Nursing Interventions Classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003;14(4):113–24.

- [11] Grant D. Spiritual Interventions: How, When, and Why Nurses Use Them. *Holistic Nursing Practice*. 2004;18(1):36–41.
- [12] Narayanasamy A, Clissett P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S, Edge R. Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(1):6–16.
- [13] van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(7):875–84.
- [14] Machová A, Sedláková G, Tóthová V. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt*. 2009;11(2):333–8.
- [15] Solari-Twadell A, Hackbarth D. Evidence for a new paradigm of the ministry of parish nursing practice using the nursing intervention classification system. *Nursing Outlook*. 2010;58(2):69–75.
- [16] Coenen A, Doorenbos AZ, Wilson SA. Nursing Interventions to Promote Dignified Dying in Four Countries. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(6):1151–6.
- [17] Dvořáčková D, Kajanová A. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*. 2012;14(3):331–9.
- [18] Shim E, Hahm B. Anxiety, helplessness/hopelessness and 'desire for hastened death' in Korean cancer patients. *European Journal of Cancer Care (Engl.)*. 2011;20(3):395–402.
- [19] Chochinov HM, Jack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 2002;360(9350):2026–30.
- [20] Touhy TA, Brown C, Smith CJ. Spiritual caring: end of life a nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*. 2005;31(9):27–35.
- [21] Penson RT, Partridge RA, Shah MA, Giansiracusa D, Chabner BA, Lynch TJ, Jr. Fear of Death. *The Oncologist*. 2005;10(2):160–9.
- [22] Bailey ME, Moran S, Graham M. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*. 2009;15(1):42–8.
- [23] Doorenbos, A, Wilson S, Coenen A, Borse N. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *International Nursing Review*. 2006;53(1):28–33.
- [24] Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2011;12(8):753–62.

✉ **Kontakt:**

PhDr. Helena Kisvetrová, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství, Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc
E-mail: helena.kisvetrova@upol.cz