

Ošetrovateľská diagnóza úzkost ze smrti u klientů v lůžkovém hospici

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D., Bc. Filip Schramm

Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě

Článek vznikl na základě výzkumu realizace bakalářské práce studenta 3. ročníku SLU FVP UO Filipa Schramma, vedoucí práce je PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D. Tématem byla péče o nevléčitelně nemocné v lůžkovém hospici. Hospic je primárně určen pacientům, u nichž došlo k ukončení kauzální terapie a přešlo se k terapii paliativní. Článek se zabývá problematikou paliativní a hospicové péče s důrazem na výskyt ošetrovateľské diagnózy úzkost ze smrti NANDA taxonomie u hospicových pacientů.

Klíčová slova: paliativní péče, hospic, smrt, umírání, úzkost ze smrti

Nursing diagnosis of death anxiety of cliens in inpatient hospic

The article was created on the basis of research into the implementation of the bachelor's thesis of a third-year student of SLU FVP UO Filip Schramm, supervisor PhDr. Zdenka Rimovska, Ph.D. The topic was the care of the terminally ill patients in a hospice. Hospice is primarily intended for patients who have discontinued causal therapy and switched to palliative therapy. The article deals with the issue of palliative and hospice care with an emphasis on the occurrence of nursing diagnosis of anxiety from the death of NANDA taxonomy in hospice patients. The main goal was to map the incidence of nursing diagnosis of NANDA taxonomy death anxiety in hospice patients. Capture and explore the intensity with which the individual characteristics occur.

Keywords: palliative care, hospice, death, dying, death anxiety

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1-2e):26-30

Úvod

V České republice zemře ročně kolem 100 000 lidí, z toho 24 % umírá doma, 59 % v nemocnicích, 9 % v léčebných ústavech, 1,5 % v hospicích a 4,5 % v zařízeních sociální péče (Sláma et al., 2011).

Umírání a smrt jsou fenomény, které je potřeba zkoumat z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického. Po dlouhá staletí probíhal proces umírání a smrti výhradně mimo zdravotnická zařízení. Pokud měl člověk rodinné zázemí, tak zpravidla umíral v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že se lidé v minulosti setkávali se smrtí a umíráním poměrně běžně, tak byli na tuto životní fázi vcelku dobře připraveni. Rodina byla většinou schopná zajistit elementární potřeby umírajícího (např. krmení, hygienickou péči apod.). Obrovskou nevýhodou umírání v domácím prostředí byla absence lékaře. Pouze nejmajetnější lidé si mohli dovolit lékaře povolát, aby nemocnému podal utěšující lék. Nejčastěji se umírajícím podávalo morfium, které bylo účinné v boji proti bolestem.¹ Postupem času se úroveň zdravotnické péče zlepšovala. Vznikalo stále více zdravotnických zařízení, které připravily půdu pro příchod

modelu institucionálního umírání. Tento model spočíval v tom, že umírající začali být umisťováni do zdravotnických zařízení, s nadějí, že se o ně tým profesionálních zdravotnických pracovníků postará nejlépe. Ve 20. letech 20. století byla aplikována praxe tzv. bílé zástěny. Tato praxe znamenala, že umírající byli segregováni od okolního světa v naději, že potřebují absolutní klid na umírání. Rodinám bylo odíráno každodenně vidat umírajícího. Mnoho lidí s tímto trendem rezignovaně souhlasilo, jelikož vkládalo absolutní důvěru do rukou profesionálů. Lidé věřili a stále mnohdy věří, že medicína dokáže zabránit smrti nebo alespoň umožní důstojný odchod ze života. Medicína se snaží za každou cenu smrti zabránit, mnohdy ovšem i za cenu dystanazie, kterou můžeme chápat, jako zadržovanou smrt. V umožnění důstojného odchodu ze života ovšem medicína velice často selhává.¹ Právo na důstojnou smrt má však každý člověk, a hospicová zařízení jsou předurčena k tomu, aby jej zajistila.

Cíl práce

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat výskyt ošetrovateľské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) dle taxono-

mie ošetrovateľských diagnóz NANDA International u klientů v lůžkovém hospici.

Paliativní péče

Obecnou paliativní péči rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovateľské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi.

Hospic

Hospic je slovo, které bylo převzato z angličtiny a znamená útulek nebo útočiště. Ve středověku lidé používali tento

výraz pro odpočinkové domy, které byly využívány především poutníky směřujícími do Palestiny. Poutníci potřebovali místo, kde by mohli načerpat energii. Hospice později zanikly a znovu přichází na scénu až v polovině 18. století. Tehdy došlo k založení první nemocnice pro umírající v irském Corku. V roce 1905 vznikl St. Joseph's Hospice ve východní části Londýna. Mezi průkopníky moderní paliativní a hospicové péče patří Cicely Saundersová. Roku 1967 založila v Londýně St. Christopher's Hospice, první hospic moderního typu. Ten si kladl za cíl, propojit medicínskou péči o umírající s kvalitní ošetrovatelskou a sociální péčí, včetně zapojení dobrovolníků. Od ostatních zařízení zřizovaných pro umírající se lišil především kvalitní péčí, úzce propojenou se vzděláváním a výzkumem.² Za zakladatelku hospicového hnutí v ČR je považována MUDr. Marie Svatošová, která stála u zrodu prvního českého hospice. Jím byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl založen v roce 1995. Hospic v českém prostředí je registrovaný poskytovatel zdravotních služeb dle zák. č. 372/2011 Sb., nad rámec zdravotní péče poskytuje nedílně sociální služby dle zák. č. 108/2006 Sb. **Zahrnuje odbornou lékařskou i ošetrovatelskou péči, poradenství, duchovní doprovod a pomoc rodinám i blízkým osobám nemocného. Zdravotní a ošetrovatelská péče je hrazená ze zdravotního pojištění. Sociální složku si klient hradí sám na každý den. Částka je vždy přiměřená možnostem klientů.** Hlavním posláním je péče o umírající, což umožňuje pracovníkům koncentrovat veškerou energii do zajištění dobrého umírání. Vzhledem ke specifčnosti tohoto zařízení je kladem důraz na výběr vhodných zaměstnanců, jež musí být kvalifikovanými osobnostmi, které dokážou poskytovat péči na nejvyšší úrovni (Marková, 2010).³ Doporučuje se, aby hospicové zařízení mělo nižší kapacitu. Pro ilustraci představíme Hospic sv. Lukáše v Ostravě, kde byl výzkum realizován. Ten disponuje kapacitou 30 hospicových lůžek z nichž 22 je jednolůžkových a 8 je dvojlůžkových. Všechny pokoje poskytují pacientům maximální komfort. Kromě polohovatelných postelí jsou vybaveny vkusným nábytkem, televizorem a přístýlkou pro rodinné příslušníky. Umožňuje tady zcela odlišný režim

Legenda k vyhodnocení Beckova inventáře úzkosti (BAI) (Beck, 1988).

Beckův inventář úzkosti (BAI)		Výsledná hodnota	
Hodnota odpovědi	Popis příznaku	Součet bodů	
0	Příznak se nevyskytuje	0-9	absence příznaků
1	Příznak se vyskytuje mírně	10-18	mírná až střední úzkost
2	Příznak se vyskytuje středně	19-29	střední až závažnou úzkost
3.	Příznak se vyskytuje vážně	30-63	Závažná úzkost

než v nemocnici. Pacient má maximální možnou svobodu ve svých rozhodnutích a rodinní příslušníci jej mohou navštívit v kteroukoliv denní hodinu. Velký důraz je kladen na přítomnost dobrovolníků a realizaci nejrůznějších dobrovolných aktivit pro pacienty (např. canisterapie, návštěvy nemocničních klaunů, pravidelná setkávání s dobrovolníky u kávy, jež jsou různě tematicky zaměřená apod.). Samozřejmostí je individualizovaná spirituální péče a dostupnost duchovních v kteroukoliv denní hodinu. V rámci výzkumného šetření jsme se soustředili na zmapování výskytu ošetrovatelské diagnózy úzkost ze smrti NANDA taxonomie u pacientů v hospici.

Výzkumný soubor a metodika

Realizace empirického šetření probíhala formou kvantitativního výzkumu za pomoci anonymního polostrukturovaného dotazníku, jež byl vytvořen z prostudované odborné literatury. Následně byl do dotazníku zahrnut Beckův inventář úzkosti, jež je validním nástrojem pro identifikaci úzkosti u pacientů. Taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA International⁵ se stala podkladem pro vytvoření dalších otázek, jež se skládaly z určujících znaků a souvisejících faktorů ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147). **Výzkumný soubor** tvořili pacienti lůžkového Hospice sv. Lukáše v Ostravě. Kritéria výběru respondentů do výzkumného šetření byla: pacient starší 18 let; zachovaný stav plného vědomí; souhlas se zařazením do výzkumu; ukončení kauzální léčby a přechod k terapii paliativní. Celkový vzorek tvořilo 20 respondentů (100 %), přičemž 60 % (12) představovaly ženy a 40 % (8) muži. Průměrný věk respondentů byl 74,95 let, přičemž nejmladšímu z nich bylo 59 let a nejstaršímu 91 let. Průměrná délka hospitalizace se vyšplhala na 75,85 dní. Výzkum byl schválen vedoucími pracovníky lůžkového Hospice sv. Lukáše.

Sběr dat se uskutečnil v měsíci říjen 2019 až březen 2020. Všem respondentům byl objasněn charakter empirického šetření a podepsali informovaný souhlas.

Analýza dat Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. U Beckova inventáře úzkosti je každé odpovědi u dané charakteristiky přiřazena příslušná hodnota: 0 – příznak se vůbec nevyskytuje; 1 – příznak se vyskytuje mírně; 2 – příznak se vyskytuje středně; 3 – příznak se vyskytuje vážně. Výsledek testu tvoří součet všech bodů. Výsledná hodnota 0-9 bodů představuje absenci úzkosti, 10-18 bodů přítomnost mírné až střední úzkosti, 19-29 bodů představuje střední až závažnou úzkost, 30-63 bodů přítomnost závažné úzkosti.⁴

Data získaná prostřednictvím jednotlivých charakteristik ošetrovatelské diagnózy úzkost ze smrti dle taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA International byla zpracována pomocí Fehringova na pacienta zaměřeného modelu klinické diagnostické validity (Patient – focused CDV model), který je vhodnou metodou pro pacienty s ošetrovatelskou diagnózou psychologické či behaviorální povahy. U našich respondentů stanovuje pouze předpoklad pro výskyt ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) a to za předpokladu výskytu alespoň jednoho určujícího znaku a jednoho souvisejícího faktoru.

Každé charakteristice je přiřazena její významnost za pomoci Likertovy škály. Vážené skóre: součet jednotlivých hodnot přiřazených ke každé odpovědi, děleno celkovým počtem odpovědí. Charakteristiky s váženým skóre nad 0,80 jsou považovány za hlavní, za vedlejší považujeme ty charakteristiky, jejichž vážené skóre je v rozmezí 0,80 až 0,50. Charakteristiky, které mají vážené skóre 0,50 a méně, nejsou považovány za charakteristické

Legenda k vyhodnocení Likertovy škály

Vyjádření odpovědi	stupeň	vážené skóre	n	%
Není vůbec charakteristická	1	0		
Velmi málo charakteristická	2	0,25		
Málo (trochu charakteristická)	3	0,5		
Významně charakteristická	4	0,75		
Velmi charakteristická	5	1		

Legenda: n – absolutní četnost, % – relativní četnost.

Tabulka 1. Určující znaky ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147)

Určující znaky	průměr	vážené skóre
obavy ze zátěže pečovatele	2,45	0,61
hluboký smutek	2,35	0,59
strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění	3,05	0,76
strach ze ztráty duševních schopností v období umírání	3,75	0,94
strach z bolesti spojené s umíráním	3,90	0,98
strach z předčasné smrti	2,75	0,69
strach z prodlužovaného umírání	3,65	0,91
strach z utrpení spojeného s umíráním	3,80	0,95
strach z procesu umírání	3,75	0,94
negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním	2,85	0,71
bezmocnost	3,30	0,83
obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby	2,55	0,64

Legenda: tmavě modrý odstín – hlavní charakteristiky, světle modrý odstín – vedlejší charakteristiky.

Dotazníkové šetření, jež probíhalo v Hospici sv. Lukáše, bylo realizováno s celkem 20 pacienty. Návrh dotazníků byla 100 %, jelikož všechny dotazníky byly vyplněny s výzkumníkem, proto byl prostor pro zodpovězení případných dotazů či vysvětlení určitých nejasností. Vyplnění jednoho dotazníku s pacientem trvalo v průměru 40 minut.

Výsledky a diskuse

V rámci našeho výzkumu bylo zjištěno, že za nejvýraznější určující znaky ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) můžeme považovat strach spojený s bolestí a utrpením během procesu umírání. Nejvýraznější související faktor, jež byl identifikován, je předvídaní bolesti. Dle Kisvetrové (2012) byla nejvyšší frekvence zaznamenána u určujících znaků negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním a hluboký smutek. Toto průzkumné šetření však nepracovalo s vyjádřením jednotlivých pacientů, ale všeobecných sester, které měly stanovit na základě jakých diagnostických signálů usuzují, že pacienti trpí úzkostí ze smrti. Deskriptivní studie autorů Fernández et al. (2018) zabývající se validizací ošetřovatelské diag-

nózy Úzkost ze smrti (00147) z pohledu všeobecných sester ve Španělsku, přišla s podobnými výsledky jako náš výzkum. Studie pracovala na principu modelu klinické diagnostické validity. Dle výsledků byla v případě určujících znaků přiřazena nevyšší významnost charakteristikám strach z utrpení spojeného s umíráním (0,88) strach z prodlužovaného umírání (0,85), strach z bolesti spojené s umíráním (0,84) a strach z procesu umírání (0,84). Byť byly výsledné hodnoty u našeho výzkumu mírně vyšší, tak jejich pořadí v celkovém výčtu určujících znaků víceméně korespondovalo. Výsledky u souvisejících faktorů se oproti našim výsledkům mírně lišily. Zde byla upozorována nejvyšší významnost u vnímání blízkosti smrti (0,84, oproti našemu výsledku 0,70), vyrovnání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (0,84, oproti našemu výsledku 0,65), předvídaní utrpení (0,82, oproti našemu výsledku 0,69) a zkušenost s procesem umírání (0,80, oproti našemu výsledku 0,54).

Výsledky

Míra významnosti jednotlivých určujících znaků ošetřovatelské diagnózy úzkost ze smrti

Z analyzovaných dat vyplývá míra významnosti jednotlivých určujících znaků. U našich respondentů můžeme mezi hlavní charakteristiky dle váženého skóre (VS) zařadit: strach z bolesti spojené s umíráním (VS 0,98); strach z utrpení spojeného s umíráním (VS 0,95); strach z procesu umírání (VS 0,94); strach ze ztráty duševních schopností v období umírání (VS 0,94); strach z prodlužovaného umírání (VS 0,91).

Po diferenciaci dat vztažených k pohlaví respondentů je patrný rozdíl v charakteristické významnosti jednotlivých určujících znaků. U žen bylo vážené skóre v průměru vyšší o 0,10, než u mužů. Mezi muži se rovněž objevilo o 2 hlavní charakteristiky méně než u žen.

Při porovnání výsledků mezi pacienty na základě výskytu úzkosti bylo zjištěno, že vyšší míra významnosti jednotlivých určujících znaků je patrná u skupiny respondentů, jež trpěli vážnější formou úzkosti. Do skupiny s vážnější formou úzkosti byli zařazeni ti respondenti, u nichž výsledek Beckova inventáře úzkosti přesáhl 18 bodů. U skupiny s vážnější formou úzkosti se vyskytovalo celkem 8 hlavních charakteristik, přičemž nejvýznamnější charakteristikou byl strach z bolesti spojené s umíráním (0,98), následovaný strachem z utrpení spojeného s umíráním (0,97), strachem z procesu umírání (0,97), strachem z prodlužovaného umírání (0,95), strach ze ztráty duševních schopností v období umírání (0,93), bezmocnosti (0,87), strachem z rozvoje nevyléčitelného onemocnění (0,83) a z negativních myšlenek spojených se smrtí a umíráním (0,83). U těchto respondentů se rovněž vyskytovaly vedlejší charakteristiky, které byly celkem 4. Mezi vedlejší charakteristiky můžeme po analýze dat zařadit strach z předčasné smrti (0,78), hluboký smutek (0,70), obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby (0,68) a obavy ze zátěže pečovatele (0,62). U skupiny respondentů s žádnou, nebo mírnou úzkostí můžeme pozorovat o 3 hlavní charakteristiky méně než u skupiny se střední až vážnou úzkostí. Mezi hlavní charakteristiky u této skupiny můžeme zařadit strach z bolesti spojené s umíráním (0,95), strach ze ztráty duševních schopností v období umírání

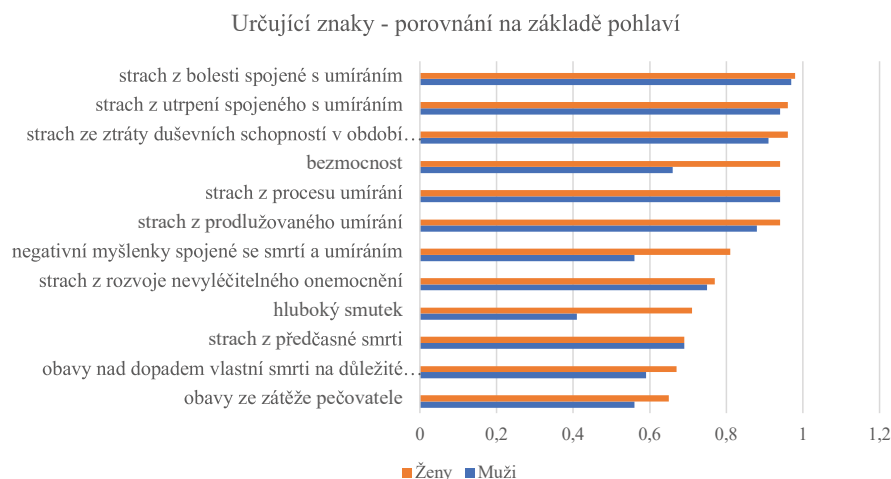
(0,95), strach z utrpení spojeného s umíráním (0,90), strach z procesu umírání (0,85) a strach z prodlužovaného umírání (0,80). Vedlejší charakteristiky se u této skupiny respondentů objevily 3 a patří mezi ně bezmocnost (0,70), obavy ze zátěže pečovatele (0,60) a strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění (0,55). Celkem 4 určující znaky byly u této skupiny necharakteristické.

Míra významnosti jednotlivých souvisejících faktorů ošetrovateľské diagnózy úzkost ze smrti

Z analyzovaných dat bylo zjištěno, že u respondentů se vyskytovala pouze jedna hlavní charakteristika, kterou bylo předvídání bolesti (0,85). Mezi vedlejší charakteristiky můžeme zařadit vnímání blízkosti smrti (0,70), předvídání utrpení (0,69), předvídání dopadu smrti na druhé (0,65), vyrovnání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (0,65), pozorování související se smrtí (0,59), nejistota ohledně existence vyšší moci (0,56), nejistá prognóza (0,56) a zkušenost s procesem umírání (0,54). Z analyzovaných dat můžeme vyčíst, že míra významnosti u souvisejících faktorů byla výraznější pro ženy. U žen byla míra významnosti dle váženého skóre v průměru vyšší o 0,10 než u mužů. U žen se rovněž vyskytovalo o 5 vedlejších charakteristik více než u mužů.

I v případě souvisejících faktorů byla zaznamenána vyšší míra významnosti jednotlivých charakteristik u skupiny respondentů s vážnější formou úzkosti. U těchto pacientů byl zaznamenán výskyt 2 hlavních charakteristik, kterými jsou předvídání bolesti (0,87) a vnímání blízkosti smrti (0,80). Dále můžeme pozorovat výskyt celkem 11 vedlejších charakteristik. U skupiny respondentů, kteří trpěli mírnou nebo žádnou úzkostí se neobjevila žádná hlavní charakteristika. Mezi vedlejšími charakteristikami se objevily pouze 3 související faktory. Z analyzovaných dat můžeme vyčíst, že míra významnosti u souvisejících faktorů byla výraznější pro ženy. U žen byla míra významnosti dle váženého skóre v průměru vyšší o 0,10 než u mužů. U žen se rovněž vyskytovalo o 5 vedlejších charakteristik více než u mužů.

Graf 1. Určující znaky – porovnání na základě pohlaví



Tabulka 2. Určující znaky vztažené k výskytu úzkosti

Určující znak	více než 18	méně než 18
obavy ze zátěže pečovatele	0,62	0,60
hluboký smutek	0,70	0,25
strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění	0,83	0,55
strach ze ztráty duševních schopností v období umírání	0,93	0,95
strach z bolesti spojené s umíráním	0,98	0,95
strach z předčasné smrti	0,78	0,40
strach z prodlužovaného umírání	0,95	0,80
strach z utrpení spojeného s umíráním	0,97	0,90
strach z procesu umírání	0,97	0,85
negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním	0,83	0,35
bezmocnost	0,87	0,70
obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby	0,68	0,50

Legenda: tmavě modrý odstín – hlavní charakteristiky, světle modrý odstín – vedlejší charakteristiky.

Graf 2. Související znaky – porovnání na základě pohlaví



Závěr

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že za nejvýraznější určující znaky ošetrovateľské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) lze považovat strach spojený s bolestí a utrpením během procesu umírání.

Nejvýraznější související faktor, jež byl identifikován, je předvídání bolesti. Dle Kisvetrové byla nejvyšší frekvence zaznamenána u určujících znaků negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním a hluboký smutek. Toto průzkumné

šetření však nepracovalo s vyjádřením jednotlivých pacientů, ale všeobecných sester, které měly stanovit, na základě jakých diagnostických signálů usuzují, že pacienti trpí úzkostí ze smrti. Deskriptivní studie autorů Fernández et al. (2018) zabývající se validizací ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) z pohledu všeobecných sester ve Španělsku, přišla s podobnými výsledky jako náš výzkum. Studie pracovala na principu modelu klinické diagnostické validity. Dle výsledků byla v případech určujících znaků přiřazena nevyšší významnost charakteristikám strach z utrpení spojeného s umíráním (0,88) strach z prodlužovaného umírání (0,85), strach z bolesti spojené s umíráním (0,84) a strach z procesu umírání (0,84). Byť byly výsledné hodnoty u našeho výzkumu mírně vyšší, tak jejich pořadí v celkovém výčtu určujících znaků víceméně korespondovalo. Výsledky u souvisejících faktorů se oproti našim výsledkům mírně lišily. Zde byla zpozorována nejvyšší významnost u vnímání blízkosti smrti (0,84, oproti našemu výsledku 0,70), vyrovnání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (0,84, oproti našemu výsledku 0,65), předvídání utrpení (0,82, oproti našemu

výsledku 0,69) a zkušenost s procesem umírání (0,80, oproti našemu výsledku 0,54). Podle průzkumné observační studie autorů Renz et al. (2017), uskutečněné s 80 pacienty oddělení paliativní péče ve Švýcarsku, se až 93,8 % pacientů setkala s bolestí. Z tohoto zjištění lze usuzovat zvýšený výskyt strachu z bolesti u pacientů v lůžkovém hospici. Studie rovněž přišla se závěrem, že v závěru života jsou bolest, strach a popření úzce spojeny, ovšem netrvají konstantně, jelikož se střídá období bezpříznakové s obdobím příznakovým. Data získaná prostřednictvím tohoto výzkumného šetření mohou významným způsobem práci sester zjednodušit. Z předložených výsledků vyplývá, které určující znaky a související faktory mají nevyšší charakteristickou významnost a sestry se na ně během diagnostiky mohou více zaměřit.

Limitace studie

Za limitaci této studie považujeme především omezený vzorek respondentů a absenci vyjádření všeobecných sester, jež pracují v hospicových zařízeních napříč Českou republikou. Nelze však opomenout, že výsledky jsou přínosné a mohou sloužit při nejmenším k zamyšlení.

Literatura

- 1.] HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KISVETROVÁ, H. Péče v závěru života. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-734-5496-8.
3. MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
4. SLÁMA, O., et al. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
5. NANDA International [online]. Mountain: NANDA International, 2018-2020 [cit. 10. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.nanda.org/>.

Poděkování

Na závěr bychom chtěli upřímně poděkovat všem pacientům, kteří se zúčastnili našeho výzkumného šetření. Obrovské poděkování rovněž patří vedení lůžkového Hospice sv. Lukáše v Ostravě za vstřícnost a ochotu realizovat výzkumné šetření v tomto zařízení.

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.

Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě