



Názov:

**Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta
v paliatívnej starostlivosti – 1. revízia**

Autori:

**doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.
doc. PhDr. Tatiana Hřindová, PhD.**

Špecializačný odbor:

Ošetrovateľstvo

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti – 1. revízia

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0003	15. február 2018	schválené	1. január 2019
0003R1	24. október 2023	schválené	15. november 2023

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.; PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.; doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Ingrid Dúbravová; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Martina Šimonovičová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

paliatívna starostlivosť, paliatívne ošetrovateľstvo, uspokojovanie potrieb, starostlivosť o zomierajúceho, terminálne štádium ochorenia, fázy zomierania, hospic

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CAM	Confusion assessment method / metóda stanovenia zmätenosti
ČR	Česká republika
EBM	Evidence - Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EBN	Evidence - Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
ECS - CP	Edmonton Classification System for Cancer Pain / Edmonton klasifikácia pre onkologickú bolesť
EFAT	Edmonton Functional Assessment Tool / Edmonton funkčný nástroj hodnotenia na základe posúdenia funkcií
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System / Edmonton systém posudzovania symptómov
EÚ	Európska únia
MNA	Mini – nutritional assessment / Mininutričné posudzovanie
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NICE	National Institute for Health and Care Excellence / Národný inštitút pre zdravie a výnimočnú starostlivosť
PPS	Palliative Performance Scale / Paliatívna škála výkonnosti
PSR	Potential support ratio / Populačný ukazovateľ závislosti
SR	Slovenská republika
WHO	World Health Organization / Svetová zdravotnícka organizácia

Kompetencie

Všeobecná paliatívna starostlivosť znamená dobrú klinickú prax v situáciách pokročilého ochorenia, ktorá je poskytovaná zdravotníckymi pracovníkmi v rámci ich jednotlivých odborností. Za cieľ má zlepšiť kvalitu života pacienta s pokročilým ochorením a poskytnúť podporu blízkej rodine pacienta multidisciplinárnym tímom zdravotníckych pracovníkov. Nemožno zabúdať na poskytovanie starostlivosti rodinným príslušníkom pacienta (Taber a kol. 2019). Zahrňuje rozpoznanie, sledovanie a ovplyvňovanie toho, čo je významné pre kvalitu pacientovho života. Tú by mali vedieť poskytnúť všetci zdravotnícki pracovníci s ohľadom na špecifiká svojej odbornosti (Bužgová, 2015).

Bez ohľadu na to, kde sa umierajúci pacient nachádza, potrebuje a má nespochybniteľný nárok na starostlivosť v kontexte zmiernovania utrpenia a zabezpečenia dôstojného umierania.

Sestra je členkou multidisciplinárneho tímu a pri poskytovaní všeobecnej i špecializovanej paliatívnej starostlivosti koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta. Ošetrovateľské výkony, ktoré sestra realizuje pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, sú realizované v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti

o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na praktické sestry - asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti.

Odborný zástupca: fyzická osoba, ktorá osobne zodpovedá za odborné poskytovanie zdravotnej / ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení. Odborný zástupca musí byť v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom vzťahu s poskytovateľom. Odborný zástupca je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť držiteľovi povolenia každú zmenu skutočností, ktoré sa týkajú podmienok pre odborného zástupcu (Zákon č. 578/2004 Z. z.).

Sestra: V zmysle §28 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení a Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom v platnom znení je definovaný rozsah praxe:

1. sestry, ktorá samostatne, na základe indikácie alebo v spolupráci s lekárom vykonáva jednotlivé odborné činnosti,
2. sestry špecialistky,
3. sestry s pokročilou praxou,
4. sestry pre riadenie a organizáciu ošetrovateľskej praxe.

Na vykonávanie **špecializovaných a certifikovaných pracovných činností** „lege artis“ je potrebné získať odbornú spôsobilosť v príslušnom akreditovanom študijnom programe (zákon č. 578/2004).

Podľa Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobu ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, špecializované pracovné činnosti sú také, ktoré zodpovedajú zameraniu špecializačného odboru a ktoré zdravotnícky pracovník vykonáva samostatne po získaní diplomu o špecializácii. Odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných výkonov získa sestra až po absolvovaní špecializačného študijného programu.

Praktická sestra-asistent: Vo Vyhláške MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach a v znení neskorších predpisov je uvedený aj rozsah praxe praktickej sestry - asistenta, ktorá vykonáva odborné činnosti samostatne, na základe indikácie lekára, sestry alebo pôrodnej asistentky samostatne, alebo spolupracuje s lekárom, so sestrou alebo s pôrodnou asistentkou. V zmysle zákona č. 67/2022 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z., §102a) ak sa vo všeobecne záväzných právnych predpisoch používa pojem „praktická sestra“ alebo „zdravotnícky asistent“, rozumie sa tým „praktická sestra – asistent“.

Sanitár: Vo Vyhláške MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach a v znení neskorších predpisov je uvedený aj rozsah praxe sanitára.

Lekár: Rozsah praxe lekára s odbornou spôsobilosťou na výkon odborných pracovných činností samostatne pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je uvedený vo Vyhláške MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov v platnom znení.

Podľa Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobu ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných

odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, špecializované pracovné činnosti sú také, ktoré zodpovedajú zameraniu špecializačného odboru a ktoré zdravotnícky pracovník vykonáva samostatne po získaní diplomu o špecializácii. Odbornú spôsobilosť na **výkon špecializovaných výkonov** získa lekár po absolvovaní špecializačného študijného programu.

Prepojenie medicínskej a ošetrovateľskej starostlivosti je v rámci výkonov sestry samostatne na základe indikácie lekára a výkonov v spolupráci s lekárom. Predpis a úprava liečby je výlučne v kompetencii lekára.

Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je zdravotnícky pracovník určený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe (Zákon č. 576/2004).

Podporný tím je pomocný orgán ošetrojúceho lekára zriaďovaný v zariadení ústavnej starostlivosti, ktorý môže zabezpečiť osobe sociálnu pomoc s cieľom zmierňovania sociálnych dôsledkov zdravotnej situácie tejto osoby v súvislosti s jej hospitalizáciou alebo jej prepustením z ústavnej starostlivosti podľa potreby osoby určenej ošetrojúcim lekárom a duchovnú službu s cieľom uspokojovania duchovných potrieb tejto osoby (Zákon č. 576/2004).

Povinnosti zdravotníckeho pracovníka sú uvedené v prílohe č. 4 Zákona č. 578/ 2004 Z. z. v *Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka*.

Pomocný pracovník v zdravotníctve – nie je zdravotnícky pracovník a *neposkytuje zdravotnú starostlivosť*. Zákon č. 576/2004, Z. z. uvádza zdravotnú starostlivosť ako súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci.

Úvod

V rámci paliatívnej starostlivosti je mimoriadne dôležité vidieť predovšetkým trpiaceho človeka a až potom jeho diagnózu. Zmierňovanie utrpenia tým chorým, ktorým už zdravie navrátiť nemožno, je súčasťou jednej z najvýznamnejších definícií ošetrovateľstva ako vedy.

Definícia bola revidovaná v roku 2020 komisiou Lancet, ktorá **paliatívnu starostlivosť definuje ako aktívnu celostnú starostlivosť o jednotlivcov všetkých vekových skupín s vážnym zdravotným utrpením v dôsledku ťažkých chorôb, a najmä tých, ktorí sa blížia ku koncu života**. (Avšak táto definícia nie je úplne uznaná WHO pre širokú škálu, ktorá môže obsahovať pojem „zdravotné utrpenia“, napríklad aj bolesť po operáciách. Myslené boli hlavne ochorenia ako napr. AIDS, kde by paliatívna starostlivosť mala byť poskytovaná aj v čase, keď ešte ochorenie nepredstavuje koniec života <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475?via%3Dihub>).

Paliatívna starostlivosť je právo pre pacienta, ktorý trpí život ohrozujúcim alebo život obmedzujúcim ochorením. Toto právo patrí aj pre jeho rodinu, ktorá sprevádza pacienta pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti. Paliatívna starostlivosť nie je zameraná len na samotného pacienta a liečenie ochorenia. Taktiež rodinní príslušníci majú možnosť sa do tejto starostlivosti aktívne zapájať. Táto starostlivosť je adresná a formovaná priamo na aktuálne potreby, želania, priania, ktoré musia brať do úvahy jeho zdravotný stav. Taktiež by sa nemala obmedzovať na starostlivosť na konci života, ale mala by sa zaviesť v čase diagnózy život obmedzujúceho alebo život ohrozujúceho stavu alebo v prípade pokročilého ochorenia. Úroveň poskytnutej starostlivosti by sa mala meniť podľa aktuálnych špecifických potrieb pacienta a rodiny, so zreteľom na momentálny zdravotný stav pacienta (Benini et al. 2021).

Podľa profesora Gilliana Lenga z **NICE** drvivá väčšina ľudí vo **Veľkej Británii** dostane na konci života veľmi dobrú starostlivosť, ale nie je to tak vždy. Usmernenia NICE budú **podporovať lekárov, sestry a iných zdravotníckych pracovníkov** tak, aby mohli spolupracovať na tom, aby ľudia **zomierali s dôstojnosťou**, vždy keď je to možné, na mieste podľa ich výberu a ich príznaky boli účinne kontrolované (Healthcare Conferences UK, 2018).

Hospicová starostlivosť je paliatívna starostlivosť poskytovaná pacientom s nevyliciteľným ochorením a zomierajúcim pacientom ako samostatným zdravotníckym zariadením. Zahŕňa všetky prvky paliatívnej starostlivosti: paliatívnu medicínu, ošetrovateľskú, psychologickú, spirituálnu a terminálnu starostlivosť, ako aj starostlivosť o pozostalých. Môže sa poskytovať formou ústavnou aj ambulatnou - mobilným hospicom. Terminálna starostlivosť **je súčasťou paliatívnej starostlivosti, predstavuje starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím.**

Starostlivosť o rodinu je súčasťou paliatívnej starostlivosti a znamená psychosociálnu **podporu rodine pacienta pred jeho smrťou, počas zomierania a po jeho úmrtí**. Cieľom tejto starostlivosti je predchádzať psychickým ochoreniam, ktoré vznikajú z nespracovaných zážitkov a straty blízkeho človeka. Špeciálnu pozornosť si vyžadujú deti, ktoré sa so smútením a stratou vyrovnávajú osobitným spôsobom.

V paliatívnej starostlivosti je dôležité dbať na kvalitu života umierajúceho, kvalitu poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti a venovať pozornosť všetkým aspektom pacientovho utrpenia, a preto liečba vyžaduje spoluprácu lekárov, sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov. Tento multidisciplinárny tím by mali tvoriť lekári s príslušnou špecializáciou, sestry a sestry so špecializáciou - Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých, nutričný terapeut, sociálny pracovník, fyzioterapeut, psychológ, psychiater, duchovní, ďalší pracovníci podľa potreby, členovia rodiny, priatelia, dobrovoľníci (Vorlíček, Adam, 2004).

WHO deklaruje **rozvoj paliatívnej starostlivosti ako jednu z prioritných oblastí rozvoja zdravotníctva a sociálnej starostlivosti** (National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines, 2002). Požiadavka na implementovanie paliatívnej starostlivosti do systému zdravotnej starostlivosti v európskom kontexte bola vyslovená na Parlamentnom zhromaždení Rady Európy v deklarácii č. 1418 z roku 1999 o „Ochranu ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých a zomierajúcich“. V našich podmienkach je zakotvená starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich v Charte práv pacientov na Slovensku (článok 8 – *1. Pacient má právo v nevyliciteľnom štádiu choroby na takú úľavu a zmiernenie bolesti, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich; 2. Nevyliciteľne chorý a umierajúci pacient má právo na humánnu starostlivosť; 3. Pacient má právo, aby ho v posledných chvíľach života sprevádzala osoba podľa jeho želania; 4. Pacient má právo na dôstojné umieranie 5. Pacient má právo vyjadriť nesúhlas s poskytnutím diagnostických a liečebných výkonov. Ak pacient napriek náležitému vysvetleniu odmieta potrebnú zdravotnú starostlivosť, lekár si od neho vyžiada vyjadrenie o jeho odmietnutí v písomnej alebo v inak preukázateľnej forme.*

Podľa Fabuša a Kulichovej (2017) je paliatívna starostlivosť **aktívna, celková starostlivosť** o pacientov v čase, keď ich **choroba už neodpovedá na kauzálnu liečbu** a kontrola bolesti, alebo iných symptómov a psychických a sociálnych problémov je prvoradá. Celkovým cieľom paliatívnej starostlivosti je **najvyššia možná kvalita života** pacienta a jeho rodiny. Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a chápe umieranie ako prirodzený proces. Paliatívna starostlivosť zdôrazňuje **úľavu**

bolesti a iných obťažujúcich symptómov, integruje fyzické, psychické a duchovné aspekty starostlivosti o pacienta. Ponúka podporu pacientovi žiť tak aktívne, ako je to len možné až do jeho smrti, ako aj podporu jeho rodine vysporiadať sa s danou situáciou.

Paliatívna starostlivosť je aktívna symptomatická či podporná liečba a môže byť realizovaná už v predterminálnej fáze. Paliatívna starostlivosť zahŕňa: medicínu, ošetrovatelstvo, fyzioterapiu, (BIO), sociálnu starostlivosť, sociálne služby a pracovníkov (SOCIO), pastorálnu starostlivosť, religiózne problémy (SPIRITUO), psychológiu, zamestnávaciú liečbu a potrebné príbuzné disciplíny (PSYCHO).

<http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/definicie.html>

WHO definuje paliatívnu starostlivosť ako: „*Prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením. Súčasne sa zameriava na prevenciu a úľavu od utrpení prostredníctvom včasného rozpoznanie a liečby bolesti a riešenie ostatných fyzických, psychosociálnych a duchovných problémov*“.

Paliatívna zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe s nevyliciteľnou a progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k jej smrti, s cieľom zmierniť utrpenie a zachovať kvalitu života tejto osoby (Zákon č. 576/2004).

Hospicová starostlivosť ako súčasť paliatívnej starostlivosti je starostlivosť o terminálne chorého (zomierajúceho) človeka a jeho blízkych v zdravotníckom zariadení (lôžkový hospic, denný stacionár) alebo v domácom prostredí (mobilný hospic). Starostlivosť v hospici sa viac orientuje na naplnenie potrieb pacienta, vrátane duchovných a spirituálnych spolu s liečbou bolesti (International Council of Nurses, 2017).

Poučenie osoby, ktorej sa určila potreba poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti vykoná ošetrojúci lekár, ktorý zistí u osoby nevyliciteľnú a progredujúcu chorobu, ktorá spravidla vedie k jej smrti, a rozhodne o potrebe poskytovania paliatívnej zdravotnej starostlivosti (Zákon č. 576/2004).

Tento štandard predstavuje súbor definovaných postupov komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a je určený predovšetkým pre oblasť paliatívnej starostlivosti o dospelého v **inštitucionálnej a tiež domácej ošetrovateľskej starostlivosti**, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti **na ostatných pracoviskách**, všade kde v **ošetrovateľskej praxi dochádza k stretnutiu sestry s umierajúcim dospelým pacientom**. Vzhľadom na skutočnosť, že ide o **mimoriadne krehkú skupinu pacientov**, v najťažšej životnej situácii, ktorí nedokážu o starostlivosť požiadať, v štandarde opakovane **zdôrazňujeme potrebu uvedomelého, ľudského, ohľaduplného a zodpovedného prístupu sestry**, ktorá do kontaktu s umierajúcim prichádza. Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi. **V textoch sú tieto prístupy, ktoré sú zároveň indikátorom štandardu, označené ◇.**

Jadrom štandardu sú kapitoly „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska hodnotenia efektívnej starostlivosti a udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti efektívneho manažmentu v ošetrovateľskej praxi. Tento štandard bol tvorený na základe analýzy:

- štúdií a svetových a európskych (EÚ) odporúčaní,
- odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít,
- nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax; v slovenskej praxi klinicky overených skúseností s riadením rizika v kontexte totálneho manažérstva kvality na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slniečny dom v Humennom).

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní

Neaplikované.¹

¹V paliatívnej starostlivosti štatisticky významné prínosy môžu byť z hľadiska kliniky okrajové. EBM nemusí prenikať do všetkých lekárskejších odborov rovnomerne. **Komplexná paliatívna starostlivosť nezapadá do rámca EBM.** Americký autor William Gibson poukazuje na to, že vývoj a použitie EBM je oneskorený vzhľadom na nezlučiteľnosť základných predpokladov a metód EBM s realitou v klinickom kontexte. Problémom je nedostatok kvalitných pozorovacích štúdií konkrétnych intervencií u jednotlivých pacientov s definovanými výstupmi. Začatie liečby na základe toho, čo je dokázané ako účinné, už nie je prijateľné (VISSER et al., 2015). Z uvedených dôvodov dokument neaplikuje hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní v kontexte EBM/EBN.

Prevenčia

V oblasti paliatívnej starostlivosti je včasné posúdenie, rozpoznanie symptómov, stanovenie sesterských diagnóz a naplánovanie ošetrovateľských intervencií u umierajúceho pacienta jednou z kľúčových zručností sestier. V paliatívnej starostlivosti kladieme dôraz na **prevenciu utrpenia, zbytočných komplikácií**, ktoré môžu mať dopad predovšetkým na kvalitu života.

Sestra sa musí zamerať v starostlivosti o umierajúceho pacienta predovšetkým na **prevenciu komplikácií a zabezpečenie kvality života pacienta a zachovanie jeho dôstojnosti**. Sestra musí dbať na to, aby pacient v poslednej fáze života netrpel bolesťou a mal eliminované klinické symptómy, akými sú bolesť, dušnosť, nauzea, krvácanie, zmätenosť, nepokoj - vychádzajúce z ochorenia. Sestra má úplne eliminovať riziko sociálnej izolácie umierajúceho. V terminálnom štádiu / in finem, pacient nemôže byť sám. Jednou z úloh sestier je zabezpečiť multidisciplinárnu starostlivosť v situáciách, keď ju pacient potrebuje (Kabelka, 2017).

Manažment rizika predčasného úmrtia v dlhodobej starostlivosti

Včasné a kontinuálne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, v potrebnom rozsahu a forme, môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta. **Predčasnemu umieraniu** v dlhodobej starostlivosti o seniorov **je možné úspešne predchádzať**. Analýza faktorov zhoršenia poukazuje na celý rad možných príčinných súvislostí. Mnohé z nich priamo súvisia s nedostatočne nastavenými procesmi, podcenením dobrej organizácie všetkých činností, za ďalšími sa skrývajú defekty v komunikácii, informačných tokoch medzi jednotlivými prvkami v rámci komplexného zabezpečenia starostlivosti – fenomén chýbajúcej integrity starostlivosti o zdravie, javy presúvania zodpovednosti, nízka úroveň kontroly komplexnosti starostlivosti o zdravie, chýbanie zastrešujúceho prvku, ktorý zodpovedne zastreší celý zložitý komplex úkonov v prospech zdravia pacienta. Podceňujú sa aj psychosociálne riziká. Potenciál pracoviska predchádzať predčasnemu zhoršeniu zdravotného stavu, smerujúcemu k úmrtiu, odzrkadľuje kvalitu riadenia rizík sestrami, a je jeden z kľúčových indikátorov výkonnosti procesov komplexnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti a teda odbornej dimenzie kvality starostlivosti poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti (Fabianová, 2017).

Epidemiológia

PSR predstavuje **populačný ukazovateľ závislosti**. PSR ukazuje, koľko osôb v produktívnom veku (15 – 64 rokov) pripadá na jednu osobu vo veku 65 rokov a viac. Celosvetovo bolo v roku 2014 **PSR 8,1**. Pomer ekonomicky aktívnych k seniorom sa z roka na rok znižuje. Starnutie populácie kladie zvýšené nároky na sociálny systém, ale tiež na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, vrátane starostlivosti paliatívnej.

Predlžovaním ľudského života a modernou liečbou chronických ochorení so snahou zlepšiť životný štýl dochádza k **presunu významnej časti úmrtí z kategórie 40 – 70 rokov do najvyššej vekovej kategórie** (Kabelka, 2017).

Podľa Bužgovej (2015) v ČR, podobne ako v ostatných európskych krajinách, je najčastejším miestom úmrtia nemocnica (58 %), liečebný ústav (9 %) a sociálne zariadenie (6 %). Nemcová a kol. (2016) uvádzajú, že približne 55 % pacientov v paliatívnej starostlivosti zomiera v nemocnici, takmer 36 % doma, necelé 2 % v hospici.

Patofyziológia

Pojem **umieranie** je v lekárskej terminológii v skutočnosti synonymom **terminálneho stavu**. Terminálny stav je postupným a nezvratným **zlyhávaním dôležitých, vitálnych funkcií, tkanív a orgánov**, jeho dôsledkom je **zánik individua**, tzv. **smrť** (mors). Terminálny stav môžeme chápať ako vlastné umieranie (Haškovcová, 2000, In Magurová, 2015).

Podľa Kabelku (2017) za terminálny stav označujeme obdobie, v ktorom ochorenie vo svojom vývoji dospeje k situácii, kedy chorého môže priamo ohroziť na živote. Klinicky je zreteľná **destabilizácia orgánovej rovnováhy**, resp. závažné **dekompenzácie niektorých životne dôležitých orgánov**.

Pre **fyzickú smrť** je príznačná úplná, trvalá strata vedomia. **Mozgová smrť** znamená absenciu odozvy, pohybu, reflexov mozgového kmeňa, neschopnosť dýchať bez respirátora. Mozog obvykle odumiera už po štyroch minútach, pokiaľ nedostáva oksyločenú krv (Misconiová, 1998; Drábková 1995, In Haškovcová, 2000).

Klasifikácia

Štádiá zomierania podľa Elisabeth Küblerovej – Rossovej

Elisabeth Kübler – Rossová (1993) opisuje jednotlivé štádiá, ktorými pacient prechádza, keď sa dozvie **pravdu o svojom nevyliciteľnom ochorení**. Počas umierania môžu niektoré fázy úplne chýbať alebo ich poradie môže byť zmenené. Niektoré fázy sa môžu opakovať, striedať a tiež aj prelínať. Fázy nemusia byť rovnako dlhé, môže prísť ich k časovému posunu, v akom prežívajú jednotlivé fázy pacienti a okolie. V ošetrovateľskej starostlivosti o umierajúceho je pre sestru dôležité osvojiť si zručnosti komunikácie s pacientom v jednotlivých štádiách.

1. štádium – šok, popieranie

Ide o štádium, ktoré sa prejavuje strachom, odmietaním skutočnosti, spochybňovaním klinických nálezov a podozrievaním lekárov z omylu. Najčastejšia reakcia chorého na správu o terminálnom štádiu svojho ochorenia sú slová: „Nie, to nie je možné!“ Chorému sa zrúti svet, pociťuje veľkú nespravodlivosť, niektorí chorí sa snažia tváriť vyrovnane, snažia sa túto skutočnosť potlačiť, čím sa chránia pred realitou. Toto potlačenie reality môže ovplyvniť pacientov postoj k potrebnej

diagnostike a liečbe s tým, že on ich nepotrebuje. Sestra musí byť v tejto fáze trpezlivá a pripravená na vypočutie a rozhovor s chorým. K rozhovoru môže prísť, iba keď on sám je k nemu pripravený a musí byť zastavený, keď dá najavo, že už nechce pokračovať. Nadviazanie vzťahu s týmto pacientom nevychádza len zo slov, ale z mnohých nepatrných dotykov. Tí, ktorí sa vyhýbajú takýmto pacientom prichádzajú nie len o nové skúsenosti, ale aj o mnoho nových informácií o pacientovi. Pritom úplne stačí si len sadnúť a počúvať.

2. štádium – vzbura, hnev

Vzbura / hnev je štádium, pri ktorom sa pacient pýta sám seba: „Prečo práve ja?“. Prejavy hnevu a agresia, vzbura proti tomu, čo sa deje. Hnevá sa úplne na všetko. Okolie často reaguje na túto zlosť chorého, ako by to bola jeho určitá pomsta, ktorá však nemá žiadnu príčinu. V tomto štádiu je nutné chápať pacientovo správanie a priblížiť sa k jeho zmýšľaniu. Do terapie treba zapojiť psychológa alebo psychiatra. Odporúča sa iba počúvať. Nezabúdať, že vzburu pacienta si nemožno brať osobne, ale iba ako súčasť vyrovnávania sa s náročnou situáciou. Reagovať je potrebné na jeho frustráciu, nie na hnev. On až neskôr ocení empatiu a trpezlivosť. Táto fáza je najnáročnejšia hlavne pre okolie a ošetrojúci personál.

3. štádium – vyjednávanie

Chorý prijíma v tejto fáze realitu svojej smrti, ale ešte stále sa snaží získať čas vyjednávaním. Vyjednávanie je štádium, v ktorom pacient tak povediac *obchoduje* s Bohom a so svetom. Napr. sľubuje Bohu, že ak sa vylieči, bude lepší kresťan. Pacient sa pomaly zmieruje so skutočnosťou, že zomiera, no stále si robí nádeje a čaká na zázrak. Je dôležité nikdy nebrať pacientom nádej, ale ani nedávať falošné sľuby.

4. štádium – depresia

Rezignácia/depresia je štádium mnohých slz, spomienok a otázok: „Čo po mne ostane?“. Pacient je už po bojoch v predchádzajúcich fázach veľmi unavený. Pomaly sa stotožňuje s realitou a ustupuje pred ňou. Toto obdobie u chorého je najčastejšie prejavmi zármutku, ľútoti nad tým, čo končí. Prichádza smútok zo strát, vzdávania sa. Tento smútok sprevádza lúčenie sa s ľuďmi, s vecami, so spomienkami a plánmi. Je to čas rozprávania sa o tom, čo bolo a čo už asi nebude. Ošetrojúci personál by mal vytvoriť chorému priestor byť sám a tiež aj vyjadriť tento smútok a nepopierať alebo negovať prežívanie chorého. Chorý potrebuje v tejto fáze cítiť uistenie, že ho jeho príbuzný a ošetrojúci personál neopustí ani vo chvíli smrti. Hlavné je „byť tu“ a načúvať.

5. štádium – akceptácia

Chorý v tejto fáze vyjadří súhlas s nemenným stavom a zmieri sa s tým, čo sa deje (Plevová a kol., 2011). Túto fázu neprežívajú všetci chorí a je nesprávne chorému vnucovať tento súhlas. Akceptácia / zmierenie je štádium, v ktorom sa súhlas nemá chápať ako *šťastný stav*. Je však veľkým odtrhnutím od krutých pocitov. V tomto štádiu potrebuje pomôcť skôr rodina ako pacient. On už do určitej miery dosiahol svoj pokoj. Pacient chce urovnať prípadné vzniknuté konflikty v rodine. Ak si to pacient želá, sestra by mala privolať jeho najbližšiu rodinu a umožniť im porozprávať sa. Pacient možno bude chcieť spísať svoju poslednú prosbu alebo závet.

Posudzovanie

Fázy zomierania

1) **Prvá fáza - pre finem (predterminálna fáza)** je starostlivosť a sprevádzanie pacienta a jeho blízkych od momentu zistenia závažnej diagnózy až po nástup terminálneho stavu, u každého umierajúceho prebieha individuálne s rôzne dlhým časovým úsekom a môže trvať aj niekoľko rokov.

2) **Druhá fáza – in finem (terminálna fáza)** táto fáza značí umieranie samotné, umieranie vo vlastnom zmysle slova.

Znaky blížiacej sa klinickej smrti:

- **vymiznutie svalového tonusu:** unavený výraz tváre, hippokratovská tvár, strata schopnosti mimického prejavu, ťažkosti pri rozprávaní, ťažkosti s prehĺtaním a postupné vyhasínanie reflexu vracania, zhoršená činnosť tráviaceho systému spojená s nevoľnosťou, možná inkontinencia moču a stolice pri zníženom ovládaní sfinkterov, obmedzený pohyb tela,
- **spomalenie krvného obehu:** prítomné škvryny a cyanóza končatín, studená koža na nohách, postupne na rukách, ušiach a nose,
- **zmeny vitálnych funkcií:** prítomná bradykardia, hypotenzia, dýchanie je rýchle, plytké, nepravidelné, u niektorých pacientov môže byť prítomne Cheynovo – Stokesovo dýchanie, hlučná respirácia pri hromadení hlienu v ústach,
- **narušené zmyslové funkcie:** zhoršené videnie, poruchy chuťového a čuchového vnímania.

3) **Tretia fáza - post finem** je charakteristická starostlivosť o mŕtve telo a zahŕňa tiež starostlivosť o príbuzných zomrelého (Slamková, Poledníková, 2013).

Všeobecná symptómová charakteristika terminálneho stavu:

- celková slabosť,
- bolesť,
- nechutenstvo, zvracanie, porucha perorálneho príjmu,
- dýchavica,
- častá úzkosť či depresia, možné hypo- alebo hyperaktívne delírium (Kabelka, 2017).

◇ **Sestra posúdi zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu na základe kontrolného listu Posúdenie indikácie paliatívnej starostlivosti** (pozri Špeciálny doplnok štandardu, vid' Tabuľka č. 3).

◇ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** v rozsahu svojich kompetencií, **posudzuje problémy, súvislosti a riziká**, predovšetkým na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie,
- rozhovoru s pacientom,
- konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta, pozorovania pacienta,
- fyzikálneho vyšetrenia pacienta,
- použitia posudzovacích a hodnotiacich nástrojov zdravotného stavu a potrieb pacienta.

◇ Sestra **posudzuje potreby pacienta kontinuálne a priebežne ako súčasť ošetrovateľského procesu**, eviduje ich v dokumentácii.

◇ Meranie vitálnych funkcií sestra môže delegovať na praktickú sestru - asistenta. **Patologické odchýlky** vitálnych funkcií bezodkladne hlási a ďalšiu starostlivosť konzultuje s lekárom, resp. postupuje na základe jeho ordinácie.

◇ Sestra pri prijímaní pacienta do KOS realizuje **ošetrovateľské posudzovanie** a činnosti podľa celkového stavu pacienta:

- posúdi prítomnosť symptómov terminálneho stavu,
- posúdi dýchanie a hodnotí jeho zmeny,
- posúdi stav výživy pacienta, ako aj hodnotí prítomnosť a prípadné príčinné faktory nechutenstva, nauzey, vracania, zápchy, ascitu, ťažkostí pri prehltaní, infekcie v dutine ústnej, vplyv liekov vo vzťahu k uvedeným symptómom,
- posúdi stav vyprázdňovania močového mechúra a hrubého čreva, riziko zápchy, hnačky, inkontinencie moču a stolice,
- posúdi stav mobility pacienta a určí stupeň imobilizácie, posúdi riziko pádu,
- posúdi prítomnosť a príčinné faktory porúch spánku,
- posúdi sebestačnosť pacienta,
- posúdi riziko vzniku dekubitov,
- posúdi bolesť pacienta.

Hodnotiace škály u umierajúceho pacienta umožňujú identifikovať predpokladaný problém pacienta, a zároveň môžu pomôcť pri hodnotení efektivity naplánovanej a poskytovanej starostlivosti.

◇ Sestra realizuje komplexné posúdenie a plánovanie intervencií počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Tento proces **finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia**.

Diagnostika

Výber súvisiacich sesterských diagnóz podľa Prílohy Vyhlášky MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

Oblasť uspokojovania biologických potrieb

- A 110 Intolerancia aktivity
- A 111 Riziko intolerancie aktivity
- A 113 Imobilita
- A 114 Riziko vzniku imobility
- A 115 Obmedzená pohyblivosť
- A 116 Riziko úrazu, poranenia
- A 117 Vyčerpanosť, únava
- A 131 Riziko aspirácie
- B 110 Akútna bolesť
- B 111 Chronická bolesť
- B 112 Riziko vzniku bolesti
- D 104 Riziko vzniku dekubitov
- D 120 Neúčinné dýchanie
- D 121 Neúčinné čistenie dýchacích ciest
- D 122 Neschopnosť udržiavania spontánneho dýchania
- D 123 Riziko dusenia
- K 110 Narušená celistvosť kože
- K 111 Riziko narušenia celistvosti kože
- K 115 Svrbenie kože
- K 117 Riziko krvácania
- K 118 Nedostatočné prekrvenie tkanív
- K 119 Riziko nedostatočného prekrvenia tkanív
- K 120 Zmena sliznice ústnej dutiny

S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene
S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy
S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní
S 109 Nedostatočná sebaopatera v úprave zovňajšku
S 124 Porucha prijatia vzhľadu vlastného tela
S 140 Narušený spánok
S 142 Riziko poruchy spánku
T 111 Zvýšená telesná teplota
T 112 Horúčka
V 100 Zápcha
V 101 Riziko vzniku zápchy
V 102 Hnačka
V 103 Inkontinencia stolice
V 105 Meteorizmus
V 106 Retencia moča
V 107 Inkontinencia moča
V 122 Zmenená výživa - menší príjem ako telesná potreba
V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba
V 124 Odmietanie potravy
V 125 Riziko odmietania potravy
V 126 Porucha prehĺtania
V 127 Riziko poruchy prehĺtania
V 128 Nechutenstvo
V 129 Riziko nechutenstva
V 130 Nevoľnosť
V 131 Zvracanie
V 132 Riziko zvracania
V 133 Pálenie záhy
V 134 Riziko pálenia záhy
V 137 Znížený príjem tekutín
V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín

Oblasť uspokojovania psychických potrieb

P 105 Nadmerná duševná záťaž
P 106 Citová tieseň
P 109 Smútok
P 111 Strach
P 112 Úzkosť

Oblasť uspokojovania sociálnych potrieb

I 111 Riziko sociálnej izolácie
K 103 Riziko narušenia neverbálnej komunikácie
K 104 Narušená sociálna interakcia
R 110 Narušené vzťahy v rodine
R 111 Riziko narušenia vzťahov v rodine

Oblasť uspokojovania duchovných potrieb

B 101 Beznádej
B 102 Duchovná tieseň

Revidovaná taxonómia sesterských diagnóz (NANDA 2001) obsahuje 13 domén – oblastí zdravia a 46 tried. Základ novej štruktúry tvoria Gordonovej funkčné vzorky zdravia.

Jej prepracovaním a doplnením novovytvorených domén: bezpečie a ochrana, komfort, rast a vývoj, vzniklo 13 domén, do ktorých boli diagnostické kategórie rozdelené.

1. Podpora zdravia
2. Výživa
3. Vylučovanie
4. Aktivita – odpočinok
5. Vnímanie – poznávanie
6. Vnímanie seba samého
7. Rola - vzťahy
8. Sexualita
9. Zvládanie – tolerancia stresu
10. Životné princípy
11. Bezpečnosť – ochrana
12. Komfort
13. Rast – vývoj

NANDA taxonómia II.

1. Podpora zdravia	
<i>Trieda 2: riadenie zdravia</i>	
Efektívny liečebný režim	00082
Neefektívny liečebný režim	00078
Neefektívny liečebný režim rodiny	00080
Neefektívny liečebný režim komunity	00081
Neefektívna podpora zdravia	00099
2. Výživa	
<i>Trieda 1: prijímanie potravy</i>	
Narušené prehĺtanie	00103
Nadmerná výživa	00002
Nedostatočná výživa	00001
<i>Trieda 5: hydratácia</i>	
Deficit telesných tekutín	00027
Riziko deficitu telesných tekutín	00028
Zvýšený objem telesných tekutín	00026
Riziko nerovnováhy objemu telesných tekutín	00025
3. Vylučovanie	
<i>Trieda 1: močový systém</i>	
Narušené vylučovanie moču	00016
Retencia moču	00023
Úplná inkontinencia moču	00021
Funkčná inkontinencia moču	00020
Stresová inkontinencia moču	00017
Urgentná inkontinencia moču	00019
Reflexná inkontinencia moču	00018

Riziko urgentnej inkontinencie moču	00022
<i>Trieda 2: tráviaci systém</i>	
Inkontinencia stolice	00014
Hnačka	00013
Zápcha	00011
Riziko zápchy	00015
Habituálna zápcha pri užívaní laxancií	00012
<i>Trieda 4: dýchací systém</i>	
Narušená výmena plynov	00030
4. Aktivita – odpočinok	
<i>Trieda 1: spánok – odpočinok</i>	
Narušený spánok	00095
Spánková deprivácia	00096
<i>Trieda 2: aktivita – pohyb</i>	
Riziko imobilizačného syndrómu	00040
Zhoršená pohyblivosť	00085
Zhoršená pohyblivosť na lôžku	00091
Narušená schopnosť manuálne ovládať invalidný vozík	00089
Zhoršené premiestňovanie sa	00090
Narušená chôdza	00088
Deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku	00109
Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene	00108
Deficit sebaopatery pri stravovaní	00102
Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní	00110
Oneskorené pooperačné zotavovanie	00100
<i>Trieda 3: energetická rovnováha</i>	
Narušené energetické pole	00050
Únava	00093
<i>Trieda 4: kardiovaskulárna – pulmonálna odpoveď</i>	
Znížený srdcový výdaj	00029
Znížená spontánna ventilácia	00033
Neefektívne dýchanie	00032
Intolerancia aktivity 1. – 4. stupňa	00092
Riziko intolerancie aktivity	00094
Dysfunkčné odpájanie umelej ventilácie	00034
Neefektívne prekrvenie tkanív (špecifikovať: renálne, cerebrálne, kardiopulmonálne, gastrointestinálne, periférne)	00024
5. Vnímanie – poznávanie	
<i>Trieda 1: pozornosť</i>	
Odmietanie jednej strany tela	00123
<i>Trieda 2: orientácia</i>	
Narušená interpretácia okolia	00127
<i>Trieda 3: vnímanie</i>	

Narušené zmyslové vnímanie (špecifikovať: zrakové, sluchové, chuťové, kinetické, hmatové, čuchové)	00122
<i>Trieda 4: poznávanie</i>	
Deficit vedomostí (špecifikovať)	00126
Akútna zmätenosť	00128
Chronická zmätenosť	00129
Narušená pamäť	00131
Narušené myšlienkové procesy	00130
<i>Trieda 5: komunikácia</i>	
Zhoršená verbálna komunikácia	00051
6. Vnímanie seba samého	
<i>Trieda 1: sebakoncepcia</i>	
Narušená osobná identita	00121
Bezmocnosť	00125
Riziko bezmocnosti	00152
Beznádej	00124
Riziko osamelosti	00054
<i>Trieda 2: sebaúcta</i>	
Chronicky nízka sebaúcta	00119
Situačne znížená sebaúcta	00120
Riziko situačne zníženej sebaúcty	00153
<i>Trieda 3: obraz tela</i>	
Narušený obraz tela	00118
7. Rola - vzťahy	
<i>Trieda 1: rola opatrovateľa</i>	
Preťaženie opatrovateľa	00061
Riziko preťaženia opatrovateľa	00062
Zhoršená rodičovská rola	00056
Riziko zhoršenia rodičovskej role	00057
<i>Trieda 2: rodinné vzťahy</i>	
Narušený život rodiny	00060
<i>Trieda 3: vykonávanie rolí</i>	
Neefektívne vykonávanie role	00055
Konflikt rodičovskej role	00064
Narušená sociálna interakcia	00052
9. Zvládanie – tolerancia stresu	
<i>Trieda 2: zvládanie záťaže</i>	
Strach	00148
Úzkosť	00146
Úzkosť zo smrti	00147
Chronický zármutok	00137
Neúčinné odmietanie	00072
Anticipačný smútok	00136
Dysfunkčný smútok	00135

Znížená schopnosť prispôbiť sa	00070
Neefektívne zvládanie záťaže	00069
Poškodzujúce zvládanie záťaže rodinou	00073
Nedostatočné zvládanie záťaže rodinou	00074
Obranné zvládanie záťaže	00071
Neefektívne zvládanie záťaže komunitou	00077
Ochota k zvládaniu záťaže rodinou	00075
Ochota k zvládaniu záťaže komunitou	00076
Autonómna (vegetatívna) dysreflexia	00009
Riziko autonómnej (vegetatívnej) dysreflexie	00010
Znížená intrakraniálna adaptačná kapacita	00049
10. Životné princípy	
<i>Trieda 2: viera</i>	
Možnosť zlepšenia duchovnej pohody	00068
<i>Trieda 3: súlad hodnôt, viery a konania</i>	
Duchovná tieseň	00066
Riziko duchovnej tiesne	00067
Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať)	00083
Neochota k spolupráci (špecifikovať)	00079
11. Bezpečnosť – ochrana	
<i>Trieda 1: infekcia</i>	
Riziko infekcie	00004
<i>Trieda 2: telesné poranenie</i>	
Narušená sliznica ústnej dutiny	00045
Riziko poranenia	00035
Riziko perioperačného poranenia	00087
Riziko pádu	00155
Riziko úrazu	00038
Narušená integrita kože	00046
Riziko narušenia integrity kože	00047
Narušená integrita tkanív	00044
Narušený chrup	00048
Riziko dusenia	00036
Riziko aspirácie	00039
Zhoršená priechodnosť dýchacích ciest	00031
Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie	00086
Neefektívna odolnosť	00043
<i>Trieda 3: násilie</i>	
Riziko sebapoškodenia	00139
Sebapoškodenie	00151
Riziko násilia k iným osobám	00138
Riziko násilia k sebe	00140
Riziko samovraždy	00150
<i>Trieda 4: riziká životného prostredia</i>	

Riziko intoxikácie	00037
<i>Trieda 5: obranné procesy</i>	
Alergická reakcia, latex	00041
Riziko alergickej reakcie, latex	00042
<i>Trieda 6: termoregulácia</i>	
Riziko nerovnováhy telesnej teploty	00005
Neefektívna termoregulácia	00008
Hypotermia	00006
Hypertermia	00007
12. Komfort	
<i>Trieda 1: telesný komfort</i>	
Akútna bolesť	00132
Chronická bolesť	00133
Nauzea	00134
<i>Trieda 3: sociálny komfort</i>	
Sociálna izolácia	00053
13. Rast – vývoj	
<i>Trieda 1: rast</i>	
Neprospievanie dospeljej osoby	00101

Plánovanie a realizácia

Podľa Kabelku (2017) je záverečná fáza života priestorom pre hľadanie potrieb pacienta a jeho blízkych, smerovaním k **najlepšej možnej, dosiahnuteľnej kvalite života**. Je to priestor pre **otázky a odpovede, empatiu, podporu, ľudskosť**, ale tiež **profesionálnu psychologickú a spirituálnu prácu s bilancovaním, strachom, úzkosťou, prijatím choroby a umieraním**.

Je to tiež priestor pre postupné **ukončenie preventívnej liečby** civilizačných chorôb a ich komplikácií, priestor, kedy sa **znižuje zmysel niektorých intervencií** (napr. diét predovšetkým pri diabetes mellitus). Veľmi dôležité je poskytnúť priestor na odpočinok – ale v terminálnom stave už nie v režime cirkadiánnych rytmov, keďže pacient má už i počas dňa dlhšie obdobie reštitúcie, spánku, apatie, minimálnych aktivít, ktoré je potrebné rešpektovať a prispôbiť mu denný režim i starostlivosť (Kabelka, 2017).

◇ Sestra pri plánovaní opatrení vždy citlivo zohľadní celkový stav pacienta, v zabezpečovaní KOS uplatňuje etické princípy beneficencie a nonmaleficiencie.

◇ Sestra **plánuje ošetrovateľské intervencie a aktivizačné techniky** na základe predchádzajúceho posúdenia, pri zohľadnení rizika a individuálnych potrieb pacienta.

◇ Plánovanie a realizáciu intervencií sestra primerane **dokumentuje**.

◇ Sestra plánované ošetrovateľské intervencie **priebežne prehodnocuje** a realizáciu zabezpečuje cieleňou komunikáciou prostredníctvom delegovania ďalších členov ošetrovateľského (zdravotno – sociálneho) tímu.

Základné princípy v paliatívnej starostlivosti

◇ Sestra

- sa v starostlivosti zameriava na potreby pacienta a jeho blízkych, k potrebám pacienta pristupuje vysoko individualizovane,
- pomáha umierajúcemu stanoviť plán, ako bude postupovať starostlivosť na konci života,
- musí mať stále na zreteli, že úľava a liečba symptómov má najvyššiu prioritu v starostlivosti o umierajúceho,
- v spolupráci s lekárom vytvára priestor pre pacienta a jeho príbuzných v rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti.

Princípy komunikácie s umierajúcim pacientom

◇ Sestra

- sa predstaví pri prvom kontakte s pacientom a jeho príbuznými, je to zásadný krok k budovaniu vzájomnej dôvery a úcty k pacientovi a jeho rodinným príslušníkom,
- uplatňuje individuálnu formu rozhovoru s ohľadom na zdravotný stav pacienta,
- jasne a zreteľne formuluje slová, ak je to potrebné, tak výraznejšie artikuluje, prípadne hlasnejšie hovorí,
- využíva prostriedky neverbálnej komunikácie (dotyk, pohladenie), je optimálne, ak sedí v rovine očného kontaktu s pacientom,
- zabezpečí, aby rozhovor prebiehal v tichom a pokojnom prostredí,
- poskytne pacientovi informácie a uistí sa, či pacient porozumel podaným informáciám,
- efektívne pomáha pri oznamovaní a prijímaní negatívnych správ pacientovi,
- podporuje angažovanosť pacienta v procese sebarozhodovania (napríklad o liečbe),
- uplatňuje empatiu, láskavosť a ochotu pomôcť,
- prostredníctvom efektívnej komunikácie s pacientom identifikuje hlavné problémy a pocity pacienta,
- pozoruje nepriaznivé reakcie pacienta (Dobříková – Porubčanová et al., 2005; O'Connor, Aranda, 2005).

Komplexné uspokojovanie potrieb umierajúceho pacienta

Pri uspokojovaní potrieb umierajúceho pacienta je veľmi dôležité, aby si sestra, ktorá poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, zadefinovala štyri okruhy potrieb u umierajúceho pacienta: biologické, psychické, sociálne, duchovné.

Zadefinovanie si potrieb je dôležité hlavne z praktického hľadiska a pomáha uvedomiť si, čo pre chorého môže urobiť sestra, čo lekár a taktiež čo pre seba s našou podporou a pomocou môže urobiť sám pacient a rodina pacienta (Svatošová, 2003).

Potreba vyhnúť sa bolesti - tíšenie bolesti

(Príklady sesterských diagnóz - B 110 Akútna bolesť, B 111 Chronická bolesť)

◇ Sestra

- realizuje intervencie so zreteľom na záujem, potrebu i právo pacienta byť bez bolesti,
- edukuje pacienta so zámerom presvedčiť ho, že bolesť je možné účinne liečiť,
- zodpovedne hodnotí bolesť a realizuje efektívne opatrenia na jej maximálnu redukciu v spolupráci s lekárom, v súlade s jeho ordináciou,

- podľa stavu pacienta požiada chorého, aby bolesť popísal a posúdil ju minimálne podľa jednej validnej škály uvedenej v tomto štandarde vyššie,
- pátra po príčinných faktoroch (spúšťačoch) bolesti,
- zisťuje lokalizáciu, charakter, intenzitu, trvanie, frekvenciu výskytu bolesti, časový priebeh, pridružené príznaky, vyvolávajúce, zhoršujúce alebo zlepšujúce javy,
- pacienta požiada, aby bolesť vždy hlásil,
- venuje pozornosť všetkým prejavom bolesti chorého,
- nebagatelizuje slovné ťažkosti chorého, počúva, čo hovorí, využíva empatiu,
- hodnotí a dokumentuje efekt opatrení na redukciiu bolesti,
- v prípade identifikácie nedostatočného efektu intervencií, v prípade, že vyčerpala všetky možnosti v rámci svojich kompetencií, iniciuje konzultáciu s lekárom,
- zabezpečí pacientovi pokoj na lôžku v tichom a pokojnom prostredí,
- aplikuje nefarmakologické prístupy zvládania bolesti – masáž, muzikoterapia, vizualizácia, liečba teplom,
- podáva pacientovi analgetiká a opiáty podľa ordinácie lekára, sleduje účinok podaných liečiv, realizuje záznam v ošetrovateľskej dokumentácii o podaní liečiva, dodržiava zásady práce s opiátmi,
- sleduje nežiaduce účinky opiátových analgetík: zápcha, nevoľnosť a vracanie, útlm a ospalosť, delírium, zmätenosť, nepokoj, svrbenie, útlm dychového centra, tieto príznaky zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie a hlási ich lekárovi,
- monitoruje fyziologické funkcie (krvný tlak, pulz, dych, telesnú teplotu) a zaznamenáva ich do ošetrovateľskej dokumentácie (príklad formulára pozri v časti Ďalšie odporúčania),
- sleduje vplyv bolesti na denný režim chorého a posúdi vplyv bolesti na správanie pacienta - izolácia, hnev, plač,
- sestra poskytuje pacientovi psychickú podporu,
- sestra ubezpečí pacienta, že jeho bolesť registrujeme a snažíme sa urobiť všetko pre to, aby bola zmiernená, prípadne úplne odstránená (Doenges, Moorhouse, 2001; Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

Potreba dýchania

(Príklady sesterských diagnóz - D 120 Neúčinné dýchanie, D 121 Neúčinné čistenie dýchacích ciest, D 122 Neschopnosť udržiavania spontánneho dýchania)

◇ Sestra

- pravidelne hodnotí a zaznamenáva vitálne funkcie do ošetrovateľskej dokumentácie: telesná teplota, dych, pulz, tlak krvi,
- sleduje a hodnotí kašeľ, zistenia zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie,
- pozorne si všíma emočné prejavy pacienta, ako je plač, úzkostný výraz tváre,
- u umierajúceho pacienta sa usiluje o elimináciu stavu úzkosti a strachu častejšou prítomnosťou a pokojnou komunikáciou,
- uloží pacienta do Fowlerovej polohy,
- udržiava sliznice dýchacích ciest vlhké pomocou zvlhčovača vzduchu a inhalátorov,
- podľa potreby odsáva sekréty z dýchacích ciest pacienta,
- aplikuje kyslík podľa ordinácie lekára,
- podáva lieky podľa ordinácie lekára,

- odoberie biologický materiál podľa ordinácie lekára, predovšetkým na stanovenie počtu leukocytov a hematokritu v krvnom obraze, na biochemické vyšetrenie elektrolytov a hodnôt arteriálnych krvných plynov, prípadne realizuje odber spúta na mikrobiologické vyšetrenie (Vörösová, 2005; Doenges, 2001).

Udržiavanie optimálnej telesnej teploty

(Príklady sesterských diagnóz: T 111 Zvýšená telesná teplota, T 112 Horúčka)

◇ Sestra v prípade horúčky aktívne, v rozsahu svojich kompetencií a podľa zvyklostí pracoviska:

- meria a zaznamenáva telesnú teplotu v pravidelných intervaloch do ošetrovateľskej dokumentácie,
- sleduje fyziologické funkcie - tlak krvi, pulz, dych, (v rámci **domácej paliatívnej starostlivosti v terminálnej aktívnej fáze zomierania** sa fyziologické funkcie už nemerajú – nebudú v poriadku a skôr vydesia rodinu),
- sleduje príjem a výdaj tekutín 24 hodín,
- podáva antipyretiká podľa ordinácie lekára,
- podáva primerané množstvo tekutín,
- ochladzuje telo vlažnými obkladmi, prípadne podľa ordinácie lekára chladenou infúziou,
- dbá o pokoj na lôžku u chorého (Doenges, Moorhouse, 2001).

Potreba výživy

(Príklady sesterských diagnóz - V 122 Zmenená výživa - menší príjem ako telesná potreba, V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba, V 124 Odmietanie potravy, V 125 Riziko odmietania potravy)

◇ Sestra

- podľa stavu pacienta zhodnotí a zaznamená telesnú hmotnosť pacienta, vek, telesnú konštitúciu, svalovú silu, svalovú hmotu pacienta, zmeria hrúbku podkožného tuku,
- sleduje celkový denný príjem stravy a zaznamenáva údaje do ošetrovateľskej dokumentácie, stravovacie návyky a ktoré jedla pacient uprednostňuje,
- objedná pacientovi stravu v konzistencii, aká je pre neho najvhodnejšia a umožní pacientovi, aby si mohol vybrať stravu podľa svojej chuti,
- vytvorí príjemné prostredie pri stolovaní, zabezpečí, aby podávaná strava nebola príliš teplá, ani studená,
- pri kŕmení vkladá pacientovi jedlo do stredu ústnej dutiny a sleduje, či nedochádza k zhromažďovaniu stravy v ústach,
- podporuje prehĺtanie jemnou masážou laryngo-faryngeálneho svalstva na oboch stranách krku,
- rešpektuje zvyklosti i rýchlosť jedenia pacienta, odporúča pacientovi, aby jedol pomaly a stravu dobre prežúval,
- zabezpečí zníženie príjmu mliečnych produktov a čokolády, ktoré zahusťujú sekréty ústnej dutiny,
- po každom kŕmení zabezpečí hygienu ústnej dutiny,
- podľa celkového zdravotného stavu aplikuje stravu iným invazívnym vstupom podľa ordinácie lekára,
- podľa ordinácie lekára podáva parenterálne náhradnú nutričnú stravu,
- sleduje črevnú peristaltiku a vylučovanie pacienta,

- podľa ordinácie lekára podáva lieky zvyšujúce chuť do jedla a sleduje ich účinok,
- podľa ordinácie lekára odoberie biologický materiál; sleduje laboratórne nálezy vyšetrenia krvi na biochémiu - hodnoty sérového albumínu, železa, transferínu, nebielkovinového dusíka, pečňových enzýmov, minerálov a krvného obrazu (adaptované podľa Doenges, Moorhouse, 2001a; Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

Potreba príjmu tekutín

(Príklady sesterských diagnóz - V 137 Znížený príjem tekutín V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín)

◇ Sestra

- sleduje a zaznamenáva príjem a výdaj tekutín za 24 hodín a realizuje záznam do ošetrovateľskej dokumentácie,
- posúdi vyprázdňovanie močového mechúra, meria dennú diurézu, špecifickú hmotnosť moču, a fakty zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie,
- meria vitálne funkcie, sleduje vlhkosť slizníc, turgor kože, všíma si psychické prejavy dehydratácie, najmä zmätenosť a údaje zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie,
- podľa ordinácie lekára odoberá biologický materiál a zašle ho na vyšetrenie do laboratória,
- ponúka pacientovi tekutiny častejšie, v malých množstvách, rešpektuje jeho výber tekutín a zabezpečuje mu ich stály prísun,
- pri zhoršení zdravotného stavu, keď už pacient z akýchkoľvek príčin nemôže prijímať tekutiny alebo má ťažkosti s prehĺtaním prednostne podáva tekutiny cez ústa - striekačkou, rozprašovačom, vlhkou gázou,
- podľa ordinácie lekára podáva tekutiny parenterálne (O'Connor a kol., 2005; Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

V terminálnom štádiu, kedy už tomu zodpovedá aj stav pacienta, je v spolupráci s lekárom citlivo zvažovaný objem tekutín, v niektorých prípadoch, hlavne v aktívnej fáze zomierania, ktorá môže trvať aj niekoľko dní – môže lekár odporúčať podávať tekutiny len v malom množstve (udržiava sa zvlhčená ústna dutina), pretože procesy tela s nadmernou tekutinou nedokážu poradiť a pacient môže začať opúchať alebo nadmerne chrčať pri dýchaní. Treba však určite vedieť rozlíšiť kedy táto fáza nastáva.

Potreba vyprázdňovania močového mechúra

(Príklady sesterských diagnóz - V 106 Retencia moča, V 107 Inkontinencia moču)

◇ Sestra

- sleduje a zaznamenáva príjem a výdaj tekutín za 24 hodín a realizuje záznam do ošetrovateľskej dokumentácie,
- zabezpečí pacientovi dostatočné množstvo tekutín podľa jeho výberu,
- posúdi vyprázdňovanie močového mechúra, meria dennú diurézu, špecifickú hmotnosť moču a fakty zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie,
- zabezpečí dodržiavanie zásad hygieny pri vyprázdňovaní moču,
- posudzuje a v starostlivosti zohľadňuje mieru samostatnosti pacienta pri vyprázdňovaní,
- zabezpečuje pacientovi súkromie pri močení, dostupné signalizačné zariadenie,
- u ženy/pacientky zavedie permanentný močový katéter, u muža/pacienta zabezpečí zavedenie permanentného močového katétra, zabezpečí starostlivosť o katéter,
- v prípade potreby vykoná alebo zabezpečí preplach močového katétra fyziologickým roztokom,
- sleduje príznaky močovej infekcie: bolesť pri močení, bolesť v podbruší, zvýšenú telesnú teplotu, retenciu moču, zvýšené potenie, zmätenosť pacienta, ak je to potrebné, odporučí

pacientovi obmedzenie kávy a odporučí mu príjem kyslých ovocných štiav, ktoré bránia rozvoju močových bakteriálnych infekcií,

- zabezpečí primeranú hygienickú starostlivosť genitálií pri vylučovaní moču,
- zabezpečí pacientovi dostatočné množstvo tekutín podľa jeho výberu,
- podľa ordinácie podáva pacientovi infúzne roztoky,
- podľa ordinácie lekára podáva pacientovi liečivá, najmä diuretiká, sleduje účinok podávaných liekov (Doenges, Moorhouse, 2001; Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

Potreba vyprázdňovania hrubého čreva

(Príklady sesterských diagnóz - V 100 Zápcha, V 101 Riziko vzniku zápchy, V 102 Hnačka, V 103 Inkontinencia stolice)

◇ Sestra

- vyhodnotí aktuálny stav a poruchy vyprázdňovania hrubého čreva, zmeny oproti minulosti,
- zistí a zaznamená frekvenciu, množstvo, konzistenciu, prímеси i zápach stolice,
- posúdi stav výživy a hydratácie pacienta, vyhodnotí telesnú aktivitu pacienta, zabezpečí a dokumentuje dostatočný príjem tekutín,
- zhodnotí u pacienta užívané lieky a ich vedľajšie účinky,
- vyšetrí auskultačne a pohmatom brucho,
- podľa ordinácie lekára odoberie a zašle biologický materiál na vyšetrenie do laboratória,
- aplikuje ordinované celkové a lokálne liečivá podľa ordinácie lekára, predovšetkým podáva laxatíva – mali by sa podávať zároveň so začatím opiátovej liečby, keďže vedľajším účinkom opiátov je aj zápcha,
- zabezpečí pacientovi, ktorý má sklon k zápche alebo užíva opiáty, aby prijímal v strave viac vlákniny (pri podávaní vlákniny je potrebné veľa piť – nie všetci paliatívni pacienti dokážu prijímať primeraný objem tekutín),
- podporuje u pacienta peristaltické pohyby čreva masážou brucha zľava doprava,
- v prípade potreby aplikuje klyzmu alebo pristúpi k digitálnemu vybaveniu stolice,
- u pacienta s hnačkou obmedzí príjem nestráviteľných zložiek potravy, dráždivých potravín, kávy, mlieka,
- po každom vyprázdnení stolice umyje a ošetrí okolie konečníka, zabezpečí, aby mal pacient suchú a čistú osobnú i posteľnú bielizeň bez zbytočných záhybov ako prevenciu vzniku dekubitov,
- aplikuje podľa potreby ochranné krémy a masti na okolitú kožu v oblasti konečníka,
- u pacienta so stómiou sleduje stav sliznice a kože v okolí stómie a konečníka, farbu a charakter stolice (Doenges, Moorhouse, 2001; Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

Potreba aktivity, udržiavanie vhodnej polohy

(Príklady sesterských diagnóz - A 110 Intolerancia aktivity, A 111 Riziko intolerancie aktivity, A 113 Imobilita, A 114 Riziko vzniku imobility, A 115 Obmedzená pohyblivosť, A 116 Riziko úrazu, poranenia)

◇ Sestra

- posúdi a zaznamená hybnosť pacienta, mieru závislosti od pomoci iných a od používania rôznych podporných pomôcok uľahčujúcich pohyb,
- zistí schopnosť a stupeň pohybov v kĺboch, prítomnosť kontraktúr a deformít, robí záznam,

- zmeria stupeň sebestačnosti pacienta podľa Barthelovej testu denných aktivít;
- použitá môže byť aj Nortonovej škála a PPS (palliative performance scale), pri ktorej vieme, v akej fáze paliatívnej starostlivosti je pacient a koľko času mu približne, tabuľkovo, ostáva,
- u ležiaceho pacienta zabezpečí správne denné ošetrovanie pokožky, dodržiava opatrenia prevencie vzniku preležanín (niekedy sa dá len veľmi ťažko vyhnúť dekubitu aj kvôli narušeným procesom v tele a nedostatku bielkovín pri znížení potravy a pri silných bolestiach sa pacienta ani neodporúča polohovať, kým sa nezastabilizujú bolesti. Častokrát aj pri silných opiátoch, nesprávny pohyb môže vyvolať rýchlu akútnu bolesť. Odporúča sa manipulovať s pacientom až po podaní lieku od bolesti), vypracuje a dodržiava 24 – hodinový rozvrh zmien polôh,
- posúdi a zaznamená riziko pádu u pacienta prostredníctvom vyššie uvedených validných škál, zabezpečí bezpečnosť pacienta a prevenciu úrazov,
- zabezpečí pacientovi signalizačné zariadenie, aby ho mal vždy po ruke (Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

Potreba spánku a odpočinku

(Príklady sesterských diagnóz - S 140 Narušený spánok, S 142 Riziko poruchy spánku)

◇ Sestra

- zistí spánkové návyky pacienta, charakter spánku, jeho poruchy a podmienky pre zaspávanie,
- všíma si príznaky únavy – skleslosť, tmavé kruhy pod očami, zívanie, pozoruje ich intenzitu, trvanie,
- plánuje ošetrovateľskú starostlivosť tak, aby nenarušovala nočný spánok a odpočinok ak to nie je nevyhnutné,
- zabezpečí pokojné prostredie a obmedzí rušivé vplyvy prostredia, vyvetrá izbu vždy pred spánkom pacienta,
- upraví posteľ pred spaním, podľa stavu pomôže pacientovi vykonať hygienu večer pred spaním,
- zabezpečí pohodu a relaxáciu - pohodlné nočné oblečenie, masáž chrbta, vhodná poloha, vyprázdenie pacienta,
- konzultuje v prípade narušeného spánku pacienta možnosť medikácie s lekárom,
- podľa stavu pacienta v súlade s ordináciou lekára - podá hypnotiká, sedatíva, prípadne analgetiká podľa ordinácie lekára a sleduje ich účinok (Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

Potreba sebaopatery

(Príklady sesterských diagnóz - S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene, S 102 Riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene, S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy, S 105 Riziko deficitu sebaopatery v prijímaní potravy, S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní, S 108 Riziko deficitu sebaopatery vo vyprázdňovaní, S 109 Nedostatočná sebaopatera v úprave zovňajšku, S 111 Riziko deficitu sebaopatery v úprave zovňajšku)

◇ Sestra

- posúdi stav pacienta podľa Barthelovej testu základných denných aktivít (ADL), urobí záznam do ošetrovateľskej dokumentácie,
- sestra identifikuje zdravotné problémy, ktoré môžu mať vplyv na pacienta v starostlivosti o seba (napríklad vysoký krvný tlak, ochorenie srdca, malnutícia, bolesť, smútok, depresia, beznádej),
- posúdi, či je deficit dočasný alebo trvalý a či bude časom ustupovať alebo progredovať,

- posúdi pacientovu mieru závislosti od pomoci iných pri stravovaní, hygiene, obliekaní, vyprázdňovaní,
- vysvetlí pacientovi dôležitosť pravidelnej a dôslednej starostlivosti o kožu a častej zmeny polohy,
- u imobilného pacienta pomáha pacientovi pri vykonávaní hygieny, zabezpečí správne ošetrovanie pokožky, používa jemné mydlá a čistiacie peny, po umytí pokožku dôkladne vysuší, používa hydratačné mlieko a dodržiava zásady prevencie vzniku preležanín a zaparenín,
- zabezpečí súkromie a intimitu pri hygiene pacienta,
- pravidelne kontroluje povrch kože, sleduje predilekčné miesta vzniku dekubitov na tele pacienta, zabezpečuje opatrenia v prevencii vzniku preležanín,
- udržiava posteľ pacienta čistú, suchú, upravenú, plachtu napnutú, dbá na suchú a čistú osobnú bielizeň pacienta,
- zabezpečí a vysvetlí pacientovi používanie pomocných zariadení postele (napríklad hrazdička, uzdička, rebriček),
- zabezpečí a používa antidekubitné pomôcky a vysvetlí pacientovi ich význam,
- pomáha pacientovi v denných aktivitách, ktoré nezvláda sám,
- zabezpečí pacientovi signalizačné zariadenie na dosah ruky,
- pomáha pacientovi pri vyprázdňovaní, zabezpečí mu súkromie a intimitu,
- podáva pacientovi jedlo a nápoje podľa jeho chuti, stavu ochorenia a podľa potreby používa alternatívne spôsoby kŕmenia (Doenges, Moorhouse, 2001).

Psychické potreby umierajúceho pacienta

(Príklady sesterských diagnóz - P 105 Nadmerná duševná záťaž, P 106 Citová tieseň, P 109 Smútok, P 111 Strach, P 112 Úzkosť)

Veľmi dôležitou psychickou potrebou je potreba **rešpektovania ľudskej dôstojnosti**. Každý človek, či je chorý alebo zdravý, je jedinečnou a neopakovateľnou bytosťou, ktorá má určité poslanie. Na zachovanie ľudskej dôstojnosti je potrebné akceptovať umierajúceho pacienta aj s jeho negatívnymi náladami. Ďalšou potrebou u umierajúceho je **potreba autonómie** pod čím rozumieme právo človeka rozhodovať sa sám za seba (Dobříková – Porubčanová a kol., 2005). V Českej republike existuje „*předem vyslovené přání*“, ktoré má aj právny podklad.

Beznádej a bezmocnosť vychádzajú z pocitov pacienta, ktorý nevie, čo má robiť v danej situácii „čakania na smrť“. Pacient prežíva stavy ako je zúfalstvo, hnev, strach z bolesti a tieto pocity môžu chorého viesť až k sebevražde. Dôležité je, aby sestra uistila pacienta, že jeho bolesť bude účinne liečená, že k jeho potrebám budú sestry starostlivo pristupovať. Sestra by mala **kontaktovať príbuzných** a v spolupráci s nimi by mali zabezpečiť **psychickú a sociálnu oporu** pacientovi. Sestra by si mala nájsť čas a byť pri pacientovi, načúvať mu a povzbudzovať ho, taktiež by mu mala navrhnúť pozvanie **kňaza, či psychológa**, aby sa čo najviac eliminovala existenčná tieseň (O'Connor, 2005).

◇ Sestra:

- povzbudzuje pacienta k vyjadrovaniu pocitov, akceptuje vyjadrenia jeho emócií, ktoré prežíva,
- vysvetlí pacientovi, že jeho pocity a smútok sú v jeho situácii normálne,
- primerane k pacientovej osobnosti a individuálnej situácii povzbudzuje jeho nádej,
- prostredníctvom empatických rozhovorov a fyzického kontaktu poskytne pacientovi citovú podporu a vedomie, že sme tu pre neho (uchopenie za ruku, ak si to pacient želá),

- zistí hodnotový rebríček pacienta, jeho názory, návyky v kultúrnej, náboženskej a sociálnej oblasti,
- zabezpečí, aby bol umierajúci pacient v stálom osobnom kontakte s rodinou (Dobříková – Porubčanová a kol., 2005).

Sociálne potreby umierajúceho pacienta

(Príklady sesterských diagnóz - R 110 Narušené vzťahy v rodine, R 111 Riziko narušenia vzťahov v rodine)

Pri uspokojovaní sociálnych potrieb u umierajúceho je veľmi dôležitá **spolupráca ošetrojúceho personálu s jeho rodinou a priateľmi**. Príbuzným by malo byť umožnené spolupodíelať sa na starostlivosti o umierajúceho člena rodiny, pokiaľ to sami chcú. Sestra by im mala vedieť poradiť, v čom môžu pomôcť a čo konkrétne môžu urobiť pre svojho blízkeho člena rodiny (Bolačeková, 2006). Uspokojiť všetky potreby umierajúceho nedokáže iba jeden človek, je potrebný celý tím ľudí, ktorí ho budú sprevádzať. V tomto tíme by nemala chýbať rodina chorého, je dôležité, aby všetci sledovali dobro chorého, aby on bol centrom diania (Svatošová, 2001). Pacient má **právo, aby posledné chvíle svojho života prežil so svojimi najbližšími** a toto právo mu nemôže nikto odoprieť.

◇ Sestra

- pomáha pomenovať a odstraňovať zistené poruchy rodinných vzťahov pacienta,
- sprostredkuje sociálne služby sociálnym pracovníkom a iné druhy poradenstva,
- pomôže umierajúcejmu pacientovi pri zmiernení sa s jeho rodinnými príslušníkmi, priateľmi, známymi, na ktorých mu záleží,
- umožní pacientovi verbalizovať jeho pocity,
- zabezpečí, aby bol v stálom osobnom kontakte s rodinou.

Pomôcť je vhodné / nutné aj príbuzným zomierajúceho pacienta.

◇ Sestra

- ubezpečí príbuzných zomierajúceho, že umierajúci nebude umierať sám a že urobia všetko preto, aby netrpel fyzickou, psychickou, sociálnou ani duchovnou bolesťou,
- podá pravdivé informácie a oboznámi ich o možnostiach starostlivosti o umierajúceho,
- pravdivo ich informuje o zmenách zdravotného stavu – v rámci jej kompetencií,
- naučí rodinu hodnotiť bolesť – pokiaľ je pacient v domácej starostlivosti,
- ponúkne im možnosť zúčastniť sa na príprave ošetrovateľského plánu a poskytne im materiály, ktoré súvisia s doprevádzaním umierajúcich,
- hovorí im o príznakoch súvisiacich s blížiacou sa smrťou,
- informuje ich, že aj oni môžu prechádzať fázami umierania,
- poskytne im pomoc, psychickú podporu a pokiaľ to budú potrebovať, zabezpečí im konzultácie s odborníkmi na riešenie emocionálnych problémov,
- povzbudí ich, aby nemali strach požiadať o emocionálnu podporu,
- informuje ich o možnostiach oddychu.

Duchovné potreby umierajúceho pacienta

(Príklady sesterských diagnóz - B 101 Beznádej, B 102 Duchovná tieseň)

Priorita potrieb sa u pacienta v priebehu ochorenia výrazne mení. Na začiatku sú prvoradé biologické potreby a v **záverečnej fáze sa do popredia dostávajú práve duchovné potreby**. Ešte donedávna boli

duchovné potreby pacienta pre zdravotnícky personál tabu. Veľa ľudí si myslí, že ide o akési uspokojovanie potrieb len veriacich, ale opak je pravdou, práve v posledných okamihoch života sa umierajúci aj **neveriaci pacient začína zamýšľať nad zmyslom života**. A preto je dôležité, aby sestra, ktorá prichádza do kontaktu s umierajúcim, bola vždy pripravená vypočuť pacienta, vyjadriť mu pochopenie a tiež ho utvrdiť v tom, že jeho život má až do poslednej chvíle zmysel (Svatošová, 2003).

Pri uspokojovaní duchovných potrieb je dôležitý prístup sestry, ktorý závisí od faktu, či pacient je alebo nie je veriaci. Pokiaľ je umierajúci pacient veriaci, je povinnosťou sestry umožniť stretnutie sa s kňazom. Sestra by mala v tejto potrebe vyhovieť pacientovi a zavolať **kňaza**. Sestra, ktorá je veriaca a kladie veľký dôraz na uspokojenie spirituálnych potrieb, musí byť citlivá voči neveriacemu umierajúcemu pacientovi a nevnucovať mu svoje názory a vieru. U umierajúceho veriaceho pacienta sa môže pod vplyvom uvedomenia si, že sa blíži čas jeho odchodu a už sa jeho zdravotný stav nedá zvrátiť, vyskytnúť **duchovná tieseň**. Ide o stav, kedy pacient môže strácať nádeje, zmysel života, prepadá ho pocit sebaobviňovania, má pocit, že Boh sa hnevá, alebo ho opustil, odmietanie kontaktov s rodinou, priateľmi, náhle zmeny v duchovných rituáloch, žiadosť stretnúť sa duchovným (Tomagová et al., 2008). Silná duševná tieseň nastáva aj pri nevysporiadaných veciach zo života, vtedy pri veriacich pacientoch pomôže kňaz, pri neveriacich to môže byť psychológ, ktorý je školený na takéto druh rozhovorov.

◇ Sestra

- identifikuje, aký má pacient vzťah k duchovným hodnotám, zistí dôležitosť viery v živote umierajúceho pacienta a rešpektuje jeho názory a duchovné princípy,
- vytvára umierajúcemu pacientovi podmienky na jeho praktizovanie náboženských úkonov (modlitba, návšteva nemocničnej kaplnky, počúvanie duchovných médií, návšteva duchovného pri lôžku pacienta),
- zabezpečí duchovné sprevádzanie kňazom a prijímanie sviatostí,
- vytvára atmosféru dôvery a využíva prvky aktívneho počúvania, aby umierajúci mohol otvorene hovoriť o svojom prežívaní a o tom ako sa cíti,
- vedie rozhovor s pacientom na tému blížiaceho sa konca, ak si to želá,
- zabezpečí pacientovi pokojné prostredie a dostatok súkromia (Tomagová a kol., 2008).

Základné princípy a predpoklady domácej paliatívnej starostlivosti

◇ Sestra priebežne posudzuje **indikáciu domácej paliatívnej starostlivosti** a **edukuje pacienta i blízkych o možnostiach starostlivosti** pri zohľadnení súvisiacich faktorov, reálnych potrieb, nárokov a možností zainteresovaných strán:

- rodina a najbližší by sa mali podieľať na tvorbe plánu starostlivosti,
- súčasťou domácej paliatívnej starostlivosti je účinná starostlivosť o telesný, psychický, sociálny, duchovný stav pacienta a jeho rodiny,
- domáca paliatívna starostlivosť má byť dostupná 24 hodín a 7 dní v týždni (pri nedostatku personálu aspoň telefonicky),
- keď si pacient praje starostlivosť v domácom prostredí – o tomto by mal byť edukovaný už v nemocnici v zmysle platnej legislatívy.

Pacient a jeho rodina boli oboznámení so zdravotným stavom a pochopili závažnosť a prognózu ochorenia. Rozumejú možnostiam a limitom domácej paliatívnej starostlivosti a súhlasia s ich

princípmi. Rodina je ochotná sa podieľať na domácej starostlivosti a aspoň jeden člen rodiny je zodpovedný prevziať zodpovednosť za kontinuálnu starostlivosť o pacienta (Skála a kol., 2005).

K hlavným indikáciám lôžkovej formy hospicu patrí:

- postupujúca choroba ohrozuje chorého na živote,
- pacient potrebuje paliatívnu, predovšetkým symptomatickú liečbu a starostlivosť,
- momentálne nepotrebuje akútne nemocničné ošetrovanie,
- nestačí alebo nie je možná domáca starostlivosť (Vorlíček, Adam, 1998; Vorlíček a kol., 2004, In Magurová, 2015).

Podpora rodín (vzťahuje sa predovšetkým pre oblasť komunitnej starostlivosti)

Kay Blumenthal Barby v tejto súvislosti zdôrazňuje, že „na smrť“ nemá nikto dostatočné vzdelanie (Blumenthal Barby, 1987).

Komunikácia a spolupráca s rodinnými príslušníkmi

Pri komunikácii s rodinou chorého je veľmi dôležitý **cít a pochopenie**. V realite zdravotníctva sa často stáva, že rodina, ktorá má otázky, určitú osobnú skúsenosť a svoj pohľad na starostlivosť o chorého a napríklad nesúhlasia s určitými postupmi starostlivosti a liečby, býva označená za „sťažovateľku“. Realita je pritom opačná v tom, že práve ten príslušník, ktorý sa podieľa na ošetrovaní o svojho blízkeho, tak práve tento človek pri dobrej a správnej komunikácii zo strany zdravotníkov môže byť tým najlepším partnerom a spolupracovníkom. V tomto ohľade sa tak rodina chorého a naša komunikácia s ňou stáva súčasťou advokácie za práva a možnosti pre chorého a **rola advokáta je na strane zdravotníkov**.

Suzanne Goldhirschová vo svojej publikácii Geriatric palliative care (2014) uvádza tzv. model **C-A-S-E komunikácia s príbuznými chorého**.

C – communicate (komunikuj)

◇ Sestra v rozsahu svojich kompetencií

- zrozumiteľne vysvetlí potrebnú starostlivosť o chorého,
- dá priestor pre emócie, postoj chorého a jeho blízkych,
- pripravuje blízkych na budúci vývoj ochorenia,
- akékoľvek zmeny v medikácii vysvetlí a starostlivo dokumentuje,
- rozhovorom s blízkymi si overí, či podaným informáciám porozumeli, uisti sa, že ich porozumenie je dostatočné,
- predstaví rodinným príslušníkom tím, ktorý sa bude podieľať na starostlivosti o chorého.

A – assessment (zhodnotí situáciu, vyšetrí potreby a možnosti)

◇ Sestra

- sa opýta rodinných príslušníkov, ako vykonávajú starostlivosť o chorého doma, čo im situáciu uľahčuje a čo komplikuje,
- sa pýta na ich pocity, prípadne neistoty, radosti v starostlivosti,
- posudzuje a pýta sa na nastavenie domácnosti, vybavenie, prípadne nedostatky, či riziká (pády, ťažkosti pri hygiene chorého),
- zisťuje finančné možnosti rodiny, poradí príbuzným kontakt na sociálne poradenstvo,

- pokiaľ sa javí, že je vhodné starostlivosť zabezpečiť formou domáceho mobilného hospicu alebo formou lôžkového hospicu, pokúsi sa chorému a aj príbuzným vysvetliť výhody tohto riešenia.

S – Support (podporuj)

◇ Sestra

- podporuje a povzbudzuje rodinných príslušníkov v ich práci a starostlivosti o chorého,
- ponúkne príbuzným podporné skupiny v starostlivosti o chorých, umierajúcich.

E – Educate (vyučuj, nauč)

◇ Sestra

- sa snaží príbuzným chorého ukázať nové užitočné postupy, sprostredkovať informácie starostlivosti o chorého,
- musí brať na vedomie, že starostlivosť o chorého pre príbuzných je často veľmi náročná v emocionálnom prežívaní, v osobnej duševnej hygiene, v prežívaní pocitov viny a zodpovednosti, pocity frustrácie, hnevu, smútku a depresie,
- a multidisciplinárny tím si musí uvedomiť, že aj v tomto prežívaní si príbuzní chorého zaslúžia úctu a podporu (Kabelka, 2017).

Domáca hospicová starostlivosť môže byť ukončená z dôvodov ako sú: aktuálna časová indispozícia alebo obnovenie psychických a fyzických síl rodinných príslušníkov a blízkych; nevhodné rodinné prostredie, nevhodný byt; náročnosť odbornej intervencie, v rodine je ďalší vážny problém, napr. choroba (Svatošová, 1995; Magurová a kol., 2008).

Terminálny stav pacienta - špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti

Podľa Kabelku (2017) za terminálny stav označujeme obdobie, v ktorom ochorenie vo svojom vývoji dospeje k situácii, kedy chorého môže priamo ohroziť na živote. Klinicky je zreteľná **destabilizácia orgánovej rovnováhy**, resp. závažné dekompenzácie niektorých životne dôležitých orgánov. Terminálna fáza sa pri rôznych ochoreniach líši svojou dĺžkou, charakterom potrieb pacienta i jeho blízkych a v poslednom rade symptómovou záťažou.

◇ Sestra pomáha v procese profesionálnej **diagnostiky symptómov a ich efektívnej liečby**.

◇ Sestra intervencuje aktívne, kontinuálne, v rozsahu svojich kompetencií, v súlade s legislatívou, (pozri Tabuľka č. 1).

Tabuľka č. 1

 Ošetrovanie pacienta v paliatívnej starostlivosti	
Symptóm, problém	Intervencie sestry (v rozsahu kompetencií, v súlade s legislatívou)
Terminálne delírium	<ul style="list-style-type: none"> • Vylúčiť rušivé momenty, zbytočné výkony. • Usilovať sa o aplikáciu princípov bazálnej stimulácie. • Podľa ordinácie lekára podávať morfín (bolesť, dušnosť), haloperidol (delírium), midazolam (úzkosť, nepokoj). • Snaha minimalizovať diskomfort ako pre umierajúceho, tak aj pre príbuzných.
Bolesť	<ul style="list-style-type: none"> • Dbieť na opatrnú manipuláciu s pacientom pri ošetrovaní. • Citlivá subkutánna hydratácia. • Injekčné subkutánne dávkovanie morfinu – je potrebné sledovať prejavy chorého, spolu s rodinou. • Lieky k zmierneniu bolesti je potrebné podávať pravidelne, dávky je potrebné titrovať podľa ordinácie lekára. • Účinok podanej dávky je potrebné hodnotiť pravidelne a často (minimálne každú hodinu), a dávky podľa toho v spolupráci s lekárom upravovať.
Hlasné chrčivé dýchanie	<ul style="list-style-type: none"> • Polohovať do Fowlerovej alebo úľavovej polohy tak, aby pacient cítil maximálny pocit úľavy. • Skôr nepodávať tekutiny subkutánne alebo ich aspoň redukovať. • Vlhčenie úst.
Dýchavica	<ul style="list-style-type: none"> • Otvorené okno. • Doprevádzanie umierajúceho na lôžku. • Psychická a spirituálna podpora. • Podávať morfín podľa ordinácie lekára. • Podávanie kyslíka – skôr u tých chorých, kde bolo podávanie nastavené už skôr a pacient je na to zvyknutý.
Terminálna analgosedácia	<ul style="list-style-type: none"> • Podávať podľa ordinácie lekára akcelerované dávky morfinu, halaperidolu a midazolmu cez infúznú pumpu alebo prípadne dávkovanie subkutánnym podaním. • Cieľ nie je tlmieť, ale ovplyvniť symptómy do únosnej miery! • Potreby starostlivo vysvetliť pacientovi a rodine.
Všeobecné intervencie	<ul style="list-style-type: none"> • Citlivým spôsobom povedať chorému a rodine, že ochorenie vstúpilo do terminálnej fázy – potrebná podpora a uistenie 24 hod. / 7 dní v týždni. • Pravidelne hodnotiť symptómy. • Prehodnotiť všetky doposiaľ užívané lieky – vysadenie liekov je potrebné chorému a rodine citlivo vysvetliť. • Vhodné je ukončiť rutinnú diagnostiku a ošetrovateľské postupy – neprimerane upútavajú pozornosť ošetrojúceho personálu aj rodiny. • Starostlivo umierajúceho pozorovať: pohyb, polohu, výraz tváre, zvuky. • Empatická komunikácia (Kabelka, 2017).

Vstup ochorenia do terminálnej fázy, prehodnotenie liečby, diagnostiky je v kompetencii lekára.

Starostlivosť o pozostalých

Doprevádzanie chorého a jeho rodiny v terminálnej fáze ochorenia je priestor na vytvorenie vzťahu dôvery, ktorá následne pomáha v starostlivosti o pozostalých. Kľúčovým cieľom doprevádzania je **predchádzať patologickému smútku**. Príprava na rolu pozostalých je významne v rukách zdravotníckych pracovníkov, odvíja sa od včasnej indikácie paliatívnej starostlivosti, komunikácie, kvalitnej starostlivosti až po doprevádzanie. Patologicky smútok môže zásadne negatívne ovplyvniť a narušiť kvalitu života celej rodiny na niekoľko mesiacov až rokov.

Zo strany príbuzných zomrelého je veľmi dôležitý **spôsob telefonického oznámenia**, vyjadrenie účasti a citlivá empatická komunikácia. V ústavnom zdravotníckom zariadení úmrtie oznamuje lekár.

◇ Sestra príbuzným po úmrtí ich blízkeho ponúkne:

- možnosť dôstojného rozlúčenia sa – v ústavnej starostlivosti zabezpečí paraván pre súkromie, v zariadeniach, kde je pietna miestnosť vytvorí dostatok času pre poslednú rozlúčku,
- spoločnú modlitbu za zomrelého,
- podporný rozhovor – ocení ich investíciu do starostlivosti o chorého,
- možnosť stretnutia sa po určitom období – je overené, že obzvlášť v hospicovej starostlivosti ide o významný podporný nástroj (Kabelka, 2017).

Prognóza a vyhodnotenie

Z hľadiska **prognózy prežitia** je možné paliatívnych pacientov zaradiť do jednej z nasledujúcich skupín:

- 1) **Fáza kompenzovaného ochorenia** (prognóza života pacienta niekoľko mesiacov a niekedy rokov),
- 2) **Fáza nenávratne progresívneho ochorenia** (prognóza života pacienta niekoľko týždňov až mesiacov),
- 3) **Terminálna fáza** (prognóza života pacienta niekoľko týždňov, dní a hodín), (Skála, Slama, Vorlíček, Kabelka, 2011).

Terminálny stav života, zomieranie, je stav, kedy dochádza k postupnému a nevratnému zlyhávaniu dôležitých vitálnych funkcií organizmu a jeho tkanív. Dôsledkom tohto zlyhávania nastáva zánik organizmu ako celku, zánik jedinca a teda jeho smrť. Paliatívna starostlivosť sa koncentruje na dosiahnutie čo najlepšej novej kvality života pacienta, ale aj jeho rodiny, aby zostávajúci čas obmedzený v kvantite (dĺžke) prežili na vrchole svojich možností.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◇ Pracovisko má zavedený organizovaný systém spolupráce s paliatológom, resp. ambulanciou paliatívnej medicíny alebo pracoviskom mobilného hospicu. Využíva pritom prostriedky telemedicíny.¹

◇ Pracovisko má prijatý a **implementovaný interný postup** ku komunikácii s blízkymi umierajúceho pacienta a manažment návštev vrátane komunikácie po smrti pacienta v zmysle štandardu.

◇ Umierajúci pacienti sú ošetrovaní v súlade s modernými poznatkami vedy. Na pracovisku sa používa, neustále **prehodnocuje a vyvíja postup** k ošetrovaniu umierajúcich pacientov v zmysle štandardu.

¹ Zvlášť v prípadoch, ak paliatológ nie je prítomný 24 hodín denne sa ako mimoriadne efektívna javí tzv. **SOS medikácia**, ktorá je bežnou praxou v hospicoch v Českej republike. Tento prístup v praxi znamená, že paliatológ na základe medicínskeho zhodnotenia stavu pacienta predvídavo ordinuje medikáciu pre prípad výskytu **symptómov** (napr. zvyšujúca sa bolesť, dýchavica, kŕče, nepokoj a pod.) Ošetrojúci personál tak môže realizovať intervencie podmienené ordináciou lekára okamžite, a tým zmierniť veľmi neprijemné symptómy.

- ◇ Pracovisko je personálne pripravené a materiálno-technicky vybavené v zmysle štandardu. poskytnúť primeranú úroveň starostlivosti o umierajúcich s cieľom **eliminovať utrpenie, bolesť, diskomfort, psychosociálnu či spirituálnu depriváciu** pacienta.
- ◇ Pracovisko má prijatý a implementovaný interný postup k **zabezpečeniu duchovnej podpory** umierajúcich.
- ◇ Pracovisko ma prijatý a **implementovaný interný postup** k starostlivosti o mŕtve telo.
- ◇ Zamestnanci sú **minimálne 1 x ročne školení** o nárokoch starostlivosti o umierajúcich, a nie len v rámci vzdelávacích aktivít sú vedení k etickému, empatickému a uvedomelému prístupu k umierajúcim pacientom a ich blízkym.
- ◇ Pracovisko používa stratégiu na **prevenciu syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov**.
- ◇ Manažment umierajúcich pacientov sa zabezpečuje **multidisciplinárne**.
- ◇ Na pracovisku sa používa **etický kódex**, resp. obdobný dokument, zaväzujúci všetkých zamestnancov k etickému prístupu k všetkým zomierajúcim pacientom.
- ◇ Ošetrovanie pacienta v paliatívnej starostlivosti v kontexte následnej (dlhodobej starostlivosti) je indikáciou pre ošetrovanie v:
 - dome ošetrovateľskej starostlivosti,
 - zariadení sociálnej pomoci s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
 - hospici,
 - ADOS, mobilnom paliatívnom tíme, mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

Ďalšie odporúčania

- ◇ Sestra pre **efektívne posudzovanie pacienta** používa nasledujúce škály:

Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)

Škála posudzuje 10 funkcií - komunikácia, bolesť, duševný stav, dyspnoe, rovnováha pri sedení alebo státi, mobilita, samostatnosť pri chôdzi alebo potreba pojazdného kresla, aktivity denného života, únava a motivácia. Posudzovanie podľa tejto škály je rýchle a jednoduché. Každá položka škály je hodnotená 4 bodovou klasifikáciou od 0 do 3, kde 0 = funkčne nezávislý, 3 = úplná strata funkčnej nezávislosti. Celkové skóre pri EFAT je 30. Pri hodnotách menších ako 30 treba v položkách s nižším skóre vykonať ďalšie posudzovanie. <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/Efat.pdf>

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Škála umožňuje posudzovať deväť najčastejšie sa vyskytujúcich symptómov u pacientov s nádorovým ochorením: bolesť, únava, nauzea, depresia, úzkosť, ospalivosť, chuť, pocit zdravia (blaho – wellbeing), dušnosť, iné problémy. Každý symptóm je posudzovaný na škále od 0 do 10, kde 0 znamená neprítomnosť symptómu a 10 je prítomnosť symptómu v jeho pre pacienta najhoršej podobe. Táto škála je jednoduchá a je použiteľná ako štandard pre posudzovanie v paliatívnej starostlivosti.

<http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/esas.pdf>

Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS – CP)

klasifikácia bolesti http://www.palliative.org/NewPC/_pdfs/tools/Quick%20User%20Guide_OnlineD1-Jan13.pdf

alebo **Numerická škála hodnotenia bolesti, Melzackova škála stupňa bolesti, McGill pain questionnaire**

- **Barthelovej test** základných denných činností,
- **Mininutričné posudzovanie (MNA)**,

- Škála na posúdenie nauzey a vracania podľa WHO,
- Škála na posúdenie zápchy,
- Screening pre určenie zvýšeného rizika pádu,
- Nortonovej škála k hodnoteniu rizika vzniku dekubitov,
- Knollova stupnica náchylnosti na preležaniny,
- Metóda stanovenia zmätenosti (CAM),
- Geriatrická škála depresie.

Používanie **Plánov paliatívnej starostlivosti** (Kabelka, 2017).

Kontinuálna kontrola kvality poskytovanej starostlivosti o umierajúceho, vrátane etického správania personálu voči umierajúcim a ich blízkym v praxi.

Kontinuálne sledovanie klinického stavu zomierajúceho pacienta.


Používanie formulára na **kontinuálne sledovanie klinického stavu** (monitoring vitálnych funkcií), v spolupráci s lekárom sestra **určí interval** a položky kontinuálneho monitoring (viď Tabuľka č. 2).

Zisťovanie spokojnosti blízkych/rodiny s úrovňou starostlivosti, vrátane **skúmania ich očakávaní**, prehodnocovanie súvisiacich interných postupov.

Používanie, skúmanie a vývoj metodík na **prevenciu syndrómu vyhorenia personálu**.

Používanie **kamerového systému** pre lepšiu kontrolu i vedomie kontroly u ošetrojúceho personálu (v súlade s platnou legislatívou).

Tabuľka č. 2: Kontinuálne sledovanie klinického stavu pacienta

 Kontinuálne sledovanie klinického stavu (monitoring vitálnych funkcií)												
Meno a priezvisko pacienta:												
Dôvod zavedenia kontinuálneho sledovania:												
Dátum		Je potrebné merať (vymenuj položky podľa rozhodnutia TS/lekára)					Ordinácia lekára: meno, dátum, čas			Podpis sestry		
Dátum	Frekvencia merania	Čas	Príjem a výdaj	Stolica	Vedomie	Orientácia	TK /torr	P / min.	Dych / min. SpO ₂	TT / °C	G (p. p.) ú mmol/l	Poznámka / podpis sestry, príp. ordinácia
									D: /min. SpO ₂ : %			
									D: /min. SpO ₂ : %			
									D: /min. SpO ₂ : %			

Spracované na základe materiálov poskytovateľov Ošetrovateľské centrum a Slniečny dom (2017).

Princípy pre etické rozhodovanie pri odmietaní liečby seniormi z dôvodu obáv

Pacient má právo na autonómiu, môže nesúhlasiť s liečbou (napr. amputáciou), **no na druhej strane jeho rozhodnutie z pohľadu skúsenosti profesionálov nemusí byť súdne.**

Poskytovateľ realizuje dôslednú komunikáciu a edukáciu pacientov v prípade odmietania zákrokov, ktorých benefit je o. i. v eliminácii nedôstojného umierania pacienta.

Súčasťou edukácie je **pravdivé informovanie o riziku nedôstojného umierania a zbytočného utrpenia** (pravdepodobnosť narastania utrpenia, nedôstojného umierania, neznesiteľný zápach pri neliečenej gangréne, vystupňovanie duševného utrpenia, strach pri každej manipulácii z dôvodu očakávaného akútneho vykrvácania z artérie atď.).

Poskytovateľ má vypracovaný a implementovaný interný postup pre prípady odmietania starostlivosti u seniorov z dôvodu obáv. V tomto postupe zohľadňuje nasledovné aspekty:

- ochrana personálu pred stresujúcim ošetrovaním,
- boj proti beznádeji, neriešeniu zdravotných problémov seniorov, akoby na starostlivosť/nádej na život kvôli veku nemali nárok,
- vylúčenie faktu, že pacient sa jednoducho bojí zmeny, prekladu, operácie a tento strach ochromuje jeho úsudok, v prípade amputácií napr. vieme, že skoro žiaden pacient nechce amputáciu vo fáze „pred“, ale „po“ sa už na zákrok díva inak, hlavne, keď prestanú bolesti, používa protézu, cíti sa lepšie,
- politika „menšieho zla“, benefitov, **priorita života samotného**,
- neuškodiť (určiť v spolupráci „skóre“ nádeje na zlepšenie kvality života, ak je pravdepodobné, že sa stav zlepší, treba byť akčný),
- **nepresúvať zodpovednosť na nekompetentných**,
- najprv **poctivo odkomunikovať** - pacientovi, blízkym v spolupráci s lekárom trpezlivo vysvetliť a poradiť najvhodnejšie riešenie, konečné rozhodnutie je na pacientovi (Fabianová, 2017).

Praktizovanie **Programu želaní a túžob** (prax vo Veľkej Británii)¹

Aktívne pátranie po túžbach a želaniach realizujú poverení pracovníci v spolupráci s celým ošetrovateľským tímom, predovšetkým u pacientov s nasledovnou charakteristikou:

- progredujúce, napr. onkologické ochorenie **v terminálnom štádiu**,
- pacienti, ktorých **stav sa náhle z rôznych príčin destabilizuje**,
- **prolongovaná terminálna fáza umierania**.

Jedným zo základných predpokladov je aspoň čiastočná/občasná orientovanosť v čase, mieste a priestore, ktorá umožní **zmysluplný pátravý rozhovor**. Ak pacient zapadá do skupiny vybraných pacientov, jeho posledné želanie a túžby je vhodné identifikovať nepriamo otázkami typu: „*Ako sa cítite? Čo Vás trápi? Čo by ste si priaľi? Ako Vám môžem pomôcť? Túžite niekoho vidieť? Chceli by ste, aby Vás niekto navštívil, kto?*“

Intervencie k naplneniu želaní pacienta sú dokumentované a následne, často v spolupráci s príbuznými aj plnené.

¹Prax je inšpirovaná zariadením Oliviacare v Blackpoole. Uvedené zariadenie získalo za praktizovanie plnenia prání a túžob národné ocenenie za prístupy v paliatívnej starostlivosti (Fabianová, 2017).

Námet etického kódexu pracoviska pre starostlivosť o umierajúcich:

- Keďže ide zvyčajne o pacienta pripútaného na posteľ, povinnosťou ošetrovateľského tímu je starať sa o **uspokojovanie biologických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb**. Umierajúci je vďačný aj za nepatrnú pozornosť, ako je navlhčenie pier, utretie potu, upravenie vankúša. Umierajúcemu veľmi prospieva, keď mu dáme najavo, že vieme o jeho fyzickom a psychickom utrpení. Nenechávame ho samého, prítomnosť ošetrojúceho mu pomáha.
- Nedopustíme, aby trpel bolesťou alebo iným utrpením bez našej pomoci a vhodnej intervencie!!! Najneskôr v štádiu in finem podávame **kyslík**.
- Pacient nesmie mať hlad, smäd, chlad, strach ani bolesť, snažíme sa urobiť všetko preto.
- Nepoužívame prostriedky telesného obmedzenia!
- **Nedopustíme izoláciu** pacienta, ak si to sám vyslovene neželá.
- **Pacienta oslovujeme menom**, prípadne tak ako si to želá, podľa toho, ako to má uvedené v koncepte bazálnej stimulácie.
- Je pravdepodobné vzhľadom na zastreté vedomie, že pacient si nepamätá a ani neprečíta **mená ošetrojúceho personálu**, ktorý sa oň stará z menoviek, z uvedeného dôvodu sa ošetrojúci personál pri príchode umierajúcemu predstaví, napr. „*Dobrý deň, pani Nováková, to som ja – Katka, a dnes sa o Vás budem starať..*“.
- Stále keď je to možné a vhodné, prejavíme **Ľudskú náklonnosť** pozornosťou, pohladením, prisadnutím si k pacientovi, rozhovorom (personál má byť pozorný voči jeho požiadavkám, zistiť, či si želá spoločnosť a koľko rozprávania je pre neho vyhovujúce). Dáme najavo úprimnú osobnú účasť. Z neverbálnych prejavov je dôležitý dotyk. Ľudská koža s blížiacou sa smrťou sa stáva akoby citlivejšou, preto treba byť pri dotykoch opatrní. Najvhodnejšie môže byť len jemné držanie za ruku. Praktikuje sa zásada: **dôraz na prítomnosť a nádej** drobností.
- Pacientovi doprajeme **lásku** a nádej, ak je to vhodné nadľahčíme situáciu vtipom, humorom. Doprajeme pacientovi pocit, že sa nachádza v dobrom prostredí, jemu dôstojnom, v prostredí dobrých medziľudských vzťahov, v prostredí, kde si ho **vážime a rešpektujeme**.
- V každej situácii sa snažíme rešpektovať jeho **Ľudskú dôstojnosť**, ale i právo na **sebaurčenie**.
- Akceptujeme jeho názory a návrhy.
- Umožníme mu neobmedzený **kontakt s rodinou**, resp. ľuďmi, ktorých má rád, za intímnych podmienok. Počas návštev sa snažíme vytvoriť kludné a pokojné prostredie.
- Aktívne ponúkžeme **kontakt s duchovným** podľa náboženského vierovyznania a tiež svätenú vodu podľa stavu (potieranie na čelo, spánok, zápästie alebo pár hltov ústami napiť). Sprevádzanie umierajúceho je nesmierne dôležité nie len pre neho samotného, ale aj pre členov jeho rodiny. Posledný úsek cesty človeka má byť založený na kresťanských tradíciách ako sú láska k človeku, rešpektovanie a zmysluplnosť života až do jeho konca, radosť a nádej na život večný.
- Aktívne ponúkžeme poskytnutie duchovnej podpory (vrátane vyslúženia sviatosti zmierenia – spoveď a sviatosti pomazania chorých) a **zotrváme s ním v modlitbe (ak si to pacient želá)** pri zapálenej sviečke.
- Zachováme pokoj, správame sa prirodzene.
- Praktizujeme „**Program plnenia želaní a túžob**“. Aktívne pátrame po túžbach a želaniach. Dostatočnú **pozornosť venujeme aj blízkym pacienta**, dáme najavo účasť, postaráme sa o nich aj po smrti blízkeho s cieľom upokojiť ich a čo najlepšie sa vyrovnáť so vzniknutou situáciou.
- Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa riadime potrebami a želaniami pacienta, jeho blízkych, pokynmi ošetrojúceho lekára, pri dodržiavaní etických zásad starostlivosti: konať

len pacientovi ¹ **prospešné aktivity, nezvyšovať utrpenie pacienta úkonmi, od ktorých nemožno očakávať prospech pre pacienta, právo na autonómiu a spravodlivosť. Nedopustíme však neriešenie zdravotného problému, ktorý by znamenal neutíšiteľné utrpenie (bolesti, dusenie) umierajúceho. Ak takýto postup schvaľuje lekár, konzultujeme stav s iným odborníkom cieľom eliminovať ďalšie utrpenie.**

- Pri starostlivosti je vhodné používať - CD prehrávač s relaxačnou hudbou, predčítavať knihy, aróma lampu s príjemnými vôňami na pozitívne stimulovanie zmyslov.
- **Oznámenie režimu piety** - po smrti pacienta až do odnesenia pozostatkov personál dbá na dodržanie režimu piety: stíšenie hudby, eliminácia hluku, kriku, hlasného smiechu.
- Ako **symbol potreby režimu piety** je vhodné na viditeľnom mieste (napr. recepcia, vstup do spoločenskej miestnosti) umiestniť/zavesiť na viditeľné miesto tmavofialový obrúsok s rozmerom cca 30x30 cm, prípadne dva tmavofialové kvety zviazané čiernou mašľou.
- Za tento úkon/symbolické oznámenie a zároveň za odstránenie symbolu zodpovedá službukonajúca tímová sestra v spolupráci so sociálnym pracovníkom.


Oznámenie režimu piety sa nevzťahuje na obdobie nočnej prevádzky (22⁰⁰-06⁰⁰) (Fabianová, 2017).

Námety k politikám s dosahom na kvalitu starostlivosti o umierajúcich pacientov:

- aktívne analyzovať okolnosti umierania, identifikovať hlavné nedostatky, problémy a ich príčinné súvislosti,
- sestry pracujúce v ADOS zastupujú v mnohom mobilné hospice a aj oddelenia paliatívnej starostlivosti – väčšiu odbornú podporu, prepojenie so všeobecným lekárom alebo špecialistom a následne usmernenie pri zhoršení zdravotného stavu pacienta,
- zriadiť v Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek sekciu sestier pracujúcich v paliatívnej starostlivosti a taktiež sekciu sestier pracujúcich s dlhodobochorými,
- povinné kreditové vzdelávanie sestier formou odborných stáží na oddeleniach paliatívnej starostlivosti pre sestry pracujúce na oddeleniach dlhodobochorých v ADOS, DOS, zariadeniach poskytujúcich sociálne služby formou odborných stáží na oddeleniach paliatívnej starostlivosti alebo mobilných hospicioch,
- povinné kreditové vzdelávanie pre zdravotníckych pracovníkov v oblasti komunikácie a etického prístupu k umierajúceho pacientovi a jeho rodiny,
- rokovať so zdravotnými poisťovňami ohľadom zvýšenia platieb pre mobilné hospice a ADOS za zdravotnú starostlivosť o umierajúceho pacienta,
- vytvoriť možnosť pre príbuzných umierajúceho pacienta sprevádzať a spolupodieľať sa na jeho starostlivosti v ústavnej starostlivosti – návštevne hodiny kedykoľvek.

Špeciálny doplnok štandardu

Tabuľka č. 3: Posúdenie indikácie paliatívnej starostlivosti

 Posúdenie indikácie paliatívnej starostlivosti KONTROLNÝ LIST						
Pracovisko:						
Meno a priezvisko pacienta:						
Dátum prijatia:						
PPS v % ¹	Stav mobility	Úroveň aktivity pacienta	Prítomnosť choroby	Sebestačnosť	Perorálny príjem	Stav vedomia
<input type="checkbox"/> 40	prevažne na lôžku	neschopný žiadnej činnosti	úplne rozvinutá choroba	asistencia pri väčšine výkonov	normálny alebo s obmedzením	normálne alebo spavosť +/- zmätenosť
<input type="checkbox"/> 30	trvale na lôžku	neschopný žiadnej činnosti	úplne rozvinutá choroba	úplná nesebestačnosť	s obmedzením	normálne alebo spavosť +/- zmätenosť
<input type="checkbox"/> 20	trvale na lôžku	neschopný žiadnej činnosti	úplne rozvinutá choroba	úplná nesebestačnosť	minimálny	normálne alebo spavosť +/- zmätenosť
<input type="checkbox"/> 10	trvale na lôžku	neschopný žiadnej činnosti	úplne rozvinutá choroba	úplná nesebestačnosť	starostlivosť o ústnu dutinu	spavosť alebo kóma
<input type="checkbox"/> 0	úmrtie					
Špecifikácia :						
Dňa:			Opatrenia zapracované v:			
Posudzoval:						
Schválil:						

Pozn.: ¹ Sestra zvolí možnosť, ktorá zodpovedá reálnemu stavu pacienta **v najväčšej miere. Do indikačného rámca štandardu spadajú každá z kategórií 40 – 10 %.**

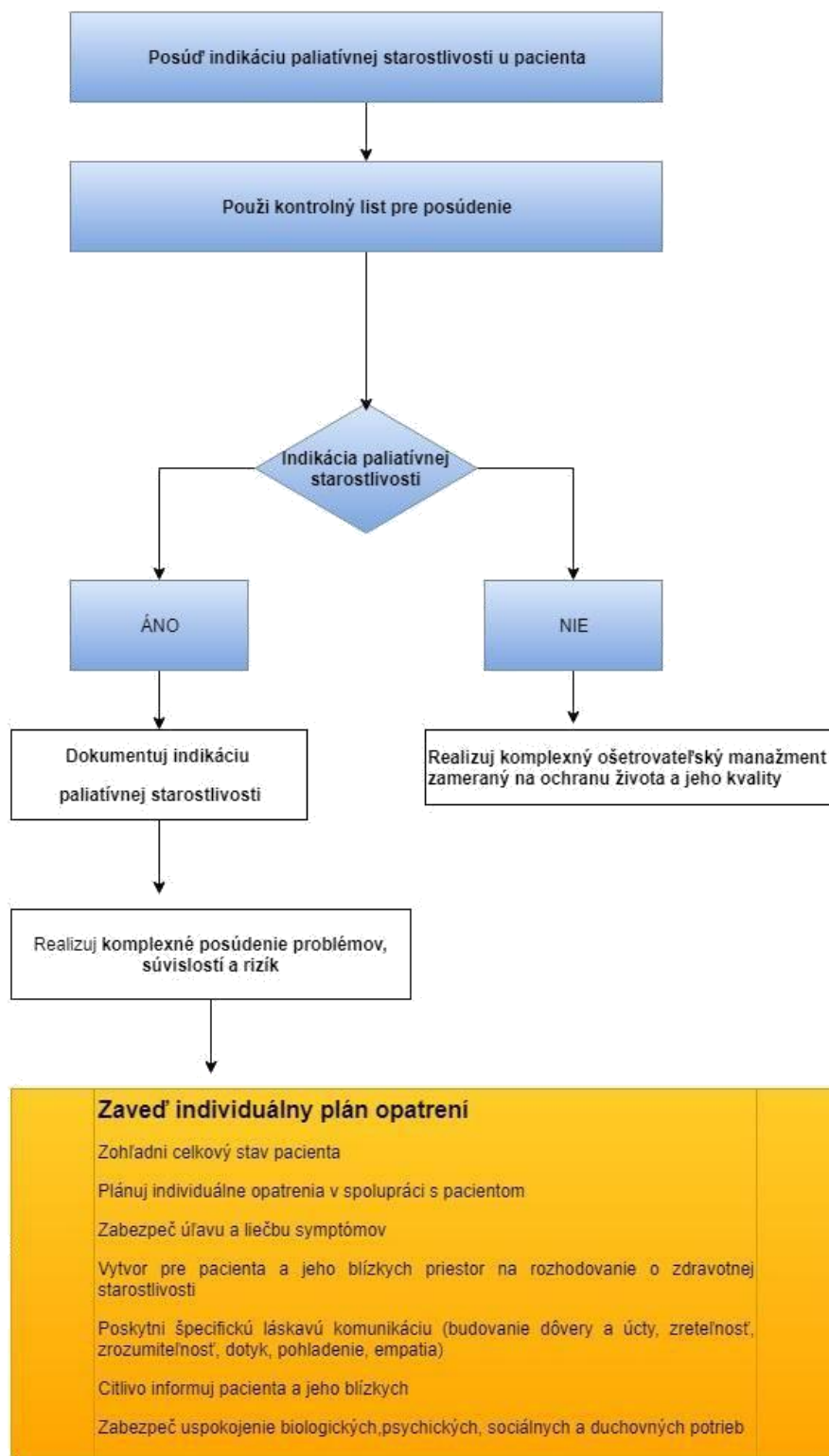
Posúdenie indikácie paliatívnej starostlivosti patrí do kompetencie lekára – nie sestry.

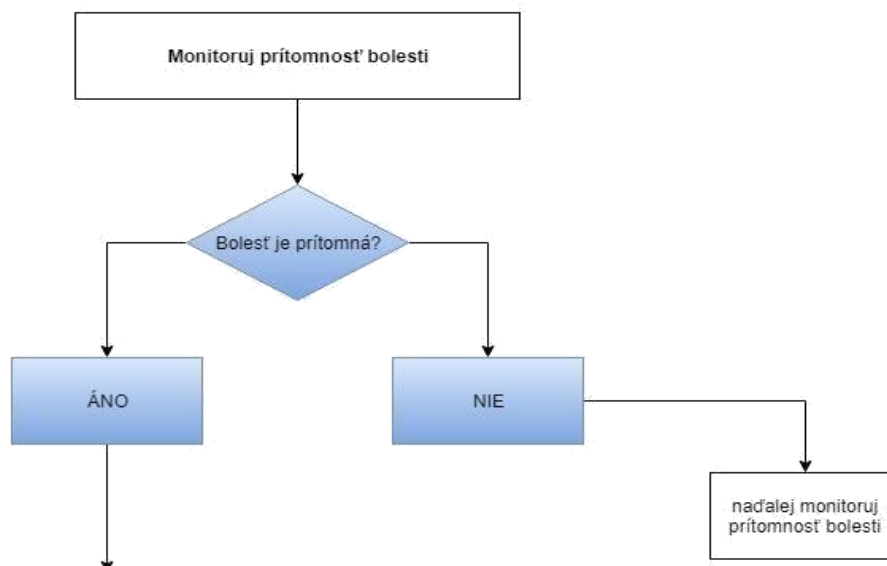
Spracované na základe adaptácie diagnostickej škály PPS (In Kabelka, 2017).

Pozn. určená pre manažment a administratívu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti na základe posúdenia kontrolným listom je platná dňom posúdenia so zápisom do zdravotnej dokumentácie pacienta. Indikácia je prehodnocovaná podľa potreby priebežne, najmenej však jedenkrát za 6 mesiacov.

Algoritmus č. 1

Algoritmus pre komplexný ošetrovateľský manažment o pacienta v paliatívnej starostlivosti





Zaved' individuálny plán opatrení

Realizuj intervencie so zreteľom na záujem, potrebu i právo pacienta byť bez bolesti

Edukuj pacienta so zámerom presvedčiť ho, že bolesť je možné účinne liečiť

Zodpovedne hodnot' bolesť a realizuj efektívne opatrenia na jej maximálnu redukciu v spolupráci s lekárom, v súlade s jeho ordináciou

Podľa stavu pacienta požiadaj chorého, aby bolesť popísal a posúdil ju minimálne podľa jednej validnej škály uvedenej v tomto štandarde vyššie

Pátraj po príčinných faktoroch (spúšťačoch) bolesti

Zisťuj a zaznamenaj lokalizáciu, charakter, intenzitu, trvanie, frekvenciu výskytu bolesti, časový priebeh, pridružené príznaky, vyvolávajúce, zhoršujúce alebo zlepšujúce javy

Pacienta požiadaj, aby bolesť vždy hlásil

Venuj pozornosť všetkým prejavom bolesti chorého

Nebagatelizuj slovné ťažkosti chorého, počúvaj, čo hovorí, využívaj empatiu

Hodnot' a dokumentuj efekt opatrení na redukciu bolesti

V prípade identifikácie nedostatočného efektu intervencií iniciuj konzultáciu s lekárom

Zabezpeč pacientovi pokoj na lôžku v tichom a pokojnom prostredí

Aplikuj nefarmakologické prístupy zvládania bolesti – masáž, muzikoterapia, vizualizácia, fyzikálna liečba teplom

Podávaj pacientovi analgetiká a opiáty podľa ordinácie lekára, sleduj účinok podaných liečiv, realizuj záznam v ošetrovateľskej dokumentácii o podaní liečiva, dodržiavaj zásady práce s opiátmi

Sleduj nežiaduce účinky opiátových analgetík: zápcha, nevoľnosť a vracanie, útlm a ospalosť, delírium, zmätenosť, nepokoj, svrbenie, útlm dychového centra, tieto príznaky zaznamenávajú do ošetrovateľskej dokumentácie a hlás ich lekárovi

Monitoruj fyziologické funkcie (krvný tlak, pulz, dych, telesnú teplotu) a zaznamenáva ich do ošetrovateľskej dokumentácie

Sleduj vplyv bolesti na denný režim a správanie chorého (izolácia, hnev, plač)

Poskytni pacientovi psychickú podporu

Ubezpeč pacienta, že jeho bolesť registrujeme a snažíme sa urobiť všetko preto, aby bola zmiernená, prípadne úplne odstránená

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz za dva roky z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k:

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach,
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi,
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR,
- posúdeniu efektivity,
- podnetom zo strany zdravotných poisťovní a ďalších zainteresovaných strán.

Literatúra

1. ALEXANDROVÁ, R. a kol. 2009. Pēče o pozostalé - možnosti a meze profesionálnej podpory. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. ISSN 1337-6896, 2009, roč. 2., č. 1, s. 32-36.
2. BENINI F. et al. (2022). „International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS, In: Journal of pain and symptom management, 63(5), 529-243s. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00711-9/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(21)00711-9/fulltext), ISSN:1873-6513
3. BONNI, L. a kol. 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 355 s. ISBN 80 – 247 – 1720 - 4.
4. BUŽGOVÁ, R. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. BYDŽOVSKÝ, J. - KABÁT, J. a kol. 2015. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, 2015. 140 s. ISBN 978-80-905867-1-0.
6. DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. a kol. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti: význam paliatívnej starostlivosti*. 1. vyd. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005. 280 s. ISBN 80-7162-581-7.
7. DOBRÍKOVÁ P. (2019), Prístup k pacientovi s demenciou v paliatívnej starostlivosti, In: Paliatívna medicína a liečba bolesti, 12(1), 6-8s., https://www.solen.sk/storage/file/article/PALMED_1_2019_final%20E2%80%93%20Dobrikova.pdf, ISSN: 1339-4193
8. FABIANOVÁ, Z. 2017. *Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujeme predovšetkým o život*. [online]. [cit. 2017.17.10.]. Dostupné na internete: <http://www.osetrovatelskecentrumhe.sk/images/clanky/napisali/nap10.jpg>. FABIANOVÁ, Z. a kol. 2017. *Ošetrovanie umierajúceho klienta – interný postup*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnecný dom, n.o., Humenné. 2017.
9. FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. 2017. *Etický kódex zamestnanca*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnecný dom, n.o., Humenné. 2017.
10. FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Manažment a dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti – interný predpis*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnecný dom, n.o., Humenné. 2017.
11. FABIANOVÁ, Z. - GOMBITOVÁ, V. – HAJDUČKO, J. 2017. *Metodiky sociálnej práce a rehabilitačná starostlivosť – interný predpis*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnecný dom, n.o., Humenné. 2017.
12. FABUŠ, S. KULICHOVÁ, M. 2017. *Definície v paliatívnej starostlivosti*. [online]. [cit. 2017.01.11.]. Dostupné na internete: <<http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/definicie.html>>.
13. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatelstvo teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063-182- 4.
14. Healthcare Conferences UK. 2018. *Care of Dying Adults in the last days of life: Improving Care and ensuring adherence to the NICE National Quality Standard*. [online]. 2018. [cit. 2018-01-16]. Dostupné na internete: <<http://www.healthcareconferencesuk.co.uk/care-of-the-dying-adult>>.
15. KABELKA, L. 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta a.s., 2017. 317 s. ISBN 978– 80–204–4225-3.
16. KABELKA, L. 2008. Principy neonekologické paliativní péče - pohled geriatra. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. ISSN 1337-6896, 2008, roč. 1., č. 2, s. 67- 70.
17. KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0. Katedra klinickej a komunitnej praxe v ošetrovatelstve. Fakulta zdravotníctva. Prešovská univerzita v Prešove. ISSN 1336 – 8176. 2007, roč. 2., č. 4, 246 – 252 s. [cit. 2013-01-15].
18. MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
19. MOROVICSOVÁ, E. 2009. Význam a uspokojovanie psychických potrieb v živote človeka. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X, 2009, roč. 7, č.1, s. X-XII.
20. NEMCOVÁ, J. a kol. 2016. Vybrané aspekty umierania a smútenia. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2016;9(1e) <https://www.solen.sk/storage/file/article/7b41ce6821e08374c9caf748edd8163f.pdf>
21. NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatra a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
22. O'CONNOR, M. - ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295- 4.
23. PAULOVÁ, I. 2013. *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava: Iura Edition, spol. s r.o. 2013. 160 s. ISBN 978-80-8078-574-1.
24. PAYNE, S. - SEYMOUR, J. - INGLETON, CH. (eds.). 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
25. SCHULER, M. - OSTER, P. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
26. SKALA, B. - SLAMA, O. - VORLÍČEK, J. - KABELKA, L. *Paliativní péče o pacienty v terminální stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. 20 s. ISBN 978 – 80 – 86998 –51-0.

27. SVATOŠOVÁ, M. 2003. *Hospice a umění doprovázet*. Ecoo homo, 2003. 150 s. ISBN 80 - 902049 - 4–5.
28. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
29. TABER, J. et al. (2019), Knowledge of and beliefs about palliative care in a nationally-representative U.S. sample, In: Plos one. 14(8), 58s., <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219074>, ISSN: 1932-6203
30. VAŇO, I. - KIRÁLOVÁ, A. 2008. Starnutie populácie ako výzva pre spoločnosť v súčasnosti. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X, 2008, roč. 6, č. 4, s. 11.
31. VORLÍČEK, J. - ADAM, Z. – POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. 2004. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
32. Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.
33. Vyhláška č. 28/2017 Z. z. Vyhláška MZ SR, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov [online]. 2017. [cit. 2017-08-21]. Dostupné na internete: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/28/20170301>>.
34. VYHLÁŠKA MZ SR č. 28/2017 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov [online]. 2017. [cit. 2017-08-21]. Dostupné na internete: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/28/20170301>>.
35. VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom [online]. 2005. [cit. 22.08.2017]. Dostupné na internete: <http://www.sksapa.sk/20090314136/Zakony/pravne-predpisy.html>.
36. ZÁKON NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení [online]. 2004. [cit. 01.09.2017]. Dostupné na: <http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Vedavyskum/zdravotna_starostlivost.pdf>.
37. Vestník MZ SR číslo. 17463/OZS 2006 Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. VISSER, C. et al. 2015. *Reality of evidence-based practice in palliative care*. [online]. 2015. [cit. 2018-01-16]. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607825/>>.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva