

VYSOKOŠKOLSKÉ SKRIPTÁ

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine



VYBRANÉ KAPITOLY Z PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Jana Nemcová

MARTIN

2013

Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Autor

PhDr. Jana Nemcová, PhD.

Text recenzovali:

Doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

Doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.

Všetky práva vyhradené. Nijaká časť publikácie sa nesmie reprodukovať. Obsah neprešiel jazykovou úpravou, za gramatickú a štylistickú stránku zodpovedá autorka.

© Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Ústav ošetrovateľstva

Martin, 2013

77 strán + prílohy

ISBN 978-80-89544-52-3

EAN 9788089544523

OBSAH

ÚVOD

1	PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ V HISTÓRII A SÚČASNOSTI	4
1.1	Definícia, cieľ a charakteristika paliatívnej starostlivosti	6
1.2	Typy paliatívnej starostlivosti	10
1.3	Princípy paliatívnej starostlivosti a práva umierajúcich	13
1.4	Komunikácia v paliatívnej starostlivosti	15
2	PALIATÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ PRI OBŤAŽUJÚCICH SYMPTÓMOCH A PROBLÉMOCH	17
2.1	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť pri bolesti	23
2.1.1	Intervencie zvládania bolesti farmakologicky	31
2.1.2	Nefarmakologické intervencie zvládania bolesti	37
2.2	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť pri dušnosti	38
2.3	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s nauzeou, vracaním a starostlivosť o ústnu dutinu	41
2.4	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a výživa	44
2.4.1	Enterálna výživa v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti	46
2.4.2	Parenterálna výživa v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti	48
2.5	Hydratácia v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti	49
2.6	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o vyprázdňovanie	50
2.7	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť pri únave	54
2.8	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a imobilita	56
2.9	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a spánok	60
3	PALIATÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ A PSYCHICKÉ SYMPTÓMY A PROBLÉMY	62
3.1	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a zmätenosť	62
3.2	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a sexualita a body image	64

4	PALIATÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ A SPIRITUALITA	66
4. 1	Psychická a existenciálna tieseň	68
	ZÁVER	70
	BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY	71
	PRÍLOHY	78

ÚVOD

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je rešpektovaná v moderných zdravotníckych systémoch ako súčasť zdravotnej starostlivosti o nevyliciteľne chorých.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť zabezpečuje systémový prístup k poskytovaniu komplexnej starostlivosti o ľudí s progredujúcimi nevyliciteľnými onkologickými a neonkologickými ochoreniami.

Východiskom pre poskytovanie paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je posudzovanie obťažujúcich symptómov a problémov, sprevádzajúcich dané ochorenia. S ohľadom na obťažujúce symptómy a problémy je potrebné tiež poznať intervencie na ich odstránenie alebo zmiernenie.

Cieľom paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je zlepšenie kvality ostávajúceho života pacienta. Okrem zvládania telesných symptómov, sa v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti zameriavame na emocionálnu podporu, spirituálnu pomoc, ako aj odbornú pomoc rodine, opatrovateľom a iným blízkym osobám, ktoré opatrujú a doprevádzajú pacienta.

Učebný text je určený pre vzdelávanie študentov, ktorí sa pripravujú na vykonávanie sesterskej profesie, ako aj sestram a pedagógom, ktorí sa venujú starostlivosti a edukácii o nevyliciteľne chorých v domácom prostredí, či inštitúciách.

Text je členený na štyri kapitoly. Prvá kapitola sa zameriava na historické súvislosti, súčasné definovanie, charakteristiku a ciele paliatívnej starostlivosti. Ďalšie tri kapitoly sú venované najčastejším obťažujúcim symptómom a problémom v telesnej, psychickej a spirituálnej oblasti. Jednotlivé obťažujúce symptómy a problémy sú opísané so zreteľom na ich prejavy, posudzovanie a odporúčané intervencie pre ich odstránenie, či zmiernenie.

Pre posudzovanie obťažujúcich symptómov v paliatívnej starostlivosti sú uvedené aj odporúčané posudzovacie nástroje v paliatívnej starostlivosti. Zaradením posudzovacích nástrojov do príloh je umožnené študujúcim pracovať s nimi pri cvičeniach alebo v ošetrovateľskej praxi v starostlivosti o nevyliciteľne chorých.

1 PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ V HISTÓRII A SÚČASNOSTI

Spoločnosť, ktorá stavia do popredia zdravie, krásu a život, môže aj u profesionálov vyvolávať ťažkosti pri uznaní, že tak ako je život súčasťou našej existencie, smrť je finálnou časťou života. Konflikt medzi profesionálnou ambíciou vyliečiť a uzdraviť a realitou ľudskej smrteľnosti, pocity zo zlyhania, vedú k tomu, že pacienti zomierajú osamotení a izolovaní a personál sa im vyhýba. Tieto skutočnosti podnietili už v minulosti najmä sestry a ošetrovateľov k úsiliu o zmenu v prístupe k nevyliečiteľne chorým a umierajúcim.

V stredoveku vznikali pri kláštoroch útulky pre ťažko chorých a zmrzačených. V roku 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyone spoločenstvo žien, prevažne vdov, kde sa venovali starostlivosti o nevyliečiteľne chorých. V roku 1847 toto spoločenstvo otvorilo v Paríži prvý dom pomenovaný *hospic*. V tejto súvislosti získalo pomenovanie hospic miesto, kde sú prijímaní pacienti na konci života. V roku 1878 bola v írskom Dubline založená kongregácia Sestier lásky Máriou Aikenheadovou. Jej hlavným poslaním bolo sprevádzanie zomierajúcich. Táto komunita založila niekoľko domov v Írsku a Anglicku, napr. hospic sv. Jozefa v Londýne, kde po druhej svetovej vojne pracovala aj Cicely Saundersová ako sestra, neskôr lekárka.

Cicely Saundersová je považovaná za *zakladateľku modernej paliatívnej starostlivosti*. Vo svojej práci bola veľmi ovplyvnená dielom známeho psychológa Carla Rogersa, jeho myšlienkami o načúvaní a komunikácii s chorým. Jej koncepcia celkovej bolesti „total pain“, hovorí o vzájomnej prepojenosti telesnej bolesti s utrpením v oblasti psychickej, sociálnej a duchovnej, kde jednotlivé zložky bolesti nie je možné zmierňovať oddelene. V roku 1967 založila Saundersová na predmestí Londýna hospic sv. Kryštofa (St. Christopher's Hospice), kde bola prvýkrát starostlivosť o pacienta s bolesťou riešená multidisciplinárnym tímom. Cicely Saundersová svojím dlhoročným výskumom prišla k záverom o starostlivosti o umierajúcich, kde sú určujúce - kontrola bolesti a holistický prístup. So zrodom modernej paliatívnej starostlivosti sú spojené mená – Sue Ryderová a Leonard Chesire, ktorí vytvorili modely pre hospice po celom svete. Robert Twycross sa venoval efektívnemu využitiu opioidov v manažmente onkologickej bolesti, spolu s Vittorio Ventafriddom sa spolupodieľali na vytvorení smernice Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) pre paliatívnu starostlivosť. Elizabeth Kübler-Rossová, lekárka a psychiatrička z USA, savenovala problémom súvisiacimi s prežívaním a reakciami na umieranie a smrť, známa je svojou publikáciou „*O smrti a umieraní*“.

Obdobie rozvoja hospicovej starostlivosti je spojené aj s kritikou hospicov. Akademická medicína kritizovala prílišný dôraz na duchovné aspekty starostlivosti, podceňovanie výsledkov výskumu, odmietanie akejkoľvek pokračujúcej terapie (terapeutický nihilizmus). Preto sa začal aktívnejšie presadzovať medicínsky vplyv na starostlivosť o zomierajúcich. V roku 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadskom Montreale prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti. Pojem „paliatívny čo zn. v angl. jazyku tíšiaci“ zvolil preto, aby predišiel nedorozumeniam, že paliatívna starostlivosť by mohla byť nevedecká. Koncept paliatívnej starostlivosti súčasne sa opiera o zásady hospicového hnutia, ako aj o najnovšie poznatky z liečby bolesti a ďalších symptómov. Vznikali špecializované ambulancie a konziliárne paliatívne tímy.

Na Slovensku snahy o vznik modernej paliatívnej a hospicovej starostlivosti sa datujú od začiatku 90-tych rokov. Prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti bolo otvorené v roku 1995 v Národnom onkologickom ústave v Bratislave. Vznikla tu tiež dobrovoľnícka organizácia Palium, ktorá pripravuje a vzdeláva aj dobrovoľníkov pre pomoc pacientom v paliatívnej starostlivosti. V roku 2002 začal svoju činnosť detský mobilný hospic Plamienok a postupne vznikali ďalšie hospice v Bardejovskej Novej Vsi, v Trsticiach, Trenčíne, Banskej Bystrici, Nitre.

V súčasnosti je prekonaný rozpor medzi hospicovou, paliatívnou starostlivosťou a akademickou medicínou. V hospicoch sú aplikované najmodernejšie liečebné postupy a prebieha tu sústavný klinický výskum, a aj v nemocniciach je stále väčšia snaha využívať filozofiu hospicovej starostlivosti s celostným pohľadom na človeka a rešpektovaním jeho dôstojnosti.

Paliatívna starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich, je považovaná za rovnocennú s kauzálnou liečbou. Paliatívna starostlivosť nepredlžuje život, ale ani neurýchlíuje smrť. Je zameraná na zlepšenie kvality ostávajúceho života človeka, aby netrpel bolesťou a inými obťažujúcimi symptómami.

Rada Európy podporuje rozvoj paliatívnej starostlivosti v európskych krajinách. Vyplýva to zo skutočnosti, že počet ľudí, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť narastá. Na Slovensku je to minimálne 12 000 pacientov ročne. Onkologickí pacienti predstavujú asi 80% všetkých nevyliciteľne chorých a zomierajúcich pacientov a 20% sú pacienti s pokročilými srdcovými, respiračnými a obličkovými ochoreniami, Alzheimerovou, Parkinsonovou chorobou, AIDS, Sklerózou multiplex ai., ktorým má slúžiť paliatívna starostlivosť.

Paliatívna starostlivosť sa zameriava: na potreby pacienta/rodiny/opatrovateľa, manažment bolesti a iných obťažujúcich symptómov, emocionálnu podporu, spirituálnu pomoc, zaistenie sociálneho zázemia a podporovanie záujmových aktivít nevyliciteľne chorých a umierajúcich, ako aj odbornú pomoc rodine a opatrovateľom a iným blízkym osobám, ktoré opatrujú a doprevádzajú pacienta.

Zmena životnej situácie, akou je nevyliciteľné ochorenie, sa prejaví výrazne aj v zmene kvality života a s postupovaním choroby sa tiež mení. Hodnotenie kvality života má dôležitú úlohu pri pacientovom rozhodovaní napr. o niektorých liečebných postupoch, či umiestnení do hospicu atď. Pacientom s život limitujúcim a progredujúcim ochorením a ich rodinám pomáha interdisciplinárny tím.

1.1 Definícia, cieľ a charakteristika paliatívnej starostlivosti

Definícia paliatívnej starostlivosti sa v priebehu rokov vyvíjala, čo súviselo s rozvojom praxe, vzdelávania a výskumu v starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich.

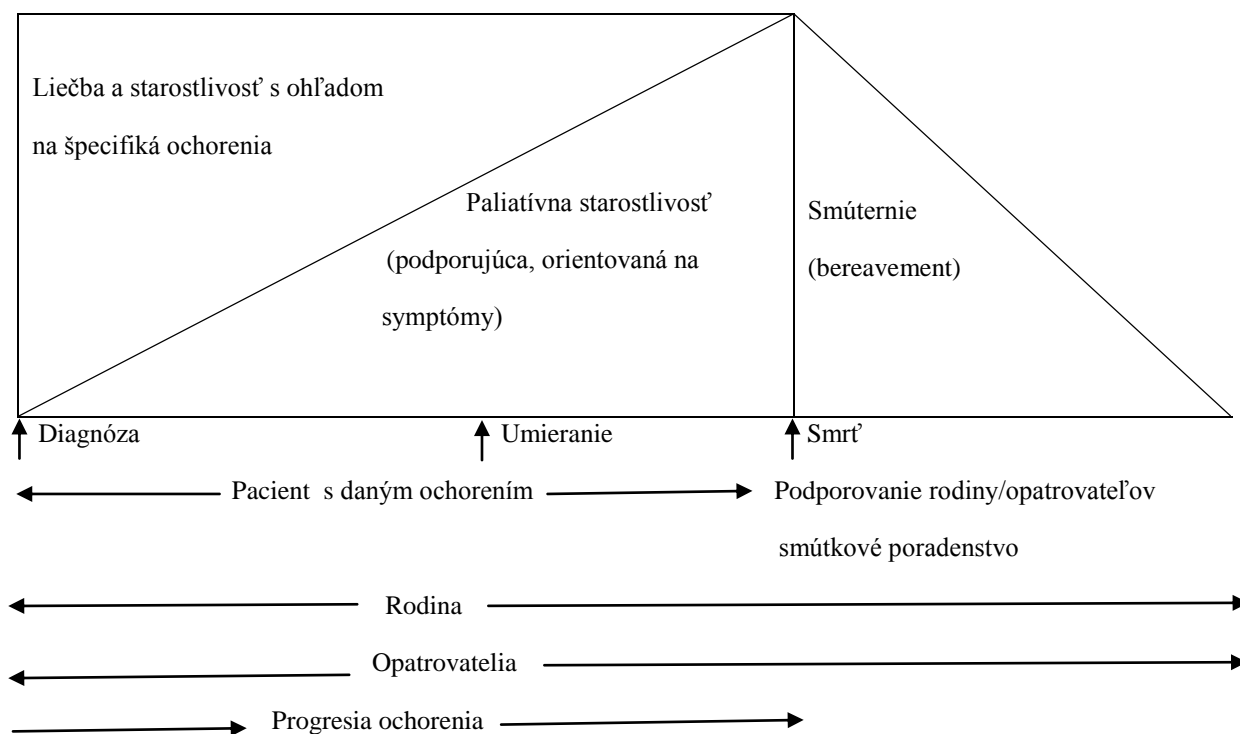
Definícia paliatívnej starostlivosti, podľa Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 2002, zdôrazňuje požiadavku na predchádzanie utrpeniu. Táto definícia uvádza, že paliatívna starostlivosť usiluje o zlepšenie kvality života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením, prostredníctvom predchádzania a zmierňovania utrpenia pomocou včasného zistenia, vyhodnotenia a riešenia bolesti a ďalších fyzických, psychosociálnych a duchovných problémov.

V Koncepcii zdravotnej starostlivosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, z roku 2006, sa paliatívna starostlivosť definuje ako prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy, a tým predchádza a zmierňuje utrpenie.

Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno-pedagogickú starostlivosť u detí, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo. Túto

starostlivosť zabezpečuje multidisciplinárny tím lekárov, sestier, psychológov, sociálnych pracovníkov, duchovných a iných pracovníkov.

Paliatívna starostlivosť bola v minulosti spájaná výlučne so starostlivosťou v štádiu bezprostredne hroziacej smrti. V súčasnosti je paliatívna starostlivosť akceptovaná už v skoršom štádiu progredujúcej choroby a môže byť poskytovaná v začiatkoch nevyliciteľného ochorenia súčasne aj s kauzálnou liečbou (obr. 1).



Obr. 1. Paliatívna starostlivosť vo vzťahu k progresii ochorenia

Zdroj: Adaptované podľa WHO definition of Palliative care [online]. 2002, [cit. 2007-01-25]. Dostupné na internete: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>

Svetová zdravotnícka organizácia odporúča na 100 000 obyvateľov zriadiť minimálne 3-5 lôžok v rámci ústavnej paliatívnej starostlivosti. Sieť pracovísk paliatívnej starostlivosti určuje Ministerstvo zdravotníctva SR Zákonom Národnej rady č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Odborníci v SR odporúčajú v Koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, Vestník MZ SR,

2006, zriadiť 500 lôžok, kde v rámci oddelení paliatívnej starostlivosti by to mohlo byť 250 a v rámci hospicov 250.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je neoddeliteľnou súčasťou v multidisciplinárnom poňatí modernej paliatívnej starostlivosti. Je poskytovaná všetkým pacientom s nevyliečiteľným ochorením, u ktorých posudzujeme potreby a problémy špecifické pre dané ochorenia, plánujeme, realizujeme a vyhodnocujeme intervencie. Cieľom je zlepšiť kvalitu života a zaistiť dôstojné umieranie.

Cieľom v paliatívnej starostlivosti je dosiahnuť kvalitu ostávajúceho života. Kvalita života pacienta s nevyliečiteľným ochorením je ovplyvnená osobnosťou, vekom, schopnosťou vykonávania denných aktivít, uspokojovaním potrieb, mierou utrpenia spojené s existenciou obťažujúcich symptómov či distresu a hodnotami, ktoré sú v danom okamihu pre jednotlivca významné, ako aj jeho duchovným a kultúrnym rámcom.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná starostlivosť zabezpečovaná sestrami a je zameraná na manažment symptómov a uspokojovanie potrieb pacienta s nevyliečiteľným ochorením a umierajúceho.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je poskytovaná :

- a) sestrami rôznej úrovne a špecializácie, ktoré poskytujú všeobecnú paliatívnu starostlivosť o nevyliečiteľne chorých a umierajúcich;
- b) sestrami v ošetrovateľskej starostlivosti (napr. o onkologicky chorých, v komunite, o rany, stómie atď.);
- c) sestrami, ktoré pracujú v špeciálnych tímoch pre paliatívnu starostlivosť, ktorý je zložený z expertov (lekár, sestra, psychológ, sociálny pracovník, fyzioterapeut, duchovný, dobrovoľník ai.), ktorí sú vzdelaní v oblasti paliatívnej starostlivosti.

Rola sestry v paliatívnej starostlivosti je nezastupiteľná. Sestry ako najväčšia skupina poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sú v jedinečnej pozícii ovplyvniť kvalitu starostlivosti na konci života (*end-of-life care*).

Sestra, ktorá sa chce starať o zomierajúceho, by mala vedieť zaujať postoj k sebe samej, vedieť akceptovať vlastné pocity. Sestra by mala byť autentická, nemá sa skrývať za profesionálne postoje a predstierať emócie, ale by mala vystupovať ako osoba so svojimi

slabými a silnými stránkami. Uznanie hodnôt, viery, zvykov, požiadaviek jednotlivca a rodiny prispieva ku kvalite poskytovanej starostlivosti.

Sestra by mala byť k pacientovi/rodine úprimná a otvorená s ohľadom na situáciu. Mala by rešpektovať, čo pacient hovorí, očakáva, aké sú jeho predstavy. Na otvorenosti, úprimnosti a spolucítení môže byť postavená dôvera medzi sestrou a pacientom.

Sestra by mala pacientovi poskytovať emocionálnu podporu, byť doprevádzajúcim partnerom na ceste k smrti. Sestra na tejto ceste získa skúsenosť s intenzívnou bolesťou, opustením a strachom zo smrti. Zúčastnené počúvanie, nefalšovanú citlivosť, vzájomné odkrývanie a komunikácia, predstavujú dosahovanie najvyšších cieľov v paliatívnej starostlivosti.

Pacient v paliatívnej starostlivosti

Paliatívna starostlivosť je určená pacientom všetkých vekových skupín, veľkého rozsahu diagnostických kategórií onkologických, chronických život ohrozujúcich ochorení a úrazových stavov bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, etnickú skupinu, národnosť, politické a náboženské presvedčenie, sexuálnu orientáciu, schopnosť platby, diagnostickú kategóriu, štádium ochorenia, typ zdravotníckeho zariadenia, či potrebu ďalších typov liečby.

Hlavné skupiny pacientov indikované na paliatívnu starostlivosť podľa WHO sú pacienti s onkologickým, aktívne progredujúcim ochorením; pacienti s progredujúcim neurodegeneratívnym ochorením; pacienti s chronickou obštrukčnou bronchopulmonálnou chorobou; pacienti s chronickou renálnou insuficienciou v terminálnom štádiu; pacienti so závažnými bolesťami neonkologického pôvodu a pacienti s chronickou kardiálnou nedostatočnosťou, refraktérnou na liečbu.

Tímový charakter paliatívnej starostlivosti

Paliatívna starostlivosť má tímový charakter. Paliatívnu starostlivosť poskytujú odborníci z oblasti medicíny, ošetrovateľstva a sociálnej práce v spolupráci so psychológmi, psychoterapeutmi, duchovnými predstaviteľmi (kaplán, kňaz), diétológmi / asistentmi výživy, fyzioterapeutmi, farmaceutmi, zdravotníckymi asistentmi, odborníkmi z oblasti ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, špecialistami hernej terapie pre deti, case-manážermi

a návštevníkmi, školenými dobrovoľníkmi, koordinátormi dobrovoľníctva, koordinátormi pomoci pri trúchlení.

Každý v tíme je rovnako dôležitý. Stretávanie sa so smrťou stiera rozdiel medzi profesinálmi. Jednotliví členovia tímu náročnú situáciu smrteľnosti lepšie zvládajú spoločne. Dôraz je na vedmostiach, schopnostiach a zručnostiach v rámci kompetencií starostlivosti o nevyliečiteľne chorých. Členovia tímu by mali byť zároveň ohľaduplní a mať v sebe pokoru.

1. 2 Typy paliatívnej starostlivosti

a) Podľa **fáz postupujúceho progredujúceho** nevyliečiteľného ochorenia pacienta :

1. Rehabilitačná paliatívna starostlivosť je poskytovaná posledné mesiace života, niekedy roky, kedy aj napriek nevyliečiteľnému a pokročilému ochoreniu je možný normálny spoločenský život nevyliečiteľne chorého, napr. patrí sem obdobie remisie, ktoré nastane po chemoterapii, chirurgickom zákroku, pacient začne byť po analgetickej terapii opäť aktívny. Pacientov by sme mali podporovať, aby svoj ostávajúci život žili zmysluplne a aktívne. Pokiaľ je to možné, mali by sa zapájať do rodinného a profesionálneho života. Mali by sa zúčastňovať bežného chodu rodiny, participovať na rozhodnutiach rodiny, vyjadrovať sa k otázkam rodinného života. Napr. deti si píšú úlohy a ich chorá matka, hoci na posteli, je pri nich a rozpráva sa s nimi o tom. Vyžaduje si to samozrejme prispôsobenie podmienok a prostredia. Profesionálne aktivity pacienta by mali byť tiež podporované a nemali by sme pacienta presviedčať, že je vážne chorý a musí odpočívať. On najlepšie vie, kedy môže isté činnosti vykonávať. Pacientom umožníme vykonávať aj ich záľuby, ktoré sa s progresiou ochorenia môžu meniť. Vhodné je orientovať ich aj na alternatívne aktivity, ako sú napr. počúvanie hudby, čítanie kníh, maľovanie, či hranie spoločenských hier. Závisí to od aktuálneho stavu pacienta, jeho predchádzajúcich záujmov.

2. Terminálna paliatívna starostlivosť, ktorá sa poskytuje zomierajúcemu v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím, je v užšom slova zmysle odborne pomenovaná ako terminálna starostlivosť. Je poskytovaná týždne až mesiace života, kedy sú aktivity každodenného života pacienta postupne obmedzované a čiastočne alebo komplexne kompenzované starostlivosťou opatrovateľov. Zameriavame sa na dosahovanie kvality ostávajúceho života bez bolesti a obťažujúcich symptómov, uspokojovanie potrieb, želaní a komfortu pacienta s nevyliečiteľným progredujúcim ochorením.

Obdobie života pacienta s progredujúcim nevyliciteľným ochorením môže mať aj iné členenie. Starostlivosť a doprevádzanie pacienta a jeho najbližších, od okamihu zistenia závažnej diagnózy až po nástup terminálneho stavu, je obdobím **pre finem**. Obdobie **in finem** je pomenované na čas, kedy je starostlivosť a doprevádzanie chorého a jeho blízkych poskytované počas terminálneho stavu - **umierania**. Umieranie je stav, kedy u človeka nastáva postupné a nezvratné zlyhávanie životne dôležitých funkcií orgánov s následkom smrti individua.

Obdobie **post finem** je, kedy sa realizuje starostlivosť o telo zomrelého. Patrí sem aj doprevádzanie pozostalých podľa potreby, niekedy je potrebné smútkové poradenstvo dlhodobo, spravidla po dobu 1 roka.

b) Podľa miesta poskytovanej paliatívnej starostlivosti:

1. Domáca paliatívna starostlivosť je forma zdravotnej, sociálnej a laickej starostlivosti poskytovaná umierajúcemu úplne alebo čiastočne závislému na pomoci druhej osoby nepretržite v jeho vlastnom sociálnom prostredí. Poskytovaná je pacientovi v domácom prostredí v prípade, keď hospitalizácia by už nebola viac prínosom pre pacienta a odporučenú liečbu, tlmenie bolesti a iných obťažujúcich symptómov, je možné poskytovať aj v domácom prostredí. Najväčšou mierou sa na starostlivosti podieľa rodinný príslušník, ktorý spolupracuje so sestrami z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) alebo paliatívnym tímom z hospicu. Nevyhnutnosťou sú dobré podmienky v domácom prostredí, pripravenosť a ochota rodiny prevziať starostlivosť, bez ohrozenia alebo zníženia kvality života umierajúceho. Rodina, ak sa rozhodne doopatrovať príbuzného musí okrem toho, že chce, mala by aj vedieť ako túto starostlivosť realizovať. Pomocou sú sestry z ADOS, ktoré edukáciou príbuzných ich pripravujú na zvládnutie intervencií pri starostlivosti o príbuzného (napr. manipulácia s antidekubitným matracom, polohovanie, starostlivosť pri inkontinencii, kŕmenie pacienta, výmena krytia pri nehojacej sa rane a i.) Tiež je potrebné, aby existovali vhodné podmienky zo strany opatrovateľov, kde je potrebné, aby sami neboli oslabení vlastnou chorobou. Prekážkou môže byť malý byt, zlé materiálne vybavenie a nedostatok finančných prostriedkov.

2. Ústavná paliatívna starostlivosť zabezpečuje komplexnú starostlivosť o chorých, u ktorých nemôže byť realizovaná domáca paliatívna starostlivosť. Môže byť poskytovaná vtedy, ak zvládnutie bolesti a obťažujúcich symptómov nie je možné v domácom prostredí

alebo rodina nemá podmienky na zvládnutie komfortnej starostlivosti o nevyliciteľne chorého a umierajúceho. Môže byť poskytovaná v zdravotníckych zariadeniach, ako sú:

a) **Hospice**, ako samostatné zdravotnícke zariadenia, sú určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove - hospici. Paliatívna starostlivosť poskytovaná hospiciami sa označuje aj ako **hospicovú starostlivosť**.

b) **Oddelenia paliatívnej starostlivosti** v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach (napr. liečebne dlhodobých chorých, ošetrovateľské domy). Optimálny počet postelí na oddeleniach paliatívnej starostlivosti je 10 až 20 lôžok. Odporúčajú sa jednoposteľové izby s príslušenstvom pre pacientov, pri ktorých je možnosť ubytovania blízkej osoby. Pobyt pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta na oddelení sa riadi jeho potrebami. Prijatie na oddelenie sa dohodovorí obvyklým spôsobom konzília medzi primármi jednotlivých oddelení, pričom dôraz sa kladie na neodkladnosť liečby bolesti a iných príznakov ochorenia alebo závažných psychosociálnych ťažkostí.

c) **Jednotky paliatívnej starostlivosti** sú zriaďované pri zdravotníckych a sociálnych zariadeniach. Predstavujú samostatnú jednotku pozostávajúcu z 2 až 3 jednoposteľových izieb, určené pre pacientov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť.

Hoci si viac ľudí želá zomrieť doma, umieranie v nemocnici je častejšie. Pri poskytovaní starostlivosti o zomierajúcich v nemocnici existujú viaceré výhrady. Ide o časovo ohraničenú starostlivosť, kedy sa nevytvorí vzťah s ošetrovateľským tímom a pacient pociťuje osamelosť a opustenosť. Zvlášť starí ľudia s nevyliciteľnými chorobami na akútnych lôžkach sú vnímaní ako tí, čo „blokujú lôžka“. Často pociťujú úzkosť a depresiu, čo môže viesť k ešte väčšiemu utrpeniu u umierajúcich ako telesná symptomatológia.

3. Ambulantná paliatívna starostlivosť je formou paliatívnej starostlivosti, ktorá dopĺňa domácu paliatívnu starostlivosť a poskytuje nenáročné odborné, špecializované zásahy pre zlepšenie komfortu pacienta (napr. manažment bolesti). Poskytuje sa pacientom s progredujúcim nevyliciteľným ochorením, ktorí sú úplne alebo čiastočne schopní pohybu a ktorých psychosomatický stav si nevyžaduje lôžkovú starostlivosť. Ambulantnú paliatívnu starostlivosť poskytujú:

a) **mobilné hospice**, ktoré uskutočňujú návštevnú službu lekára, sestry a podľa potreby aj iných zdravotníckych pracovníkov z hospicu, v domácom prostredí pacienta;

b) **ambulancie chronickej bolesti** (alebo paliatívnej starostlivosti), ktoré uskutočňujú aj návštevnú službu lekára a sestry v domácom prostredí pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta;

c) **stacionáre paliatívnej starostlivosti** poskytujú celodennú paliatívnu starostlivosť, ktorá je kratšia ako 24 hodín u pacientov s progredujúcim nevyliciteľným ochorením. Je to v prípade, ak rodina nevládze zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne, alebo ak rodina potrebuje ostať ekonomicky aktívna. Poskytuje sa v stacionároch, ktoré počas dňa nahrádzajú prirodzené domáce prostredie. Poskytuje sa umierajúcim, u ktorých domáca starostlivosť nie je možná a bývajú v blízkom okolí. Zabezpečovaná zdravotná a sociálnu starostlivosť, môže mať účel diagnostický (napr. monitorovanie bolesti), liečebný (nastavenie dávky liekov) alebo psychoterapeutický (odbrevenie rodiny). Klient prichádza do stacionára (čo môže byť hospice, ošetrovateľský dom, dom seniorov, domov dôchodcov a sociálnej starostlivosti) ráno a poobede alebo večer odchádza do domáceho prostredia, a to buď s rodinou alebo prevoz zabezpečí hospice, ošetrovateľský dom a i. podľa dohovoru a možností daného zariadenia.

Paliatívna starostlivosť, ktorá je poskytovaná s cieľom zaistiť vzájomnú podporu a spoluprácu osôb zainteresovaných do starostlivosti o pacienta s progresiou nevyliciteľnej choroby a eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže, vyplývajúcej z vykonávania paliatívnej starostlivosti, je pomenovaná ako **respitná starostlivosť**. Môžu ju zabezpečovať hospice, denné stacionáre, ošetrovateľské domy, domovy pre seniorov, liečebne pre dlhodobo chorých.

1. 3 Princípy paliatívnej starostlivosti a práva umierajúcich

Rešpektovanie **princípov** medicínskej a ošetrovateľskej **etiky**, ako aj dodržiavanie **práv pacientov**, by malo byť v paliatívnej starostlivosti samozrejmosťou.

Nevyliciteľne chorí a zomierajúci by mali byť rešpektovaní ako jedinečné ľudské bytosti. Mal by sa rešpektovať **princíp autonómie** pacienta, slobodne a samostatne o sebe rozhodovať. Prístup k pacientovi by mal byť trpezlivý, úctivý a láskavý. Mali by sme byť pripravení akceptovať jeho individualitu a intimitu.

Nemali by sme nikdy škodiť nevyliciteľne chorému a umierajúcemu - **princíp nonmaleficiencie**. Spôsobovať mu predlžovanie utrpenia neuváženími medicínskymi alebo ošetrovateľskými zásahmi svedčí o zlyhaní profesionálov v problematike paliatívnej starostlivosti.

Naproti tomu princíp **beneficiencie** je vysvetlením vykonávania paliatívnej starostlivosti v prospech pacienta. Príkladom môže byť starostlivosť o pacienta s dekubitom, u ktorého metastázy do skeletu chrbtice, polohovanie spôsobuje veľké bolesti. Zotrvávanie na tradičnej starostlivosti by pacientovi neprinieslo odstránenie bolesti, skôr naopak. Volíme antidekubitný matrac ako najvhodnejšiu alternatívu v starostlivosti o pacienta s dekubitom.

Princíp **spravodlivosti a rovnoprávnosti** pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti sa premieta do akceptovania rozdielov pohlavia, veku, rasy, národnosti, viery.

Zásady a princípy paliatívnej starostlivosti sa premietajú aj v dokumente „*Ochrana ľudských práv a dôstojnosti nevyliciteľne chorých a umierajúcich*“, ktorý bol v roku 1999 prijatý Radou Európy, kde sa uvádzajú konkrétne práva umierajúceho:

Mám právo,

- aby sa so mnou zaobchádzalo ako so živým človekom až do mojej smrti,
- udržiavať si nádej, nech už sa zameria na čokoľvek,
- na poskytovanie starostlivosti ľuďmi, ktorí dokážu udržiavať moju nádej, nech už sa situácia zmení akokoľvek,
- vyjadriť svoje city týkajúce sa blížiacej sa smrti, a to svojím vlastným spôsobom,
- zúčastniť sa na rozhodnutiach, ktoré sa týkajú starostlivosti o mňa samého,
- očakávať nepretržitý medicínsky a ošetrovateľský záujem o mňa samého, aj keď sa budú musieť „liečebné ciele“ nahradiť cieľmi sledujúcimi udržanie mojej „pohody“,
- aby som nezmieral osamotený,
- na oslobodenie od bolesti,
- na čestné odpovede na moje otázky,
- aby ma nikto neklamal,
- aby mi vo chvíli, keď si uvedomím hroziacu smrť, pomohla moja rodina a pomoc bola poskytnutá aj mojím príbuzným,
- zomrieť pokojne a dôstojne,
- ponechať si svoju individualitu a nebyť súdený za moje rozhodnutia, ktoré môžu byť v protiklade s rozhodnutiami iných,
- na rozhovory a rozširovanie svojich náboženských alebo duchovných názorov bez ohľadu na to, čo znamenajú pre iných,
- očakávať, že neporušiteľnosť tela sa bude rešpektovať aj po smrti,

- aby sa o mňa starali citliví, starostliví a skúsení ľudia, ktorí sa budú snažiť porozumieť mojim potrebám a ktorým prinesie ich konanie pri konfrontácii so smrťou určité uspokojenie.

Dokument deklaruje práva umierajúceho na humánnu paliatívnu a terminálnu starostlivosť, aby mohol byť dosiahnutý cieľ pre dôstojné umieranie.

Dodržiavanie etických princípov v starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich závisí od správania sa zdravotníckych profesionálov, ich postoja, mravných hodnôt a osobnej zodpovednosti pri rešpektovaní zásad humánnej starostlivosti.

1. 4 Komunikácia v paliatívnej starostlivosti

Predpokladom dobrej spolupráce je, aby sestry, lekári a ďalší profesionáli poznali špecifiká verbálnej a neverbálnej komunikácie s nevyliciteľne chorým pacientom a jeho rodinou.

Komunikácia je dôležitá preto, aby sme dokázali zistiť potreby pacienta/rodiny/opatrovateľa a dohodli sa na spoločných cieľoch. Bez komunikácie nie je možná efektívna starostlivosť o nevyliciteľne chorého/rodinu. Sestra by mala mať komunikačné zručnosti, hovoriť jasne a s prejavom podpory. Sestry môžu mať problém komunikovať so zomierajúcim a jeho príbuznými. Pacienti nechcú hovoriť o bolesti, hneve, pocitoch smútku a strachu, je im to nepríjemné, hanbia sa a cítia sa zmätení. Príčinou môže byť, že im to nedovoľuje ich kultúra alebo vierovyznanie. Rodina často nemá dost' síl hovoriť so svojím príbuzným o jeho chorobe, čo im bráni, aby si ujasnili, čo si ich blízky želá, aké sú jeho preferencie týkajúce sa typu starostlivosti. Príbuzní často trvajú na pokračovaní agresívnej terapie, lebo preceňujú možnosti liečby, ktorá však už nie je pre ich blízkeho prínosom. Často majú strach, že by mohli ľutovať, že neurobili všetko pre ich milovaného človeka, keby netrvali na pokračovaní v liečbe.

Komunikácia s nevyliciteľne chorým môže prebiehať dlhšie alebo len krátky čas. Závisí to od prognózy ochorenia. V úvodnej komunikácii sa predstavíme pacientovi a snažíme sa získať si jeho dôveru, zistiť jeho spôsoby zvládania a informovanosť o ochorení. Sestra sa usiluje zakomponovať svoje zistenia do plánu starostlivosti a stanoviť priority a ciele pacienta. Komunikácia môže prebiehať bez problémov až do štádia výraznej progresie ochorenia. Komunikácia v tomto období je o „zlých správach“. Môže vzniknúť konflikt

medzi pokračovaním liečby a očakávaním pacienta/rodiny. Príbuzní majú často snahu rozhodovať za chorého, aby ho ochránili pred informáciou o jeho chorobe a o tom, že zomrie. Chorý chce vedieť pravdu a nechce byť okolím klamaný. Mali by sme vysvetliť blízkym, prečo je dôležité byť úprimní pred umierajúcim a odpovedať mu pravdivo. Umierajúci človek väčšinou tuší blížiaci sa koniec jeho života a ak sa tvárime, že to nie je pravda, vzdáva sa od nás a nepokračuje v komunikácii. Zamedzíme tým uzavretiu si posledných vecí, rozlúčením s blízkymi a vyrovnaním s blížiacou smrťou, umierajúci na tejto ceste ostáva úplne sám.

Paliatívna starostlivosť usiluje o udržanie prirodzených sociálnych väzieb, aby posledné obdobie života prežili chorí v spoločnosti svojich blízkych, v dôstojnom a vládnom prostredí. V komunikácii s príbuznými môžeme napr. objasniť bežné prejavy umierania, ktoré príbuzných často veľmi znepokojujú, pretože im nerozumejú a môžu si ich nesprávne vysvetľovať (napr. ubúdanie fyzických i psychických síl umierajúceho, strata chuti k jedlu, pokles zájmu o sociálne kontakty, špecifický zápach umierajúceho atď.). Vysvetľujeme im, že komunikácia s umierajúcim človekom je ovplyvnená aj skutočnosťou, že viac pospáva, je ťažké ho zobudiť zo spánku, prestáva mať pojem o čase a môže sa stať, že nespoznáva známe osoby. Mali by sme príbuzných poučiť, že sa nejedná o odmietnutie, ale že umierajúci stráca spojenie s realitou, niekedy sa prihovára k bohu alebo hovorí o udalostiach a o ľuďoch, ktoré sú pre príbuzných neznáme.

Komunikácia s príbuznými pokračuje počas anticipačného smútku a tiež po úmrtí ich blízkeho, v čase smútenia (angl. bereavement). Podporujeme príbuzných a priateľov, pomáhame im zvládať ich zármutok po smrti blízkeho človeka. Po smrti blízkeho pozostalí môžu plakať, vrhať sa na zomrelého, hladiť ho, alebo aj ostať pokojní a neprejavovať svoje emócie. Nemali by sme im v tom brániť. Dôležité je ich uistiť, že netrpel, že vy (zdravotnícky personál), ako aj pozostalí ste urobili pre zomrelého všetko, čo bolo vo vašich silách.

V komunikácii s pozostalými je vhodné sa vyhnúť vyjadreniam ako : „Viem ako vám je“, „Smrť je požehnaním“, „Bola to vôľa božia“, „Je koniec, musíte to tak brať“, „Musíte byť statočný/á, hlavu hore!“, „To bude dobré!“, „Musíte to zvládnuť, ináč to nejde“, „To chce čas“..., „Smrť je jediná istota, ktorú máme, jediná spravodlivosť na tomto svete, všetci tam musíme“. Vhodné sú viac formulácie ako: „Je mi to ľúto“, „Cítim s vami“, „Čo pre vás môžem urobiť?“, „Musí to byť pre vás ťažké“, „Nie, nie je to spravodlivé“ a pod.

Prežívanie straty, spôsobenej smrťou blízkeho milovaného človeka, by mohlo viesť k patologickému smúteniu, čo by mohlo mať nepriaznivý dopad aj na zdravie pozostalých.

Sestra a ďalší členovia interdisciplinárneho tímu by mali vykonávať preventívne intervencie, ktorými uľahčia blízkym **vyrovnať sa so stratou a smútkom** pri zomieraní a po úmrtí ich rodinného príslušníka. Väčšinou s tým majú skúsenosti tímy paliatívnej starostlivosti v hospicoch, kde sú pozývaní pozostalí k spomienkovým stretnutiam. Tieto stretnutia nemajú za cieľ prehľbovať smútok pozostalých, ale upriamiť sa v spomienkach na všetko pekné a radostné, čo prežili so svojím blízkym počas jeho života. Pomáha to odbúrať stres a napätie. V prípade patologického smútenia, ktoré vedie až k telesným a psychickým poruchám, je vhodné odporučiť konzultáciu v psychologicknej ambulancii, kde realizujú smútkové poradenstvo.

2 PALIATÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ PRI OBŤAŽUJÚCICH SYMPTÓMOCH A PROBLÉMOCH

Paliatívna starostlivosť vychádza z holistických koncepcií, kde je dôraz kladený na uspokojovanie potrieb, kontrolu a zmierňovanie bolesti a iných príznakov ochorení, podporovanie pacienta a jemu blízkych osôb.

Paliatívna starostlivosť akceptuje nevyhnutnú realitu blížiacej sa smrti, pričom podporuje život a umieranie prijíma ako prirodzený proces. Pacienta by sme mali rešpektovať, aby si sám stanovil ciele a priority. Úlohou zdravotníkov je umožniť a pomôcť stanovené ciele dosiahnuť. Systematický prístup k posudzovaniu potrieb a symptómov, stanovenie problémov, cieľov u pacienta/rodiny umožňuje metóda ošetrovateľského procesu.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť sa opiera o metódu ošetrovateľského procesu s jeho fázami. Sestra začína ošetrovateľský proces posudzovaním pacienta/rodiny a pokračuje plánovaním a realizáciou starostlivosti. Pri posudzovaní je vhodné používanie meracích nástrojov. Meracie nástroje nám umožňujú objektivizovať problémy u nevyliciteľne chorého, na základe čoho volíme vhodné intervencie.

Pre posudzovanie symptómov u pacientov v paliatívnej starostlivosti je používaný merací nástroj *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* (obr. 2). Umožňuje posudzovať najčastejšie sa vyskytujúce symptómy, ktoré boli pôvodne hodnotené u onkologicky chorých. Patrí k nim: bolesť, únava, nauzea, depresia, úzkosť, ospalosť, chuť, pocit zdravia (blaho – wellbeing), dušnosť a 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. Je klinickým profilom symptómov v danom čase. Poskytuje informáciu o symptóme a je jednou časťou holistického klinického posúdenia. Posudzovanie symptómov môže byť kompletizované týždenne u pacientov v domácom prostredí. V hospici a na oddeleniach paliatívnej starostlivosti denne. Paliatívne tímy môžu využívať posudzovanie podľa ESAS pri každej vizite, ak symptómy nie sú pod kontrolou alebo je potrebná konzultácia o vhodnej starostlivosti. Pacient, u ktorého nemôže byť vykonané posudzovanie na základe jeho subjektívnej výpovede, tak vychádzame z objektívnych poznatkov o prejavoch jednotlivých symptómov, napr. bolesť je posudzovaná na základe toho ak sú prítomné prejavy správania ako - stenanie, vynútená poloha, plač atď., pri posudzovaní

chuti do jedla vychádzame objektívne z príjmu potravy alebo odmietania potravy, nauzea je objektivizovaná prítomnosťou alebo neprítomnosťou vracania, dušnosť ako prerušované, alebo zrýchlené dýchanie. Posudzovanie symptómov podľa ESAS môže byť dokumentované aj grafickým záznamom.

bolesť neprítomná	_____	bolesť je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
únava neprítomná	_____	únava je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
nauzea neprítomná	_____	nauzea je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
depresia neprítomná	_____	depresia je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
úzkosť neprítomná	_____	úzkosť je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ospalosť neprítomná	_____	ospalosť je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
apetít veľmi dobrý	_____	nemá chuť do jedla
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
pociťuje pohodu	_____	nepohoda, diskomfort
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
dýchanie bez ťažkostí	_____	veľká dušnosť
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Meno pacienta _____

Vyplnil:

Dátum _____ Čas _____

☐ pacient

☐ sestra

☐ zdravotnícky asistent

Obr. 2. Posudzovanie symptómov v paliatívnej starostlivosti Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Zdroj: Adaptované podľa Guidelines for using the revised Edmonton Symptom assessment system (ESAS-r). [online]. [cit. 2011-01-03]. Dostupné na internete: http://www.palliative.org/newpc/_pdfs/tools/ESAS-r%20guidelines.pdf

Symptómy v kontexte paliatívnej starostlivosti prestávajú mať ochrannú funkciu a stávajú sa často trvalým a stresujúcim pripomenutím pokročilého ochorenia. Progresia nevyliciteľných onkologických a iných chronických ochorení ovplyvňuje závažnosť symptómov a v neposlednom rade ich negatívny dopad na kvalitu života, či schopnosť pacienta fungovať v sociálnych rolách alebo sa zapojiť do denných aktivít bežného života. Odstránenie alebo aspoň zmiernenie symptómov je úzko späté s cieľom paliatívnej starostlivosti.

Symptómy v paliatívnej starostlivosti majú multidimenzionálny charakter. Vyskytujú sa v konfrontácii s umieraním a smrťou, stratou alebo zmenou sociálnych rolí a osobných vzťahov. Platí tiež, že rôzne symptómy sa môžu navzájom ovplyvňovať, čo si vyžaduje multidisciplinárny prístup pri ich zvládaní.

Okrem posudzovania symptómov v paliatívnej starostlivosti by sme sa mali zamerať na posudzovanie:

- a) telesných funkcií: pohyblivosť, sebaobsluhu (napr. umývanie, obliekanie, jedenie), každodenné činnosti (napr. práca v domácnosti, príprava jedla atď.), telesná aktivita, telesná nespôsobilosť,
- b) psychické zdravie: adaptácia na ochorenie, úzkosť, depresia, zvládanie choroby, strach, sebaúcta, telesný vzhľad, spokojnosť so svojím životom,
- c) kognitívne funkcie: zmätenosť, pozornosť, demencia,
- d) sociálne vzťahy: osobné vzťahy, záujmové aktivity, sociálna izolácia, sexualita,
- e) pracovná oblasť: pracovné aktivity, finančná situácia,
- f) spokojnosť so starostlivosťou: informovanosť a komunikácia, podpora od zdravotníkov,
- g) celkové posúdenie: celkové zdravie, celková kvalita života.

Je dôležité, aby sme pri posudzovaní rešpektovali individuálne a sociokultúrne aspekty osobnosti pacienta. Pacienti s pokročilým štádiom onkologického ochorenia sú posudzovaní fyzioterapeutom a pracovným terapeutom pomocou škály **EFAT - Edmonton Functional Assessment Tool** (tab. 1). Podľa nej zisťujú a dokumentujú mieru funkčného stavu chorého po celý čas progresie ochorenia vrátane terminálnej fázy. Má význam pre hodnotenie efektu rehabilitácie. Posudzovanie je jednoduché, rýchle a nenáročné. Každá z položiek je hodnotená škálou 0-3, kde 0 je úplná nezávislosť a 3- úplná závislosť. Najvyššie skóre EFAT je 30.

Tab. 1. Posudzovanie funkčného stavu Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)

	0 fungujúci	1 minimálna dysfunkcia	2 stredná dysfunkcia	3 ťažká dysfunkcia	dátu m
komunikácia	nezávislý vo všetkých aspektoch komunikácie	požaduje okuliare, náčúvací alebo iný prístroj	komunikuje efektívne <50% času	neschopný komunikácie	
duševný stav*	orientovaný x 3 neporušená pamäť	zhoršenie 2/6 orientácia/pamäť rozumie jednoduchým nariadeniam	zhoršenie 3-4/6 orientácia/pamäť odpovedá nesúvisle alebo roztržite, agitovaný, anxiózný	Zhoršenie 5-6/6 orientácia/pamäť alebo nereagujúci na slovné podnety	
bolesť	neprítomná alebo občasná, bolesť nemá vplyv na funkčnosť	bolesť obmedzuje v niektorých činnostiach, minimálne bráni funkčnosti	stála prítomnosť bolesti, stredné obmedzenie funkčnosti	neschopný akejkolvek aktivity pre bolesti	
dyspnoe*	dysfunkcia je neprítomná	naliehavosť=sčítanie alebo SOBOE alebo občas	1 apnoe alebo O ₂ 1-3 litre	≥ 2 apnoe alebo O ₂ ≥ 4 litre	
rovnováha* v sede v stoj	normálna	↓ rovnováha dosahovanie/udržanie rovnováhy s oporou alebo za pomoci 1 osoby, minim. bezpečnostné riziko	neschopnosť rovnováhy, udržanie s pomocou 1 al. viac osôb, riziko pádu	dosiahnutie rovnováhy len s pomocou 1 al. 2 osôb al. nemožnosť hodnotiť	
mobilita*	vykonávanie kontrolovaných a nezávislých pohybov všetkými končatinami	kontrolovaná úroveň pohybov, ale ich miera je limitovaná. 1 pomáha k pohybu/bezpečnosti	môže asistovať ďalšia osoba, kt. iniciuje pohyb, je potrebná pomoc 2 osôb pre bezpečný transfer	neschopnosť dosiahnuť zmenu pozície, mechanický zdvihák pre prenášanie	
pohyb, chôdza pojazdné kreslo	samostatná chôdza bez vedenia alebo pomoci	chôdza s pomocou 1 osoby, opora alebo dohľad	chôdza s 2 osobami na krátke vzdialenosti al. na kolieskovom kresle	neschopný chôdz, závislý na manažmente vyprázdňovania	
únava	zriedka potrebuje odpočívať	odpočíva < 50% dňa	odpočíva >50% dňa	pripútanosť na lôžko pre únavu	
motivácia	chce sa zapájať napriek obmedzeniam	aktívne/pasívne participovanie >50% času	aktívne/pasívne participovanie <50% času	netúži po participovaní na aktivite	
ADL	nezávislý	nezávislý, má prispôsobené prostredie	vyžaduje pomoc, dohľad, slovné pokyny pri ADL	komplexná starostlivosť v ADL	
zhodnotenie situácie p/k	nezávislý	závislý len minimálne – 1 osoba	stredne závislý na pomoci 1 osoby	závislý na pomoci 1-2 osôb	

Zdroj: Adaptované podľa Guidelines for using the revised Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) [online]. [cit. 2013-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.palliative.org/newpc/professionals/tools/efat.html>

Svetová zdravotnícka orgaizácia (WHO) odporúča pre posudzovanie celkového funkčného stavu chorých v paliatívnej starostlivosti používať **Karnofského index** (tab. 2).

Tab. 2. Posudzovanie telesnej výkonnosti podľa Svetovej zdravotníckej organizácie Karnofského index

Chorý je schopný normálnej aktivity a práce bez obmedzenia, nie je potrebná sociálna starostlivosť	100 % normálny, žiadne ťažkosti, žiadne známky choroby												
	90 % schopný normálnej aktivity, ľahké náznaky alebo známky choroby												
Chorý nie je schopný práce, ale môže žiť doma a postarať sa o väčšinu osobných potrieb, potreba podpory je rôzna	80 % aktivita je možná s väčším úsilím, niektoré náznaky alebo príznaky choroby												
	70 % stará sa o seba sám, nie je schopný normálnej aktivity alebo práce												
	60% je nutná príležitostná podpora, ale je schopný postarať sa sám o väčšinu potrieb												
	50% potrebuje výraznú pomoc, často je nutná i lekárska starostlivosť												
Chorý nie je schopný sa sám o seba postarať, potrebuje ústavné alebo domáce ošetrovanie, jeho stav sa môže rýchlo zhoršiť	40 % je hendikepovaný, špeciálna starostlivosť a pomoc sú nevyhnutné												
	30 % silne obmedzený, je namieste odporučiť spitalizáciu, i keď smrť nateraz nehrozí												
	20 % ťažko chorý, má byť hospitalizovaný a má mu byť poskytnutá lekárska pomoc												
	10 % moribundný												
	0 % smrť												
<table> <tr> <td>0 - schopný normálnej telesnej aktivity bez obmedzenia</td><td>100 - 90 %</td></tr> <tr> <td>1 - neschopný ťažkej fyzickej námahy, ale môže vykonávať ľahšiu prácu</td><td>80 - 70 %</td></tr> <tr> <td>2 - sebestačný, ale neschopný práce, trávi viac ako 50 % dňa mimo postel'</td><td>60 - 50 %</td></tr> <tr> <td>3 - obmedzenie v sebestačnosti, trávi viac ako 50 % dňa v posteli</td><td>40 - 30 %</td></tr> <tr> <td>4 - odkázaný na cudziu starostlivosť, trvale upútaný na lôžko</td><td>30 - 20 %</td></tr> <tr> <td>5 - moribundný pacient</td><td>20 - 0 %</td></tr> </table>		0 - schopný normálnej telesnej aktivity bez obmedzenia	100 - 90 %	1 - neschopný ťažkej fyzickej námahy, ale môže vykonávať ľahšiu prácu	80 - 70 %	2 - sebestačný, ale neschopný práce, trávi viac ako 50 % dňa mimo postel'	60 - 50 %	3 - obmedzenie v sebestačnosti, trávi viac ako 50 % dňa v posteli	40 - 30 %	4 - odkázaný na cudziu starostlivosť, trvale upútaný na lôžko	30 - 20 %	5 - moribundný pacient	20 - 0 %
0 - schopný normálnej telesnej aktivity bez obmedzenia	100 - 90 %												
1 - neschopný ťažkej fyzickej námahy, ale môže vykonávať ľahšiu prácu	80 - 70 %												
2 - sebestačný, ale neschopný práce, trávi viac ako 50 % dňa mimo postel'	60 - 50 %												
3 - obmedzenie v sebestačnosti, trávi viac ako 50 % dňa v posteli	40 - 30 %												
4 - odkázaný na cudziu starostlivosť, trvale upútaný na lôžko	30 - 20 %												
5 - moribundný pacient	20 - 0 %												

Zdroj: Oxford Texbook of Palliative Medicine. Oxford Univerzity Press, 1993.

2. 1 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť pri bolesti

Bolesť je medzinárodnou asociáciou pre štúdium bolesti **definovaná** ako nepríjemná senzorická a emocionálna skúsenosť spojená so skutočným alebo potencionálnym poškodením tkanív, alebo je termínmi takéhoto poškodenia popisovaná.

Bolesť v paliatívnej starostlivosti sa najviac spája s onkologickými ochoreniami, najmä s nádormi v kostiach, pankrease, žalúdka a pažeráku. Podstatne menej sa vyskytuje u pacientov s leukémiou a lymfómami. **Onkologická** bolesť môže byť zapríčinená: a) nádorom – kostné metastázy, prerastanie nádoru do mäkkých tkanív, mozgové metastázy s vnútrolebečnou hypertenziou; b) diagnostikou a protinádorovou liečbou - punkcie, trepanobiopsie, bolestivé neuropatie po chemoterapii (napr. cisplatina, vincristin, taxol), chronické bolesti po onkologických operáciách (napr. postmastektomický syndróm), bolesti po rádioterapii (poradiačná dermatitída, neuropatie).

Pri progresii onkologických aj neonkologických ochorení sa u pacientov v paliatívnej starostlivosti stretávame s **chronickou** bolesťou. Ide o bolesť, ktorá trvá dlhšie ako 3 mesiace a organizmus nie je schopný obnoviť narušené fungovanie orgánov, tkanív a zaistiť ich fyziologickú úroveň. Bolesť, ktorá vzniká z dôvodu nepretržitého poškodzovania tkanív je pomenovaná ako nociceptívna bolesť. Podľa toho, ktoré tkanivá sú zasiahnuté rozoznávame: somatickú, viscerálnu a neuropatickú bolesť.

Somatická bolesť je spôsobená poškodzovaním kože, svalov, kostí a kĺbov. Zvyčajne je dobre lokalizovaná, tupá alebo bodavá. Dobre reaguje na analgetickú liečbu - nestereoidné protizápalové a opiátové analgetiká.

Viscerálna nociceptívna bolesť je prítomná pri poškodzovaní alebo zraneniach vnútorných orgánov – pľúc, srdca a čriev. Táto bolesť je difúzna, zle lokalizovaná, spájaná s inými miestami na tele. Pacient často hovorí o kŕčoch, alebo že prichádza vo vlnách. Býva sprevádzaná nevoľnosťou, vracaním a svalovým napätím. Často sa spája so zápalovým procesom, a odpoveďou organizmu na zápal (uvoľnenie chemických látok – histamín, bradykinín, cytokíny, látka P), kedy dochádza k zvýšenej citlivosti periférnych senzorických vlákien. Pri bolesti spojenej so zápalom (metastázy do kostí) sú vhodné nestereoidné protizápalové analgetiká.

Neuropatická nociceptívna bolesť vzniká pri poškodení periférnych nervov, ganglia dorzálného koreňa alebo dorzálného koreňa, alebo aj centrálnej nervovej sústavy. Pacient ju popisuje ako brnenie, vystreľovanie, pálenie alebo ako elektrický šok. V liečbe sa využívajú analgetiká, hoci niektorí pacienti nemusia reagovať na nesteroidné protizápalové lieky a opiáty. Pacienti sú zvyčajne liečení kombináciou: opiátové analgetiká (morfium), nesteroidné protizápalové lieky (diclofenac) tricyklické antidepresíva (amitryptilin), serotonínové absorbčné inhibítory (setralin), antikonvulzíva (karbamazepin, gabapentin). V liečbe sa tiež využíva klonidin, steroidy, opiáty, midazolam, ktoré sú podávané epidurálne. Pri neuropatickej bolesti sa vyžaduje kombinácia farmakologickej liečby s psychologickou a pracovnou terapiou, ktoré majú pomôcť pacientovi liečbu zvládnuť, lebo nie je možné ju úplne eliminovať.

Bolesť v paliatívnej starostlivosti je multidimenzionálna a zahŕňa štyri oblasti: 1. poškodenie tkaniva (nocicepcia); 2. zážitok bolesti; 3. utrpenie; 4. bolestivé správanie. Bolesť predstavuje pre pacienta v paliatívnej starostlivosti komplexnú skúsenosť tým, že vyvoláva nielen telesné, ale aj psychické, spirituálne a sociálne problémy.

Telesné, psychické, spirituálne a sociálne prejavy bolesti (onkologickej, chronickej):

Z telesných prejavov bolesti by mohli byť prítomné: vynútená poloha pre zaistenie úľavy od bolesti, neprimerané udržiavanie kľudu, atrofia postihnutých svalových skupín, nechutenstvo, nauzea/vracanie, bradykardia, pokles TK, zúženie zreníc, hypoventilácia, suchá, teplá koža, zápcha, strata libida.

Psychické a spirituálne prejavy bolesti: zmena kvality života, zmena osobnosti, bolestivý výraz v tvári, pomalá monotónna reč, stenanie, plač, uzavretosť, obranné správanie s prejavmi striedania plaču a smiechu, zvýšená zameranosť na vlastný problém bolesti – expresivita bolesti - tj. prejavovanie a sťažovanie sa na ňu, čo však nie je totožné s prahom a toleranciou bolesti¹, je vyššia u extrovertov, osôb nižšieho socioekonomického statusu a súvisí aj s etnickou príslušnosťou (u nás napr. Rómovia), narušené vykonávanie aktivít bežného denného života (ADLs), neschopnosť práce a iných záujmových aktivít, narušený spánok, únava/vyčerpanie, beznádej, bezmocnosť, nekľud, vyhýbanie sa diskusii, nechota spolupracovať, zlosť, frustrácia, depresia, narušené sebahodnotenie, strata sebaúcty,

¹ Individuálny **prah bolesti** je daný množstvom bolestivých stimulov, ktoré sú potrebné na vyvolanie pocitu bolesti. Je u ľudí všeobecne rovnaký, hoci u tej istej osoby môže byť odlišný v závislosti od stavu vedomia. Napr. pacient v anestézii bolesť nepociťuje. **Toleranciou bolesti** sa rozumie maximálna intenzita a dĺžka trvania bolesti, ktorú dokáže jednotliviec zniesť. Niektorí ľudia neznesú ani slabú bolesť a iní zas radšej znášajú aj silnú bolesť, ako by sa liečili. Je tiež ovplyvnená psychologickými, sociálnymi a kultúrnymi faktormi, vekom sa zvyšuje.

uvedomenie si nedostatku možnosti zvládania, vyhľadávanie alternatívnych riešení pre úľavu/zvládnutie bolesti, pocit potrestania (napr. za nepraktizovanie viery, môže to súvisieť aj s etnickou príslušnosťou a kultúrnymi vzormi - v židovskej a kresťanskej etike sa môže bolesť považovať ako trest za zlé skutky). Vekové osobitosti znášania bolesti - v priebehu vývinu sa mení vnímanie bolesti (u detí to súvisí s ich skúsenosťou, u starších ľudí sa znižuje vnímavosť ku bolesti²).

Sociálne prejavy bolesti: obmedzené interakcie s rodinou a inými ľuďmi, sociálna izolácia, utiahnutosť, osamelosť, narušené vzťahy v rodine, s inými blízkymi, neplnenie rolí. Bolesť je ovplyvnená samotným ochorením, osobnosťou pacienta, ale aj sociokultúrnym vplyvom prostredia.

Sestra hodnotí bolesť **v úvodnom posúdení** a opakovane v regulovaných intervaloch, aby mohol byť vytvorený komplexný obraz o pacientovej bolesti.

Posudzovanie bolesti

Komplexné posudzovanie bolesti zahŕňa: intenzitu, charakter, lokalizáciu, časový faktor bolesti, podmieňujúce a spúšťacie faktory, zmierňujúce faktory a ovplyvniteľnosť bolesti, pridružené symptómy, vplyv bolesti na denné aktivity, uspokojovanie psychosociálnych a duchovných potrieb.

Intenzita bolesti

Rozhoduje o celkovom vplyve bolesti na pacienta, pričom často v priebehu dňa, alebo aj za dlhší čas kolíše v závislosti od vývoja pacientovho stavu, prežívania obáv, neistoty a osamelosti. Zistiť aká silná je bolesť u pacienta, patrí k najdôležitejším úlohám z hľadiska terapie bolesti. Väčšina odporúčaní pre liečbu bolesti vychádza z rozdelenia bolesti do troch stupňov:

1. **mierna** bolesť je v rozmedzí 1 – 4 na číselnej škále do 10, obvykle pomerne málo interferuje s pacientovými funkciami a k jej zmierneniu obvykle postačí podať neopioidné analgetiká,
2. **stredne silná** bolesť v rozmedzí 5 – 6 na číselnej škále do 10, obvykle významne ovplyvňuje niektoré oblasti pacientovho života. Je treba aktívne zahájiť farmakologickú liečbu a najneskôr za 24 – 72 hodín zhodnotiť efekt tejto liečby.

² Nie je to pravidlom a môže byť chybou podceňovania bolesti u starších ľudí.

3. **silná** bolesť v rozmedzí 7 – 10, vyžaduje rýchle zahájenie liečby dostatočne účinnými analgetikami (väčšinou silné opioidy). Efekt tejto liečby je treba zhodnotiť najneskôr za 24 hodín a podľa potreby sa musia dávky liekov upraviť.

Pre klinické účely sa pre posudzovanie a hodnotenie bolesti využívajú jednoduché (unidimenzionálne) nástroje:

a) **verbálne (kategorické, deskriptívne)**, kde hodnotí intenzitu svojej bolesti pacient pomocou kategórií (napr. žiadna - mierna – stredne silná - silná – neznesiteľná).

b) **numerické**, pacient priradí intenzite svojej bolesti číslo (napr. od 0 do 10, pričom čím je číslo vyššie, tým je bolesť silnejšia)

c) **vizuálne analógové škály (VAS)**, kedy pacient vyznačí na úsečke, ktorá znázorňuje kontinuum intenzity bolesti od „žiadnej až po najhoršiu“, kde sa nachádza jeho bolesť. U detí alebo ľudí so zníženými kognitívnymi funkciami používame analógovú škálu výrazov tváre.

Aby sme mohli zisťovať intenzitu bolesti v minulosti alebo za isté obdobie, je vhodné, ak si budú pacienti viesť **denník bolesti**. Pacienti si zaznamenávajú užívanie analgetík, intenzitu bolesti aj jej čas – kedy a ako dlho bolesť trvala, ústup bolesti po liečbe, úľavové faktory, schopnosť vykonávať bežné denné aktivity, náladu a i., čo sa stáva podkladom pre vyhodnotenie a súčasne sa tým pacient zapája do manažmentu bolesti.

Vizuálne analógové, verbálne a numerické škály sú podkladom pre globálne skóre bolesti.³

Z toho dôvodu čoraz viac sa v praxi stretávame s **viacrozmernými nástrojmi - dotazníkmi bolesti**. Využíva sa pritom princíp numerickej alebo verbálnej škály k hodnoteniu rôznych charakteristík bolesti, účinku liečby a vplyvu bolesti na každodenné aktivity a na pacientove emócie. Z najpoužívanějších je to Brief Pain Inventory (BPI, krátky prehľad o bolesti), ktorý vyjadruje interferenciu intenzity bolesti s ostatnými funkciami (z oblasti psychosociálnej a fyzickej aktivity) (tab. 3).

Lokalizácia a charakter bolesti

Závisí od toho, ktoré tkanivá sú postihnuté patologickým procesom. Pri **somatickej** bolesti ide o kontinuálne pobolievanie, či hryzavú alebo hlodavú bolesť, je zvyčajne dobre lokalizovaná. **Viscerálna** bolesť súvisí s patologickým procesom v hrudných a brušných

³ Globálne skóre bolesti (rozpätie 0-10) je vypočítanou sumou zo zmien vo VAS, verbálnej stupnice a percentuálneho vyjadrenia úľavy bolesti. Hodnota 5 a viac signalizuje, že je potrebné upraviť liečbu (Algeziológia, 2005, s. 78).

orgánov, horšie sa lokalizuje. Pacient často hovorí o kŕčoch, alebo že prichádza vo vlnách. **Neuropatická** bolesť vychádza z periférneho alebo centrálného nervového systému. Pacient ju popisuje ako brnenie, vystreľovanie, pálenie alebo ako elektrický šok.

Čas trvania bolesti

Pri hodnotení sestra zisťuje čas nástupu bolesti, intervaly bez bolesti, frekvenciu výskytu. Záznam môže byť urobený formou grafu alebo tabuľky. Posudzovanie časového priebehu bolesti má význam pre plánovanie ošetrovateľských intervencií ako je hygiena, mobilizovanie pacienta a i., či plánovanie diagnostických alebo terapeutických výkonov.

Faktory zhoršujúce bolesť

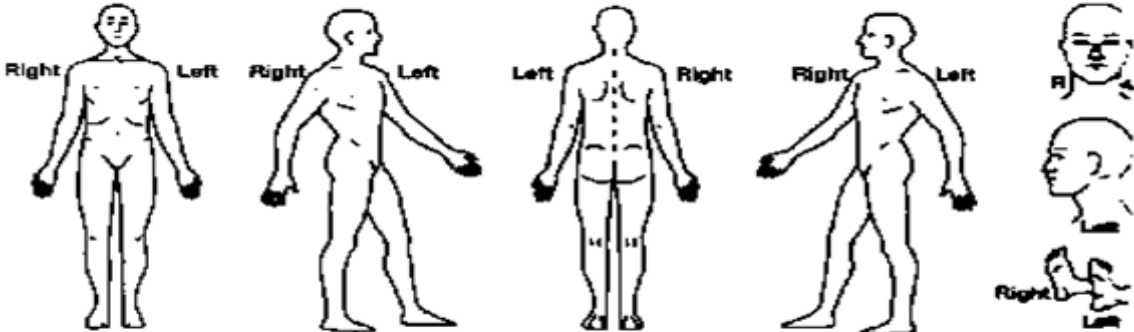
V posúdení bolesti sestra zisťuje, či nie sú prítomné faktory, ktoré ju môžu vyprovokovať. Podmieňujúcim a spúšťacím faktorom bolesti môže byť napr. nespavosť, chlad, teplo, telesná námaha, ťažkosti s vyprázdňovaním, pocit osamelosti, opustenosti, sociálnej izolácie.

Faktory zmierňujúce bolesť

Sestra v spolupráci s pacientom hodnotí aj zmierňujúce faktory bolesti a ovplyvniteľnosť bolesti. Môžu to byť lieky, zmena polohy, masáž, teplo, chlad, prítomnosť inej (najmä podpornej osoby z rodiny, blízky priateľ, ale aj sestra ku ktorej má pacient dôveru), hudba a i.

Bolesť obmedzuje pacienta v **denných aktivitách**. Silná bolesť nedovoľuje pacientovi oddychovať, bráni mu v spánku. Pacient sa cíti unavený a je odkázaný na pomoc aj v základných sebaobslužných činnostiach napr. pripraviť si jedlo, chodiť nakupovať, ísť do schodov a i. Pre zaznamenávanie a dokumentovanie môžeme použiť funkcionálne škály ako je Bartelovej test aktivít denného života alebo Inštrumentálny test denných aktivít (ADL, IADL).

Tab. 3. Krátky záznam bolesti Brief Pain Inventory (BPI)

Krátky záznam bolesti <i>Brief Pain Inventory (BPI)</i> Dátum: _____ Čas: _____ Meno priezvisko: _____										
1. Po celý život väčšinu z nás z času na čas niečo zabolí (napr. bolesť hlavy, vytknutie nohy, bolesť zubov). Cítili ste dnes nejakú inú bolesť ako takúto bežnú?										
Áno 1					Nie 2					
2. Na obrázku vyfarbite miesta, kde pociťujete bolesť. Najbolestivejšie miesto vyznačte krížikom „X“.										
										
3. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá Vašej NAJHORŠEJ BOLESTI za posledných 24 h.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá Vašej NAJMENŠEJ BOLESTI za posledných 24h.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá Vašej PRIEMERNEJ BOLESTI za posledných 24h.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá BOLESTI, ktorú máte práve TERAZ.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Aké lieky proti bolesti užívate alebo akú liečbu ste podstúpil/a?										
8. Akú veľkú úľavu Vám poskytla liečba alebo lieky proti bolesti v posledných 24 hodinách? Zakrúžkujte percentuálne číslo, ktoré najlepšie popisuje veľkosť úľavy.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
9. Zakrúžkujte číslo, ktoré najlepšie popisuje, ako bolesť v posledných 24 hodinách ovplyvnila Vašu:										
a) celkovú aktivitu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) náladu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnosť chôdze										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) bežnú prácu (v domácnosti i mimo domu)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vzťahy s inými ľuďmi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) spánok										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radosť zo života										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zdroj : Adaptované podľa Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison.

V zahraničí (USA) bol navrhnutý klinický skórovací systém **Edmonton Staging System** pre nádorovú bolesť (tab. 4). Má význam pri prijatí pacienta pre posudzovanie prognostických faktorov vo vzťahu k liečbe bolesti a stanovenie cieľov liečby

Tab. 4. Štádium bolesti Edmonton Staging System

A. Mechanizmus bolesti	B. Charakteristiky bolesti	C. Expozícia opiátom	D. Kognitívne funkcie
1. viscerálna 2. kostná / somatická 3. neuropatická 4. zmiešaná 5. neznáma	1. nie príležitostná bolesť 2. príležitostná bolesť	1. menej ako 60 mg orálneho morfinu (alebo ekvivalentnej dávky) / deň 2. 60 – 300 mg orálneho morfinu (alebo ekvivalentnej dávky) / deň 3. viac ako 300 mg orálneho morfinu (alebo ekvivalentnej dávky) / deň	1. normálne 2. zmenené
E. Psychosociálny distress	F. Tolerancia opiátov	G. Anamnéza – výskyt v minulosti	
1. neprítomný závažnejší distress 2. závažný distress	1. zvýšenie < 5% iniciálnej dávky / deň 2. zvýšenie > 5% iniciálnej dávky / deň	1. negatívny výskyt alkoholizmu alebo závislosti na omamných látkach 2. pozitívny výskyt alkoholizmu alebo závislosti na omamných látkach	
Štádium 1: A1, A2 B1 C1, C2 D1 E1 F1 G1 → <u>dobrá prognóza kontroly bolesti</u> Štádium 2: A4, A5 (ak to inak nie je štádium 3) C3 (ak to inak nie je štádium 3) D2 (ak to inak nie je štádium 3) → <u>stredná prognóza kontroly bolesti</u> Štádium 3: A3 (akékoľvek B, C, D, E, F, G) B2 (akékoľvek A, C, D, E, F, G) E2 (akékoľvek A, B, C, D, F, G) F2 (akékoľvek A, B, C, D, E, G) G2 (akékoľvek A, B, C, D, E, F) → <u>veľmi slabá prognóza kontroly bolesti</u>			

Zdroj: Adaptované podľa M. D. Anderson, The University of Texas, 2006.

Pacienti s demenciou majú problém vyjadriť bolesť slovne. Môžeme pozorovať u nich zmeny v správaní, čo ale môže byť sestrou alebo opatrovateľmi chybné interpretované a zamieňané kognitívnymi a psychickými zmenami osobnosti v dôsledku demencie. Posudzovať bolesť u pacientov je potrebné, ale veľmi ťažké. Pre posudzovanie bolesti u pacientov je odporúčané využívať škálu bolesti podľa Abbey (tab. 5).

Tab. 5. Škála bolesti podľa Abbey

Hodnotenie bolesti u pacienta s demenciou				
Postup: Pri pozorovaní pacienta zhodnoťte každú otázku číslom 1 – 6.				
Meno pacienta:				
Meno a funkcia pracovníka, ktorý škálu vyhodnocuje.....				
Dátum:.....		Čas:.....		
Posledná dávka lieku proti bolesti:				
01. Verbalizácia – plač, stonanie:				otázka 1
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3	<input type="checkbox"/>
02. Výraz tváre – napätie, sťažené obočie, grimasy, vydesený výraz:				otázka 2
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3	<input type="checkbox"/>
03. Zmena v reči tela – nepokoj, pohyďdávane, ochrana určitej časti tela:				otázka 3
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3	<input type="checkbox"/>
04. Zmena v správaní – zmätenosť, odmietanie stravy, zmena návykov:				otázka 4
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3	<input type="checkbox"/>
05. Fyziologické zmeny – abnormálne hodnoty TT, TK, P, potenie, sčervenanie				otázka 5
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3	<input type="checkbox"/>
06. Fyzické zmeny – kožné erózie, dekubity, artritída, kontraktúry:				otázka 6
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3	<input type="checkbox"/>
Spočítajte všetky body		Skóre bolesti		<input type="checkbox"/>
Zakrúžkujte celkovú hodnotu bolesti:				
0 – 2	3 – 7	8 – 13	14 +	
žiadna bolesť	mierna	silná	veľmi silná	
Zakrúžkujte druh bolesti:				
akútna	chronická	akútna bolesť nasadajúca na chronickú		

Zdroj: O'CONNOR, M.-ARANDA, S. et al. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. 1.české vyd. Praha: Grada, 2005.

2.1.1 Intervencie zvládania bolesti farmakologicky

Základom liečby chronickej onkologickej a neonkologickej bolesti je systematický, farmakologický postup založený na troch skupinách liekov – neopioidné analgetiká, opioidné analgetiká a adjuvanciá. Tento systém je známy ako trojstupňový analgetický rebrík odporučený Svetovou zdravotníckou organizáciou World Health Organisation (WHO, od roku 1986) (obr. 3).

Silná bolesť		
Stredne silná bolesť		silné opioidy ± neopioidné analgetiká ± adjuvanciá
Mierna bolesť	slabé opioidy ± neopioidné analgetiká ± adjuvanciá	
neopioidné analgetiká	± neopioidné analgetiká ± adjuvanciá	
Stupeň I	Stupeň II	Stupeň III

Obr. 3. Schéma liečby chronickej a onkologickej bolesti (WHO)

Zdroj: *Algeziológia*. Ed. Kulichová, M. Žilinská univerzita v Žiline: EDIS, 2005.

1. neopioidné analgetiká sa používajú na liečbu menej intenzívnej bolesti. Tlmia tvorbu látok podieľajúcich sa na zápale, normalizujú telesnú teplotu a môžu viesť k miernej eufórii. Je to najčastejšie používaná skupina tzv. liekov prvej voľby pri liečbe akejkoľvek bolesti. Najčastejšími nežiadúcimi účinkami týchto analgetík sú gastrointestinálne ťažkosti, pretože dráždivo pôsobia na žalúdočnú sliznicu. Zvýšené riziko je pri podávaní vo vyššej dávke, vredovej chorobe žalúdka a u starších osôb (nad 65 rokov), pri súčasnom podávaní kortikosteroidov antikoagulancií alebo iných nesteroidných antirevmatik (NSA). Najmenšie riziko z NSA má ibuprofen.

2. opioidné analgetiká, kde patrí opium a jeho deriváty, ktoré sú využívané v liečbe bolesti pre svoj vynikajúci analgetický účinok. Môže ísť o prírodné alebo syntetické liečivá, ktoré sa používajú pri neúčinnosti neopioidných analgetík. Používajú sa pri strednej, silnej až veľmi silnej bolesti. Opioidné analgetiká sa podávajú formou injekcií, perorálne ako tablety, kvapky alebo sirup, transdermálne ako náplast' na kožu alebo rektálne cez konečník formou čapíkov.

Nevýhodou je, že utlmujú vitálne funkcie až útlm dýchania. Nežiadúcim účinkom je obstipácia, ktorá je najčastejší vedľajší účinok dlhodobej aplikácie opioidov. Pri miernych prejavoch postačí zvýšiť príjem tekutín a vláknin a pri ťažkých prejavoch je potrebné zaradiť laxatíva. Nauzea a vomitus môže byť častý a je potrebné upraviť liečbu. Útlm dýchania vzniká pri zvýšenej dávke opioidu. Tolerancia je to potreba zvyšovať dávku opioidu, aby sa dosiahol predchádzajúci analgetický účinok.

3. **adjuvantné lieky** tvoria skupinu liekov, ktoré zvyšujú účinnosť primárnych analgetík, liečia sprevádzajúce symptómy, ktoré zvyšujú bolesť a znižujú nežiadúce účinky analgetík. Používajú sa pri každom stupni analgetického rebríka. Patria sem: *kortikoidy*, ktoré znižujú opuchy, zápalové prejavy, môžu zlepšiť náladu a zvyšujú chuť do jedla, *antidepresíva* sa využívajú pri liečbe depresí, *anxiolytiká a psychostimulanciá* sa podávajú pri nadmernej sedácii po užití niektorých analgetík, *inhibítory cholinesterázy* - sa využívajú k predĺženiu a zosilneniu analgetického účinku opioidov.

Ťažiskom zvládania bolesti u pacientov s pokročilými onkologickými chorobami je farmakoterapia založená na opiátoch, kde sa využívajú opiáty (morfium, metadon, fentanyl v kombinácii s neopiátovými analgetikami ako je acetaminofen (paracetamol), NSAIDS (neselektívny COX -2 inhibítory (aspirín) a selektívny COX-2 inhibítory napr. celecoxib. Opiáty sa kombinujú zvyčajne s analgetickými adjuvanciami - kortikosteroidmi (dexametazon), tricyklické antidepresíva (napr. amitriptylín) a antikonvulzíva (napr. gabapentín).

Európska asociácia pre paliatívnu starostlivosť (EAPC European Association of Palliative Care) odporúča :

1. Morfium ako opiát prvej voľby pre strednú a silnú bolesť pri rakovine.
2. Odporúča sa perorálne užívanie morfia a to podaním úľavovej dávky v kombinácii udržiavacou liečbou.
3. Najjednoduchšie je podávať úľavovú dávku á 4 hodiny a rovnakú dávku pri nápoře bolesti. Množstvo podaného morfia je potrebné si sledovať a kontrolovať.
4. Ak sa u pacienta objavuje bolesť medzi jednotlivými dávkami je potrebné jednotlivú dávku zvýšiť. Ak má pacient prielomovú bolesť, mal by mať prístup k záchrannej dávke, aby túto bolesť mohol zvládnuť.

5. U pacientov, ktorí dostávajú morfium každé 4 hodiny, je možné dávku pred spaním zvýšiť, aby ich bolesť zbytočne nevytrhávala zo spánku.
6. Ak pacienti nemôžu prijímať morfin perorálne môžeme prejsť na podkožnú aplikáciu.
7. Podávanie morfia vnútrožilne je vhodné u pacientov, ktorí majú už zavedenú i.v kanylu, majú edémy, alebo pri subkutánnom podaní majú erytém, zápal al. sterilné abscesy, u pacientov, ktorí majú poruchy zrážanlivosti krvi, majú slabý periférny krvný obeh.
8. U pacientov so stabilnými požiadavkami na opiáty je vhodné podávať transdermálne fentanyl.

Cieľom v liečbe nádorovej bolesti je, aby pacient netrpel. Dôležité je, aby sa pacienti podávali požadované dávky preventívne a nečakalo sa až bude mať pacient bolesti. Dávky opiátov by mali byť pacientovi podávané pravidelne a tiež by mal pacient mať odporúčané aj mimoriadne dávky, ktoré by si mohol vziať v prípade potreby, aby zvládol náhle vzniknutú bolesť (prelomovú bolesť) medzi pravidelnými dávkami

Liečba bolesti je doplnená aj pridaním **analgetických adjuvancií**. Jedná sa o lieky, ktorých primárnym určením nie je tlmenie bolesti, ale napomáhajú k úľave od bolesti.

Patria sem:

- **kortikosteroidy** (dexametazon, prednisolon), ktoré zmierňujú bolesti pri útlaku miechy alebo nervového koreňa. Majú protizápalový účinok, čím znižujú opuch v okolí nádoru,
- **antidepresíva** (amitriptylin) a **antikonvulzíva** (natrium-valproát, gabapentin), využívajú sa pri stláčaní periférnych nervov ako aj útlaku v centrálnom nervovom systéme,
- **blokátory kanálu NMDA receptor** (ketamín) sa využívajú pri neuropatickej bolesti v kombinácii s opiátom,
- **antispasmodiká** (hyoscin, butylbromid) sú vhodné pri kolikách,
- **svalové relaxanty** (diazepam) pri bolestivých svalových kŕčoch.

Liečba bolesti u pacientov s pokročilými nádorovými ochoreniami je založená na podávaní opiátov s adjuvanciami a liekom zo skupiny NSA. Úľava od bolesti sa dosiahne u pacienta postupne: ako prvé usilujeme, aby sa pacient mohol dobre vyspať, v ďalšom kroku usilujeme, aby sa znížila intenzita bolesti počas dňa a nakoniec sa snažíme dosiahnuť úľavu od bolesti v priebehu celého dňa a noci. Pacient by mal pri zahájení liečby byť upozornený, že výsledky

v liečbe bolesti sa dosiahnu približne po týždni, aby nebol sklamaný, keď sa hneď nedosiahne úľava po podaní prvých liekov.

Spôsoby podávania analgetickej liečby

Je niekoľko spôsobov, ciest ako môžu byť analgetiká pacientom podávané. Je potrebné, aby bol zvolený ten spôsob, ktorý nezaťažuje pacienta, je ľahko zvládnutý opatrovateľom a je aj cenovo prístupný.

Perorálne podávanie analgetík patrí k najjednoduchšiemu a najmenej invazívnemu spôsobu. Ppatrí k najčastejšie využívanému spôsobu, bez väčších komplikácií. Môže byť použité normálny a postupný nástup úľavy od bolesti. Pri postupnom nástupe analgézy sa dosahuje dlhšie trvajúci čas bez bolesti (morfium, oxykodon a hydromorfon). Zvyčajné dávkovanie je dvakrát denne. Normálne dávkovanie je chápané v zmysle, aby bol opíát pre pacienta k dispozícii aj pri prelomovej bolesti.

Pre perorálne užívanie analgetík nie sú vhodní pacienti s nádormi krku, pažeráka, žalúdka alebo zmätení a dezorientovaní.

Intravenózne podávame analgetickú liečbu, ak nie je možné podať lieky perorálne. Tento spôsob si vyžaduje mať zavedený intravenózný katéter buď centrálne alebo periférne. Opiátový roztok musí byť pripravený farmaceutom, mala by byť k dispozícii infúzna pumpa a zaistený kvalifikovaná ošetrovateľská pomoc. Intravenózne môžeme podávať opiáty priebežne alebo v kombinácii, aby si sám pacient riadil dávkovanie a tlmenie bolesti (PCA), kedy zaistíme priebežné dávkovanie plus dávky navyše.

Ssubkutánne aplikujeme lieky jednotlivo alebo aj v malých dávkach priebežne infúziou. Oblasť hrude, brucha, ramien a stehien sa vyholia, vydezinfikujú a zavedie sa ihla. Ak je podávaná analgéza priebežne, napojíme ihlu na spojovaciu hadičku, ktorá vedie k pumpe. Je dôležité, aby sme dodržali objem tekutín, ktorý môže byť vpravený podkožne v priebehu hodiny, odporúča sa 2-4 ml za hodinu. Miesto vpichu meníme a pravidelne ošetrujeme, aby sme zabránili vzniku infekcie.

Transdermálne sa aplikuje fentanyl. Účinnosť dosahuje asi 12 hodín po nalepení a jeho použitie je na 72 hodín. Výhodou je postupné uvoľňovanie opiátu a je preto vhodný u pacientov so stabilnou bolesťou v priebehu dňa.

Transmukozálne a sublinguálne sa môžu podávať pacientom s nevoľnosťou, vracaním alebo dysfágiou a u tých pacientov, ktorí nemôžu prijímať opiáty parenterálne pre kachexiu,

poruchu zrážanlivosti alebo aj ak nie je možné zaviesť intravenózný katéter, kvôli ťažko prístupným žilám. Sublingálne podávané analgetiká sa rýchlejšie vstrebajú. Vhodné sú metadon, fentanyl, buprenorfin. Pre transmukozálne podanie sú vhodné fentanylové pastilky, ktoré sa využívajú pri náporovej bolesti. Tieto pastilky by sa mali otierať o vnútornú sliznicu líca. Vedľajšími účinkami uvádzaných ciest podania opiátov je horká chuť a pocity pálenia.

Rektálne sa podávajú opiáty, ak nie je možné pre narušené vedomie, nauzeu, vracanie, ťažké gastrointestinálne problémy. Najvhodnejší pre podanie rektálne je čapík, ale je tiež možné použiť ktorýkoľvek opiát, ktorý sa podáva perorálne. Nesmieme podávať rektálne ak má pacient bolesť v análnej oblasti, v dôsledku zapálených a krvácajúcich hemoroidov, fisúr alebo nádoru.

Niekedy nie je možné zvládnuť bolesť podávaním opioidov perorálne, či transdermálne alebo intravenózne. Pacienti môžu dostávať analgetickú liečbu perispinálne lokálne podávaním anestetík alebo s využitím zablokovania nervov.

Perispinálne je možné opiáty podávať epidurálne alebo intratekálne tak, že malá dávka opiátu alebo lokálneho anestetika sa dostáva do blízkosti spinálnych receptorov opiátov v dorzálnom rohu miechy. Dosahujeme zníženie podávaného množstva a výskytu vedľajších účinkov opiátov. Do epidurálnej alebo intratekálnej oblasti sa musí zaviesť katéter a opiát sa podáva pomocou vonkajšej alebo implantovanej pumpy. K perispinálnym metódam podávania opiátov patrí: epidurálny bolus, priebežná epidurálna infúzia, intratekálna injekcia a intratekálna infúzia. Spôsob, ktorý sa u pacienta zvolí bude závisieť od dĺžky terapie, od typu a miesta bolesti, od pokročilosti ochorenia, na miere poškodenia centrálnej nervovej sústavy, na požadovanom množstve opiátov, na individuálnych preferenciách a odbornom zvládnutí postupu.

Pri epidurálnom a intratekálnom podávaní analgézy sa môžu vyskytnúť komplikácie :

- a) procedurálne a chirurgické : infekcie, krvácanie, bolesť hlavy
- b) spojené s nefunkčnosťou systému: zauzlenie, upchatie, prerušenie, pretrhnutie a posunutie katétra
- c) farmakologické komplikácie: predávkovanie, chybné nastavenie pumpy

Blokáda sympatického nervstva

Pozdĺž chrbtice sa ťahá sympatický reťazec, čím sú prenášané nociceptívne informácie hlavne viscerálneho pôvodu. Zablokovanie sa môže urobiť na rôznych úrovniach, čo závisí od toho

na akú bolesť sa pacient sťažuje. Je to možné využiť pri bolesti brucha pri rakovine pankreasu a krčka maternice.

Neurolýza

Využíva neurolytické látky na zničenie a prerušenie nervových dráh, ktoré vedú bolesť. Najčastejšie sa využíva chemická neurolýza s použitím 50-100% alkoholu alebo 7-12% fenolu. Je vhodné použiť tento spôsob, keď je bolesť lokalizovaná na menšiu oblasť, napr. pri metastázach do rebra. Účinok trvá 3-6 mesiacov a bolesť sa vracia. Menej často sa používajú tepelné neurolýzy, kedy sa využíva kryoanalgezia alebo rádiovlnová neurolýza, alebo aj chirurgická.

Pri invazívnych metódach zvládania bolesti je potrebné zvážiť úžitok a mieru rizika u pacienta.

Sestry trávia s pacientom najviac času a majú najlepšiu možnosť priebežne posudzovať a hodnotiť účinnosť liečby bolesti. Majú určujúcu rolu pri kontrole pretrvávajúcej bolesti u pacienta. S ohľadom na zodpovednosť, ktorú majú sestry, odvodzujeme jej kľúčové kompetencie v manažovaní bolesti u pacienta.

Kľúčové kompetencie sestry manažovania bolesti u pacienta:

- rozhodovať či sa majú podávať analgetiká a ak áno, tak kedy,
- kriticky myslieť o možnostiach vedľajších účinkov podávaných analgetík,
- hodnotiť účinnosť analgetika pravidelne, po každom podaní,
- bezprostredne informovať lekára o potrebe zmeny pri núčinnosti alebo vedľajších účinkoch podávanej analgetickej liečby,
- navrhnúť konkrétne zmeny, napr. zmeny v spôsobe administrácie liekov v dobe medzi jednotlivými dávkami a vo forme dávkovania,
- radiť pacientom ohľadne užívania analgetík (dávkovanie, čas, spôsob, vedľajšie účinky),
- informovať pacienta o nefarmakologických intervenciách k úľave od bolesti
- uplatňovať pri užívaní analgetík preventívny prístup, to zn. poučiť pacienta, aby si liek požadoval vždy ak bolesť zosilnie (výhodou preventívneho prístupu k liečbe bolesti je, že pacient má bolesti kratšiu dobu, dávky analgetík môžu byť nižšie, čo ovplyvní aj menší

výskyt vedľajších účinkov, pacient je aktivizovaný a znižuje sa aj jeho strach z návratu bolesti).

2.1.2 Nefarmakologické intervencie zvládania bolesti

Farmakoterapia je ťažisková v liečbe chronickej a onkologickej bolesti. Účinnosť farmakologickej bolesti sa zvyšuje využívaním aj nefarmakologických prístupov a psychosociálnej podpory zo strany rodiny či profesionálov. Súčasťou nefarmakologickej liečby môže byť: fyzikálna terapia, alternatívna a doplnková terapia a kognitívna a behaviorálna terapia. Využívanie nefarmakologických prístupov a techník pomáha znižovať množstvo podávaných analgetík a zároveň výskyt vedľajších účinkov. Dôležitú úlohu má nefarmakologická liečba pri odstraňovaní stresu, zlepšení nálady, tiež podporuje spánok pacienta.

Fyzikálna terapia

Fyzikálna liečba využíva fyzikálne vplyvy a metódy, ktoré môžu byť využívané k zmierneniu bolesti, redukcii zápalu, uvoľneniu spazmov svalov a navodeniu relaxácie.

Masáž

Využívanie terapeutickej masáže má pozitívne vplyv na bolesť najmä uvoľňovaním spazmov svalových skupín.

Vibračná terapia

Zmierňuje bolesť a uľudňuje. Môže byť využívaná aj pri nádorovej a chronickej bolesti. Používame k tomu ručné alebo stojace vibračné prístroje (vibračné vankúšiky, kreslá, lôžka). Sestra, rodinný príslušník alebo aj pacient pohybujú s prístrojom najskôr pod alebo nad bolestivú časť tela, pri tolerancii aj na miesto bolesti.

Vibračnú terapiu môžeme používať 2-4 x denne po dobu 1-15 minút, rešpektujeme pritom odporúčania lekára. Nesmieme používať vibračnú terapiu, ak neprináša pacientovi úľavu a je pre neho skôr nepríjemná, má po nej neprimerane začervenalú pokožku, má tromboflebitídu, ľahko sa mu robia modriny.

Kognitívno - behaviorálna terapia

Využívanie kognitívno- behaviorálnej terapie je v kompetencii psychiatrov, psychológov a psychoterapeutov. Kognitívno-behaviorálna terapia je zameraná na posilňovanie prijatie existujúceho stavu a nachádzanie takého správania, ktoré zaistí zvýšenie schopnosti pacienta zvládať záťaž. Terapeut spolu s pacientom sa usilujú o kontrolu nad situáciou napr. zvládania bolesti, alebo ako si zabezpečiť zvládanie bežných denných činností. Snahou je prežívanie zmiernenia utrpenia, zlepšenie nálady a a skvalitnenie života pacienta.

Relaxačné metódy

Bolesť je sprevádzaná svalovým napätím, úzkosťou a stresom. V rámci psychoterapie môžu byť využívané aj relaxačné metódy. Relaxáciou sa usilujeme dosiahnuť uvoľnenie kostrovosvalových skupín Súčasťou týchto cvičení je aj duševné cvičenie a kontrolované dýchanie. Pacient sa počas relaxačných cvičení sústreďuje na inštrukcie, čo pomáha odvádzať pozornosť od bolesti a pozitívne to ovplyvňuje zníženie vnímania bolesti a zvýšenie tolerancie na bolesť. U nás sa využívajú relaxačné metódy ako sú: *Schultzov autogénny tréning* – nácvik pocitov tiaže, tepla v končatinách, pokojného dýchania, pokojnej srdcovej akcie, tepla v oblasti brušnej dutiny, pocitu chladu na čele a *Jacobsonova progresívna relaxácia, kedy nastáva* postupné uvoľňovanie svalov rúk, nôh, trupu, očí, tváre.

Pre manažovanie bolesti využívame aj **alternatívne metódy**, ktoré pomáhajú k zvládaniu bolesti pacientom. Volíme tie, ktoré najviac vyhovujú nášmu pacientovi. Z najviac využívaných sú to: muzikoterapia a jóga. Muzikoterapia sa môže používať pri znižovaní chronickej bolesti, ale aj ako podporná liečba u pacientov s onkologickým ochorením. Hudba môže ovplyvňovať vnímanie a vyjadrovanie bolesti. Jóga je vhodná s ohľadom na to, že jej súčasťou je správne dýchanie, meditácia a postoj. Jej využitie v paliatívnej starostlivosti je dané skutočnosťou, že prispieva k zmierneniu bolesti a úzkostí .

2. 2 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť pri dušnosti

Dušnosť / dyspnoe je subjektívna skúsenosť pociťovania nedostatku vzduchu rôznej intenzity. Ide o najhoršie prežívaný symptóm, veľmi často spojený so strachom zo smrti. Ide o veľmi stresujúci symptóm aj pre opatrovateľov.

Počas terminálnej fázy sa dušnosť vyskytuje až u 70 % pacientov. Najviac sa s týmto symptómom stretneme u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením pľúc, tiež s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc, kardiovaskulárnym ochorením, amyotrofickou laterálnou sklerózou a demenciou. Príčinou môže byť aj ascites, oslabenie dýchacieho svalstva a podávanie myorelaxancií. Dušnosť sa pod vplyvom úzkosti môže ešte viac zhoršovať.

Posudzovanie dušnosti

Zisťujeme do akej miery ovplyvňuje funkčnú schopnosť pacienta. Pacienti s dušnosťou nie sú schopní alebo len veľmi ťažko zvládajú chôdzu do schodov. Bývajú veľmi vyčerpaní, nedokážu zvládnuť hygienu, sú vyradení z činností v domácnosti, nemôžu si nakúpiť, či pripraviť jedlo. Pre pacientov s dušnosťou je problémom aj komunikácia, čo vedie k obmedzeniu sociálnych kontaktov až sociálnej izolácii. Pri progresii ochorenia ťažká dušnosť sa prejavuje už aj pri odpočinku.

Posudzujeme charakter a intenzita dušnosti, faktory, ktoré dušnosť zmierňujú alebo zhoršujú, ako dušnosť ovplyvnila vzťahy v rodine (s blízkymi), aké sú myšlienky pacienta na budúcnosť, sledujeme prítomnosť úzkosti alebo depresie.

Identifikujeme tiež faktory, ktoré vyžadujú riešenie iným profesionálom v rámci multidisciplinárneho tímu napr. nácvik bráničného dýchania s fyzioterapeutom, vizualizácia predstáv s psychológom a i. K posudzovaniu dušnosti je možné použiť posudzovaciu škálu Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) .

Pre pacientov s dušnosťou je problémom aj komunikácia, čo vedie k obmedzeniu sociálnych kontaktov až sociálnej izolácii. Pri progresii ochorenia ťažká dušnosť sa prejavuje už aj pri odpočinku.

Dušnosť nemusí byť spojená nutne s objektívnymi výsledkami pľúcnej ventilácie. Dušnosť môže pociťovať aj pacient s normálnou saturáciou kyslíka. Naopak pacient s hyperventiláciou, hypoxiou alebo zahlienený nemusí byť dušný.

Intervencie zvládania dušnosti

Farmakologická liečba je zameraná na riešenie symptómov, ktoré sú zapríčinené chorobou a môžu viesť k dušnosti. Pri kardiovaskulárnom ochorení sú to ACE inhibítory, ak sú prítomné opuchy podávaný je furosemid. Pri lokalizovanej obštrukcii dýchacích ciest (stridor,

syndróm hornej dutej žily) je aplikovaná antiedematózna liečba - dexamethazon. Pri generalizovanej obštrukcii dýchacích ciest (infekcia, astma, CHOCHP) sú podávané bronchodilatanciá, kortikosteroidy, ATB (ak je prítomná infekcia). Pre zníženie stavu úzkosti, ktorá zhoršuje dušnosť sú podávané anxiolytiká. Ak má pacient perikardiálny výpotok – je indikovaná punkcia (podľa stavu a prognózy pacienta). V prípade karcinómu pľúc alebo početných metastázach pľúcneho parenchýmu, je podávaný dexamethazon. Ak sa u pacienta vyskytuje anémia, riešením je podanie transfúznej jednotky (erymasy).

Pacientovi, pokiaľ je to možné, sú podávané lieky čo najdlhšie ústami. Ak to už nie je možné sú podávané injekčne intermitentne alebo kontinuálne podkožnou infúziou. Výhodné je aj podávanie liekov v nebulizovanej forme, kedy podávame najčastejšie opioidy spolu s lokálnymi anestetikami v prípade, ak pacient trpí vyčerpávajúcim kašľom a záchvatmi dušnosti.

U pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc, ktorá môže byť skomplikovaná karcinómom pľúc, môže byť podávaný kyslík pri nasledovných kritériách: PaO_2 je rovné alebo menej ako 7,3 kPa alebo SaO_2 je rovná alebo nižšia ako 88%.

Veľmi dôležité pri dušnosti, je ukludnenie pacienta. Upokojujeme ho a ubezpečujeme, že urobíme všetko preto, aby sme mu pomohli. Pomáhame mu, aby zaujal čo najvhodnejšiu polohu (Semifowlerovu, Fowlerovu), ktorá mu najviac vyhovuje. Niekedy pacient dáva prednosť kreslu, je to z dôvodu, že sa mu lepšie dýcha, nakoľko sa do dýchania zapoja aj pomocné svaly. Ak je potrebné pacienta polohovať, musíme polohu častejšie meniť, lebo by sa mohol vyvinúť jednostranný pľúcny edém.

Pacientovi pomáha aj otvorenie okna, aby sa mu dostával čerstvý vzduch, a to nielen v zmysle obohatenia kyslíkom, ale aj pre pocit, ktorý prúdiaci vzduch vyvoláva. Vhodné je aj použitie stolového ventilátora.

Pre zvládanie dušnosti, je vhodné, ak je to možné, aby sme pacienta naučili bráničnému dýchaniu, ktoré pacientovi prinesie úľavu, ale aj pocit vedomej kontroly nad dušnosťou. Pacienta požiadame, alebo mu pomôžeme, aby sa dal do polohy v polosede (alebo aj v sede) s mierne pokrčenými kolenami. Položí si ruku na brucho, vyzveme ho, aby sa nadýchol nosom a následne vydýchol ústami. Upozorníme ho na to, aby si uvedomoval pohyb ruky na bruchu, kedy pri nádychu klesá a výdychu stúpa (nádych má byť kratší ako výdych).

Pacienti s dušnosťou v oveľa horšej miere znášajú záťaž, a preto je potrebné zaistiť im pomoc pri každodenných činnostiach. Odporúčame im pre odreagovanie sa aj jednoduché aktivity (pozeranie televízie, čítanie ai.).

Podávanie kyslíka u pacientov v terminálnom štádiu má viac psychologický efekt. Pri podávaní kyslíka u týchto pacientov sú vhodnejšie kyslíkové okuliare viac ako kyslíková maska, eliminujeme tak úzkosť, zabránime skôr aspirácii.

U pacientov, u ktorých dochádza k nadmernej tvorbe a hromadeniu hlienov, ktoré sa nedá ovplyvniť podávaním skopolaminu, je nutné jemné odsávanie z horných dýchacích ciest a hypofaryngu mäkkým katétrom.

Pacient v terminálnom štádiu, v posledných hodinách života, má chrčivé dýchanie, čo nie je ale prejavom dušnosti. Nespája sa u pacienta s prejavom úzkosti, no pre rodinu a príbuzných ide o prežívanie nepríjemných pocitov z obavy, že sa chorý dusí. Príčinou je neuvážená parenterálna hydratácia, čo zhoršuje chrčivé dýchanie. Odsávanie nepomôže, skôr naopak môže byť rizikom pre zvracanie a aspiráciu. Mierna dehydratácia v terminálnom štádiu neškodí, zabráňuje chrčivému dýchaniu. Namiesto je edukácia príbuzných, aby sme ich pripravili na prejavy pri odchode ich milovanej osoby.

2. 3 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s nauzeou, vracaním a starostlivosť o ústnu dutinu

Nauzea (nevoľnosť) a vracanie sú symptómy spojené s vyčerpaním a vedú k zhoršenej kvalite života. Ak nevoľnosť a vracanie trvajú dlhšie, môžu viesť k ďalším telesným problémom, ako sú bolesť v epigastriu, bolesť pri prehĺtaní, bolesť v dutine ústnej (mukozitída, stomatitída pri chemoterapii). K telesným ťažkostiam sa pridávajú psychosociálne problémy ako sú úzkosť, strach (napr. anticipačné vracanie pri chemoterapii). Nauzeou a vracaním trpí až 50-60% pacientov s pokročilým nádorovým ochorením.

Posudzovanie nauzey a vracania

Posúdením nauzey a vracania získavame podklady pre vhodnú antiemetickú liečbu a ďalších liečebných a ošetrovateľských intervencií. Monitorujeme životné funkcie, chuť k jedlu príjem stravy, príjem a výdaj tekutín (PVT). K posudzovaniu nauzey a vracania môžeme použiť škálu ESAS, VAS.

Intervencie zvládania nauzey a vracania

Dôležité je zamedziť pôsobeniu spúšťačov v blízkosti pacienta. To predpokladá eliminovať ostré vône ako sú parfumované prípravky, prudké zmeny polohy, pohyb, cestovanie atď. Tiež

je potrebné načasovať príjem stravy tak, aby nebol pacient vystavený bezprostredne terapii. Napr. rádioterapia sa lepšie znáša, ak je načasovaná na popoludnie.

Je potrebné zabezpečiť kľudné prostredie (emitné misky a buničitá vata by mali byť na dosah, nie na pohľad. Pacient by mal byť, čo najďalej od kuchyne, prevádzky, či iných pacientov s vracaním. Zabrániť, aby sa k pacientovi prenikal zápach z jedla (mastná, korenistá, presladená strava). Mali by sme zabezpečiť stravu v malých množstvách, aby bola primerane teplá, skôr chladnejšia, vhodnejšia je tzv. „klzká“ strava (krémy, pyrė, pudingy, rōsoly, zmrzliny, mrazené krémy. Odporúčame vzpriamenú polohu po príjme potravy, ak pacient nemôže sedieť za stolom, je vhodná Fowlerova poloha na posteli.

U pacientov s nauzeou alebo vracaním musíme dbať na prevenciu dehydratácie. Vhodné sú chladné číre tekutiny, častejšie malé množstvá, cca 400 -1000 ml – nie počas príjmu stravy. Pacientom môžeme podávať aj kocky ľadu z ananásovej šťavy, ktoré utlmujú pocity na vracanie. Pri nevoľnosti odporúčime pacientovi pohár studenej vody / šumivý nápoj so slamkou, sucháre, suchý toust.

Pri vracaní zabezpečíme emitnú misku, buničitú vatu, súkromie, prezlečenie osobnej / posteľnej bielizne, možnosť umyť si ruky, tvár, vypláchnuť ústa.

Dôležitá je spoluúčasť pacienta v starostlivosti, kedy si vedie denník nevoľnosti a vracania, kedy nastalo vracanie, čo si myslí, že mohlo byť príčinou, ako veľa zvracal, aký bol charakter vracania, čo mu pomohlo prekonať vracanie.

V prípade potreby je nutné realizovať mechanické a chirurgické zákroky (zavedenie nazogastrickej sondy), intravenózna hydratácia, nie však v terminálnom stave.

Ďalšie možnosti sú akupunktúra, akupresúra (P6 „Neiguan“ bod na vnútornej strane zápästia, 3 prsty nad distálnou kožnou brázdou zápästného kĺbu).

V prípade potreby naučiť pacienta používať zápästnú fixačnú manžetu („námorná / cestovná manžeta), ktorá je z elastickej tkaniny, kde je vtkaný plastický gombík, umiestnený na P6 bod. Môže sa používať pri aplikácii chemoterapie à 2-6 hodín. Je potrebné poučiť pacienta, aby stláčal gombík v pravidelných intervaloch po dobu 2-5 minút.

Pacientovi môžeme odporučiť aj iné metódy, ako je napr. terapeutický dotyk, masáže, aromaterapia (mentolové, mäťové, citrusové, harmančekové oleje).

V rámci farmakoterapie sú odporúčané prokinetiká (napr. degan), neuroleptiká (napr. torecan), prometazin (prothasin), anticholinergiká k zmierneniu nadmernej sekrécie v GIT-e (buscopan), kortikosteroidy (hlavne pri intrakraniálnej hypertenzii a pri vracaní pri

chemoterapii a rádioterapii (napr. dexametazon); benzodiazepíny (napr. lexaurin) pri výraznej úzkosti.

Starostlivosť o ústnu dutinu

Posudzovanie ústnej dutiny

Ústna dutina u ťažko nevyliciteľne chorých je vystavená vyššiemu riziku infekcie. Príčinou môže byť neschopnosť pacienta/rodiny zabezpečiť hygienu ústnej dutiny, vracanie, kandidóza a vredy (napr. aj z tlaku protézy) .

Pri posudzovaní ústnej dutiny zisťujeme zápach z úst, suchú sliznicu, pacient horšie komunikuje. Rozhovorom zisťujeme spôsob starostlivosti a inšpekciou (aj pomocou dobrého osvetlenia) stav ústnej dutiny (vyšetrujeme ústnu dutinu bez protézy).

Môžeme použiť aj meráciu a hodnotiacu škálu na hodnotenie kritérií toxicity pre zmeny v ústnej dutine (vhodná aj u pacientov pri chemoterapii) (tab. 6).

Tab. 6. Kritériá toxicity v ústnej dutine pri chemoterapii podľa WHO

Kritériá toxicity podľa WHO				
0. stupeň	1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	4. stupeň
neprítomná	nepohoda, pobolievanie v dutine ústnej začervenanie sliznice ústnej dutiny	bolestivé vriedky, začervenanie, potravu môže prijímať	defekty, nemôže prijímať tuhú stravu, len tekutiny	nemôže prijímať potravinu ani tekutiny

Intervencie v starostlivosti o ústnu dutinu

Pre nevyliciteľne chorých, ktorí potrebujú pomoc pri starostlivosti o ústnu dutinu zaistíme čistenie zubov minimálne dvakrát denne pastou obsahujúcou fluór. Zhoršená schopnosť starostlivosti o zuby by mohla byť kompenzovaná používaním elektrických zubných kefiek, ústnej sprchy, či používať dezinfikujúce výplachy ústnou vodou. Dôležitá je aj starostlivosť funkčné zubné náhrady.

Pre lokálne ošetrovanie **ústnej kandidózy** môžeme použiť nystatin alebo podávame perorálne antimykotiká. Ak lokálna liečba nie je účinná, môžu byť podávané celkové antimykotiká. Ústnu dutinu vyplachujeme dezinfikujúcimi roztokmi a lokálnym anestetikom. Aftózna stomatitída môže byť liečená lokálnym podávaním kortikosteroidov.

Pacienti majú tiež problém so **suchosťou sliznice v dutine ústnej** – xerostómiou, ktorá môže byť následkom nedostatočnej hydratácie, farmakoterapie (opioidy, diuretiká, psychofarmaká – zvlášť tricyklické antidepresíva) z ožarovania slinných žliaz, dýchania ústami, odsávania a nedostatočnej hygieny. Môžeme pomôcť k odstráneniu xerostómie, keď zaistíme u pacienta cmúľanie kociek ľadu, mrazeného ananásu, užívanie prípravkov umelých slín, šumivých tabliet vitamínu C, žuvanie žuvačiek bez cukru, podávať šípkový alebo slezový čaj. Môžeme tiež vyplachovať alebo vytierať ústnu dutinu vodou (ak nie je porušená sliznica aj citrónovou šťavou s olejom) tyčinkovými tampónmi alebo jazykovými lopatkami omotanými mulom. Môžeme podávať tekutiny do úst aj pomocou rozstrekovača, kde ale musíme dať pozor, aby pacient bol schopný ešte prehĺtať. Vhodné je využívať aj aromalampu s citrónovým olejom alebo zaistiť zvlhčovanie vzduchu.

Aj u umierajúcich je veľmi dôležitá starostlivosť o ústnu dutinu, aby sme zamedzili najmä nepríjemným pocitom zo **zápachu z úst** (foetor ex ore). Pre zmiernenie zápachu z úst, kedy je prítomná infekcia, základom je pravidelná zubná hygiena. Vhodné je robiť výplachy úst roztokom antibiotík, povidonom (betadine) šalviovým alebo harmančekovým čajom, ktoré majú antibakteriálne, protizápalové a analgetické účinky.

Pri **bolesti v ústnej dutine** je vhodné používať tetrakaínové tablety k cumlaniu alebo používame lokálne znecitlivujúce gély alebo spreje. Ak má pacient v ústnej dutine zaschnuté plochy alebo ragády (trhlinky) je vhodné dať na jazyk maslo alebo smotanu a jemne otierať štetôčkou. Môžeme použiť aj dexpanthenol s chlorhexidinom (bepanten plus).

2. 4 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a výživa

Výživa a tekutiny majú význam pre pacientov v paliatívnej starostlivosti nie s ohľadom na predlžovanie života, ale vzhľadom na zmiernenie symptómov a zlepšenie kvality života, fyzickú a psychickú pohodu pacienta.

Zmenená výživa, menej ako je telesná potreba, sa prejavuje malnutríciou a kachexiou. Vyskytuje sa u pacientov v paliatívnej starostlivosti s onkologickým aj neonekologickým

ochorením. Stav malnutrície a kachexie má vplyv na zhoršenie schopnosti vykonávať každodenné činnosti, prežívanie a celkovú kvalitu života.

Posudzovanie výživy

Pre riešenie problémov súvisiacich s výživou pacientov v paliatívnej starostlivosti, je dôležité posúdenie stravovania, kde sa zameriavame na zistenie hmotnosti, habitu, stravovacích návykov – čas, frekvencia, dávka jedál, obľúbené, neobľúbené jedlá, alergiu na jedlo, obmedzenia v stravovaní, príjem tekutín, užívanie vitamínov a minerálov, ďalej sledujeme stravovacie problémy – ťažkosti s prehĺtaním, žuvacie ťažkosti, nechutenstvo- výskyt, trvanie, nauzea, vracanie, bolesť súvisiacu so stravovaním, meteorizmus, hnačku, zápchu, hodnotíme aj úroveň sebestačnosti pri prijímaní potravy, užívanie liekov, zvlášť od bolesti (lieky – morfín, paracetamol), ascitís.

Dôležitá je aj komunikácia s príbuznými, kde zisťujeme, či má pacient zabezpečenú prípravu jedla. Zvlášť ak ide o starších ľudí. K posúdeniu výživy môžeme použiť škálu na Vyšetrovanie nutričného stavu (Mini Nutritional Assessment MNA) alebo Subjektívne celkové hodnotenie (Subjective Global Assessment SGA).

Na základe posúdenia zisťujeme, u pacientov s nevyliciteľným progredujúcim ochorením, viaceré stravovacie problémy: nechutenstvo, odpor k jedlu alebo k niektorým druhom potravy, suchosť v ústach, zápal sliznice ústnej dutiny, nauzeu, vracanie. V pokročilých štádiách nádorového ochorenia sa môže rozvinúť syndróm nádorovej kachexie, ktorý býva sprevádzaný stratou hmotnosti, anorexiou, svalovou slabosťou a celkovým vyčerpaním.

Stav výživy pacientov v paliatívnej starostlivosti je závislý od zvládania symptómov ako sú bolesť, zápcha, nauzea a vracanie, úzkosť, strach a depresia. Nedostatočné riešenie týchto symptómov je prekážkou v prijímaní výživy. Eliminácia a zmiernenie týchto príznakov napomôžu zvýšiť príjem potravy aj vtedy, ak pretrváva u pacienta nechutenstvo.

2. 4. 1 Enterálna výživa v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Enterálna výživa v paliatívnej starostlivosti môže byť zabezpečovaná: a) per os; b) sondou; c) cez PEG (perkutánná endoskopická gastrostómia) alebo PEJ (perkutánná endoskopická jejunostómia).

a) Pacientom v paliatívnej starostlivosti sa snažíme udržať **perorálne prijímanie stravy**. Hoci pacient by prijímal len malé množstvo stravy, snažíme sa to zachovať aj preto, že tým si pacient môže udržiavať sociálnu komunikáciu. Pre zachovanie perorálnej výživy je potrebné, aby sme zaistili intenzívnu starostlivosť o ústnu dutinu pacienta, ako je uvádzané v podkapitole 2. 3.

Pacientom pri **perorálnom prijíme**, podávame častejšie malé množstvá potravy. Volíme také jedlá, ktoré má rád a s vysokou energetickou hodnotou, hoci tieto nemusia byť súčasťou zdravej výživy, ako sú jedlá s obsahom tuku, ktoré majú vysokú kalorickú densitu, čo je pre pacienta s malnutríciou prínosné. Nie je vhodné ani striktné dodržiavanie časových intervalov podávania stravy. Nemali by sme pacienta v danom termíne nútiť k jedlu, ale mu môžeme navrhnúť, aby sa on sám rozhodol, kedy chce jesť. Potrebné je aj zaistenie estetického úpravy prostredia. V domácom prostredí je potrebné dbať, aby zápach z varenia jedla neprechádzal do izby chorého. Pacient by mal jesť vo vyvetranej miestnosti a jedlo by malo byť esteticky upravené. Podávať by sme mohli skôr chladnejšie jedlá, bohaté na mliečne bielkoviny.

Tiež by sme mali vedieť, že u umierajúcich pacientov môže byť prítomná dysfágia (bolesť pri prehĺtaní), čo býva najmä pri prerastaní nádoru laryngu a pažeráka. Pacientovi podávame kašovitú stravu, ktorá je lepšia, keď je chladnejšia.

Pacientom s ťažkosťami pri prehĺtaní, problémami v ústnej dutine, ale aj s anorexiou sa využíva lepšia tolerancia tekutej stravy. Môžeme ju doplniť o tekutiny, ktoré sú kaloricky obohatené, ako sú napr. mlieko fortifikované mliečnym práškom, nápoje s pridaním glukózových polymérov alebo omáčky s pridaním smotany.

Vhodné je odporučiť aj nutrične definované farmaceuticky pripravované enterálne prípravky rôznych príchuťí, ktoré pacient v malom množstve (50-100 ml) popíja (slamkou alebo lyžicou) medzi hlavnými jedlami (tzv.sipping). Množstvo takto doplnenej stravy by mohol byť podľa tolerancie chorého, zvyčajne maximálne do 500 ml.

Farmakologicky môže byť anorexia ovplyvnená prípravkami zlepšujúcimi chuť k jedlu, ako sú napr. gestagen megestrol acetát (megace), kortikosteroidy (metylprednisolon).

Mali by sme uznať, že účinnosť farmakoterapie aj alimentácie je limitovaná pokročilosťou ochorenia.

b) **Enterálna výživa pomocou nazogastrickej sondy** sa využíva u pacientov, ak bude potrebná výživa len na kratšie obdobie, napr. po náhlej cievnej mozgovej príhode. U pacientov pri neurodegeneratívnom ochorení napr. Parkinsonovej chorobe, demencii, roztrúsenej skleróze, kedy ide o neskoré štádium týchto ochorení, je indikácia na enterálnu výživu sondou na zváženie. Relatívnou kontraindikáciou je demencia v konečnom štádiu. Kontraindikáciou sú poruchy motility alebo rezorpcie (napr. peritoneálna ketoacidóza, ileus) a terminálne štádium.

Podávanie stravy sondou, aj pri progresii u nevyliciteľne chorých je indikované preto, aby pacient nezomrel na malnutríciu. Tiež má význam pre odstránenie napätia a úzkosti u chorého, ktorý nie je schopný prijímať výživu prirodzeným spôsobom. Význam má aj pre zaistenie hydratácie. Môže byť doplnením aj pri obmedzenom perorálnom prijíme.

Pri podávaní výživy do sondy pacient by mal mať hornú polovicu tela v 45° postavení a ešte aj 30 minút po podaní stravy do sondy, aby sa zabránilo regurgitácii a následnému aspirovaniu potravy. Pred začiatkom podávania jedla do sondy je potrebné skontrolovať polohu sondy (aspiráciou žalúdočného obsahu, insufláciou vzduchu alebo auskultáciou). Ak je v žalúdku aj po časovom odstupe naplnený viac ako 100 ml žalúdočného obsahu alebo kyseliny, je potrebné počkať a v pravidelných intervaloch kontrolovať. Podávanie výživy do sondy by malo byť rozdelené do 4 hodinových intervalov.

Lieky podávané do sondy musia byť v tekutom stave. Tuhé formy liekov je potrebné rozdrviť a rozpustiť a následne natiahnuť do striekačky a podať do sondy. Nevhodné pre podávanie do sondy sú lieky s predĺženým účinkom (retard) alebo dražé. Každý liek sa musí podávať sondou oddelene. Po každom lieku prepláchneme sondu 3-5 ml vody.

c) **Enterálna výživa** u pacientov v paliatívnej starostlivosti môže byť zaistená aj **perkutánnou endoskopickou gastrostómiou alebo jejunostómiou (PEG, PEJ)**. Indikáciou je pacient v paliatívnej starostlivosti, u ktorého je porucha prehĺtania (napr. ak nádor prerastá do tráviaceho traktu pri karcinóme pažeráka), pacient je po náhlej cievnej mozgovej príhode, horšie sa mu prehĺta a hrozí mu dehydratácia, pacient má depresiu atď. Rozhodujúcim kritériom je, že pacient by z nedostatočného príjmu zomrel na malnutríciu a je potrebné zaistenie výživy na viac ako šesť týždňov.

Podávanie výživy do PEG-u sa riadi odporúčaniami, kde je potrebné, aby pacient sedel, alebo aby bola horná polovica tela minimálne v 30° vyvýšení. Dôležité je prvé dva týždne denne robiť preväz, neskôr ak sa nevyskytujú problémy aj každý druhý deň. Kožu v okolí

gastrostómie udržiavame čistú a suchú. Okolie dezinfikujeme a prekrývame nastrihnutým štvorcom a fixujeme náplastou. Výživa do sondy a PEG-u môže byť podávaná bolusovo Janetovou striekačkou alebo kontinuálne enterálnou pumpou. Strava do PEG môže byť pripravovaná aj mixovaním domácej stravy. Do PEJ, kde je sonda zavedená do jejuna, je možné podávať len sterilnú stravu, to zn. farmaceutické tekuté prípravky na výživu sondou.

2. 4. 2 Parenterálna výživa v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Parenterálna výživa je vhodná u pacientov v liečbe onkologického ochorenia, kedy je predpoklad remisie a celkového zlepšenia.

Voľba na parenterálnu výživu v paliatívnej starostlivosti je individuálna a súvisí so zvážením, či ťažká malnutícia nebude limitovať prežitie viac ako samotná progresia ochorenia. V paliatívnej starostlivosti môže súvisieť aj s etickými aspektami práv pacienta na rozhodovanie sa o svojej liečbe. Súčasne je potrebné viesť o parenterálnej výžive protokol a edukovať príbuzných a opatrovateľov o spôsobe podávania parenterálnej výživy tunelizovaným katétrom do centrálnej žily.

Pri závažnom poklese hmotnosti, spojené s anorexiou a keď ochorenie už nereaguje na žiadnu formu paliatívnej liečby, by sa parenterálna výživa nemala zavádzať. Namiesto je zmierňovanie obťažujúcich symptómov, ako bolesť, nauzea, vracanie, úzkosť, psychické napätie, nespavosť. Dôležité je navodenie duševnej rovnováhy u pacienta a rodiny, kde má opodstatnenie terapeutická komunikácia vedená psychológom resp. psychiatrom.

V terminálnej fáze nevyliciteľnej choroby môže klinická umelá výživa zhoršovať kvalitu života a môže byť postupom, zhoršujúcim umieranie.

2. 5 Hydratácia v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Chorý v terminálnej fáze ochorenia má deficit objemu tekutín v súvislosti so zníženým prijímaním tekutín, s nechutenstvom, so stratami tekutín obličkami, zažívacím systémom, pľúcami a kožou. Príčinnými faktormi môžu byť aj psychosociálne problémy alebo nežiadúce účinky liekov.

Posudzovanie hydratácie

Pri posudzovaní stavu hydratácie zisťujeme suchú kožu, sliznicu, je prítomný znížený turgor kože, ortostatické kolapsové stavy, synkopy, zmätenosť, apatia, poruchy vedomia, tachykardia, tachypnoe, hypotenzia, horúčka, zápcha.

Intervencie pre zaistenie hydratácie

Chorým v terminálnej fáze ochorenia sú často pre zaistenie hydratácie podávané infúzne roztoky intravenóznym katétrom. Výsledky starostlivosti o terminálne chorých poukazujú na negatívny vplyv intravenózneho hydratácie. Pokračujúca plne kompenzovaná hydratácia môže terminálne chorých zaťažovať a viesť k edémom, dušnosti a môže sa rozvinúť aj ascitís. Môže nastať až zhoršovanie bolesti ako dôsledok edému v oblasti nádorového tkaniva. Následkom parenterálnej hydratácie u terminálne chorých, sa zvýšene tvoria sekréty v dýchacích cestách, čo môže spôsobovať kašeľ a sťažené dýchanie.

Naopak mierna dehydratácia u pacientov v paliatívnej starostlivosti vedie k zmierneniu opuchov a výpotkov v telových dutinách, nauzey a vracania, kašľa a dušnosti, zmierňuje bolesť znížením útlaku z nádoru, tiež zmierňuje vnímanie utrpenia.

Podávanie tekutín u pacientov v paliatívnej starostlivosti by sme mali zistiť, pokiaľ je to možné, hlavne perorálne. Vhodné je častejšie popíjanie malého množstva studených tekutín ako sú ovocné šťavy a vody.

Pacientom v paliatívnej starostlivosti sa pocit smädu môže spájať viac so suchosťou úst, nedostatočnou starostlivosťou o ústnu dutinu, ako s nedostatočným prijímaním tekutín. Zabezpečujeme starostlivosť o dutinu ústnu výplachmi dezinfekčnými roztokmi, cmúľanie kyslých cukríkov, kúskov ananásu alebo kociek ľadu. Zvýšený komfort starostlivosti o ústnu dutinu prispeje k zmierňovaniu pocitu smädu.

Doplnenie tekutín nemôžeme vylúčiť ani v terminálnom štádiu ochorenia. Podávame parenterálne roztoky v prípade, ak má pacient poruchy psychiky, ako sú delírium, nastáva kumulácia endogénnych metabolitov a opiátov. K hydratácii používame F1/1 alebo F1/2 celkom 1000 ml/24 hodín. Doplnenie hydratácie môže byť intravenózne, ak je zavedený periférny alebo centrálny venózne katéter.

Pri pokročilom nevyliciteľnom ochorení môže byť hydratácia zaistená subkutánne – tzv. hypodermoklýzou. Býva zaistená pomocou ihly s krídelkom, ktorá je zavedená do podkožia

na brušnej stene alebo na prednej strane hrudníka. Infúzia (F1/1, Glukóza 5%) môže byť podávaná kontinuálne 40- 100 ml/hodinu, v noci 60/ 120 ml/hodinu. Alebo môže byť podaná bolusovo dvakrát denne 500 ml, podať za 1 hodinu. Tento spôsob podávania je dobre tolerovaný pacientami a je vhodný aj pre domácu paliatívnu starostlivosť.

Hypodermoklýzu nemôžeme použiť, ak sú prítomné opuchy v podkoží alebo je prítomné krvácanie, je prítomná bolesť v mieste vpichovania do podkožia. Podávanie tekutín môžeme potom zaistiť ešte rektálne – protoklýzou. Možné je podávanie obvyčajnej vody alebo F1/1. Použiť k tomu môžeme nazogastrický katéter zavedený cez konečník do tenkého čreva v dĺžke 40cm od análneho zvierača. Hydratáciu začíname 100 ml/hodinu a pri dobrej tolerancii to môže byť až 400 ml/hod, podľa toho aj či sa nám nevracia voda z konečníka naspäť. Po skončení infúzie, katéter z konečníka vyberieme. Proktoklýza je nenáročná na financie a tiež na zvládnutie v domácich podmienkach.

2. 6 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o vyprázdňovanie

Posudzovanie vyprázdňovania moču

Pacienti v paliatívnej starostlivosti v súvislosti s **vyprázdňovaním moču** majú najčastejšie problémy ako sú retencia, inkontinencia a infekcia. Dôležité je posudzovať, či má pacient zabezpečené potrebné pomôcky, či pacient (rodina) venuje zvýšenú pozornosť hygiene v súvislosti s inkontinenciou, či nie sú prítomné príznaky infekcie alebo narušenie celistvosti kože, aká je potreba zavedenia permanentného katétra. Posudzujeme potrebu informovanosti pacienta (rodiny) pri zvládaní ťažkostí s inkontinenciou.

Intervencie pre vyprázdňovanie moču

Terminálne chorý má najčastejší problém v súvislosti s vyprázdňovaním moču – retenciu. Často vedie u pacienta až k delíriu. Môže byť príznakom liečby opioidmi alebo anticholinergikami spolu s diuretickou liečbou. Tiež je sprievodným príznakom kompresie miechy. Potrebné je (napr. pri delíriu) zaviesť permanentný močový katéter (PK), kedy starostlivosť o PK v domácej paliatívnej starostlivosti zabezpečuje sestra z ADOS, ktorá podľa zvládania starostlivosti, edukuje aj príbuzných.

Posudzovanie vyprázdňovania stolice

Vyprázdňovanie je fyziologická funkcia a základná biologická potreba. Uspokojovanie potreby vyprázdňovania je individuálne. U niekoho je fyziologické vyprázdňovanie jedenkrát denne, kým u iného to môže byť aj jedenkrát za dva dni.

Posudzovaním vyprázdňovania stolice sestra zisťuje: normálne defekačné návyky pacienta, informácie o predchádzajúcich alebo súčasných problémoch s vylučovaním stolice, frekvenciu vyprázdňovania, charakter stolice - farbu, konzistenciu, tvar, množstvo, zápach, patologické prímеси, dôležité je vykonať fyzikálne vyšetrenie brucha (inšpekcia, auskultácia, perkusia, palpácia, kde môžeme zistiť distenziu brucha, hmatateľnú vnútrobrušnú rezistenciu, oslabenie až vymiznutie auskultačných fenoménov / črevných zvukov alebo hyperaktivitu. Vyšetrujeme okolie konečníka, lekár robí aj digitálne vyšetrenie per rectum. Zistíme informácie o faktoroch ovplyvňujúcich defekáciu. U pacientov so stómiou je potrebné posúdiť farbu stómie, veľkosť a tvar, krvácanie, stolicu, stav kože v okolí stómie .

Pri posudzovaní vyprázdňovania berieme do úvahy aj vplyv faktorov ako je choroba, lieky, vek a pohlavie, príjem potravy, príjem a výdaj tekutín, vykonávanie denných činností, schopnosť postarať sa o seba, sebahodnotenie a existenciu podpory (rodiny, blízkych).

Pri vyprázdňovaní stolice sa stretneme u pacientov v paliatívnej starostlivosti najčastejšie s problémom zápchy. Býva častá u pacientov s diabetes, hypotyreózou, hypokaliémiou, herniou, análnou fisúrou / stenózami, hemoroidmi, autonómnou neuropatiou (diabetes, ochorenia / poranenia miechy, chemoterapia), Parkinsonova choroba, amyotrofická laterálna skleróza / skleróza multiplex a demencia tiež bývajú sprevádzané zápchou.

Zápcha je sťažené vyprázdňovanie malého množstva tuhej, suchej stolice so zníženou frekvenciou defekácie oproti norme (jeden až trikrát denne alebo jedenkrát za 3 dni).

Zápcha je priamym následkom malígneho procesu (obštrukcia nádorom v stene čreva, externá kompresia nádorom), neurologického postihnutia v lumbálno-sakrálnej mieche, postihnutie cauda equina, panvového pletenca, hyperkalciémie. Sekundárne vzniká ako následok nedostatočného perorálneho príjmu, jednostrannej stravy, anorexie, dehydratácie, celkovej slabosti. Tiež môže byť príčinou aj imobilita a inaktivita, či oslabenie brušných svalov, zmätenosť, depresia, zlá skúsenosť z minulosti (obavy z vyprázdňovania, zaťažovania príbuzných), nevhodné podmienky pre vyprázdňovanie (nedostatok súkromia, nevhodná poloha ai.).

Príčinou zápchy môžu byť aj lieky - opiáty, nesteroidné antirevmatiká, anticholinergické látky (fenothiaziny, tricyklické antidepresíva, antiparkinsoniká), antacidá, diuretiká, antikonvulzíva, prípravky železa, antihypertenzíva, antiemetiká, 5HT3 antagonisti, cytostatiká a.i. Opiáty majú priamy účinok na receptory v hladkej svalovine čreva a vedú k zníženiu peristaltiky v tenkom/ hrubom čreve, predlžujú čas transportu hrubým črevom, zvýši sa absorpcia vody a elektrolytov, čo znižuje objem tekutín v čreve a býva narušený defekačný reflex.

Pacienti s pokročilými nevyliciteľnými ochoreniami majú zníženú senzitivitu na distenziu, môže byť aj pokles tonusu vnútorného análneho sfinktera.

Zápcha môže spôsobovať pacientovi ďalšie problémy - paradoxnú hnačku spojenú s inkontinenciou, nechutenstvo, nevoľnosť, vracanie, bolesť brucha, retenciu moču, tiež psychické a kognitívne problémy – stres, úzkosť, zmätenosť, a to zvlášť u starých ľudí.

Intervencie pri zápche

Cieľom pri zápche je bezbolestné vyprázdenie, kedy používame zmäkčovadlá (napr. docusate – coloxyl), kde sa účinok prejaví za 1-3 dni, osmotické laxanciá, ktoré zväčšujú objem stolice (napr. laktulóza) a účinok sa dostaví za 1-3 dni, stimulanciá (napr. senna) sú dráždivé prehľadné, pri ktorých sa účinok dostaví za 6-12 hod.

Najvhodnejšie sú zmäkčovadlá a osmotické laxanciá, ktoré je vhodné podávať, ak schopnosť príjmu tekutín je asi 1500–2000 ml / deň.

Z fytofarmák sú vhodné rastlinné a potravinové doplnky: moruša, rebarbora, sladké drievko, zmesi sušených sliviek, jablák, vlákniny ľanové semiačka, figový sirup.

Pre zlepšenie črevnej peristaltiky sú vhodné prokinetiká: cisapride, domperidone, metoclopramide (degan, cerucal, hexal). Na eliminovanie vplyvu opiátov na zápchu, sú vhodné antagonisti opiátov, napr. naloxon

Ak nie je možné dosiahnuť vyprázdenie zatvrdnutej stolice, musíme pristúpiť k podaniu olejovej mikroklyzmy či digitálnemu vybaveniu stolice.

Pre zabránenie problémov s vyprázdňovaním by sestra mala predvídať potrebu vyprázdenia na základe neverbálnych prejavov, či nekládu pacienta. Nemali by sme pacientovi aj v pokročilom štádiu ochorenia zabúdať zaistiť súkromie, bezpečnosť a dôstojnosť. Významná

je aj hygiena rúk po vyprázdení, či starostlivosť o kožu v okolí konečníka, stómie. Pri vyprázdňovaní stolice by sme nemali zabúdať na kultúrne odlišnosti (napr. u moslimov použitie ľavej ruky v súvislosti s vyprázdňovaním).

Problém vyprázdňovania - **hnačka**

Hnačka je časté (viackrát denne) vyprázdňovanie riedkej stolice spojené s kŕčovitými bolesťami brucha, únavou, slabosťou, bolesťou hlavy a dehydratáciou. Vnútorné príčiny vedúce ku hnačke sú diverkultída, paradoxná hnačka (impakcia, infekcia, tumory, diétna chyba, ATB. Z vonkajších príčin to môže byť emocionálny stres, úzkosť, systémové ochorenia, akútne infekčné choroby, urémia.

Posudzovaním vyprázdňovania stolice pri hnačke sa zameriavame na charakter a nástup symptómov- frekvenciu, množstvo, konzistenciu, farbu, bolesť, plynatosť. Zisťujeme obvyklé zvyklosti stravovania a reakcie na jedlo, zažívacie problémy v anamnéze, užívanie liekov ordinovaných aj voľne predajných. Zaujímame sa aj o obvyklý spôsob vyprázdňovania stolice, kontakt s inými osobami.

Ďalším vyšetrením pátrame, či nie je prítomnosť krvi, parazitov, hlienu v stolici. Rovnako dôležité je vedieť, či pacient nebol vystavený emocionálnemu stresu. Pre potvrdenie príčiny je potrebné urobiť odber stolice na kultiváciu a citlivosť, prítomnosť krvi, parazitov, nestrávených zvyškov. Tiež sa urobí pacientovi palpačné vyšetrenie brucha, vyšetrenie per rectum, biochemické vyšetrenie krvi a krvného obrazu.

Intervencie pri hnačke

Je potrebné, aby sme sledovali príjem a výdaj tekutín a následne aj zaistili hlavne príjem dostatočného množstva tekutín. Žiadúca je úprava stravy – diétna opatrenia.

Z medikamentov sú to probiotiká, črevné adsorbenciá (carbocit, smecta), črevné dezinficienciá (endiex), opioidné obstipanciá (opiová tinktúra, reasec).

Pri inkontinencii pacienta sú používané absorbčné pomôcky (plienky, plienkové nohavice). Môžu byť využívané aj uzareté systémy k odvádzaniu tekutej stolice (napr. flexi seal faecal management system), čo môže zlepšiť starostlivosť o inkontinenetných pacientov s hnačkou ak sú navyše prítomné dekubity v sakrálnej oblasti.

2. 7 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť pri únave

Únava sa prejaví u väčšiny progredujúcich onkologických a chronických ochoreniach. Únava sa u pacientov v paliatívnej starostlivosti prejavuje najčastejšie z dôvodu nechutenstva, nevoľnosti a vracania, hnačiek, čo môže byť aj vplyvom nádorového ochorenia alebo chemoterapie, či rádioterapie ako súčasti onkologickej terapie.

Únavu definujeme ako subjektívny a pretrvávajúci pocit vyčerpanosti a neschopnosti vykonávať fyzickú a duševnú činnosť. Predstavuje chronický problém najmä, keď je únava neobvyklá, extrémna, nezodpovedá vynaloženej námahe, nereaguje na spánok alebo zníženie stresu. Je komplexný stav, ktorý pôsobí na fyzickú, mentálnu, emocionálnu a sociálnu stránku človeka.

Posudzovanie únavy

Pri posudzovaní únavy v paliatívnej starostlivosti sa sestra zameriava na jej intenzitu, ktorú hodnotí na číselnej škále „0-10“ podľa ESAS. Vhodným formulárom pre posúdenie únavy je BFI - Brief Fatigue Inventory (Krátke hodnotenie únavy, vyracované v University of Texas M. D. Anderson Cancer Center) (tab. 7).

Všíma si na pacientovi nasledovné prejavy únavy:

- **v telesnej** oblasti: strata schopnosti vykonávať telesné aktivity, neschopnosť dokončiť úlohy (domáce práce, záujmové aktivity), pokles sily, tachykardia pri námahe a anémii, dušnosť, ktorá je takmer vždy spojená práve s únavou; insomnia / hypersomnia, vyčerpanie, pobolievanie celého tela,
- **v psychickej** oblasti: kedy únava má dopad na znudenosť, neschopnosť začať nejakú činnosť, depresiu, emocionálnu labilitu, podráždenosť, smútok, úzkosť, pocit vyčerpania vnútornej sily, strata motivácie,
- **v kognitívnej** oblasti: zn, vplyv únavy na schopnosť koncentrácie, pozornosti, jasných úvah, robenie rozhodnutí, nedostatok informácií o vplyve liečby na výskyt únavy. Zisťujeme taktiež **časový** faktor únavy (kedy začala, ako dlho trvá, či sú obdobia bez pocitu únavy a ako dlho trvajú) najmä z hľadiska plánovania aktivít pre pacienta.

Posudzujeme **zmierňujúce** faktory (pokoj, poloha, aplikácia chladu, prítomnosť inej podpornej osoby, hudba, prechádzky, určité aktivity ...), **zhoršujúce** faktory (teplo, zmeny počasia, emočné stresory, aktivita ...). Rovnako si sestra všíma pridružené symptómy

(spavosť, driemanie počas dňa, neľúď, nezájem, izolácia, strata kontaktov, apatia, vyhýbanie sa činnostiam ...).

Tab. 7. Posúdenie únavy Breef fatigue inventory

POSÚDENIE ÚNAVY (BREEF FATIGUE INVENTORY)										
Dátum: _____ Čas: _____ Meno a priezvisko: _____										
V priebehu nášho života sa každý z nás občas cítime veľmi unavení a vyčerpaní . Cítili ste sa v období posledného týždňa nejako nezvyčajne unavený/á alebo vyčerpaný/á?										
<input type="checkbox"/> Áno						<input type="checkbox"/> Nie				
1. Ohodnoťte svoju únavu zakrúžkovaním čísla, ktoré najlepšie zodpovedá Vašej MOMENTÁLNEJ ÚNAVE / VYČERPANIU.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Ohodnoťte svoju únavu zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá úrovni Vašej ZVYČAJNEJ ÚNAVY / VYČERPANIA za posledných 24 hodín.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ohodnoťte svoju únavu zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá úrovni Vašej NAJHORŠEJ ÚNAVY / VYČERPANIA za posledných 24 hodín.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Zakrúžkujte číslo, ktoré najlepšie popisuje, ako únava v posledných 24 hodinách ovplyvnila Vašu:										
a) celkovú aktivitu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) náladu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnosť chôdze										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) bežnú prácu (v domácnosti i mimo domu)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vzťahy s inými ľuďmi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radosť zo života										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zdroj: Adaptované podľa The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, 1997.

Paliatívna starostlivosť rieši vplyv únavy na pohodu pacienta, každodenné činnosti, vzťahy s rodinou a priateľmi, náladu a dodržiavanie liečebného režimu.

Z terapeutických intervencií je vhodná korekcia vnútorného prostredia, endokrinných porúch, podávanie kortikoidov, transfúzia erytrocytovej masy alebo erytropoetínu, úprava medikamentózneho liečby, korekcia spánku, depresie a hydratácie.

2. 8 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a imobilita

Imobilita je častým problémom pacientov s nevyliciteľným ochorením. Príčinou môže byť celková slabosť, paréza, bolesť, Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia, a i. Pacienti pritom pociťujú bezmocnosť, seba vnímajú ako bremeno a záťaž pre iných (rodinu, sestru, opatrovateľa). Vyvoláva to u nich zmeny v psychike - apatiu, beznádej, nepokoj, podráždenosť až depresiu. Imobilita môže viesť až k imobilizačnému syndrómu, pri ktorom sú postihnuté jednotlivé systémy organizmu.

Dôležité je poznať, do akej miery je pacient závislý na pomoci sestry/rodiny/opatrovateľov..

Posudzovanie mobility

Pri posúdení mobility a imobility sestra hodnotí **schopnosť pacienta vykonávať aktivity** denného života (ako sú stravovanie, obliekanie, hygiena, chôdza, udržiavanie moču a stolice, užívanie chodítka, vozíka, schopnosť presunu z postele do kresla, komunikácia).

Pri hodnotení schopnosti pohybu a jeho obmedzení sestra si hodnotí stav vedomia a orientácie pacienta, čo mu prekáža pri pohybe, ako ochorenie ovplyvňuje jeho pohyblivosť, do akej miery potrebuje našu pomoc pri zmene polohy, aká je úroveň pohyblivosti kĺbov, či nie sú prítomné kontraktúry, deformity, aké ťažkosti má pri pohybe, či je pacient ochotný spolupracovať.

Sestra môže k tomu použiť niektoré bodovacie systémy. Je to napr. Barthelov test denných aktivít (tab. 8), alebo IADL (Instrumental activity daily living- Inštrumentálne aktivity každodenného života (tab. 9).

U pacienta musíme podporovať, ak je to možné, jeho samostatnosť. Tým mu umožňujeme, aby prežíval pocit nezávislosti a vnímanie seba samého ako autonómnej bytosti. Môžeme mať k dispozícii chodítko, pojazdnú stoličku alebo polohovaciu posteľ ovládanú elektronicky. Pre zdolávanie poschodia, ak je pacient v domácnosti, môže byť použité zdvíhacie zariadenie.

Tab. 8. Barthelov test základných denných činností (ADL-activity daily living)

Činnosť	Realizácia činnosti		Bodové skóre	
Príjem potravy a tekutín	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Obliekanie	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Kúpanie	Samostatne alebo s pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Osobná hygiena	Samostatne alebo s pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Vyprázdňovanie moča	Kontrolované močenie		10	
	Občas inkontinentný		5	
	Trvalo inkontinentný		0	
Vyprázdňovanie stolice	Kontrola nad vyprázdňovaním stolice		10	
	Občas inkontinentný		5	
	Inkontinentný		0	
Použitie WC	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Presun lôžko-stolička	Samostatne bez pomoci		15	
	S malou pomocou		10	
	Vydrží sedieť		5	
	Nie je schopný		0	
Chôdza po rovine	Samostatne nad 50 metrov		15	
	S pomocou 50 metrov		10	
	Na vozíku 50 metrov		5	
	Nie je schopný		0	
Chôdza po schodoch	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Nie je schopný		0	
Vyhodnotenie	Závislosť	Body	Zívislosť	Body
	Vysoko závislý	0 – 40 bodov	Ľahká závislosť	65 – 95 bodov
	Závislosť stredného stupňa	45 – 60 bodov	Nezávislý	96 – 100 bodov

Zdroj: Adaptované podľa Bartel index of activities of daily living. .

Podľa IADL zisťujeme nakoľko pacient dokáže zvládať činnosti každodenného života. Tento nástroj koreluje s kognitívnymi schopnosťami a depresiou u pacienta.

Tab. 9. Test inštrumentálnych denných činností podľa Lawsona a Bodyho IADL- Instrumental Activity Daily Living)

Činnosť	Hodnotenie	body
Telefonovanie	Vyhľadá samostatne číslo, vytočí si ho	10
	Pozná niekoľko čísiel, odpovedá na zavolanie	5
	Nedokáže používať telefón	0
Transport	Cestuje samostatne dopravným prostriedkom	10
	Cestuje, ak má doprovod, vyžaduje pomoc druhej osoby	5
	Špeciálne upravené vozidlo	0
Nakupovanie	Zájde si samostatne na nákup	10
	Nakúpi s doprovodom a radou druhej osoby	5
	Neschopný nakúpiť	0
Varenie	Uvarí samostatne jedlo	10
	Jedlo si ohreje	5
	Jedlo musí mať pripravené inou osobou	0
Domáce práce	Udržiava domácnosť s výnimkou ťažkých prác, realizuje len ľahšie práce alebo neudržiava primeraný poriadok	10
	Urobí ľahšie práce alebo neudržiava primeraný poriadok	5
	Potrebuje pomoc pri väčšine prác alebo sa nezúčastňuje prác v domácnosti	0
Práce okolo domu	Vykonáva samostatne a pravidelne	10
	Vykonáva pod dohľadom	5
	Vyžaduje pomoc, nevykonáva	0
Užívanie liekov	Samostatne v určenom čase správnu dávku, pozná názvy liekov	10
	Užije ich, ak sú pripravené a priomenie sa mu	5
	Lieky musia byť podané inou osobou	0
Financie	Vedie samostatne, platí účty, pozná príjmy a výdavky	10
	Zvládne drobné výdavky, potrebuje pomoc so zložitejšími operáciami	5
	Neschopný bez pomoci zaobchádzať s peniazmi	0
Hodnotenie	Závislý	0-40 bodov
	Čiastočne závislý	41-75 bodov
	Nezávislý	76-80 bodov

Zdroj: Instrumental of Activities of Daily Living (IADL)

Posudzovanie rizika vzniku dekubitov

Imobilní pacienti s progredujúcim a nevyliciteľným ochorením sú vysokorizikoví pre vznik dekubitov. Rizikové faktory vedúce ku vzniku dekubitov sú malnutrícia, dehydratácia, hypoalbuminémia, inkontinencia moču a stolice, imobilita, porucha vedomia, cievne a neurologické poruchy, zlý stav hygienickej starostlivosti a úpravy lôžka pacienta ai.

Na posudzovanie rizika vzniku dekubitov môžu byť použité aj posudzovacie škály. Pre potreby posudzovania rizika dekubitov v paliatívnej starostlivosti môže byť použitá Shanonn škála, nakoľko rešpektuje okrem rizikových faktorov aj medikáciu (tab. 10).

Tab. 10. Škála rizika dekubitov podľa Shannon

bod y	Duševný stav	Kontinencia	Mobilita	Aktivita	Výživa	Cirkulácia	Teplota	Medikácia
4	bdelosť, čulosť	zachovaná	pohyblivý	chôdza	dobrá	zachovaná	36,6-37,2°C	bez analgetík, trankvilizérov, steroidov
3	apatia	inkontinencia moču	mierne obmedzená	chôdza s pomocou	uspokojivá	oneskorené naplnenie kapilár	37,2-37,7°C	jedno z hore uvedených
2	zmätenosť	inkontinencia stolice	veľmi obmedzená	Pripútaný na vozík	zlá	mierny opuch	37,7-38,3°C	dve z hore uvedených
1	stupor, kóma	inkontinencia moču aj stolice	imobilita	pripútanosť na posteľ	kachexia	stredný alebo veľký opuch	nad 38,3°C	všetky z hore uvedených

Riziko vzniku dekubitov je pri skóre 16 bodov a menej .

Zdroj: Staňková, M, 2001.

Intervencie v prevencii dekubitov

Základom prevencie dekubitov sú profylaktické opatrenia na zníženie pôsobenia tlaku nad kostnými výčnelkami pomocou špeciálnych postelí s penovými, vzduchovými alebo vodnými a vyhrievanými antidekubitnými matracami. Pacienta polohujeme v pravidelných intervaloch (á 1, 2, 3 až 4 hodiny, v noci minimálne dvakrát). Pri každej zmene polohy kontrolujeme predilekčné miesta vzniku dekubitov. Ak by sa vyskytlo začervenanie kože, je potrebné interval zmeny polohy skrátiť. Pri terminálnych stavoch alebo pri veľkých bolestiach chorého

pri polohovaní (napr. metastázach do chrbtice), je potrebné zvážiť, či polohovanie je benefitom pre pacienta alebo vedie k ďalšiemu utrpeniu.

Dôležitou oblasťou v prevencii dekubitov je hygienická starostlivosť. Pri hygiene je vhodné používať antibakteriálne mydlá, mydlá so zvýšeným obsahom tukov / olejov a pH neutrálne mydlá. Pri starostlivosti o kožu by sme mali používať zvlhčujúce prípravky (hydratačné mlieka, lótiá, krémy s masťovým základom), ktoré zľahka vtierame do pokožky. Do kožných záhybov môžeme používať zásyp. Pacienta je potrebné udržiavať v čistote a suchu. Pri úniku moču a/alebo stolice realizujeme hygienu perinea s použitím peny na umývanie (alternatíva vody a mydla), pH neutrálneho tekutého mydla, neparfumovaných vlhčených utierok, aplikujeme ochrannú vrstvu na perineálnu oblasť (ochranný film – spray, masť).

Dôležité je, aby pacient nebol v mokrom, a preto je potrebné časté menenie inkontinenčných vložiek, nohavíc, plienok a je na zváženie aj zavedenie permanentného močového katétra.

2. 9 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a spánok

V paliatívnej starostlivosti veľmi častým problémom pacientov sú poruchy spánku. Je viacero príčin, ktoré ich môže spôsobovať. K najčastejším patrí bolesť, duševné ťažkosti ako je úzkosť, strach, osamelosť, depresia, výčitky. Pacienti rozmýšľajú o chorobe, o smrti, čo bude s nimi ďalej, s ich rodinou. Chorí sa cítia vyčerpaní, potrebujú viac odpočívať. K najčastejším poruchám spánku patrí insomnia, ktorá trvá 1-3 týždne. Vzniká pod vplyvom psychických príčin a ako syndróm základného ochorenia. Chorí môžu byť ťažkosti so zaspávaním (iniciálna), so zotrúvaním spánku, kedy sa pacient v noci často prebúda (intermitentná) a s prebúdzaním sa zavčasu ráno, alebo predčasne (terminálna). Z ďalších porúch to môže byť hypersomnia, parasomnia, narkolepsia. Ako chronická porucha spánku sa označuje nespavosť, ktorá pretrváva viac ako jeden mesiac.

Posudzovanie spánku/oddychu

Pri posudzovaní spánku sestra hodnotí: prítomnosť faktorov, ktoré môžu zapríčiniť poruchy spánku (bolesti, nevhodná poloha, hluk, obavy, nesplnené túžby, úzkosť, depresia a i.), faktory, ktoré môžu vyvolávať budenie sa zo spánku, informácie o charaktere spánku (koľko hodín pacient spí cez deň, v noci, kedy zaspáva, kedy vstáva, aká je kvalita spánku, prebúdzanie sa v noci, ďalej si zisťuje ako sú vytvorené podmienky spánku (poloha, posteľ,

vankúše, prikrývky, vetranie, svetelné telesá a ich použitie v noci), rituálne činnosti pred zaspávaním (čítanie, teplý kúpeľ, TV, masáž chrbta a i.). Hodnotí zmeny spánku – charakter a príčinu, vplyv na denný život, spôsob riešenia a jeho efektívnosť. Súčasťou posúdenia je aj hodnotenie psychického stavu, charakter a individuálne prejavy.

K posudzovaniu spánku môžeme použiť spánkový diár, kde si pacient alebo spolu so sestrou zaznamenáva subjektívne hodnotenie kvality spánku, trvanie spánku, budenie sa, obvyklé rituály pred zaspávaním, čo spôsobilo prerušenie spánku, aké lieky na spanie užil.

Intervencie k zaistieniu pokojného spánku

Pokojný spánok u pacientov podporujeme aj eliminovaním rušivých vplyvov, ako je zápach, bolesť, úzkosť ai. Dôležité tiež je, aby sme umožnili pacientovi vykonávať rituálne činnosti pred zaspávaním. Pred spaním by sme mohli pomôcť pri vyprázdnení, vykonať večernú toaletu, pomôcť s oblečením pohodlného odevu, vyvetrať izbu, podľa želania urobiť masáž osviežujúcou emulziou, upraviť polohu, stlmiť osvetlenie. nechať pustenú televíziu, kým nezaspí, ak si to chorý želá a pod.

Pacientov s nevyliciteľným, progredujúcim ochorením je potrebné uistiť o pomoci v prípade nutnosti aj v noci, aby aj počas spánku mali zaistený pocit bezpečia. Zaistíme im k ruke signalizačné zariadenie. Tiež by sme mali prejaviť porozumenie k problémom pacienta, vypočuť ho, uznať jeho problémy.

Pred spaním zabezpečíme užívanie ordinovaných analgetík (morphin, fentanyl, tramadol, oxycodon ai.), antidepresív (napr. citalopram, setralin ai.), hypnotík a sedatív (napr. zopiclon, zolpidem, oxazepam, midazolam).

Vhodné sú pred spaním aj čaje s obsahom valeriány, medovky, chmelu, mäty piepornej, ľubovníka bodkovaného.

3 PALIATÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ A PSYCHICKÉ SYMPTÓMY A PROBLÉMY

3.1 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a zmätenosť

Zmätenosť je častým problémom v paliatívnej starostlivosti. Vyskytuje sa najmä u pacientov s pokročilým ochorením, starých osôb a ľudí s viacerými ochoreniami. Nerozpoznaná a neliečená zmätenosť môže zhoršovať komunikáciu a zanechať nepríjemné spomienky pre rodinu (blízkych) na posledné chvíle života ich milovanej osoby. Ďalším problémom je bezpečnosť, hrozí riziko pádu a úrazu. Zmätenosť môže byť akútna alebo chronická (tab. 11).

Tab. 11 Porovnanie akútnej a chronickej zmätenosti

Charakteristika	Akútna zmätenosť (delírium)	Chronická zmätenosť (demencia)
nástup	akútne	nenápadný
Priebeh	premenlivý	progresívny
Vedomie/orientácia	zastreté, dezorientácia	Jasné do poslednej fázy
Pamäť/pozornosť	zlá, krátkodobá pamäť, nepozornosť	zlá krátkodobá pamäť, pozornosť obvykle normálna
Psychotické prejavy (napr. halucinácie)	časté	menej časté

Zdroj: O'Connor, M.-Aranda, S. et al, 2005.

Posudzovanie zmätenosti.

Pri posudzovaní sa zameriavame na hodnotenie mentálneho stavu a kognitívnych funkcií, kde môžeme použiť Mini-Mental State Examination (MMSE). Sestra by mala posudzovať dezorientácia v čase, mieste a osobe, komunikáciu, nevhodné správanie, ilúzie, bludy, nepozornosť, nesúrodé myšlienky, zmeny stavu vedomia. Príčinou zmätenosti a nekládu môže byť aj striedanie opiátov, prítomné fyzické symptómy – nádorové ochorenie čriev, močového mechúra, zlyhávanie obličiek – nedostatočné odbúravanie a vylučovanie opiátov. Zmätenosť môže zhoršovať aj emocionálna tieseň, spôsobovaná osamotenosťou, nedostatočnou podporou zo strany príbuzných.

Tab. 11 Posudzovanie zmätenosti podľa Gaida. Pacientovi dávajte otázky a úlohy týkajúce sa oblastí uvedených v prvom stĺpci:

Vek	1	0
Koľko je hodín?	1	0
Adresa	1	0
Súčasný rok	1	0
Kde je pacient hospitalizovaný	1	0
Či pacient pozná aspoň dve osoby	1	0
Dátum narodenia	1	0
Meno súčasného prezidenta	1	0
Odpočítavať od 20 do 1 a späť	1	0

Správna odpoveď zn. že má pacient 1 bod, ak nedosiahne ani 7 bodov ide u pacienta o zmätenosť.

Zdroj: Staňková, M, 2001.

Intervencie k zvládaniu zmätenosti

Pacient by mal mať zaistené bezpečné prostredie v nemocnici aj doma. Znížením lôžka zabránime pádu a úrazu pacienta. Pre ukludnenie pacienta využívame pre neho známy a obľúbený predmet (napr. malý vankúš pod hlavu na ktorýbol zvyknutý, alebo budík, ktorý mával na nočnom stolíku doma, fotografie blízkych alebo aj jeho samého z mladosti a pod.). Snažíme sa vyháňať silným alebo náhlým zvukom a svetlu. Ak pacient rád počúva hudbu, tak mu umožníme, aby mohol počúvať tú, ktorú má obľúbenú. Zaistíme mu, aby mal na blízku okuliare alebo iné potrebné pomôcky. Dôležité je v starostlivosti spolupracovať s rodinou, vysvetľovať im ako majú s ich blízkym komunikovať, ako prispôbiť prostredie.

Akútna zmätenosť je problém, ktorý sa v paliatívnej starostlivosti často nerozpozna, a nie je vhodne liečený. Preto je potrebné pri liečbe zaoberať sa všetkými aspektami starostlivosti o pacienta, vrátane stránky emocionálnej, sociálnej, fyzickej, spirituálnej a kultúrnej.

3. 2 Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a sexualita a body image

Nádorové ochorenia a ďalšie život ohrozujúce ochorenia a ich liečba majú výrazný fyzický a emocionálny vplyv na všetky aspekty života, vrátane sexuality a body image. Sexualita u pacientov v paliatívnej starostlivosti ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Najviac sú ohrození pacienti, ktorí si pred chorobou zakladali na svojom telesnom vzhľade, nemajú podporu

partnera, už pred ochorením mali problematické vzťahy, pacienti, ktorí sú v čase diagnózy slobodní a tí, ktorí majú v anamnéze psychické ochorenie.

Problémom pre pacientov je únava, kedy nie sú schopní udržať svoje sociálne role, nemajú žiadnu sexuálnu túžbu, dostatok energie na udržiavanie vzťahov, obliekanie, starostlivosť o vzhľad a dostatočnú hygienu. Sexualita tiež môže byť ovplyvnená bolesťou, nevoľnosťou, vracaním, zápchou a dušnosťou.

Dôležité aj v paliatívnej starostlivosti je uznať pohlavie v biologickom aj sociálno-psychologickom zmysle. Rešpektovanie jedinečnej roly muža a ženy je súčasťou uznania pohlavia a sexuality. Nazeranie na muža a ženu je historicky a kultúrne podmienené, preto u niektorých národov nie je vhodné hovoriť o sexuálnych potrebách (napr. u arabov, japoncov). Sexualita a body image je dôležitou súčasťou sebauznania. Oblasť sexuality zahŕňa aj intímny a partnerský život. Vážne ochorenie a proces umierania výrazne zasahuje do života partnerov, kedy klesá túžba po telesnom spojení, ale o to viac rastie túžba po blízkosti s milovanou osobou.

Posudzovanie sexuality a body image

V praxi by sme mali dbať, aby v posudzovaní a dokumentácii boli zahrnuté aj sexuálne potreby. Pri posudzovaní sexuality a body image hodnotíme fyzické schopnosti pacienta, či má pacient silu dodržiavať hygienu – zvlášť dutiny ústnej, kde prítomnosť zápachu z úst môže u pacienta vyvolávať obavy z komunikácie či bozku s blízkou osobou. Zistujeme, aké sú partnerské vzťahy, či vyjadruje obavy o vlastný vzhľad, atraktivitu (neschopnosť upraviť sa, týka sa zvlášť žien- make-up, účes, u mužov oholiť sa), strach z odmietnutia partnerom, strata sociálnej role.

Zmena v body-image môže veľmi negatívne ovplyvniť sebavedomie a sexualitu človeka. Mutilujúce operácie, atónie, úbytok hmotnosti, strata vlasov, sondy a katétre vyvolávajú obavy pacienta z toho ako vypadá.

Strata sexuálnej túžby alebo zníženie sexuálneho potešenia sú častými príznakmi aj depresie. Prítomná je aj strata dôstojnosti v dôsledku neschopnosti dodržiavať hygienu bez pomoci iných.

Musíme zistiť aké informácie pacient a jeho partner potrebuje. Tiež zahrnúť do posúdenia vplyv liečby na možné zníženie sexuálnych potrieb, resp. aké obmedzenia so sebou liečba prináša (napr. chemoterapia a tehotenstvo).

Intervencie pre riešenie sexuality a body image

Dôležité pre pacienta je, aby mal možnosť o sexualite a body image hovoriť. Mohli by sme mať obavy, že je to nevhodné, alebo že nebudeme vedieť pacientovi odpovedať. Dôležité je, aby sme pacienta podporili, ak chce o tom hovoriť.

Pri edukácii by sme mali pacienta upozorniť na vedľajšie účinky niektorých liekov na sexualitu. Pacientovi môžeme odporučiť, ak onkologické ochorenie je v remisii, konzultáciu s urológom (so špecializáciou na sexuológiu) alebo so psychológom.

Potrebnou stratégiou je posilňovanie sebavedomia v súvislosti so starostlivosťou o vzhľad. Dôležitá je hygiena, oblečenie, úprava vlasov atď. Body image podporujeme aj keď zabezpečíme, aby pacient počas dňa bol oblečený vo svojich šatách, aby bol muž oholený, žena aby mohla použiť make-up atď. Tiež nezabúdame aj na podporovanie plnenia rolí pacienta akými sú napr. rola matky, otca, priateľa atď.

Zapojenie partnerov do starostlivosti môže byť pre pacienta problémom. Pacienti môžu nadobúdať pocit narušenia sexuality so svojím partnerom. Môže byť pre partnera nepríjemné, keď napr. partnerka plní rolu opatrovateľky a do úzadia sa dostáva rola manželky alebo partnerky. Dôležité je, aby sa partneri mohli vnímať ako muž a žena, čo znamená umožniť pacientovi byť s partnerom osamote. Nie je to podmieňované sexuálnym stykom, ale ide často viac o odovzdávanie si vnútorného prežívania vzťahu a možnosti komunikovať o veciach dotýkajúcich sa iba partnerov. Zaistenie súkromia prispieva k dôstojnej starostlivosti pacienta.

4 PALIATÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ A SPIRITUALITA

Spirituálna (duchovná) doména uznáva, že človek je schopný sebakpresahovania (sebatranscendencie) smerom k tomu, čo je nutnou podmienkou a možno aj dôvodom života ako celostného bytia.

Posudzovanie spirituality

V posudzovaní sa zameriavame na hodnotenie duchovných potrieb. V odbornej literatúre existuje viacero hodnotiacich nástrojov. Pri ich výbere sa môžeme stretnúť s niektorými ťažkosťami. Sú dotazníky, ktoré sa snažia o objektívne hodnotenie duchovných potrieb, ale nezohľadňujú kvalitu vzťahov, sú nástroje, ktoré viac ako na praktické stránky sa zameriavajú na abstraktné vlastnosti ľudí. Pri hodnotení duchovných potrieb sa môže stať, že bude zneužitá autorita na odhalenie pacientovho osobného života spôsobom, ktorý bude necitlivý. Môže sa stať, že sestry budú mať pocit, že sú povinné viac poskytovať ako ponúknuť duchovnú starostlivosť. Pri hodnotení duchovných potrieb je nutné si uvedomiť, že to nemá byť len jednorázovou záležitosťou ale musí ísť o kontinuálny proces. Dotazníky by mali byť nástrojom pre zahájenie konverzácie, mali by pomôcť pacientom, rodinám a personálu, aby nebolo pre nich problémom o týchto otázkach hovoriť.

V posudzovaní duchovných potrieb môžeme pacientovi položiť otázky ako „Zmenili sa chorobou vaše priority – napr. miesta, veci, životné otázky, ktoré sú pre vás dôležité?, Ovplynula choroba vaše rodinné a iné vzťahy?, Zmenila choroba váš pohľad na vás samého, na život?, Pokiaľ áno, ktoré sú pre vás najvýznamnejšie?, Aké je vaše najväčšie pranie alebo túžba v tejto fáze života?...“ Usilujeme sa hlavne zistiť aké sú vzťahy pacienta k sebe samému, k ostatným, k životným otázkam, miestam. Súčasťou našej spirituálnej stránky je „transcendencia“, pocit prítomnosti niečoho, čo je mimo nás. Sestry môžu na základe poznania týchto vzťahov ďalej hovoriť o duchovných otázkach, zameraných na rekapituláciu života: „Aká je vaša najmilšia spomienka?, Keď sa ohliadnete za svojím životom, je tam niečo čo skutočne ľutujete?, Trápi Vás úzkosť, obavy o ktorých by ste chcel hovoriť so mnou alebo s kňazom (inými)?, Premýšľal ste o tom čo pre vás smrť znamená?, Ako vám a vašej rodine môžeme najlepšie pomôcť?“ Ďalšie otázky môžu byť zamerané na náboženstvo, ako napr. na potrebu komunikácie s duchovným, praktizovanie viery, modlenie a i.

Dôležité je, aby sme na základe posudzovania zistili problémy pacienta v duchovnej oblasti, na základe čoho mu môžeme ponúknuť duchovnú starostlivosť. Sestry pre poskytovanie duchovnej starostlivosti musia mať vedomosti, zdroje a porozumieť samy sebe.

Intervencie uspokojovania duchovných potrieb

Duchovná starostlivosť by mala byť prirodzenou súčasťou plánovania starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich. Pri plánovaní stratégií, pre napĺňanie duchovných potrieb, by sme sa mohli zamerať na vytváranie prostredia, kde má možnosť pacient mať pri sebe veci, ktoré sú mu blízke, umožniť mu pobyt v prírode pokiaľ je to možné (v parku, záhrade), mohol by počúvať hudbu, ktorú má rád a pod.

Pre nachádzanie zmyslu života je vhodné rozprávať sa s pacientom o jeho minulých pozitívnych zážitkoch (v rodine, v športe, s priateľmi) a úspechoch.

Pri riešení v súvislosti s uspokojovaním duchovných potrieb je dôležité aj uznanie náboženskej viery a kultúrnych odlišností. Môže byť poskytnutá pomoc prostredníctvom duchovného, psychológa či iného profesionálneho pracovníka zdieľajúceho spirituálne a kultúrne hodnoty a postoje pacienta.

Uznanie kultúrnych odlišností medzi jednotlivými pacientami a ich rodinami si vyžaduje od sestry, aby mala vedomosti o kultúrnych špecifikách v starostlivosti o nevyliciteľne chorého a umierajúceho. Rešpektovanie kultúrnych odlišností umožňuje získať si dôveru pacienta/rodiny. Kultúrne citlivá starostlivosť znamená rešpektovať správanie, hodnoty, zvyky, jazyk, náboženstvo ľudí s inou kultúrou, ako je kultúra majoritnej spoločnosti. Kultúrne odlišná starostlivosť sa viaže k národnosti, etniku (napr. rómske, vietnamské, arabské, židovské ai.), náboženským skupinám (katolíci, evanjelici, moslimovia ai.).

Pre uspokojovanie duchovných potrieb je dôležité, aby bol nadviazaný dôverný vzťah medzi sestrou a pacientom a uplatňovala sa holistická starostlivosť založená na porozumení a otvorenosti. Priestor k tomu poskytuje komunikácia s pacientom, pre ktorého je rovnako dôležité hovoriť o svojich posledných želaniach, či nedokončených záležitostiach ako byť bez bolesti.

Sestry v súvislosti s uspokojovaním duchovných potrieb, by mali mať schopnosti pre reflexiu vlastných pocitov pri uvažovaní o prežívaní situácie nevyliciteľnej choroby, bolesti, osamelosti, ohrozenia života a hľadani zmyslu života pri pomyslení na blížiaci sa koniec

života. Ak si sestry budú uvedomovať v týchto súvislostiach vlastný strach a obavy, oveľa viac sa dokážu vcítiť do problémov pacienta.

4.1 Psychická a existenciálna tieseň

Tieseň (distress) je nepríjemný pocit, ktorého príčiny sú fyzické, psychosociálne (behaviorálne, kognitívne, afektívne) alebo spirituálne.

Existenciálna tieseň je definovaná ako tieseň, ktorá pochádza z konfrontácie s podstatou existencie – patria sem otázky smrti, zmyslu života, samoty, zodpovednosti, slobody voľby a pocitu vlastnej hodnoty. Príčinou môže byť ochorenie s infaustnou prognózou, ale aj necitlivá komunikácia zo strany zdravotníkov. Dôležité je, aby sestry v komunikácii dokázali udržiavať nádej pacienta pre plné využitie života, ktorý pacientom ešte ostáva.

Posudzovanie existenciálnej tiesne

Posúdiť existenciálnu tieseň pacienta môže aj sestra v komunikácii s pacientom. Je dôležité, aby sestra zisťovala, aké obavy má pacient, keď premýšľa o smrti, čo má v jeho živote zmysel, či mu je smutno, či mu vadí strata kontroly nad vlastným životom, či pociťuje stratu zmysluplnosti a dôstojnosti, či sa cíti byť podporovaný alebo veľmi osamotený. Posudzovanie tiesne môže byť robené aj pomocou štandardizovaných dotazníkov - Hodnotenie celkového zdravotného stavu (General Health Questionnaire), Stručný zoznam symptómov (Brief Symptom Inventory) alebo Beckova škála depresie (Beck Depression Inventory). V paliatívnej starostlivosti nebola ich validita overená, a preto u pacientov môže ich použitie spôsobiť zbytočnú záťaž a stres.

U pacienta môže nastať až demoralizačný syndróm, ktorý je definovaný ako psychiatrický stav, ktorý sa prejavuje beznádejou, bezmocnosťou, pocitom straty zmyslu života a existenciálnou tiesňou. Pri posudzovaní zisťujeme stratu zmyslu ďalšieho života, beznádej, bezmocnosť, stratu motivácie vyrovnat' sa s danou situáciou, sociálna izolácia, odcudzenie, nedostatočná podpora. Demoralizácia sa často vyskytuje najmä u pacientov, ktorí sú starí, handicapovaní, nesebestační, s veľkými kozmetickými vadami (napr. amputácia), sociálne izolovaní, keď sa boja, že budú na príťaž, stratou dôstojnosti, vyjadrujú pranie zomrieť alebo majú aktívne myšlienky na sebevraždu.

Posudzujeme ďalej zdroje podpory – vzťahy v rodine, zomknutosť rodiny, komunikácia v rodine. Rodina predstavuje primárnu sociálnu podporu. Ak chceme zabrániť sociálnej izolácii a odcudzeniu, je potrebné zisťovať ako rodina funguje.

Dôležité v predchádzaní existenciálnej tiesne je, aby sme pacienta (rodinu) zapájali do rozhodovania o sebe, aby mali možnosť vyjadrovať svoje pocity, obavy. Významné je udržiavať ich nádej na plne prežitý život v zostávajúcich dňoch. Pacientom je potrebné ponechať kontrolu nad tým, ako a kedy zomrú – tzv. riadená smrť (managed death), sestry musia podporovať a doprevádzať aj príbuzných.

Sestra by mala ďalej spolupracovať s interdisciplinárnym tímom, najmä so psychológom a kňazom, ktorí odhalia príčiny a určia ďalší postup, na ktorom by mala sestra participovať a následnými ošetrovateľskými intervenciami podporovať pacientovu nádej prípadne znižovať mieru beznádeje ako významného faktora prežívania utrpenia.

Duchovná starostlivosť nie je izolovaná, ale musí byť súčasťou komplexnej starostlivosti o pacienta. Základným predpokladom kvalitnej duchovnej starostlivosti sú dobré vzťahy a spolupráca s pacientom, rodinou a ďalšími odborníkmi pre duchovnú starostlivosť (psychológom, psychiatrom, duchovným).

Záver

Paliatívna starostlivosť sa v súčasnosti považuje za jednu z prioritných oblastí rozvoja zdravotníctva a sociálnej starostlivosti. Súvisí to s predlžovaním veku dožitia, ako aj stúpajúcou incidenciou onkologických a chronických ochorení. Počet ľudí, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť narastá, sú to pacienti s pokročilými onkologickými, srdcovými, respiračnými a obličkovými ochoreniami, alzheimerovou a parkinsonovou chorobou, AIDS a sklerózou multiplex a inými neurologickými degeneratívnymi ochoreniami.

Hlavnými špecifikami paliatívnej starostlivosti je zameranie na jednotlivcov s nevyliciteľnou onkologickou alebo chronickou pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, s časovo obmedzeným prežívaním, s cieľom zaistiť optimálnu kvalitu života až do smrti. Východiskom je posudzovanie a intervencie na zmiernenie a elimináciu utrpenia, bolesti a iných obťažujúcich symptómov. Súčasne je potrebné podporovať jednotlivcov a pomáhať ich rodinám, pri riešení súvisiacich psychických, sociálnych a duchovných problémov.

Jedným z princípov modernej paliatívnej starostlivosti je multidisciplinárny charakter, kde zaujíma dôležité postavenie **paliatívna ošetrovateľská starostlivosť**. Je poskytovaná všetkým pacientom s nevyliciteľným ochorením, ktoré má dopad na fyzické, psychosociálne a spirituálne zdravie jednotlivca a jeho rodiny. Preto je potrebné, aby sa v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti posudzovali problémy v každej z týchto oblastí a následne plánovali, realizovali a vyhodnocovali vhodné intervencie pre zlepšenie kvality života u pacientov s pokročilým nevyliciteľným ochorením.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť usiluje o dosiahnutie dôstojného umierania. Dôstojné umieranie charakterizuje vyjadrovanie úcty k umierajúcemu, primerané prostredie pre umierajúceho, zdieľanie smútku a emócií spojených s umieraním, zaistenie komfortu a rozhodovania o sebe pre umierajúceho, uzavretie osobných vecí pred úmrtím. Rešpektovanie dôstojného umierania v starostlivosti o umierajúceho zn. akceptovanie jeho potrieb a želaní, eliminovanie zničujúcej bolesti a ostatných obťažujúcich symptómov, ako aj vyjadrovanie smútku a strachu zo strát a smrti.

Bibliografické odkazy

ADAM, Z.-VORLÍČEK, J.- KOPTÍKOVÁ, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, Publishing, 2003.

Algeziológia. Ed. **KULICHOVÁ, M.** Žilinská univerzita v Žiline: EDIS, 2005. 300 s.

ANDRÁŠIOVÁ, M. et al. *Hospic a paliatívna starostlivosť*. Bratislava: Palium, 2002. 54 s.

BARTHEL INDEX OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING. [online]. [cit. 2013-02-04]. Dostupné na internete: <http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/function/barthelADLs.pdf>

BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. 2. dopl. vyd. Martin: Osveta, 1988. 231 s.

BOLAČEKOVÁ, M. 2005 Starostlivosť o nevyliciteľne chorého a zomierajúceho pacienta. Eds. Šramka, M., *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P.P. Gojdiča v Prešove, 2006. s. 39 -42

BÓRIKOVÁ, I. Manažment prevencie dekubitov v systéme kvality starostlivosti. In *Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien III*. [elektronický zdroj]. Nitra : Univerzita Konštantina Filozofa, 2009. s. 121-127.

BRIEF FATIGUE INVENTORY. The University of Texas M. D. Anderson, 1997. [online]. [cit. 2013-05-04]. Dostupné na internete: <http://www3.mdanderson.org/depts/symptomresearch/pdf/BFI-English%20SAMPLE.pdf>

CESTA DOMŮ. *Súčasný stav a perspektívy péče o umírající v ČR*. [online][cit. 2005-10-12] Dostupné na internete: <<http://www.nezavirejteoci.cz/res/data/000036.rtf> >

DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. et al. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. 1. vyd. Trnava: SSV, 2005. 280 s.

EDMONTON FUNCTIONAL ASSESSMENT TOOL (EFAT) [online]. [cit. 2013-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.palliative.org/newpc/professionals/tools/efat.html>

ELLERSHAW, J. Clinical Pathway for Care of the dying. An innovation to Disseminate Clinical Excellence. In *Innovation in End of Life Care*. [online]. 2001, Vol. 3. No. 4, p. 1-6. [cit. 2007-01-22]. Dostupné na internete: <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesJuly01/editorial.asp#11>

FARSKÝ, I.- ONDREJKA, I. – ŽIAKOVÁ, K. *Problematika kvality života v senu*. Martin: Profa, 2007. 70 s.

FERRELL, B. R.- COYLE, N. 2006. Second edition. USA: Oxford University Press, 2006. 1246 pp.

FRIČOVÁ, M.- SUROVÁ, M. Aspekty paliatívnej liečby v hematoolonkológii. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008, 1 (2), s.88-90.

GUIDELINES FOR USING THE REVISED EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT

SYSTEM (ESAS-r). [online].[cit. 2011-05-03]. Dostupné na internete:

<http://www.palliative.org/newpc/pdfs/tools/ESAS-r%20guidelines.pdf>

GUIDELINES FOR USING THE REVISED EDMONTON FUNCTIONAL ASSESSMENT

TOOL (EFAT) [online]. [cit. 2013-01-03]. Dostupné na internete:

<http://www.palliative.org/newpc/professionals/tools/efat.html>

GURKOVÁ, E. – ŽIAKOVÁ, K.- ČÁP, J. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi.*

Martin: Osveta, 009. 243 s.

HANISKOVÁ, T.-KRAJČÍK, Š. Paliatívna medicína – depresia, anxieta a delírium. *Geriatría*, 2006,1. s. 36 – 41.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: náuka o umírání a smrti.* 1. vyd. Praha : Galén, 2000. 191 s.

HEGYI, L. et al. *Práva pacientov v Slovenskej republike.* 1. vyd. Bratislava: [s.n.], 2000. 47 s.

HIGGINSON, I. - ROMER, A. L. Measuring the Quality of Care in Palliative Care Services: An interview with Irene Higginson. In *Innovations in End-of-Life Care*. [online]. 2000, Vol. 2, No. 1. [cit. 2007-01-03]Dostupné na internete:<www.edc.org/lastacts>

HOLMANOVÁ, E.-ŽIAKOVÁ, K. *Využitie nástrojov kvality v starostlivosti o umierajúceho.* In *Trendy v ošetrovatelství IV.* Eds. B. Dušová, et al. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 73-83.

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING. [online]. [cit. 2012-04-03] Dostupné na internete: <http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/function/lawtonbrody.pdf>

JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládání.* Praha: Portál, 2007. 190 s.

JANEČKOVÁ, B.- TRÍSKOVÁ, Z. Obstipace jako ošetrovateľský problém. Diagnóza a možnosti ovlivnění. Review. *Kontakt*. 2012, 14/3, s. 315-330.

JASENKOVÁ, M. *Vzdelávací program v oblasti detskej paliatívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou 2007-2008.* [online].[cit. 2007-01-07]. Dostupné na internete: <http://www.plamienok.sk/slovak/index.php>>

KALVACH, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky).* [online]. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5. [cit. 2005-10-12]. Dostupné na internete: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000507.pdf>>.

KALVACH, Z.-ZADÁK, Z.-JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H.- HOLMEROVÁ, I.- WEBER, P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.*Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 336 s.

KAUŠITZ J. a kol. *Onkológia.* Bratislava: Veda, 2003. 659 s.

KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE PALIATÍVNA MEDICÍNA VRÁTANE HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI, prijatá na rokovani vlády 19.6.2006. [online] [cit. 2006-10-10]. Dostupné na internete:

<http://www.hospice.sk/hospice1/data/Koncepciapaliativnej%20mediciny2006.doc>>

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada, Publishing, 2002. 198 s.

KUBEŠOVÁ, H.- KABELKA, L. – MATĚJOVSKÝ, J. – WEBER, P. Umírání mimo nemocnici z etického, právního a ekonomického pohledu. *Česká geriatrická revue*. 2003, 3. S. 48 – 52.

KÜBLER- ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.* Praha: Tvorba, 1995. 288 s.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti. Příručka pro sestry.* Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s.

- MAREČKOVÁ, J. - JAROŠOVÁ, D.** *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 87 s.
- MARKOVÁ, M.** *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 128 s.
- MIERTOVÁ, M.- ČÁP, J. - ŽIAKOVÁ, K.** *Sebakoncepcia*. Eds. TOMAGOVÁ, M. -BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. s. 150-161.
- NEMCOVÁ, J.- HLINKOVÁ, E.- SOBEKOVÁ, L.** Dignified dying. EDS. BINKOWSKA-BURY, M.- NAGÓRSKA, M. *Worldviews on European Nursing*. RZESZÓW, 2011. S. 330-339.
- NEMČEKOVÁ, M.** et al. *Práva pacientov. Medicínske, ošetrovateľské a filozofické súvislosti*. Martin: Osveta, 2003. 213 s.
- Nursing interventions classification*. Eds. J. C. McCloskey. 2nd ed. St.Louis: Mosby, 2000.
- Nursing outcomes classification*. Eds. S. Moorhead. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 2004. 896 p.
- ODPORÚČANIE RADY EURÓPY č.1418/1999.** Ochrana ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých a umierajúcich, prijaté na rokovaní Rady Európy 25.júna 1999. [online].[cit. 2005-10-12]. Dostupné na internete: <<http://www.hospice.sk/hospice1/data/ochrana.html> >
- O'CONNOR, M.-ARANDA, S.** et al. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1.české vyd. Praha : Grada, 2005. 324 s.
- O ORGANIZACI PALIATIVNÍ PÉČE.** Doporučení Rec (2003) 24 Výboru Ministrů Rady Evropy členským státům, přijaté Výborem Ministrů 12. listopadu 2003. [online] *Cesta domů, 2004*. [cit. 2005-10-12]. Dostupné na internete: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/003/000501.pdf?seek=1108593257>>
- OVŠONKOVÁ, A.** *Vyprázdnňovanie stolice*. Eds. TOMAGOVÁ, M. BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. s. 71-78.
- OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE.** Oxford Univerzity Press: 1993. 109 s.
- PAYNEOVÁ, S. - SEYMOUROVÁ, J. - INGLETONOVÁ, CH.** *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s.
- RADBRUCH, L.- PAYENE, S.** *Standardy a normy HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE V EUROPĚ. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domu a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. 63 s.
- RAUDENSKÁ J. – JAVŮRKOVÁ, A.** Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2011, 4 (1), s. 12-15.
- Respektování lidské důstojnosti*. 2004. [online]. Cesta domů, 2004. 68 s. [cit. 2005-12-12]. Dostupné na internete: <http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000502.pdf>
- SLÁMA, O.** Symptomy terminální fáze nádorového onemocnění a jejich léčba. *Postgraduální medicína*, 2005, 2, s.49 – 53.
- SCHULER, M.- OSTER, P.** *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing,a. s., 2010. 336 s.
- SMOLEŇOVÁ, L.** a kol. *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Typi Universitatis

Tyrnaviensis, 2008. 98 s.

STAŇKOVÁ, M. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. České ošetrovatelství 6. Brno: IPVZ, 2001. 55 s.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic umenie sprevádzať*. 1. slov. vyd. Bratislava: Lúč, 2001. 157 s.

ŠKRLA, P.- ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s.

TAVERNIEROVÁ, M. *Paliatívna starostlivosť*. 1. slov. vyd. Bratislava : SOFA, 2000. 120 s.

TOMAGOVÁ, M.- BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 198s.

TOPINKOVÁ, E. Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Česká geriatrická revue*, 2004, 1, s. 14-21

The SUPPORT Principal Investigators. *A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments*. 1995. In *Journal of the American Medical Association*, [online].1995, Vol. 274, No. 20, p. 1591-1598. [cit. 2007-01-28]. Dostupné na internete: <http://jama.ama-assn.org/>

TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie . Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. 216.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing a.,s. 2007. 96 s.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Portál, 2002

VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*. 2.dopl.vyd. Praha : Grada, 2004. 544 s.

VORLÍČEK, J. – ABRAHÁMOVÁ, J.- VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing a. s, 2006, 328 s.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie* 3., aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 288s.

WILSON, S.A.-COENEN, A.-DOORENBOS, A. Dignified Dying as a Nursing Phenomenon in the United States. In *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2006, Vol. 8, No. 1, p. 34 – 41.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO definition of Palliative care [online]. 2002, [cit. 2007-01-25]. Dostupné na internete: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>

ZAMBORIOVÁ, M.- FEDÁKOVÁ, E. - FILLOVÁ, D. *Aká smrť je dobrá?* Eds. Šramka , M. Bérešová, A. *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P.P. Gojdiča v Prešove, 2006. s. 239 -242.

ZÁKON č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, z 21. 10. 2004. [online].[cit. 2007-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.zbierka.sk/ciastka.asp?cc=245&ro=2004>

ZATLOUKAL, L. Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů. *Psychoterapie* 1, 2007, s. 183 – 203.

ZELBOVÁ, A et al.. *Standardy hospicové péče - predstavení dokumentu pracovní skupiny při MZ ČR*. [online]. 2006. [cit. 2007-01-03]. Dostupné na internete:
<http://hospice.cz/hospice1/data/16_zelbova-bdpm.ppt>

ŽIAKOVÁ, K. - ČÁP, J. Poznámky k problematice nádeje. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve. Martin: JLF UK, 2005.

Prílohy 1 – 11: Posudzovacie formuláre

- Príloha 1. Posudzovanie symptómov v paliatívnej starostlivosti - *Edmonton Symptom Assessment System(ESAS)*
- Príloha 2. Posudzovanie funkčného stavu - *Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)*
- Príloha 3. Posudzovanie telesnej výkonnosti podľa Svetovej zdravotníckej organizácie – *Karnofského index*
- Príloha 4. Krátky záznam bolesti - *Brief Pain Inventory (BPI)*
- Príloha 5. Štádium bolesti - *Edmonton staging system*
- Príloha 6. Škála bolesti podľa *Abbey*
- Príloha 7. Posúdenie únavy (*Breef fatigue inventory*)
- Príloha 8. Barthelov test základných denných činností (*ADL-activity daily living*)
- Príloha 9. Test inštrumentálnych denných činností podľa *Lawsona a Bodyho IADL-Instrumental Activity Daily Living*)
- Príloha 10. Škála rizika dekubitov podľa *Shannon*
- Príloha 11. Posudzovanie zmätenosti podľa *Gaida*

Príloha 1.

Posudzovanie symptómov v paliatívnej starostlivosti *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*

bolesť neprítomná	_____	bolesť je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
únava neprítomná	_____	únava je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
nauzea neprítomná	_____	nauzea je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
depresia neprítomná	_____	depresia je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
úzkosť neprítomná	_____	úzkosť je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
ospalosť neprítomná	_____	ospalosť je najväčšia
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
apetít veľmi dobrý	_____	nemá chuť do jedla
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
pociťuje pohodu	_____	nepohoda, diskomfort
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
dýchanie bez ťažkostí	_____	veľká dušnosť
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Meno pacienta _____

Vyplnil:

Dátum _____ Čas _____

☐ pacient

☐ sestra

☐ zdravotnícky asistent

Zdroj: Adaptované podľa Guidelines for using the revised Edmonton Symptom assessment system (ESAS-r). [online]. [cit. 2011-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.palliative.org/newpc/pdfs/tools/ESAS-r%20guidelines.pdf>

Príloha 2. Posudzovanie funkčného stavu - Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)

	0 fungujúci	1 minimálna dysfunkcia	2 stredná dysfunkcia	3 ťažká dysfunkcia	dátum
komunikácia	nezávislý vo všetkých aspektoch komunikácie	požaduje okuliare, náušnicu alebo iný prístroj	komunikuje efektívne <50% času	neschopný komunikácie	
duševný stav*	orientovaný x 3 neporušená pamäť	zhoršenie 2/6 orientácia/pamäť rozumie jednoduchým nariadeniam	zhoršenie 3-4/6 orientácia/pamäť odpovedá nesúvisle alebo roztržite, agitovaný, anxiózný	Zhoršenie 5-6/6 orientácia/pamäť alebo nereagujúci na slovné podnety	
bolesť	neprítomná alebo občasná, bolesť nemá vplyv na funkčnosť	bolesť obmedzuje v niektorých činnostiach, minimálne bráni funkčnosti	stála prítomnosť bolesti, stredné obmedzenie funkčnosti	neschopný akejkoľvek aktivity pre bolesti	
dyspnoe*	dysfunkcia je neprítomná	nalievavosť=sčítanie alebo SOBOE alebo občas	1 apnoe alebo O ₂ , 1-3 litre	≥ 2 apnoe alebo O ₂ , ≥ 4 litre	
rovnováha* v sede v stoj	normálna	↓ rovnováha dosahovanie/udržanie rovnováhy s oporou alebo za pomoci 1 osoby, minim. bezpečnostné riziko	neschopnosť rovnováhy, udržanie s pomocou 1 al. viac osôb, riziko pádu	dosiahnutie rovnováhy len s pomocou 1 al. 2 osôb al. nemožnosť hodnotiť	
mobilita*	vykonávanie kontrolovaných a nezávislých pohybov všetkými končatinami	kontrolovaná úroveň pohybov, ale ich miera je limitovaná, 1 osoba pomáha k pohybu/bezpečnosti	môže asistovať ďalšia osoba, kt. iniciuje pohyb, je potrebná pomoc 2 osôb pre bezpečný transfer	neschopnosť dosiahnuť zmenu pozície, mechanický zdvihák pre prenášanie	
pohyb, chôdza pojazdné kreslo	samostatná chôdza bez vedenia alebo pomoci	chôdza s pomocou 1 osoby, opora alebo dohľad	chôdza s 2 osobami na krátke vzdialenosti al. na kolieskovom kresle	neschopný chôdz, závislý na manažmente vyprázdňovania	
únava	zriedka potrebuje odpočívať	odpočíva < 50% dňa	odpočíva > 50% dňa	pripútanosť na lôžko pre únavu	
motivácia	chce sa zapájať napriek obmedzeniam	aktívne/pasívne participovanie > 50% času	aktívne/pasívne participovanie < 50% času	netuži po participovaní na aktivite	
ADL	nezávislý	nezávislý, má prispôsobené prostredie	vyžaduje pomoc, dohľad, slovné pokyny pri ADL	komplexná starostlivosť v ADL	
zhodnotenie situácie p/k	nezávislý	závislý len minimálne – 1 osoba	stredne závislý na pomoci 1 osoby	závislý na pomoci 1-2 osôb	

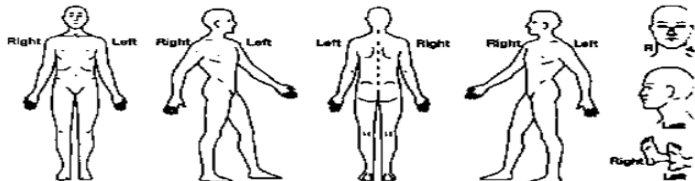
Zdroj: Adaptované podľa Guidelines for using the revised Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) [online]. [cit. 2013-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.palliative.org/newpc/professionals/tools/efat.html>

Príloha 3. **Posudzovanie telesnej výkonnosti** podľa Svetovej zdravotníckej organizácie – *Karnofského index*

Chorý je schopný normálnej aktivity a práce bez obmedzenia, nie je potrebná sociálna starostlivosť	100 % normálny, žiadne ťažkosti, žiadne známky choroby 90 % schopný normálnej aktivity, ľahké náznaky alebo známky choroby												
Chorý nie je schopný práce, ale môže žiť doma a postarať sa o väčšinu osobných potrieb, potreba podpory je rôzna	80 % aktivita je možná s väčším úsilím, niektoré náznaky alebo príznaky choroby 70 % stará sa o seba sám, nie je schopný normálnej aktivity alebo práce 60% je nutná príležitostná podpora, ale je schopný postarať sa sám o väčšinu potrieb 50% potrebuje výraznú pomoc, často je nutná i lekárska starostlivosť												
Chorý nie je schopný sa sám o seba postarať, potrebuje ústavné alebo domáce ošetrovanie, jeho stav sa môže rýchlo zhoršiť	40 % je hendikepovaný, špeciálna starostlivosť a pomoc sú nevyhnutné 30 % silne obmedzený, je namieste odporučiť hospitalizáciu, i keď smrť nateraz nehrozí 20 % ťažko chorý, má byť hospitalizovaný a má mu byť poskytnutá lekárska pomoc 10 % moribundný 0 % smrť												
<table> <tr> <td>0 - schopný normálnej telesnej aktivity bez obmedzenia</td><td>100 - 90 %</td></tr> <tr> <td>1 - neschopný ťažkej fyzickej námahy, ale môže vykonávať ľahšiu prácu</td><td>80 - 70 %</td></tr> <tr> <td>2 - sebestačný, ale neschopný práce, trávi viac ako 50 % dňa mimo postel'</td><td>60 - 50 %</td></tr> <tr> <td>3 - obmedzenie v sebestačnosti, trávi viac ako 50 % dňa v posteli</td><td>40 - 30 %</td></tr> <tr> <td>4 - odkázaný na cudziu starostlivosť, trvale upútaný na lôžko</td><td>30 - 20 %</td></tr> <tr> <td>5 - moribundný pacient</td><td>20 - 0 %</td></tr> </table>		0 - schopný normálnej telesnej aktivity bez obmedzenia	100 - 90 %	1 - neschopný ťažkej fyzickej námahy, ale môže vykonávať ľahšiu prácu	80 - 70 %	2 - sebestačný, ale neschopný práce, trávi viac ako 50 % dňa mimo postel'	60 - 50 %	3 - obmedzenie v sebestačnosti, trávi viac ako 50 % dňa v posteli	40 - 30 %	4 - odkázaný na cudziu starostlivosť, trvale upútaný na lôžko	30 - 20 %	5 - moribundný pacient	20 - 0 %
0 - schopný normálnej telesnej aktivity bez obmedzenia	100 - 90 %												
1 - neschopný ťažkej fyzickej námahy, ale môže vykonávať ľahšiu prácu	80 - 70 %												
2 - sebestačný, ale neschopný práce, trávi viac ako 50 % dňa mimo postel'	60 - 50 %												
3 - obmedzenie v sebestačnosti, trávi viac ako 50 % dňa v posteli	40 - 30 %												
4 - odkázaný na cudziu starostlivosť, trvale upútaný na lôžko	30 - 20 %												
5 - moribundný pacient	20 - 0 %												

Zdroj: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Univerzity Press, 1993.

Príloha 4. Krátky záznam bolesti *Brief pain inventory (BPI)*

Krátky záznam bolesti <i>BRIEF PAIN INVENTORY (BPI)</i>										
Dátum: _____ Čas: _____ Meno priezvisko: _____										
1. Po celý život väčšinu z nás z času na čas niečo zabolí (napr. bolesť hlavy, vytknutie nohy, bolesť zubov). Cítili ste dnes nejakú inú bolesť ako takúto bežnú?										
Áno 1					Nie 2					
2. Na obrázku vyfarbite miesta, kde pociťujete bolesť. Najbolestivejšie miesta vyznačte krížikom „X“.										
										
3. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá Vašej NAJHORŠEJ BOLESTI za posledných 24 h.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá Vašej NAJMENŠEJ BOLESTI za posledných 24h.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá Vašej PRIEMERNEJ BOLESTI za posledných 24h.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Ohodnot'te svoju bolesť zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá BOLESTI, ktorú máte práve TERAZ.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Aké lieky proti bolesti užívate alebo akú liečbu ste podstúpil/a?										
8. Akú veľkú úľavu Vám poskytla liečba alebo lieky proti bolesti v posledných 24 hodinách? Zakrúžkujte percentuálne číslo, ktoré najlepšie popisuje veľkosť úľavy.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
9. Zakrúžkujte číslo, ktoré najlepšie popisuje, ako bolesť v posledných 24 hodinách ovplyvnila Vašu:										
a) celkovú aktivitu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) náladu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnosť chôdže										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) bežnú prácu (v domácnosti i mimo domu)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vzťahy s inými ľuďmi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) spánok										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radosť zo života										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zdroj : Adaptované podľa Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison.

Príloha 5. Štádium bolesti *Edmonton Staging system*

A. Mechanizmus bolesti	B. Charakteristiky bolesti	C. Expozícia opiátom	D. Kognitívne funkcie
1. viscerálna 2. kostná / somatická 3. neuropatická 4. zmiešaná 5. neznáma	1. nie príležitostná bolesť 2. príležitostná bolesť	1. menej ako 60 mg orálneho morfinu (alebo ekvivalentnej dávky) / deň 2. 60 – 300 mg orálneho morfinu (alebo ekvivalentnej dávky) / deň 3. viac ako 300 mg orálneho morfinu (alebo ekvivalentnej dávky) / deň	1. normálne 2. zmenené
E. Psychosociálny distres	F. Tolerancia opiátov	G. Anamnéza – výskyt v minulosti	
1. neprítomný závažnejší distres 2. závažný distres	1. zvýšenie < 5% iniciálnej dávky / deň 2. zvýšenie > 5% iniciálnej dávky / deň	1. negatívny výskyt alkoholizmu alebo závislosti na omamných látkach 2. pozitívny výskyt alkoholizmu alebo závislosti na omamných látkach	
<p>Štádium 1: A1, A2 B1 C1, C2 D1 E1 F1 G1 → <u>dobrá prognóza kontroly bolesti</u></p> <p>Štádium 2: A4, A5 (ak to inak nie je štádium 3) C3 (ak to inak nie je štádium 3) D2 (ak to inak nie je štádium 3) → <u>stredná prognóza kontroly bolesti</u></p> <p>Štádium 3: A3 (akékoľvek B, C, D, E, F, G) B2 (akékoľvek A, C, D, E, F, G) E2 (akékoľvek A, B, C, D, F, G) F2 (akékoľvek A, B, C, D, E, G) G2 (akékoľvek A, B, C, D, E, F) → <u>veľmi slabá prognóza kontroly bolesti</u></p>			

Zdroj: Adaptované podľa M. D. Anderson, The University of Texas, 2006.

Príloha 6. Škála bolesti podľa Abbey

Hodnotenie bolesti u pacienta s demenciou podľa Abbey			
<p>Postup: Pri pozorovaní pacienta zhodnoťte každú otázku číslom 1 – 6.</p> <p>Meno pacienta:</p> <p>Meno a funkcia pracovníka, ktorý škálu vyhodnocuje.....</p> <p>Dátum:..... Čas:.....</p> <p>Posledná dávka lieku proti bolesti:</p>			
01. Verbalizácia – plač, stonanie:			otázka 1
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3 <input type="checkbox"/>
02. Výraz tváre – napätie, sťažené obočie, grimasy, vydesený výraz:			otázka 2
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3 <input type="checkbox"/>
03. Zmena v reči tela – nepokoj, pohyďdvanie, ochrana určitej časti tela:			otázka 3
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3 <input type="checkbox"/>
04. Zmena v správaní – zmätenosť, odmietanie stravy, zmena návykov:			otázka 4
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3 <input type="checkbox"/>
05. Fyziologické zmeny – abnormálne hodnoty TT, TK, P, potenie, sčervenanie			otázka 5
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3 <input type="checkbox"/>
06. Fyzické zmeny – kožné erózie, dekubity, artritída, kontraktúry:			otázka 6
chýba = 0	mierna = 1	stredne silná = 2	silná = 3 <input type="checkbox"/>
Spočítajte všetky body		Skóre bolesti	
<input type="checkbox"/>			
Zakrúžkujte celkovú hodnotu bolesti:			
0 – 2	3 – 7	8 – 13	14 +
žiadna bolesť	mierna	silná	veľmi silná
Zakrúžkujte druh bolesti:			
akútna	chronická	akútna bolesť nasadajúca na chronickú	

Zdroj: O'CONNOR, M.-ARANDA, S. et al. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. 1.české vyd. Praha: Grada, 2005.

Príloha 7. Posúdenie únavy *Breef fatigue inventory*

POSÚDENIE ÚNAVY (BREEF FATGUE INVENTORY)

Dátum: _____ **Čas:** _____ **Meno a priezvisko:** _____

V priebehu nášho života sa každý z nás občas cítime veľmi unavení a vyčerpaní . Cítili ste sa v období posledného týždňa nejako nezvyčajne unavený/á alebo vyčerpaný/á?										
<input type="checkbox"/> Áno						<input type="checkbox"/> Nie				
1. Ohodnoťte svoju únavu zakrúžkovaním čísla, ktoré najlepšie zodpovedá Vašej MOMENTÁLNEJ ÚNAVE / VYČERPANIU.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Ohodnoťte svoju únavu zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá úrovni Vašej ZVYČAJNEJ ÚNAVY / VYČERPANIA za posledných 24 hodín.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ohodnoťte svoju únavu zakrúžkovaním čísla, ktoré zodpovedá úrovni Vašej NAJHORŠEJ ÚNAVY / VYČERPANIA za posledných 24 hodín.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Zakrúžkujte číslo, ktoré najlepšie popisuje, ako únava v posledných 24 hodinách ovplyvnila Vašu:										
a) celkovú aktivitu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) náladu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnosť chôdze										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) bežnú prácu (v domácnosti i mimo domu)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vzťahy s inými ľuďmi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radosť zo života										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zdroj: Adaptované podľa The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, 1997.

Príloha 8. **Barthelov test základných denných činností** (*ADL-activity daily living*)

Činnosť	Realizácia činnosti		Bodové skóre	
Príjem potravy a tekutín	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Obliekanie	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Kúpanie	Samostatne alebo s pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Osobná hygiena	Samostatne alebo s pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Vyprázdňovanie moča	Kontrolované močenie		10	
	Občas inkontinentný		5	
	Trvalo inkontinentný		0	
Vyprázdňovanie stolice	Kontrola nad vyprázdňovaním stolice		10	
	Občas inkontinentný		5	
	Inkontinentný		0	
Použitie WC	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Úplne závislý na pomoci		0	
Presun lôžko-stolička	Samostatne bez pomoci		15	
	S malou pomocou		10	
	Vydrží sedieť		5	
	Nie je schopný		0	
Chôdza po rovine	Samostatne nad 50 metrov		15	
	S pomocou 50 metrov		10	
	Na vozíku 50 metrov		5	
	Nie je schopný		0	
Chôdza po schodoch	Samostatne bez pomoci		10	
	S pomocou		5	
	Nie je schopný		0	
Vyhodnotenie	Závislosť	Body	Zívislosť	Body
	Vysoko závislý	0 – 40 bodov	Ľahká závislosť	65 – 95 bodov
	Závislosť stredného stupňa	45 – 60 bodov	Nezávislý	96 – 100 bodov

Zdroj: Adaptované podľa Bartel index of activities of daily living. .

**Príloha 9. Test inštrumentálnych denných činností podľa Lawsona a Bodyho IADL-
Instrumental Activity Daily Living**

Činnosť	Hodnotenie	body
Telefonovanie	Vyhľadá samostatne číslo,vytočí si ho	10
	Pozná niekoľko čísiel,odpovedá na zavolanie	5
	Nedokáže používať telefón	0
Transport	Cestuje samostatne dopravným prostriedkom	10
	Cestuje, ak má doprovod,vyžaduje pomoc druhej osoby	5
	Špeciálne upravené vozidlo	0
Nakupovanie	Zájde si samostatne na nákup	10
	Nakúpi s doprovodom a radou druhej osoby	5
	Neschopný nakúpiť	0
Varenie	Uvarí samostatne jedlo	10
	Jedlo si ohreje	5
	Jedlo musí mať pripravené inou osobou	0
Domáce práce	Udržiava domácnosť s výnimkou ťažkých prác,realizuje len ľahšie práce alebo neudržiava primeraný poriadok	10
	Urobí ľahšie práce alebo neudržiava primeraný poriadok	5
	Potrebuje pomoc pri väčšine prác alebo sa nezúčastňuje prác v domácnosti	0
Práce okolo domu	Vykonáva samostatne a pravidelne	10
	Vykonáva pod dohľadom	5
	Vyžaduje pomoc, nevykonáva	0
Užívanie liekov	Samostatne v určenom čase správnu dávku,pozná názvy liekov	10
	Užije ich, ak sú pripravené a priomenie sa mu	5
	Lieky musia byť podané inou osobou	0
Financie	Vedie samostatne,platí účty, pozná príjmy a výdavky	10
	Zvládne drobné výdavky,potrebuje pomoc so zložitejšími operáciami	5
	Neschopný bez pomoci zaobchádzať s peniazmi	0
Hodnotenie	Závislý	0-40 bodov
	Čiastočne závislý	41-75 bodov
	Nezávislý	76-80 bodov

Zdroj: Instrumental of Activities of Daily Living (IADL)

Príloha 10. Škála rizika dekubitov podľa Shannon

b o d y	Duševný stav	Kontinencia	Mobilita	Aktivita	Výživa	Cirkulácia	Teplota	Medikácia
4	bdelosť, čulosť	zachovaná	pohyblivý	chôdza	dobrá	zachovaná	36,6- 37,2°C	bez analgetík, trankvilizérov , steroidov
3	apatia	inkontinencia moču	mierne obmedzená	chôdza s pomocou	uspokojivá	oneskorené naplnenie kapilár	37,2- 37,7°C	jedno z hore uvedených
2	zmätenosť	inkontinencia stolice	veľmi obmedzená	pripútaný na vozík	zlá	mierny opuch	37,7- 38,3°C	dve z hore uvedených
1	stupor, kóma	inkontinencia moču aj stolice	imobilita	pripútanosť na posteľ	kachexia	stredný alebo veľký opuch	nad 38,3°C	všetky z hore uvedených

Riziko vzniku dekubitov je pri skóre 16 bodov a menej .

Zdroj: Staňková, M, 2001.

Príloha 11. Posudzovanie zmätenosti podľa *Gaida*

Pacientovi dávajte otázky a úlohy týkajúce sa oblastí uvedených v prvom stĺpci:

Vek	1	0
Koľko je hodín?	1	0
Adresa	1	0
Súčasný rok	1	0
Kde je pacient hospitalizovaný	1	0
Či pacient pozná aspoň dve osoby	1	0
Dátum narodenia	1	0
Meno súčasného prezidenta	1	0
Odpočítavať od 20 do 1 a späť	1	0

Správna odpoveď zn. že má pacient 1 bod, ak nedosiahne ani 7 bodov ide u pacienta o zmätenosť.

Zdroj: Staňková, M, 2001.