



Názov:

**Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta
v paliatívnej starostlivosti (dieťa) - 1. revízia**

Autori:

PhDr. Helena Gondárová - Vyhničková, dipl. s.

PhDr. Gabriela Nováková, MHA, MPH, dipl. s.

Špecializačný odbor:

Ošetrovateľstvo

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

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (dieťa) - 1. revízia

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0036	14. február 2019	schválené	1. apríl 2020
0036R1	24. október 2023	schválené	15. november 2023

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

PhDr. Helena Gondárová - Vyhníčková, dipl. s.; PhDr. Gabriela Nováková, MHA, MPH, dipl. s.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

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

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

Recenzenti

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

Technická a administratívna podpora

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

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

Kľúčové slová

paliatívna starostlivosť, hospic, dieťa, rodina, sestra, domáca starostlivosť, komplexná ošetrovateľská starostlivosť

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CAM	Confusion assesement method / Metóda stanovenia zmätenosti
CHEOPS	The Children´s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale / Škála na hodnotenie bolesti podľa detskej nemocnice v Ontário
CNS	Centrálna nervová sústava
DOS	Dom ošetrovateľskej starostlivosti
EBM	Evidence Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EBN	Evidence Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EFAT	Edmonton Functional Assessment Tool / Edmonton funkčný hodnotiaci nástroj
EOL	End of life care / Starostlivosť na konci života
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System / Edmonton systém hodnotenia symptómov
EÚ	Európska únia
FLACC scale	Face - Legs - Activity - Cry – Consolability scale / Škála tvár – nohy – aktivita - útecha
HIV	Human immunodeficiency virus
IBCS	Infant Body Coding Systém / Kódovací systém pre dojčatá
LLD	Life limiting and threatening disease / Život obmedzujúce a ohrozujúce ochorenie
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life / Manchesterske krátke hodnotenie kvality života
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NANDA	North american nursing diagnosis association / Severoamerická asociácia ošetrovateľských diagnóz
OSBD	Observational Scale of Behavioral Distress
PEG	Perkutánná endoskopická gastrostómia
RLP	Rýchla lekárska pomoc
sat. O₂	saturácia kyslíka
SR	Slovenská republika
TK	Tlak krvi
TT	Telesná teplota
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia
ZS	Zdravotná starostlivosť

Kompetencie

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

Sestra: V zmysle §28 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení a Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah

ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom v platnom znení je definovaný rozsah praxe:

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

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

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

Praktická sestra-asistent: Vo Vyhláske MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach a v znení neskorších predpisov je uvedený aj rozsah praxe praktickej sestry - asistenta, ktorá samostatne, samostatne na základe indikácie lekára, alebo v spolupráci so sestrou na základe indikácie lekára, alebo v spolupráci s lekárom vykonáva odborné činnosti.

V zmysle zákona č. 67/2022 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z., §102aq ak sa vo všeobecne záväzných právnych predpisoch používa pojem „praktická sestra“ alebo „zdravotnícky asistent“, rozumie sa tým „praktická sestra – asistent“.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dobrovoľníci sú organizovanou a školenou skupinou ľudí, ktorí sú ochotní svoj voľný čas tráviť nezištnou pomocou druhým. Neposkytujú zdravotnú starostlivosť, ani keby boli profesiou zdravotnícki pracovníci. Ak je to potrebné, vykonávajú doplnkové a vedľajšie činnosti technického alebo kultúrneho charakteru s cieľom psychosociálnej podpory zdravotníckych pracovníkov, pacientov, alebo ich rodín: napr. podávanie informácií o zdravotníckom zariadení na orientáciu, sprevádzanie na procedúry, aranžovanie prostredia, drobné nákupy, či kultúrne vystúpenia. Môžu sa podieľať na aktivitách získavajúcich finančné zdroje pre oddelenie paliatívnej medicíny alebo hospic (predaj použitého šatstva, uchádzanie sa o granty a podobne) (Konceptia, 2006).

Dobrovoľnícka činnosť sa riadi zákonom č. 406/2011, Z. z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Úvod

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

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

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

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

Detská paliatívna starostlivosť

je poskytovanie paliatívnej starostlivosti deťom so život limitujúcou a/alebo ohrozujúcou chorobou (Life limiting and threatening disease, LLD). Zahŕňa starostlivosť o detské telo, myseľ a ducha.

Jej poslaním je poskytovať starostlivosť podľa individuálnych potrieb chorého detského pacienta so život limitujúcou a/alebo ohrozujúcou chorobou, špecifických aktuálnemu zdravotnému stavu, vývojovej úrovni a mentálnej situácii dieťaťa, zahŕňa aj podporu rodiny (rodičov, súrodencov, starých rodičov, širšej rodiny a pod.). Nevyliciteľná onkologická choroba alebo závažné život limitujúce a/alebo ohrozujúce LLD (Life limiting and threatening disease) ochorenie je závažným atribútom a postihuje nie len dieťa, ale aj život celej jeho rodiny (Jasenková, 2005). Pre rodinu je to výzva nájsť spôsob ako žiť a zároveň nepopierať fakt, že život dieťaťa je ohrozený. Nevyliciteľná či smrteľná choroba je záťažou pre celú rodinu na somato-psychickej, osobnej úrovni, v materiálno finančnej aj sociálnej rovine. Rodičia aj dieťa osobnostne rastú a dozrievajú: menia životné priority, reorganizujú chod domácnosti (Schroeder, 2018).

Základné princípy paliatívnej starostlivosti u detí a dospelých sú rovnaké. Rozhodovací proces, liečba aj komunikácia majú však svoje špecifiká súvisiace s odlišnosťami fyzického a psychického vývoja u detí v jednotlivých vekových obdobiach (Schroeder, 2018).

Charakteristiky detskej paliatívnej starostlivosti:

- Relatívne malý počet detských pacientov trpí na LLD.
- Lieky v paliatívnej liečbe sú často u detí používané "off label" spôsobom a nie sú vyrábané vo vhodných liekových formách.
- Vek a vývojová úroveň detí ovplyvňuje podávanie liekov, komunikáciu a podporu celej rodiny.
- Dieťa nemá (plnú) právnu zodpovednosť v rozhodovacom procese. Zodpovednosť nesú právni zástupcovia, najčastejšie rodičia.
- Ak je v rodine dieťa s LLD, zamestnanie rodiča a školská dochádzka dieťaťa sú ohrozené, často prerušené alebo ukončené.
- Ak život dieťaťa je ohrozený, emočná záťaž je pre rodičov aj profesionálov veľmi veľká.
- Proces smútenia po strate dieťaťa je náročný a riziko komplikovaného smútenia rodičov je vyššie v porovnaní so stratou dospelého na nevyliciteľné ochorenie.
- Nedostatok odborníkov a vzdelávacích aktivít v oblasti detskej paliatívnej medicíny a starostlivosti má dopad na kvalitu života detí a rodín (Jasenková, 2005).

Lisabonská deklarácia o právach chorých formuluje najzákladnejšie práva, z ktorých sa niektoré bezprostredne dotýkajú problematiky starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich.

V Charte práv sa uvádza:

- Pacient má právo v nevyliciteľnom štádiu ochorenia na takú úľavu a zmiernenie bolestí, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich.
- Nevyliciteľne chorý a umierajúci má právo na humánnu starostlivosť.
- Pacient má právo, aby ho v posledných chvíľach života sprevádzala osoba podľa jeho želania.
- Pacient má právo na dôstojné umieranie.
- Pacient má nárok na dôsledné rešpektovanie písomnej žiadosti nebyť resuscitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov (Vorlíček, 2004).

Charta práv pacientov v Slovenskej republike, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky 11. apríla 2001 uznesením č. 326, článok 8 upravuje "starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich". Dodržiavanie týchto práv je predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť.

Charta práv hospitalizovaných detí:

- hospitalizácia dieťaťa musí byť nevyhnutná,
- právo na rodičov alebo zákonného zástupcu,
- aktívna účasť rodičov na hospitalizácii,
- informovanosť primeraná k veku,
- ochrana pred zbytočnou liečbou alebo výskumom, hospitalizácia s deťmi podobnej vekovej kategórie,
- právo na hru, vyučovanie a prostredie zodpovedajúce detskému veku, profesionalita personálu vzhľadom na detský vek, kontinuálna starostlivosť,
- rešpektovanie súkromia dieťaťa (Charta práv hospitalizovaných detí, 1988).

Práva nevyliciteľne chorých a zomierajúcich môžeme rozdeliť do troch skupín:

1. právo na komplexnú paliatívnu starostlivosť,
2. právo na sebaurčenie a slobodné rozhodovanie,
3. právo na život a ochranu proti úmyselnému usmrteniu (Palliative Care for Children, 2000).

Nemcová (2013) uvádza konkrétne Práva nevyliciteľne chorých a zomierajúcich:

- Mám právo na to, aby sa so mnou až do smrti zaobchádzalo ako s ľudskou bytosťou. Mám právo na nádej a nezáleží na tom, že sa mení moja životná perspektíva.
- Mám právo vyjadriť svoje pocity a emócie týkajúce sa starostlivosti o mňa.
- Mám právo na stálu starostlivosť i napriek tomu, že sa cieľ "uzdravenie" z mojej choroby mení na „zachovanie pohodlia a kvality života“.
- Mám právo nezomrieť opustený. Mám právo byť ušetrený bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovede na svoje otázky. Mám právo nebyť klamaný.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pre rodinu v súvislosti s prijatím mojej smrti.
- Mám právo zomrieť v pokoji a dôstojne.
- Mám právo uchovať si svoju individualitu, mám právo na láskavé pochopenie svojich rozhodnutí a názorov.
- Mám právo byť ošetrovaný pozornými, citlivými a skúsenými ľuďmi, ktorí sa pokúsia porozumieť mojim potrebám, a ktorí budú prežívať zadosťučinenie z toho, že mi budú pomáhať tvárou v tvár smrti.

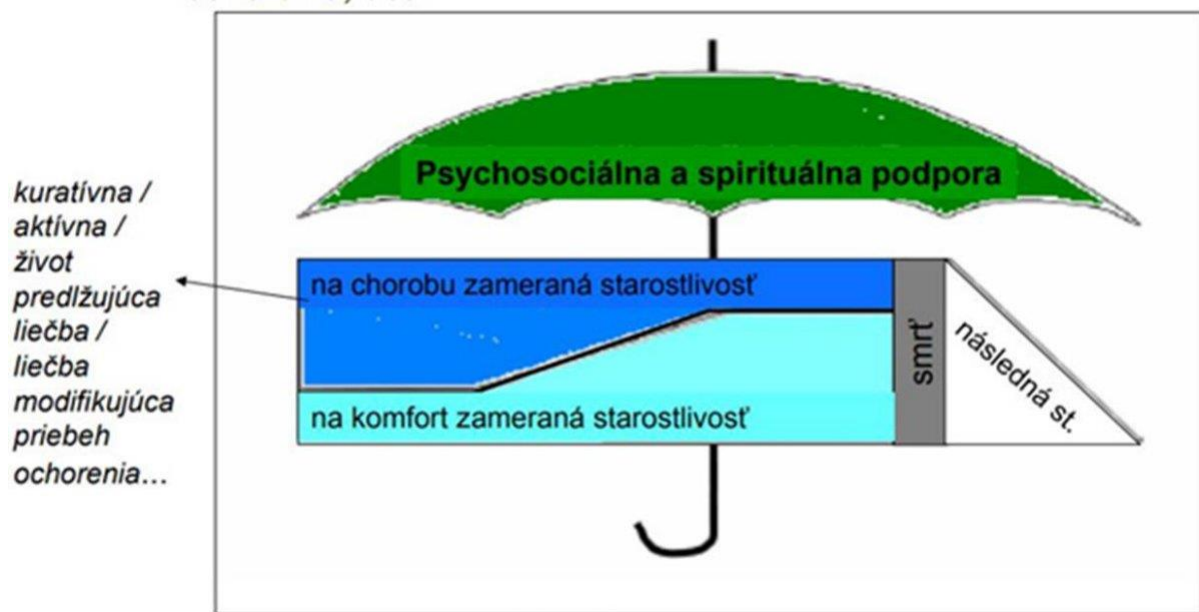
Právo na komplexnú paliatívnu starostlivosť znamená:

- zaistiť, aby paliatívna starostlivosť bola uznaná za zákonný nárok každého individua vo všetkých členských krajinách,
- zabezpečiť spravodlivý prístup k primeranej paliatívnej starostlivosti pre všetky osoby nevyliciteľne choré alebo zomierajúce,
- zaistiť, aby príbuzní a priatelia boli povzbudení sprevádzať nevyliciteľne chorých alebo zomierajúcich a podporovať ich v tom,
- vybudovať ambulantné tímy a siete pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti, aby bola dostupná domáca paliatívna starostlivosť, keď je možné postarať sa o nevyliciteľne chorých, alebo zomierajúcich ambulantne,
- zabezpečiť spoluprácu medzi osobami podieľajúcimi sa na starostlivosti o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich,
- zaistiť rozvoj a uplatňovanie štandardov v starostlivosti o pacientov,
- zabezpečiť, aby chorí dostali primeranú paliatívnu starostlivosť a tíšenie bolesti,

- zaistiť, aby zdravotnícki pracovníci boli školení a vedeli poskytnúť chorému lekársku, ošetrovateľskú či psychologickú starostlivosť,
- založiť ďalšie a rozšíriť existujúce výskumné, výučbové a školiace centrá v odbore paliatívnej medicíny,
- zriadiť špecializované oddelenia paliatívnej starostlivosti a hospice (Palliative care for infants, 2009).

Najlepší záujem dieťaťa znamená to, že navrhovaný priebeh terapie a starostlivosti je v najlepšom záujme pacienta (WHO Definition of Palliative Care, 2017).

Obrázok č. 1 Model starostlivosti pri progredujúcich ochoreniach detí



(Zdroj: International Association Hospice and Palliative Care)

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných informácií uznávaných autorít a overených skúseností. Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi. V textoch sú tieto prístupy, ktoré sú zároveň indikátorom štandardu, označené ◊.

Súbor definovaných postupov komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je určený predovšetkým pre oblasť paliatívnej/hospicovej ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

Jadrom štandardu sú kapitoly „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“.

Miesto výkonu štandardného postupu: Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v rámci paliatívnej zdravotnej starostlivosti dieťaťa.

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní

Neaplikované.¹

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

Prevenencia

Pre dieťa a jeho rodičov je z emocionálneho, ale aj ekonomického hľadiska vhodné poskytovanie paliatívnej detskej starostlivosti v domácom prostredí, ktorá je realizovaná formou hospicovej starostlivosti. Preto prevenencia je chápaná ako prevenencia ďalšieho poškodenia pacienta. Kladie sa dôraz na sekundárnu a terciárnu prevenciu vo všetkých rovinách holistického prístupu k dieťaťu ako k bio-psycho-sociálnemu celku so špecifickými potrebami vychádzajúcimi nie len z ochorenia, ale i veku (Docherty, 2012).

Epidemiológia

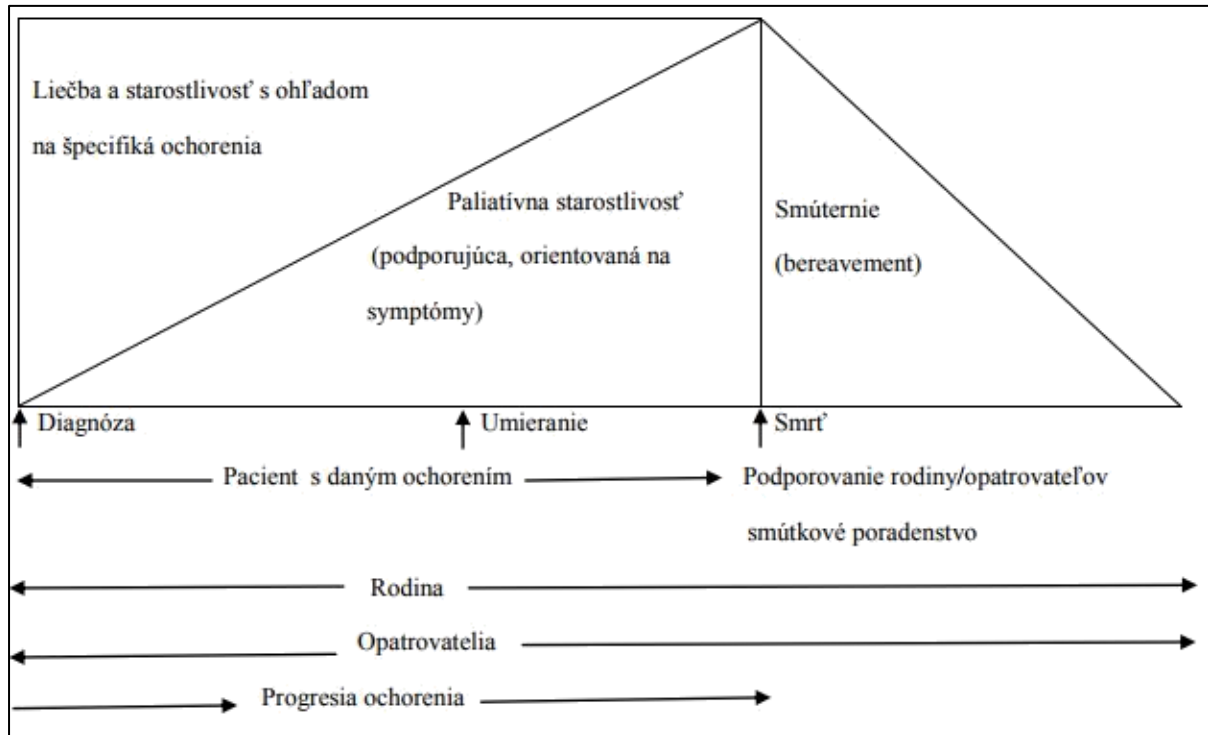
Pediatrická paliatívna starostlivosť má väčšiu rôznorodosť stavov a vyšší podiel nenádorových diagnóz, než je to v paliatívnej starostlivosti pre dospelých (Docherty, 2012).

Detskí pacienti v paliatívnej/hospicovej starostlivosti okrem **nádorových ochorení** (karcinómy, sarkómy, rakovina krvi, nádory CNS) sú postihnutí tiež **degeneratívnymi ochoreniami, vrodenými malformáciami, alebo sú po ťažkých úrazoch CNS** a pod.

Výrazný rozvoj neonatológie a perinatálnej medicíny za súčasných podmienok umožňuje prežívanie detí narodených v čoraz nižších gestačných týždňoch (posunutie hraníc viability), ako aj detí so závažnými vrodenými vývojovými chybami na Slovensku. Aj napriek výrazným medicínskym pokrokom časť týchto pacientov vyžaduje paliatívnu starostlivosť, ktorá je dnes akceptovanou súčasťou svetovej neonatológie.

Incidencia LLD v detskom veku **v európskych krajinách** sa pohybuje v rozmedzí 1 – 3 detí na 10 000 detí v populácii, prevalencia (celkový výskyt) je cca 10-krát vyššia, 10 – 30 detí na 10 000 detí populácii. Odbornú paliatívnu starostlivosť potrebuje cca 50 % týchto detí, t. j. 5 – 15 detí na 10 000 detí v populácii. 30 % detí s LLD sú deti s neliečiteľnou formou nádorovej choroby (najmä nádory CNS, kostí, neuroblastóm) a 70 % tvoria deti s nenádorovými LLD, najmä s neurodegeneratívnymi, metabolickými a vrodenými anomáliami a syndrómami. **Viac ako 50 % detí s LLD sú deti do jedného roku života.** Zo štúdií, ktoré monitorovali prania a preferencie miesta úmrtia u rodičov detí s nevyliciteľnou formou nádorovej choroby vyplýva, že ak by špecializovaná domáca paliatívna starostlivosť bola dostupná a jej služby by boli kvalitné, cca 70 – 90 % detí a rodín by si zvolilo miesto úmrtia v domácom prostredí.

Obrázok č. 2 Postavenie paliatívnej starostlivosti vo vzťahu k progresii ochorenia



(Zdroj: Nemcová, 2013)

Na Slovensku v roku 2022 žilo 1 135 000 detí do 19 roku života (<http://statdat.statistics.sk/>), **1700 detí vyžadovalo špecializovanú paliatívnu starostlivosť**. Ak by si 90 % rodín vybralo domácu formu paliatívnej starostlivosti (ako ukazujú zahraničné štúdie), potrebovalo by ju cca 1500 detí.

V roku 2022 detské domáce hospice poskytli domácu paliatívnu starostlivosť **iba 3,9 % deťom**, ktoré ju potrebujú. Počet detí, ktorým detské oddelenia a kliniky poskytli paliatívnu starostlivosť nie je dostupný (Potrebujeme, 2023).

Patofyziológia

Umieranie dieťaťa je náročný proces pre dieťa, ale i celú rodinu. Cesta každej rodiny je jedinečná, ovplyvnená osobnostnými charakteristikami jej jednotlivých členov, ale aj vekom a psychicou vyspelosťou dieťaťa. Reakcie detí na umieranie sú individuálne v závislosti od veku a psychickej vyspelosti. Dôležité je vždy rozpoznať hranicu a čas vyčerpania všetkých dostupných liečebných možností. Až v tomto okamihu začína paliatívna starostlivosť.

Klasifikácia

V právnom systéme Slovenskej republiky (Zákon č. 578/2004 Z. z.) je uvedené, že zdravotnícky pracovník u nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta (rodičov) v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie.

Klasifikácia život limitujúcich a ohrozujúcich ochorení (LLD) v detskom veku

Choroby, ktoré sú u detí indikované na poskytovanie paliatívnej liečby a starostlivosti delíme do 4 skupín:

- **Kategória 1:** Stav, ktorý ohrozuje život, je možné v ňom využiť kuratívnu liečbu, ale tá nemusí byť úspešná. Dostupnosť služieb paliatívnej starostlivosti je možné využiť súbežne s úsilím o kuratívnu liečbu alebo v prípade, že táto nepovedie k úspechu.

- **Kategória 2:** Stav, napríklad cystická fibróza alebo HIV, kedy sa predčasnej smrti nedá vyhnúť, môžu nastať dlhé obdobia intenzívnej liečby, ktorých cieľom je predĺženie života a umožnenie účasti dieťaťa v bežných činnostiach.
- **Kategória 3:** Progresívny stav bez možnosti kuratívnej liečby, kedy je liečba výhradne paliatívna a môže v tejto podobe trvať bežne celé roky, napríklad ak ide o svalovú dystrofiu.
- **Kategória 4:** Nezvratný, avšak neprogresívny stav s komplexnými zdravotnými problémami, ktoré vedú ku komplikáciám s pravdepodobnosťou predčasného úmrtia. Príklady zahrňujú ťažkú mozgovú obrnu a kombinované postihnutie po poranení mozgu alebo miechy (Vorlíček, 2004).

Posudzovanie

Symptómy závisia od priebehu konkrétneho ochorenia a veku dieťaťa. Popri miestnych príznakoch súvisiacich s miestnym postihnutím, ochorením (končatiny, vnútorné orgány) i liečbou (rádioterapia, chemoterapia), imobilizáciou. Klinický obraz dotvárajú aj mnohé celkové príznaky - vychudnutosť, slabosť, kachexiu, subfebrílie až horúčky, kvalitatívne i kvantitatívne psychické poruchy, narušené sociálne správanie, interakcie v rodine.

Tabuľka č. 1

Standardné postupy 		Rozdelenie detského veku
Obdobie	Vek	
Novorodenec	0 – 28 dní	
Dojča	1 mesiac – 1 rok	
Batoľa	1 – 3 roky	
Predškolač	4 – 6 rokov	
Mladší školák	7 – 11 rokov	
Starší školák	12 – 15 rokov	
Adolescent	16 – 18 rokov	

Zdroj: International Association Hospice and Palliative Care

Dojčenský vek - dieťa si v tomto vekovom období neuvedomuje skutočnosť, že umiera. Dieťa síce nie je schopné rozumovo chápať ochorenie, preto je obtiažne dieťa dostatočne pripraviť na liečebné zákroky alebo vyšetrenie, no senzomotorické schopnosti a citlivosť na fyzické podnety je veľmi dobrá. Poznávacie procesy v dojčenskom období dozrievajú prostredníctvom pohybu a vnímania. Opakované prežívanie pohodlia alebo bolesti môže viesť k značnému strachu a adversívnym reakciám. Tento vek je aj obdobím tzv. symbiotickým – hoci je už dieťa od matky biologicky oddelené, tvorí s ním aj naďalej po určitú dobu psychickú jednotu. Je matkou prestupované a matka je tiež svojim dieťaťom úplne pohlcovaná. Nemocničné prostredie často u detí spôsobuje takzvanú separačnú úzkosť z núteného odlúčenia od rodičov, hlavne od matky. Objavuje sa plač, zúfalstvo, krik, nepokojný spánok, psychomotorické problémy. Čím je dieťa mladšie, tým je citlivejšie, bezbrannejšie a zraniteľnejšie, preto i náchylnejšie a menej odolnejšie voči spomínaným emóciám. Preto by sa malo čo najskôr umožniť dieťaťu kontakt s matkou a otcom, najlepšie v domácom prostredí, aby mohlo nadobudnúť čo najskôr pocit bezpečia a istoty.

Batoliaci vek - dieťa začína liezť, postupne chodiť, čím uchopuje svoje bezprostredné okolie. K utváraniu vlastnej identity, ako tvorcu vlastných skutkov začína používať známe – ja sám. Choroba obmedzuje vývoj pohybu a osamostatňovanie sa. Deti sa väčšinou boja zdravotníckych pracovníkov. Hlavnú úlohu tu hrá vlastná skúsenosť s „bielym plášťom.“ Potom je tu strach z bolesti, odpor, bezmocnosť. Závažnosť bolesti

býva u detí často podceňovaná. Účast' rodičov pri bolestivých procedúrach je prospešná. Prítomnosť rodičov bráni vzniku nadmernej úzkosti. Aj v tomto veku pretrvávajú strach z odlúčenia od matky, čo sa môže prejavovať v troch fázach. Fáza protestu, fáza zúfalstva, fáza rezignácie. Aj chorému dieťaťu je nutné zaistiť čo najviac možností pre samostatné rozhodovanie a voľnosť v pohybe, čo je pre tento vek veľmi dôležité pre dozrievanie jeho individuality.

Predškolský vek - toto obdobie je charakteristické tým, že dieťa prežíva bohatý subjektívny odraz skutočnosti. Dokáže vymýšľať a rozprávať udalosti, ktoré sa nikdy nestali, fantáziou modifikuje realitu, samé verí, že to čo rozpráva sa skutočne stalo. Upokojujúca rodičovská prítomnosť je nezastupiteľná. Komunikáciu je potrebné viesť jednoduchými vetami. Na otázku dieťaťa odpovedať jasne a zrozumiteľne. Vysvetlenie podáme s prihliadnutím na vek – u predškolákov je vhodné použiť rozprávkové príbehy s obrazovými podobenstvami.

Školský vek - v školskom veku počítame u dieťaťa s rozumovou a vývinovou úrovňou. Je zamerané na poznanie skutočného sveta, na jeho pravidlá fungovania. Deti v období **mladšieho školského veku** majú kognitívne schopnosti už dostatočne vyvinuté, aby pochopili svoje ochorenie. Reakcia je ale často viazaná na momentálne prežívanie. V **staršom školskom období** dieťa už zväčša chápe skutočnú závažnosť situácie. Knihy a brožúry mnohokrát pomôžu dieťaťu pochopiť čo sa s ním deje. Významný vplyv na dieťa má jeho vzťah k rovesníkom, dôležitými sa stávajú priateľstvá. Choré dieťa sa od svojich rovesníkov začne líšiť nielen slabšou kondíciou, ale aj fyzickým vzhľadom. Dieťa sa môže stať terčom výsmechu. Priateľské kontakty so spolužiakmi pomôžu prekonať pocity izolácie a stavy úzkosti. V pocite pohody má aj v tomto veku nezastupiteľnú úlohu rodina.

Adolescencia - je to obdobie prechodu z detstva do dospelosti. V tomto období dosahuje mladý človek pohlavnú zrelosť a buduje si vlastnú identitu ako jedinec oddelený od rodiny. Dospievanie patrí medzi najzložitejšie obdobia dieťaťa. Adolescenti si vyžadujú mimoriadne citlivý prístup. Majú sklon k izolácii, negativizmu, pocitom menejcennosti a pesimizmu. Zvyčajne je to posilnené ešte závažnosťou ochorenia. Potrebujú preto mať pri ošetrovaní navodenú atmosféru dôvery a to nadobudnutím pocitu spoľahlivosti a pravdovravnosti. Pre adolescenta je veľmi dôležité si udržiavať pôvodné sociálne kontakty. Slúžia na to návštevy, internet, podpora rodiny. Je dôležité s postihnutými adolescentmi hovoriť úprimne a otvorene hovoriť o ich stave, následkoch liečby a budúcnosti. Významnú úlohu tu zohrávajú aj svojpomocné skupiny (Ondriová, 2013b).

Rodina a nevyliciteľne choré dieťa

Choroba dieťaťa zasahuje rodičov kombináciou rôznych citových zážitkov a každý z nich môže situáciu zvládať svojim individuálnym spôsobom. Rodina často prežíva pocity úzkosti, strachu, frustrácie, zlosti, smútku a trúčlenia zo straty plánov, pokusy dať zmysel nezmyselnej komunikácii, ignorácie, neustáleho dohľadu, zvýšenej zodpovednosti, obmedzovania vlastných aktivít, zvýšenej kritickosti a zabúdania na ostatných členov rodiny (Ondriová, 2013a).

Podľa Kübler-Rossovej **reakcie rodičov** prechádzajú piatimi fázami.

1. fáza je **šok** – objavuje sa neistota, zmätočné myslenie, prehnané reakcie.
2. fáza je **popretie** (alebo útek zo situácie) – odmietanie pripustiť si závažnú skutočnosť, „to nie je možné...“, „ja tomu neverím...“, „musí existovať nejaká možnosť“.
3. fáza - **smútok, zlosť, úzkosť, pocity viny** – rodičia vinia lekárov za zhoršený stav, seba za zanedbanie, za nezvládanie rodičovskej role.
4. fáza **rovnováhy** - čo je zvládanie citových otrasov, prijatie zodpovednosti za situáciu a prijatie konštruktívnych riešení, participácia na liečbe dieťaťa.

5. fáza je **reorganizácia** - je to zmierenie a prijatie dieťaťa ako takého, adaptácia na život s chorobou, hľadanie nových východísk a riešení v budúcnosti rodiny a dieťaťa (Kozierová, 1995).

V prvých troch fázach rodičia reagujú iracionálne a nie sú schopní vnímať a spracovávať informácie o chorobe a možnostiach liečby (Melišová, 2000).

Ťažkú situáciu rodinní členovia zvládajú rôznym spôsobom - coping, popretie, vytesnenie, racionalizácia, ospravedlňovanie, projekcia, intelektualizácia. Silný stres a frustrácia môžu stimulovať obranné mechanizmy rodiny (Singer, 2016).

Sestra pri ošetrovateľských intervenciách vychádza z potrieb dieťaťa. Podľa štádia ochorenia sa prioritou jednotlivých potrieb u dieťaťa môže meniť (Docherty, 2012).

Maslowova teória hierarchie potrieb potreby delí:


1. **Fyziologické potreby:** pacientovi je nutné zabezpečiť kvalitnú stravu s dostatočným množstvom vitamínov a nutričnou hodnotou, pomoc pri vylučovaní a hygiene, dostatok pohybu, zabezpečiť dostatok oddychu a spánku, asistencia pri podávaní liekov atď.
2. **Potreba bezpečia, istoty:** ošetrojúci personál/opatrovateľ svojim kľudným a láskavým prístupom a službami dodáva pocit istoty a potrebnej pohody. Chráni pacienta od záťažových situácií, poskytuje asistenčné služby v nemocničnom alebo domácom prostredí.
3. **Potreba lásky, prijatia, spolupatričnosti:** tieto atribúty najlepšie zabezpečuje rodinný alebo priateľský kruh, ktorí pacientovi svojim prístupom dodávajú potrebnú „citovú výživu“ pre jeho zdravé psychické fungovanie.
4. **Potreba uznania, úcty:** pacient by nemal mať pocit, že je odsudzovaný, najmä ak je zmrzačený, zohyzdený chorobou. Musí mať možnosť zažiť, že sa úcta prejavuje napriek fyzickým a psychickým zmenám.
5. **Potreba seberealizácie:** je prejavom potreby plánovať. Nesmieme žiadnej živej bytosti zobrat' sny. Sny sú nádej. Rodičovská opatera sa ukázala jedným z najúčinnjších spôsobov naplnenia potrieb chorého dieťaťa v nemocničnom a v domácom prostredí (Hotáková, 2007).

Účelná štruktúra pre zber dát pri posudzovaní pacienta podľa ošetrovateľského modelu Marjory Gordonovej doplnená o taxonómiu NANDA II:

◇ Sestra posudzuje:

1. Podpora zdravia:
 - efektívny liečebný režim, primeraný životný štýl, udržiavanie domácnosti.
2. Výživa:
 - prijímanie potravy - dojčenie, prehltnutie, primeranosť výživy (zloženie, množstvo), trávenie, vstrebávanie (meteorizmus, hnačka, prospievanie dieťaťa);
 - hydratácia - dostatok telesných tekutín, znížený/zvýšený objem telesných tekutín;
 - riziko deficitu telesných tekutín, riziko nerovnováhy objemu telesných tekutín.
3. Vylučovanie:
 - močový systém - narušené vylučovanie moču, retencia moču, inkontinencia moču;
 - tráviaci systém - inkontinencia stolice, hnačka, zápcha;
 - kožný systém - potenie;
 - dýchací systém - narušená výmena plynov.

Tabuľka č. 2


 Hodnotenie saturácie kyslíka (sat. O₂)	
Fyziologické hodnoty	95 - 100 %
Akceptovateľné hodnoty sat. O ₂ u chronických ochorení – napr. CHOCHP	85 - 89 %
Abnormálne hodnoty (patologické) sat. O ₂	80 - 70 %
Životohrozujúce hodnoty sat. O ₂	menej ako 70 %

Zdroj: International Association Hospice and Palliative Care

4. Aktivita – odpočinok

- spánok/odpočinok - narušený spánok, spánková deprivácia,
- aktivita/pohyb - riziko imobilizačného syndrómu - imobilizačný syndróm je komplex príznakov, ktoré sa vyvíjajú následkom obmedzenia pohybu; Atkinsonová et al. (1990) uvádza ako bezprostrednú príčinu smrti hypostatickú pneumóniu, malnutríciu, kardiálnu dekompenzáciu a sepsu v dôsledku infekcie dekubitov; medzi ďalšie príčiny vzniku imobilizačného syndrómu patrí i slabosť, bolesť, strata rovnováhy a psychické problémy, zhoršená pohyblivosť, zhoršená pohyblivosť na lôžku, narušená schopnosť manuálne ovládať invalidný vozík, zhoršené premiestňovanie sa, narušená chôdza, nedostatok oddychových aktivít,
- potulovanie sa,
- sebaopatera pri obliekaní a úprave zovňajšku, sebaopatera pri kúpaní a hygiene, sebaopatera pri stravovaní, sebaopatera pri vyprázdňovaní,
- oneskorené pooperačné zotavovanie, únava,
- kardiovaskulárna – pulmonálna odpoveď - srdcový výdaj, spontánna ventilácia, efektivita dýchania, tolerancia aktivity,
- dysfunkčné odpájanie umelej pľúcnej ventilácie,
- efektívne prekrvenie tkanív (dysfunkčnosť z dôvodu zlyhania: renálneho, cerebrálneho, kardiopulmonálneho, gastrointestinálneho, periférneho).

Tabuľka č. 3


 Fyziologické hodnoty srdcovej a dychovej frekvencie a tlaku krvi u detí				
Vek	Pulzy za minútu	Dychy za minútu	Tlak krvi systolický	Tlak krvi diastolický
Novorodenec	120 – 160	30 – 50	55 -75	27
7 dní – 5 mesiacov	90 – 140	25 – 40	75 – 90	40 – 45
6 – 12 mesiacov	80 – 140	20 – 30	95	45 – 47
1 – 3 roky	80 – 130	20 – 30	95	50
4 – 5 rokov	80 – 120	20 – 30	95 – 98	57
6 – 10 rokov	70 – 110	15 – 30	100 – 112	57 – 60
11 – 14 rokov	60 – 105	12 – 20	112 – 115	60 – 67
14 + rokov	60 - 100	12 - 20	115 - 120	67 - 70

Zdroj: International Association Hospice and Palliative Care

Pri posudzovaní mobility a imobility u staršieho dieťaťa sestra hodnotí schopnosť **pacienta vykonávať aktivity** denného života (napr. stravovanie, obliekanie, hygiena, chôdza, udržiavanie moču a stolice, užívanie chodítka, vozíka, schopnosť presunu z postele do kresla, komunikácia). Hodnotenie sestra realizuje (optimálne) pri použití vhodných bodovacích systémov, napríklad **Barthelovej test denných aktivít** (Becker, 2009).


5. Vnímanie – poznávanie
 - pozornosť – udržanie pozornosti,
 - orientácia - interpretácia okolia,
 - zmyslové vnímanie - zrakové, sluchové, chuťové, kinetické, hmatové, čuchové poznávanie – dostatok, akútna zmätenosť, chronická zmätenosť, pamäť,
 - myšlienkové procesy,
 - komunikácia - verbálna a neverbálna komunikácia.
6. Vnímanie seba samého
 - sebakoncepcia, bezmocnosť, riziko bezmocnosti, beznádej, riziko osamelosti,
 - sebaúcta, riziko situačne zníženej sebaúcty,
 - vnímanie obrazu tela.
7. Rola - vzťahy
 - rola opatrovateľa - preťaženie opatrovateľa, riziko preťaženia opatrovateľa, riziko zhoršenia rodičovskej roly,
 - rodinné vzťahy - funkčnosť života rodiny, alkoholizmus, riziko oslabenia rodičovského puta ku dieťaťu, vykonávanie rol – dopad prerušenia dojčenia, efektívne vykonávanie roly matky/otca, sociálne interakcie.
8. Sexualita
 - vyrovnávanie sa adolescenta s prejavmi sexuálnej dysfunkcie, otázky adolescenta o reprodukciu.
9. Zvládanie – tolerancia stresu
 - postraumatická odpoveď: prejavy stresového syndrómu, riziko stresového syndrómu, posttraumatický syndróm,
 - zvládanie záťaže - prejavy strachu, úzkosti, úzkosti zo smrti, chronický zármutok, neefektívne zvládanie záťaže, zvládanie záťaže rodinou,
 - narušené správanie.
10. Životné princípy
 - hodnoty – prioritizácia hodnôt rodiny v súvislosti s ochorením dieťaťa, súlad hodnôt, viery a konania,
 - viera - duchovná pohoda, riziko duchovnej úzkosti,
 - neochota k spolupráci.
11. Bezpečnosť – ochrana
 - infekcia - riziko infekcie v súvislosti s invazívnymi vstupmi, poranením, oslabenou imunitou,
 - telesné poranenie, riziko poranenia, riziko pádu, riziko úrazu - k najviac odporúčaným skriningovým nástrojom pre iníciaľne posúdenie rizika pádov patrí **Morse Fall Scale**, **Hendrich Fall Risk Model**. Nástroje skriningové alebo nástroje na posúdenie funkčného stavu, či rôzne klinické testy môžu byť formulované na báze jednoduchého zoznamu rizikových faktorov (Aranda-Gallardo, 2013),
 - narušená sliznica ústnej dutiny, narušený chrup,
 - narušená integrita kože, riziko narušenia integrity kože, narušená integrita tkanív.

Tabuľka č. 4

 Kritériá toxicity v dutine ústnej pri chemoterapii podľa WHO				
0. stupeň	1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	4. stupeň
neprítomná	nepohoda, poboľovanie v dutine ústnej, začervenanie sliznice DÚ	bolestivé vriedky, začervenanie, potravu môže prijímať	defekty, nemôže prijímať tvrdú stravu, len tekutiny	nemôže prijímať tvrdú stravu, ani tekutiny


Hospicová starostlivosť je pre vznik dekubitov vysoko rizikovým prostredím, pretože u pacientov na konci života dochádza k multiorgánovému zlyhaniu. Koža je najväčším orgánom tela a je náchylná na poškodenie podobne ako ktorýkoľvek iný orgán. Z tohto dôvodu je porucha/porušenie kože u mnohých pacientov na konci života nevyhnutná a jej vyliečenie je často nerealistickým cieľom. V literatúre sa uvádza miera výskytu dekubitov u detí 0,29 % až 27 % (Sedlářová, P. a kol., 2008).

Tabuľka č. 5

 Modifikovaná Nortonovej škála na hodnotenie rizika vzniku dekubitov					
Položky	4	3	2	1	Bodové skóre
Schopnosť spolupráce / motivácia	úplná	malá	čiastočná	žiadna	
Vek	do 10 rokov	od 11 do 30 rokov	od 31 do 60 rokov	61 rokov a viac	
Stav kože	normálna	ľahké zmeny	stredné zmeny	ťažké zmeny	
Pridružené ochorenia	žiadne	ľahká forma	stredná forma	ťažká forma	
Fyzický stav	dobrý	zhoršený	zlý	veľmi zlý	
Stav vedomia	bdelý	apatický	zmätený	sopor až bezvedomie	
Aktivita	chodiaci	chodiaci s pomocou	sedí na lôžku, v kresle, závislý na invalidnom vozíku	ležiaci	
Pohyblivosť	X	čiastočne obmedzená	veľmi obmedzená	žiadna	
Inkontinencia	nie je	občasná	väčšinou močová	moču aj stolice	
Výsledok = súčet bodov (max 36 bodov):					
36 - 26 bodov – bez rizika dekubitov 25 – 24 bodov – nízke riziko vzniku dekubitov 23 – 19 bodov – stredné riziko vzniku dekubitov 18 – 14 bodov – vysoké riziko vzniku dekubitov 13 – 9 bodov – veľmi vysoké riziko vzniku dekubitov					
Dátum a čas posúdenia sestrou:					

(Zdroj: Berglund.Nordström, 1995)


Tabuľka č. 6

 Detská škála pre hodnotenie rizika poškodenia kože		
Hodnotený parameter		Body
Hmotnosť	priemerná vzhľadom k veku	0
	nižšia než pôrodná váha	2
	nižšia vzhľadom k veku alebo nadváha	3
Typ kože	tmavá	0
	svetlá	1
	citlivá	2
	poškodená, škvrnitá	3
Vek	novorodenecký	3
	ostatní	1
Kontinencia	kontinentný	0
	katetrizovaný	1
	nosí plienky, u detí nad 4 roky - inkontinentný	2
	zaparený	3
Mobilita	plná	0
	nepokoj, vrtenie	1
	sedácia, bránenie v pohybe	2
	znehynbenie	4
Chuť k jedlu	dobrá	0
	slabá	1
	iba tekutiny, gastrická sonda	2
	malabsorbcia, neprospievanie, nič per os, dehydratácia	3
Cyanóza	bez cyanózy	0
	akrocyanóza	1
	mierna cyanóza	3
	generalizovaná cyanóza	5
Neurologické problémy	žiadne	0
	oneskorený vývoj	2
	bezvedomie	5
Zvláštne riziká	infekcia	2
	ionotropná podpora	3
	diabetes mellitus	4
	cirkulačné cievne ochorenie, hypoxémia	5
	malnutrícia tkaniva, terminálna kachexia	8
Medikácia	antibiotiká spôsobujúce hnačku, zapareniny, mykózy	3
Chirurgický zákrok	trvanie operácie viac ako 2 hodiny	5
	trvanie operácie viac ako 5 hodín	7
Hodnotenie:	nad 10 bodov = riziko nad 15 bodov = vysoké riziko nad 20 bodov = veľmi vysoké riziko	

(Zdroj: Sedlářová, P. a kol., 2008)

- riziko dusenia, riziko aspirácie, zhoršená priechodnosť dýchacích ciest,
- riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie,
- neefektívna odolnosť,
- násilie - riziko sebapoškodenia, sebapoškodenie, riziko násillia inými osobami, riziko sebevraždy,
- riziká životného prostredia - riziko intoxikácie,
- obranné procesy - alergická reakcia, riziko alergickej reakcie,
- termoregulácia - riziko nerovnováhy telesnej teploty, neefektívna termoregulácia, hypotermia, hypertermia.

Tabuľka č. 7

 Hodnotenie saturácie kyslíka (sat. O ₂)	
Telesná teplota	Rozmedzie
Subnormálna	pod 36,0 °C
Fyziologická (afebrília)	36,0 – 36,9 °C
Mierna horúčka	38,1 – 38,8 °C
Stredná horúčka	38,9 – 39,9 °C
Hyperpyrexia	40,0 °C a viac

(Zdroj: International Association Hospice and Palliative Care)

12. Komfort

- telesný komfort - akútna bolesť, chronická bolesť, nauzea
 Údaje o detskej bolesti možno získať z viacerých zdrojov, ale u detí predškolského a školského veku je najvhodnejšie hodnotenie detským pacientom. Diagnostika a posúdenie bolesti u dieťaťa zahŕňa niekoľko parametrov, dimenzií bolesti:
 - typológia bolesti (kde to bolí?),
 - intenzita bolesti (ako veľmi to bolí?),
 - kvalita bolesti (aká je bolesť?, slovné vyjadrenie),
 - časový priebeh bolesti (ako sa bolesť mení v čase),
 - ovplyvniteľnosť bolesti (po čom bolesť ustupuje?),
 - kedy je bolesť väčšia?,
 - príčina bolesti vyplývajúca z detského ponímania choroby a bolesti (prečo to asi bolí?),
 - stratégie zvládania bolesti (čo urobiť preto, aby bolesť bola menšia?) (Palliative care for infants, 2009).

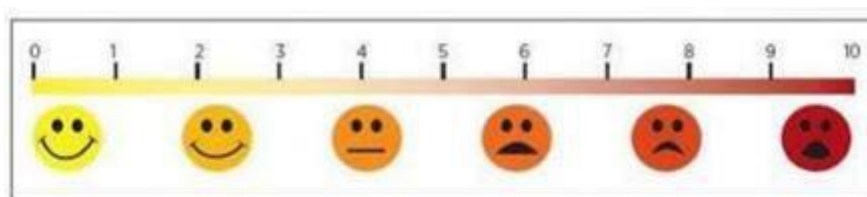
Do obsahu posudzovania bolesti patria sprievodné **vegetatívne prejavy** bolesti (Docherty, 2012).

Optimálny spôsob hodnotenia bolesti u detí závisí od veku dieťaťa, predchádzajúcej skúsenosti, typu bolesti a od situácie, v akej ju hodnotíme.

Plač/krik patrí k najvýraznejším ukazovateľom bolesti u preverbálnych detí (Palliative care for infants, 2009). V predškolskom veku už dieťa dokáže s pomocou hodnotiť intenzitu bolesti (Palliative care for infants, 2009). U starších detí je zlatým štandardom „samoreferovanie“ (Palliative care for infants, 2009).

Faces Pain Scale – dieťa si vyberá jednu zo 7 nakreslených výrazov tváre, ktorá najviac vyjadruje, ako sa cíti (Saroyan, 2017). **Faces Pain Assessment Tool** (hodnotiaca škála výrazu bolesti), ktoré majú 5 výrazov tváre. V predškolskom a v mladšom školskom veku, sa používa analýza **detskej kresby** (Garra, 2009). V školskom období možno v spolupráci s dieťaťom komplexne posúdiť jednotlivé stránky bolesti (Saroyan, 2017). Celkové bolestivé správanie možno pozorovať a hodnotiť mnohými metódami, napríklad OSBD – **Observational Scale of Behavioral Distress** – Pozorovacia škála behaviorálneho distresu (Blount, 2009). **Infant Body Coding System** (IBCS) hodnotí pohyby rúk/nôh, pohyby horných a dolných končatín, hlavy, trupu a ďalšie odpovede na bolestivé stimuly: Morov reflex, extenzia končatín, uhybanie, vyrovnávací pohyb (Holsti, 2007). Kompozitné schémy, využívajúce behaviorálne aj fyziologické reakcie. Napríklad CHEOPS – The **Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale** používa 6 kategórií správania: plač, zmena mimiky tváre, verbalizácia, pohyby trupu, siahanie na ranu a pohyby končatín (Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale, 2017).

Obrázok č. 3 Hodnotenie bolesti u detí – vizuálna škála, škála tvári




(Zdroj: Rybárová, 2008)

FLACC scale – Face (tvár), Legs (končatiny), Activity (aktivita), Cry (plač/krik) and Consolability

- komfort súvisiaci s prostredím – úprava prostredia,
- sociálny komfort – priateľské milujúce prostredie, sociálna izolácia,
- kvalita života – je tým vyššia, čím menší je rozdiel medzi možnosťami a očakávaniami - ambíciami.

Kvalita života je najvyššia, ak sú všetky potreby naplnené a najnižšia, ak niektoré nie sú uspokojené (Hatoková, 2009). K metódam so širšou dimenziou zisťovania kvality života patrí Krátky spôsob hodnotenia kvality života – **Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)** (Nemcová, 2013).

Tabuľka č. 8

 FLACC scale - hodnotenie bolesti a diskomfortu u malých detí			
	0	1	2
Tvár	Žiadny zvláštny výraz alebo smiech	Občas grimasy alebo zachmúrenosť, nezáujem	Časté zachmúrenie, zatínanie čelustí, chvejúca sa brada
Končatiny	Relaxované v normálnej polohe	Nepokoj, tenzia	Kopanie, naťahovanie končatín
Aktivity	Ticho leží v normálnej pozícii, pohyby ľahké	Krútenie sa, otáčanie na brucho a chrbát, tenzia	Stáčanie sa do opistotonu, rigidita, kŕče
Krik / plač	Plač je prítomný	Stonanie, občasné nariekanie	Stály plač, výkriky, vzlykanie, časté sťažnosti
Schopnosť upokojenia	Spokojnosť, relaxácia	Upokojenie po pohladení, objatí, dohovore	Náročné utíšenie
Hodnotenie: 0 relaxácia a komfort 1 – 3 mierny diskomfort 4 - 6 stredná bolesť 7 – 10 silná bolesť, diskomfort			

Zdroj: Rybárová, 2008

13. Rast – vývoj

- rast a vývoj - nesúmerný rast a oneskorený vývoj – vyrovnanie sa dieťaťa a rodičov, „Skrátené“ posudzovanie symptómov u starších detí v hospicovej starostlivosti môže byť cez **Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)** alebo **EFAT – Edmonton Functional Assessment Tool** (Edmonton Functional Assessment Tool, 2011).

Obrázok č. 4 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 dobrý	-----	nemá chuť do jedla
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
pocituje 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	

(Zdroj: Nemcová, 2013)

Diagnostika

Sesterská diagnóza je klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo zdravotné problémy či životný proces. Sesterské diagnózy poskytujú základ pre výber ošetrovateľských zásahov na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra zodpovedná.

Sesterské diagnózy podľa prílohy vyhlášky č. 306/2005 Z. z. MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

- A 100 – 109 Narušená adaptácia
- A 110 – 119 Narušená aktivita
- A 131 Riziko aspirácie
- B 100 – 109 Bezmocnosť, beznádej, duchovná tieseň
- D 100 – 109 Dekubit, riziko dekubitu
- D 120 – 129 Nedostatočné dýchanie a čistenie dýchacích ciest, riziko hypoxie
- E 100 – 119 Nedostatok vedomosti a informácií, potreba edukácie
- I 110 – 119 Izolácia sociálna
- I 120 – 129 Riziko infekcie, infekcia
- K 100 – 109 Narušená komunikácia, narušená sociálna interakcia
- K 110 – 129 Narušená celistvosť kože, riziko narušenia celistvosti kože
- P 100 – 119 Porucha psychických stavov a procesov
- R 110 Narušené vzťahy v rodine, riziko
- R 122 Narušené plnenie roly
- S 100 – 119 Sebaopatera, nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene, prijímaní potravy, vyprázdňovaní, v úprave okolia a zovňajšku, aktivitách denného života
- S 120 – 129 Narušená sebakoncepcia, Riziko sebaškodovania,
- S 124 Porucha prijatia vzhľadu vlastného tela
- S 140 Narušený spánok

S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca
S 151 Nedostatočná spolupráca rodiny
T 100 – 109 Riziko zníženého, zvýšeného príjmu tekutín
T 110 – 119 Zvýšená/znížená telesná teplota
V 100 – 119 Poruchy vyprázdňovania
V 120 – 139 Porucha výživy
Z 100 – 119 Zmenené zmyslové vnímanie

Plánovanie a realizácia

Supportívna liečba (best supportive care) je termín, ktorý sa používa v situácii, ak sa liečba ukončila, je neúčinná a v ďalších krokoch sa bude sústreďovať na čo najlepšie odstraňovanie príznakov (Dickson, 2014). **Starostlivosť na konci života** (end of life care) je špecifickou aplikáciou intervencií a služieb paliatívnej starostlivosti v posledných hodinách, dňoch či týždňoch života (Hebert, 2011).

Ošetrovateľská starostlivosť, potreby nevyliciteľne chorého pacienta

Každý človek potrebuje uspokojiť svoje potreby ako v zdraví, tak i v chorobe, zvlášť vtedy, keď jeho ochorenie sa nedá vyliečiť a nastupuje paliatívna starostlivosť. Sú to potreby, ktoré vychádzajú z **bio-psycho-sociálnej jednoty** a ktorých uspokojovanie je základom **holistického prístupu** v starostlivosti o zomierajúceho. Potreby dieťaťa v hospicovej starostlivosti sú podmienené jeho aktuálnym zdravotným stavom, základným ochorením a vekom.

◇ Sestra si vytýči ošetrovateľské stratégie alebo intervencie s cieľom prevencie, redukcie, eliminácie pacientových zdravotných problémov.

◇ Plán ošetrovateľskej starostlivosti vychádza z diagnostickej fázy, viaže sa na problém a etiológiu a do jeho tvorby sestra zapája pacienta, členov rodiny, ďalší zdravotnícky personál (psychológ, pedagóg, fyzioterapeut), podporné osoby.

◇ Pri plánovaní a realizácii intervencií sestra prioritne zohľadňuje požiadavku poskytovania lásky, bezpečia a istoty zo strany rodiny aj ošetrojúceho personálu.

◇ Pri plánovaní a realizácii intervencií sestra venuje pozornosť rodičom a poskytuje im dostatok sily a opory vo fáze pre finem a post finem.

◇ Sestra podporuje a aktívne napomáha k poskytovaniu paliatívnej starostlivosti o dieťa prednostne v domácom prostredí.

◇ Sestra ošetrovateľskú starostlivosť realizuje metódou ošetrovateľského procesu.

◇ Sestra:

- v spolupráci s lekárom administratívne preberie do starostlivosti dieťa v domácom prostredí,
- oboznámi sa s údajmi o zdravotnom stave dieťaťa, ktoré sú uvedené v zdravotnej dokumentácii, vrátane ošetrovateľskej prepúšťacej správy a doporučení sestry z nemocničného zariadenia,
- spolu s lekárom hospicu absolvuje prvú návštevu dieťaťa v jeho domácom prostredí,
- pri prvom kontakte s dieťaťom a jeho rodinou dbá na vybudovanie dôvery v jej starostlivosť, s dieťaťom komunikuje primerane jeho veku a mentálnej úrovni,

- dieťa a rodičov informuje o plánovanej ošetrovateľskej starostlivosti a od zákonného zástupcu dieťaťa získa informovaný súhlas,
- vykoná ošetrovateľský manažment alebo asistent v požadovanom poradí, informácie získava nielen od dieťaťa, ale i rodičov, podporných osôb, lekára,
- vykoná sesterskú diagnostiku – stanoví sesterské diagnózy aktuálne aj potenciálne podľa platnej legislatívy,
- naplánuje ošetrovateľské intervencie, vrátane stanovenia priorít,
- realizuje jednotlivé ošetrovateľské intervencie podľa stanovených ošetrovateľských štandardizovaných postupov s holistickým prístupom k dieťaťu, pri ošetrovaní individualizuje ošetrovateľské intervencie podľa aktuálneho stavu pacienta, základného ochorenia, želania dieťaťa i rodičov,
- vykoná kontrolu efektívnosti realizovaných ošetrovateľských intervencií, prípadne reviduje ošetrovateľský plán, dieťaťu a jeho rodine oznámi ďalšiu predpokladanú návštevu,
- pri nedostatku informácií súvisiacich s ošetrovateľskou starostlivosťou a zdravotno – sociálnou starostlivosťou poskytne informácie dieťaťu aj rodine,
- pri stanovení edukačnej sesterskej diagnózy pripraví edukačný plán a realizuje edukáciu formou edukačného procesu zostaveného zo samostatných edukačných jednotiek,
- pri ošetrovateľskej starostlivosti spolupracuje s lekárom, psychológom, fyzioterapeutom, sociálnym pracovníkom, verejnou správou, úradmi zdravotného a sociálneho zabezpečenia a pod.,
- v rámci triadického postavenia (pacient – sestra – rodina) úzko spolupracuje s rodinou a podpornými osobami dieťaťa,
- zaujíma sa o ošetrojúce osoby dieťaťa, prípadne im navrhne respitnú starostlivosť,
- intervencie vykonáva v rozsahu svojej praxe,
- dodržiava etické princípy, etické normy a ošetrovateľské štandardizované postupy,
- vedie dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej praxe.

Sestra pri riešení potrieb dieťaťa pracuje v kontexte 13 domén zdravia v domácom prostredí

◊ Sestra vo vzťahu k jednotlivým doménam:

1. Podpora zdravia

- v rámci sekundárnej a terciálnej prevencie v spolupráci s lekárom, odporučí rodine vhodný liečebný a ošetrovateľský režim dieťaťa, úpravu životného štýlu dieťaťa v súvislosti s aktuálnym stavom,
- odporučí rodine efektívne udržiavanie/ chod domácnosti v súvislosti so starostlivosťou o choré dieťa,
- edukuje rodičov/opatrovateľov (dojča, batola, predškolský a mladší školský vek) o spolupráci s dôrazom na sekundárnu a terciálnu prevenciu;

2. Výživa

- v prípade problému prijímania potravy v spolupráci s lekárom zabezpečí u dieťaťa s neefektívnym dojčením prechod dojčat'a na umelú dojčenskú výživu; pri narušenom prehltaní edukuje príbuzných o efektívnom kŕmení pri zabezpečení polohy v polohe v polosedie, v sede, prípadne nazogastrickou sondou, gastrostómiou, edukuje ohľadom techniky podávania stravy, konzistencie stravy, zvládania komplikácií; v prípade nedostatočnej výživy podá parenterálnu výživu; v prípade užívania liekov podporujúcich trávenie, proti nadúvaniu a na ochranu žalúdočnej steny edukuje o správnej technike ich podávania;
- v prípade deficitu telesných tekutín rodinu edukuje o primeranom spôsobe doplnenia tekutín (per os podávanie vhodných nápojov u dieťaťa pri vedomí, bez poruchy prehltania; edukuje o technike objemu a frekvencii podávaných tekutín do nazogastrickej sondy, gastrostómie,

na základe ordinácie lekára podľa platnej legislatívy podáva tekutiny (infúzie) do kanyly zavedenej do periférnej žily, epidermoklýzou,

- v rámci prevencie deficitu telesných tekutín a zvýšeného objemu telesných tekutín (rizika nerovnováhy objemu telesných tekutín) odporučí viesť písomný záznam o prijíme tekutín a výdaji tekutín, bilancia tekutín za časový úsek (6hod., 12/hod., 24hod...);

3. Vylučovanie

- pri zistenej retencii moču vykoná vyšetrenie močového mechúra pohmatom a poklepom a o výsledku informuje lekára, prípadne spolupracuje s lekárom pri jednorázovej katetrizácii močového mechúra alebo permanentného močového katétra,
- pri narušenom vylučovaní moču pri zavedenom močovom katétri alebo epicystostómii a prítomnej retencii moču vykoná vyšetrenie močového mechúra pohmatom a poklepom, prípadne vykoná preplach močového mechúra za sterilných podmienok, o výsledku informuje lekára,
- edukuje rodinu a pacienta (podľa mentálnej schopnosti) v starostlivosti o permanentný močový katéter, epicystostómiu, o pitnom režime, sledovaní príjmu tekutín,
- o zistenej inkontinencii moču informuje lekára, rodine odporučí vhodné absorbčné pomôcky – plienky, podložky, ich správne používanie, ošetrovanie kože ochranným krémom, sledovanie kože – podráždenej od moču, zapareniny, prípadne spolupracuje s lekárom pri zavedení permanentného močového katétra s následnou edukáciou rodiny o jeho ošetrovaní,
- pri zistenej inkontinencii stolice informuje lekára, rodine odporučí vhodné jednorázové plienky, podložky, ich správne používanie, ošetrovanie kože ochranným krémom, sledovanie kože – podráždenej od stolice, zapareniny,
- pri zistenej zápche informuje lekára, pre dieťa odporučí vhodné zloženie stravy – podporujúce peristaltiku, primeraný pitný režim, podľa možnosti zdravotného stavu úpravu pohybového režimu, v prípade ordinácie laxatív a rektálnych čapíkov edukuje rodinu o ich správnej aplikácii, vykonáva klyzmu,
- pri nadmernom potení odporúča preventívne hygienické opatrenia na zabránenie zaparenia (výmena suchej bielizne – vždy čistá, nedávať bielizeň osušiť a znova použiť), odporučí sledovať príjem tekutín a zabezpečenie zvýšeného príjmu tekutín,
- pri narušenej výmene dýchacích plynov a zachovanej ventilácii (pohyby hrudníka) u dieťaťa s oxygenoterapiou po ordinácii lekára nastaví vyšší prietok kyslíka, v prípade používania pulzného oxymetra rodinu edukuje o sledovaní hodnôt saturácie kyslíka v krvi (sat. O₂), na ktorom nastaví alarmové hranice v rozmedzí určenom lekárom, o monitoringu a selfmonitoringu dieťaťa,
- pri narušenej výmene dýchacích plynov bez zachovanej ventilácie u pacienta na umelej pľúcnej ventilácii vyšetrí správnu polohu tracheostomickej kanyly (auskultačne, pohľadom, predýchaním AMBU vakom, skontroluje základné ventilačné parametre, informuje lekára, prípadne na základe jeho ordinácie spolupracuje pri výmene tracheostomickej kanyly, rodinu edukuje o správnom ošetrovaní tracheostomickej kanyly a pacienta na umelej pľúcnej ventilácii, prípadne odporučí/zabezpečí servis ventilátora, edukuje o monitoringu a selfmonitoringu dieťaťa,
- pri narušenej výmene dýchacích plynov bez zachovanej ventilácie u pacienta na umelej pľúcnej ventilácii pacienta (podľa mentálnej úrovne) a ošetrojúcu osobu edukuje v špecifickej starostlivosti o dieťa, špecifickom hygienickom režime, zvládání urgentných situácií (použite AMBU vaku, privolanie RLP, kontakt s elektrárňami, záložný zdroj elektriny), spolu so servisným technikom edukuje ohľadom prevádzky a údržby ventilátora, riešenia alarmových situácií ventilátora, o monitoringu a selfmonitoringu dieťaťa;

4. Aktivita – odpočinok

- pri narušenom spánku pacienta odporučí úpravu denného režimu dieťaťa, úpravu prostredia (vetranie, ticho, tlmené svetlo, príjemná hudba na zaspávanie, prítomnosť blízkej osoby pri zaspávaní...),
- pri spánkovej deprivácii dieťaťa ak nepomôžu vyššie uvedené opatrenia, informuje lekára a v prípade ordinácie liekov na spanie edukuje rodinu o správnej aplikácii liekov (spôsob, monitoring dieťaťa),
- pri spánkovej deprivácii ošetrovateľských osôb im odporučí úpravu denného režimu, organizácie domácnosti, prípadne riešenie problému cez praktického lekára, prípadne psychológa,
- pri riziku imobilizačného syndrómu rodine odporučí aktivity primerané veku a stavu dieťaťa (pohyb, aktívna rehabilitácia, dychová rehabilitácia, pasívna rehabilitácia, správne polohovanie, masáže, reflexne masáže, bazálna stimulácia..),
- pri zhoršenej pohyblivosti dieťaťa edukuje rodinu o rizikách pádov, úrazov, možnosti zabezpečenia pomôcok na podporu mobility dieťaťa (vozíky, chodítka, palice...), možnosti úpravu bytu/domu – úchyty, úprava hygienických priestorov, schodov, odstránenie kobercov a ostrých predmetov, rohov v prostredí, správna obuv, tlmené svetlo v noci, zvýšený dozor...),
- pri zistení potulovanie sa dieťaťa upozorní rodinu na zvýšený dohľad nad dieťaťom, informuje lekára, prípadne spolupracuje so psychológom,
- pri deficite sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku, deficite sebaopatery pri kúpaní a hygiene, deficite sebaopatery pri stravovaní, deficite sebaopatery pri vyprázdňovaní edukuje ošetrovateľskú osobu o správnej realizácii ošetrovateľských výkonov (vzhlľadom na vek a stav dieťaťa) súvisiacich s uvedenými deficitmi so zohľadnením sekundárnej a terciálnej prevencie,
- pri oneskorenom pooperačnom zotavovaní edukuje rodinu o podpore zotavenia dieťaťa (strava, pohybový režim, vitamíny, sociálne kontakty...),
- pri únave dieťaťa v spolupráci s lekárom edukuje rodinu úprave denného režimu a aktivít dieťaťa na zníženie únavy pri aktuálnom srdcovom výdaji, zníženej spontánnej ventilácii, neefektívnom dýchaní, intolerancia aktivity 1. – 4. stupňa,
- pri dysfunkčnom odpájaní umelej pľúcnej ventilácie edukuje dieťa (podľa mentálnej úrovne) a ošetrovateľskú osobu o rizikách odpájania (hypoxia, poruchy vedomia, srdcovej činnosti...), opatreniach na odstránenie odpájania (úprava polohy dýchacieho okruhu ventilátora, zabezpečenie dieťaťa proti sebapoškodeniu, rozhovor s dieťaťom, zvýšený dohľad nad dieťaťom, informovanie lekára, realizuje rozhovor s ošetrovateľským pedagógom, psychológom,
- pri neefektívnom prekrvení tkanív z dôvodu renálneho, cerebrálneho, kardiopulmonálneho, gastrointestinálneho, periférneho odporučí ošetrovateľský režim na prevenciu porúch z neefektívneho prekrvenia tkanív (úprava polohy dieťaťa, pohyb dieťaťa, príjem stravy, prevencia pádov, úrazov a otláčenín...);

5. Vnímanie – poznávanie

- pri poruche pozornosti, kvantitatívnej poruche vedomia dieťaťa (somnolencia, sopor, kóma) upraví spôsob komunikácie a vhodnosť edukácie dieťaťa,
- pri narušenej interpretácii okolia, narušenom zmyslovom vnímaní (zrakovom, sluchovom, chuťovom, kinetickom, hmatovom, čuchovom), akútnej a chronickej zmätenosti, narušenej pamäti, narušených myšlienkových procesoch a inej kvalitatívnej poruche vedomia dieťaťa ošetrovateľskú osobu informuje o vhodnej komunikácii s dieťaťom, vhodnom ukludnení dieťaťa, zabezpečenia bezpečnosti dieťaťa, o zistených zmenách informuje lekára,
- pri deficite vedomostí ohľadom ošetrovateľskej starostlivosti edukuje dieťa (podľa mentálnej úrovne) so zameraním na spoluprácu pri ošetrovaní a selfmonitoring,

- pri deficite vedomostí ohľadom ošetrovateľskej starostlivosti edukuje ošetrojúce osoby so zameraním na spoluprácu pri ošetrovaní a monitoring dieťaťa,
 - pri zhoršenej verbálnej komunikácii dieťaťa odporučí klásť dôraz na neverbálnu komunikáciu, napr. možnosť dieťaťa odpovedať kývnutím hlavy na súhlas (áno)/nesúhlas (nie), používanie tabuliek s písmenami alebo obrázkami, možnosť komunikácie písaním;
6. Vnímanie seba samého
- pri neverbálnych a verbálnych prejavoch bezmocnosti, beznádeje, osamelosti dieťaťa realizuje povzbudzujúci rozhovor orientovaný na súčasnosť, na hodnoty a osoby v aktuálnom čase bez vytvárania dlhodobých plánov, pomáha dieťaťu robiť krátkodobé (teda realistické) plány a tešiť sa z ich naplnenia. Poukazuje na milujúce osoby, ktorými je dieťa obklopené, uvedené rozhovory vedie aj pri každej návšteve dieťaťa ako prevencia osamelosti a špecifické spracovanie bezmocnosti, o uvedených prejavoch informuje lekára, spolupracuje s ošetrojúcim psychológom, pedagógom,
 - pri prejavoch zníženej sebaúcty realizuje povzbudzujúci rozhovor s dieťaťom orientovaný na jeho hodnoty, na jeho prínos pre blízke osoby, priateľov; o uvedených prejavoch informuje lekára, spolupracuje s ošetrojúcim psychológom, pedagógom,
 - pri neprijatí narušeného obrazu tela realizuje povzbudzujúci rozhovor s dieťaťom orientovaný na prijatie narušeného obrazu tela, vytýčenia si dosiahnuteľných cieľov aj s hendicapom, o uvedených prejavoch informuje lekára, spolupracuje s ošetrojúcim psychológom, pedagógom;
7. Rola - vzťahy
- pri prejavoch preťaženia opatrovateľa v spolupráci s lekárom odporúča im pomoc, napr. respitnú starostlivosť, ktorú odporúča aj preventívne na eliminovanie rizika preťaženia,
 - pri prejavoch zhoršenia rodičovskej roly (vzťah k dieťaťu, kvalita ošetrovania....) informuje lekára o zistených skutočnostiach a spolupracuje s úradmi a inštitúciami na odstránení príčin (vyčerpanie, finančná situácia, nové partnerské vzťahy rodičov...),
 - pri dysfunkčnom živote rodiny, alkoholizme v rodine, neefektívnom vykonávaní roly rodiča zintenzívni monitorovanie funkčnosti rodiny, plnenia rol a kvality ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa, zameria sa na identifikáciu narušenej sociálnej interakcie, narušeného správania, zvážiť možnosť vyňatia dieťaťa z rodiny, kde mu nie je možné poskytovanie kvalitnej starostlivosti;
8. Sexualita
- zistených prejavoch nezvládania prijatia sexuálnej dysfunkcie (školský vek, adolescenti) informuje lekára, spolupracuje s ošetrojúcim psychológom, pedagógom;
9. Zvládanie – tolerancia stresu
- na prevenciu stresového syndrómu, strachu, úzkosti, strachu zo smrti, chronického zármutku odporučí prítomnosť rodiča pri každej ošetrovateľskej intervencii, edukuje rodičov o efektívnych spôsoboch ukludnenia a povzbudenie dieťaťa;
10. Životné princípy
- pri riešení postoja k vlastným životným hodnotám, neochote dieťaťa spolupracovať spolupracuje s lekárom a psychológom,
 - pri prejavoch duchovnej tiesne dieťaťa odporúča uspokojiť jeho duchovné potreby podľa požiadaviek dieťaťa (kultúra, televízia, rozhlas, video, počítač, rozhovory s priateľmi, psychológom, pedagógom); u starších detí pomáhať uspokojovať potrebu zmieriť sa so sebou, svojím životom, s blízkymi ľuďmi, s Bohom, s otázkami transcendentna;
11. Bezpečnosť – ochrana
- edukuje rodinu o zabezpečení na zníženia rizika vzniku infekcie (čistota prostredia, osobná hygiena, hygiena pomôcok a hračiek, ošetrovanie invazívnych vstupov (permanentný močový

katéter, epicystostómia, nefrostómia, gastrostómia, gastrická sonda, PEG, vývody, venózne kanyly), kontakt s osobami v rodine, kontakt s osobami mimo domácnosti, o možnosti zvýšenia odolnosti (výživa, aktivity...),

- edukuje ošetrojúcu osobu o riziku narušenia sliznice dutiny ústnej a v spolupráci s lekárom o ošetrovaní narušenej sliznice dutiny ústnej, ošetruje narušenú sliznicu dutiny ústnej,
- edukuje rodinu o eliminovaní rizika pádu, rizika poranenia (predovšetkým ostrými premetmi), intoxikácie, alergickej reakcie vytvorením bezpečného prostredia dieťaťa,
- edukuje ošetrojúcu osobu o eliminácii rizika narušenia integrity kože dieťaťa, predovšetkým dekubitmi (podkladanie predilekčných miest, polohovanie, čistota, masáže, výživa), ošetrení narušenej integrity kože (predovšetkým dekubity I. – IV. stupňa), ošetruje dekubity I. – IV. stupňa,
- pri poruche prehĺtania, regurgitácii, znížení obranných reflexov edukuje o prevencii aspirácie a následného dusenia, zvládání stavov aspirácie a dusenia (vhodná technika príjmu potravy, poloha, záchranné manévry, monitoring dieťaťa),
- pri porušenom chrupe v spolupráci s lekárom odporučí jeho sanáciu, úpravu stravy a techniku jej prijímania,
- edukuje rodinu o zabezpečení priechodnosti dýchacích ciest (správna poloha hlavy – prevencia zapadnutia jazyka, priechodnosť tracheostomickej kanyly (správna technika ošetrovania, intervaly odsávania, fixovanie kanyly, zvlhčovanie dýchacej zmesi, vzduchu), spolupracuje s lekárom pri výmene tracheostomickej kanyly, v starostlivosti o odsávačku, oxymeter,
- pri sebapoškodzovaní dieťaťa odporučí rodine intervencie na elimináciu sebapoškodzovania (napr. zabalenie rúk pri škrabaní); o skutočnostiach informuje lekára, spolupracuje so psychológom, podobne pri riziku sebevraždy,
- edukuje rodinu o možnom násilí zo strany súrodencov, aktívne sa zaujíma o prejavy násilia na dieťati,
- edukuje o riziku nerovnováhy telesnej teploty, neefektívnej termoregulácie, hypotermie, hypertermie, správnom meraní telesnej teploty, opatreniach eliminujúcich hypertermiu (zábaly, chladené tekutiny, vlažný kúpeľ, sprcha, na základe ordinácie lekára aplikácii ordinovaných antipyretíkenterálnou cestou a do konečníka), hypotermie (bezpečné zohrievanie dieťaťa);

12. Komfort

- v rámci eliminácie chronickej bolesti odporúča úpravu lôžka (poloha, podkladanie), priateľský a citlivý prístup k dieťati, podľa ordinácií lekára sleduje správnu aplikáciu intradermálnych analgetických, opiátových náplastí, edukuje ich o správnej technike aplikácii a menení náplastí,
- pri objavení akútnej bolesti bezodkladne informuje lekára a riadi sa jeho pokynmi,
- pri objavení nauzey informuje lekára, u dieťaťa zabezpečí a odporučí vhodnú polohu na elimináciu nauzey a aspirácie žalúdočného obsahu (dojča podľa stavu poloha na brušku s polohou hlavy na bok, väčšie dieťa do stabilizovanej polohy alebo so zvýšeným hrudníkom), úpravu zloženia stravy,
- v rámci komfortu súvisiaceho s prostredím odporúča rodine zabezpečiť dieťaťu príjemné prostredie podľa želania dieťaťa so zohľadnením bezpečnosti dieťaťa (zariadenie, výzdoba, domáce zvieratá...),
- rodine odporúča postupy na prevenciu sociálnej izolácie dieťaťa (kamaráti, kluby, svojpomocné skupiny...);

13. Rast – vývoj

- pri prejavoch nesúmerného rastu, oneskoreného vývoja a rastu v spolupráci s lekárom podáva informácie vzťahujúce sa k ošetrovaniu dieťaťa, zvládanie denných aktivít dieťaťa (veku neprimeraná mentálna úroveň vo vzťahu ku spolupráci, prevencii pádov...), nesúmerný rast

dolných končatín vo vzťahu ku pohybu, obuvi, vnímaniu obrazu tela, sociálnej interakcii, sociálnej izolácii...).

Sestra pri riešení potrieb dieťaťa v ústavnom zariadení

Ak nie sú podmienky pre paliatívnu starostlivosť o dieťa v domácom prostredí, starostlivosť sa poskytuje v ústavnom zariadení.

◊ Pri ústavnej forme starostlivosti sestra vychádza z posúdenia pacienta sesterskej diagnostiky, plánovania intervencií, pri ktorých preberá manažment všetkých ošetrovateľských výkonov (vzhľadom k tomu, že vykonávanie ošetrovateľských výkonov príbuznými bude len sporadické alebo bude celkom absentovať).

Prognóza a vyhodnotenie

Terminálny stav života, zomieranie, je stav, kedy dochádza k postupnému a nevratnému zlyhávaniu dôležitých vitálnych funkcií organizmu a jeho tkanív. Dôsledkom tohto zlyhávania nastáva zánik organizmu ako celku, zánik jedinca a teda jeho smrť. Cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie čo najlepšej možnej kvality života pacienta ale aj jeho rodiny, aby zostávajúci čas, obmedzený v kvantite (dĺžke) prežili na vrchole svojich možností pri maximálnom možnom uspokojení bio-psycho-sociálno-duchovných potrieb.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Paliatívna zdravotná starostlivosť sa poskytuje ako:

- a) **základná** paliatívna zdravotná starostlivosť - poskytuje ju **lekár** so špecializáciou v inom špecializačnom odbore, ako je paliatívna medicína formou:
 - ambulantnej starostlivosti, a
 - ústavnej starostlivosti,
- b) **špecializovaná** paliatívna zdravotná starostlivosť - poskytuje **lekár** so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína formou:
 - **ambulantnej starostlivosti** v:
 1. ambulancii paliatívnej medicíny, a
 2. mobilným hospicom,
 - **ústavnej starostlivosti**:
 1. v nemocnici na oddelení paliatívnej medicíny,
 2. v hospici (Zákon č. 576/2004).

Súčasťou paliatívnej zdravotnej starostlivosti je aj **krízová intervencia ošetrojúceho lekára poskytovaná osobe**, ktorej sa poskytuje paliatívna zdravotná starostlivosť a jej blízkej osobe.

Súčasťou paliatívnej zdravotnej starostlivosti je aj **krízová intervencia ošetrojúceho lekára poskytovaná blízkej osobe po úmrtí osoby**, ktorej sa poskytovala paliatívna zdravotná starostlivosť (Zákon č. 576/2004).

Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje **sestra** metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe (Zákon č. 576/2004).

Ošetrovateľská prax zahŕňa aj:

- vyhodnocovanie ošetrovateľských potrieb a zdrojov ich zabezpečovania,
- vedenie ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá je súčasťou zdravotnej dokumentácie a vyhodnocovanie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti,

- výchovu pacienta / príbuzných k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti,
- spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a s inými odbornými pracovníkmi v zdravotníctve príslušného zdravotníckeho zariadenia a spoluprácu s inými fyzickými osobami a právnickými osobami pri plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Rozsah ošetrovateľskej praxe je: poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v rámci neodkladnej starostlivosti, prevencie, diagnostiky, liečby a dispenzarizácie (Zákon č. 576/2004).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je domáca starostlivosť, ktorú poskytuje **sestra alebo pôrodná asistentka** s príslušnou odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu (Zákon č. 576/2004).

Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje ako:

- a) **ústavná starostlivosť** najviac tri mesiace odo dňa prijatia osoby do ústavnej starostlivosti, alebo ak sa poskytuje osobe v permanentnom vegetatívnom stave alebo osobe
 - v **terminálnom štádiu choroby**, najviac šesť mesiacov odo dňa prijatia osoby do ústavnej starostlivosti;
 - **osobe v permanentnom vegetatívnom stave s potrebou umelej pľúcnej ventilácie** sa ústavná starostlivosť poskytuje po dobu indikácie tejto starostlivosti,
- b) **domáca ošetrovateľská starostlivosť** po dobu indikácie tejto starostlivosti,
- c) **ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci** po dobu indikácie tejto starostlivosti (Zákon č. 576/2004).

Umelá pľúcna ventilácia formou ambulantnej starostlivosti môže byť poskytovaná osobe s potrebou umelej pľúcnej ventilácie:

- v domácom prostredí tejto osoby, alebo
- v zariadení sociálnoprávnej ochrany **detí** a sociálnej kurately, v ktorom je osoba s potrebou umelej pľúcnej ventilácie umiestnená, ak sú na to v tomto prostredí vytvorené podmienky (Zákon č. 576/2004).

V súčasnosti sa detská paliatívna/hospicová starostlivosť na Slovensku sústreďuje prevažne na domáce prostredie, hlavne mobilnou formou paliatívnej starostlivosti, ktorá je finančne menej náročná ako celostná forma a pre dieťa je prijateľnejšia. Hospicová starostlivosť o dieťa je multidisciplinárna. Pri **domácej hospicovej** starostlivosti najväčší diel starostlivosti spadá na rodinu dieťaťa, ktorá spolupracuje s paliatívnym tímom z hospicu alebo so sestrami z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS).

Ústavná paliatívna starostlivosť sa poskytuje vtedy, keď nie sú splnené podmienky pre domácu starostlivosť. Paliatívna starostlivosť poskytovaná hospicmi sa označuje aj ako **hospicová starostlivosť**. Účelom hospicovej starostlivosti nie je násilne ukončiť život, ale ani predlžovať život. Účelom je pokojný, dôstojný priebeh poslednej fázy života dieťaťa v milujúcom prostredí.

Zákon č. 576/2004, Z. z. definuje **sprievodcu osoby v ústavnej starostlivosti** - je to osoba, ktorá bola prijatá do ústavnej starostlivosti spolu s osobou, ktorej sa poskytuje ústavná starostlivosť.

Výnos MZ SR o **minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie** jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení uvádza aj základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie pre ďalšie pracoviská na ktorých sa poskytuje paliatívna starostlivosť.

Vyhláška MZ SR č. 316/2022 o kategorizácii ústavnej starostlivosti uvádza aj špeciálne personálne zabezpečenie, špeciálne materiálno-technické vybavenie a ďalšie podmienky pre poskytovanie programov a medicínskych služieb. Tu je uvedený aj **Program paliatívnej medicíny pre deti**.

Verejnú sieť poskytovateľov tvoria verejne dostupní poskytovatelia, ktorí majú aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Ak je verejná sieť na príslušnom území menšia ako minimálna sieť, príslušný samosprávny kraj a Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznámia do 90 dní od zistenia tejto skutočnosti zdravotnej poisťovni poskytovateľov na príslušnom území najmenej v rozsahu potrebnom na doplnenie minimálnej siete. Minimálnu sieť poskytovateľov ustanoví nariadenie vlády Slovenskej republiky (Zákon č. 578/2004).

Nariadenie vlády SR č. 640/2008, Z. z. o **verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** uvádza aj verejnú minimálnu sieť hospicov, ambulancií paliatívnej medicíny, ADOS.

Poskytovateľ je povinný nepretržite zabezpečovať systém kvality (Zákon č. 578/2004).

Koncepcia odboru paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti (2006) je v rámci novelizácie v legislatívnom procese.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore ošetrovateľstvo (2023) uvádza, že ošetrovateľstvo vo vzťahu k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti je charakterizované poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu osobe, rodine a komunite vo vzťahu k podpore a výchove zdravia, prevencii chorôb, starostlivosti o fyzicky a duševne chorých, o osoby so zdravotným postihnutím, kriticky chorých **a zomierajúcich osôb všetkých vekových, kultúrnych a etnických skupín v rôznom prostredí**. K hlavným činnostiam v ošetrovateľstve patrí aj **zmierňovať utrpenie a zabezpečiť dôstojné umieranie**.

Tento ošetrovateľský štandardný postup je kompatibilný s **medicínskym štandardným postupom *Komplexný manažment detského pacienta v domácej paliatívnej starostlivosti*** (špecializovaný odbor Paliatívna medicína).

Ďalšie odporúčania

Odporúčame ošetrovateľskú starostlivosť realizovať prostredníctvom ošetrovateľského modelu vhodného pre dieťa rôznych vekových skupín.

Ukazuje sa potreba vytvorenia oddelení dlhodobu chorých detí aspoň pri troch veľkých detských fakultných nemocniciach, v ktorých by sa deťom poskytovala paliatívna starostlivosť.

Plán obnovy ponúka zdroje na vytvorenie nie len nových lôžok paliatívnej či následnej starostlivosti, ale aj pre ošetrovateľstvo v domácom prostredí, ktoré znamená pre našich starších pacientov to najlepšie možné riešenie. **Komponent 13** je pre zdravotníctvo o to významnejší, lebo práve tejto oblasti sa doposiaľ venovalo minimum pozornosti.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o deti je limitovaná aj nedostatkom personálu. Za zváženie by stála možnosť vytvorenia **certifikačného študijného programu pre sestry Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o dieťa**, ktorá by nadväzovala na niektoré špecializačné študijné programy.

Koncepcia odboru paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, ktorá je t. č. v legislatívnom procese, v rámci jej novelizácie uvádza:

Respitná starostlivosť je súčasťou ústavnej paliatívnej starostlivosti. Rozumie sa tým stimulujúca zmena prostredia umožňujúca vzájomnú podporu a spoluprácu osôb zainteresovaných do starostlivosti o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta vrátane jeho rodiny s cieľom eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže vyplývajúcej z vykonávania paliatívnej starostlivosti.

Terminálna starostlivosť je súčasťou paliatívnej starostlivosti, ktorá predstavuje starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím.

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

V rámci Stratégie dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike, Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť sa predpokladal aj vznik a schválenie **nového zákona v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti** (do Q1 2023), ktorý by komplexne riešil uvedenú oblasť.

Špeciálny doplnok štandardu

Štruktúra zberu dát pri posudzovaní pacienta podľa ošetrovateľského modelu Marjory Gordonovej doplnená o taxonómiu NANDA II:
1. Podpora zdravia
<ul style="list-style-type: none">• Efektívny liečebný režim, primeraný životný štýl, udržiavanie domácnosti
2. Výživa
<ul style="list-style-type: none">• prijímanie potravy - dožvenie, prehĺtanie, primeranosť výživy (zloženie, množstvo) trávenie vstrebávanie (meteorizmus, hnačka, prospievanie dieťaťa)
<ul style="list-style-type: none">• hydratácia - dostatok telesných tekutín, znížený/zvýšený objem telesných tekutín
<ul style="list-style-type: none">• riziko deficitu telesných tekutín, riziko nerovnováhy objemu telesných tekutín
3. Vylučovanie
<ul style="list-style-type: none">• močový systém - narušené vylučovanie moču, retencia moču, inkontinencia moču
<ul style="list-style-type: none">• tráviaci systém- inkontinencia stolice, hnačka, zápcha
<ul style="list-style-type: none">• kožný systém – potenie
<ul style="list-style-type: none">• dýchací systém - narušená výmena plynov
4. Aktivita – odpočinok
<ul style="list-style-type: none">• spánok/odpočinok - narušený spánok, spánková deprivácia,
<ul style="list-style-type: none">• aktivita/pohyb - riziko imobilizačného syndrómu
<ul style="list-style-type: none">• sebaopatera pri obliekaní a úprave zovňajšku, sebaopatera pri kúpaní a hygiene, sebaopatera pri stravovaní, sebaopatera pri vyprázdňovaní
<ul style="list-style-type: none">• oneskorené pooperačné zotavovanie únavu
<ul style="list-style-type: none">• kardiovaskulárnu – pulmonálnu odpoveď - srdcový výdaj, spontánnu ventiláciu efektívnosť dýchania, toleranciu aktivity
<ul style="list-style-type: none">• dysfunkčné odpájanie umelej pľúcnej ventilácie
<ul style="list-style-type: none">• efektívne prekrvenie tkanív (dysfunkčnosť z dôvodu zlyhania: renálneho, cerebrálneho, kardiopulmonálneho, gastrointestinálneho, periférneho)
5. Vnímanie – poznávanie
<ul style="list-style-type: none">• pozornosť
<ul style="list-style-type: none">• orientácia
<ul style="list-style-type: none">• zmyslové vnímanie
<ul style="list-style-type: none">• myšlienkové procesy
<ul style="list-style-type: none">• komunikácia - verbálna a neverbálna
6. Vnímanie seba samého
<ul style="list-style-type: none">• sebakoncepcia, bezmocnosť, riziko bezmocnosti, beznádej, riziko osamelosti
<ul style="list-style-type: none">• sebaúcta, riziko situačne zníženej sebaúcty
<ul style="list-style-type: none">• vnímanie obrazu tela
7. Rola - vzťahy
<ul style="list-style-type: none">• rola opatrovateľa - preťaženie opatrovateľa, riziko preťaženia opatrovateľa, riziko zhoršenia rodičovskej roly
<ul style="list-style-type: none">• rodinné vzťahy - funkčnosť života rodiny, alkoholizmus, riziko oslabenia rodičovského puta ku dieťaťu vykonávanie rol – dopad prerušenia dojčenia, efektívne vykonávanie roly matky/otca sociálne interakcie.

8. Sexualita
<ul style="list-style-type: none"> • vyrovnávanie sa adolescenta s prejavmi sexuálnej dysfunkcie, otázky adolescenta o reprodukciu
9. Zvládanie – tolerancia stresu
<ul style="list-style-type: none"> • posttraumatická odpoveď: prejavy stresového syndrómu, riziko stresového syndrómu, posttraumatický syndróm
<ul style="list-style-type: none"> • zvládanie záťaže - prejavy strachu, úzkosti, úzkosti zo smrti, chronický zármutok, neefektívne zvládanie záťaže, zvládanie záťaže rodinou
<ul style="list-style-type: none"> • narušené správanie
10. Životné princípy
<ul style="list-style-type: none"> • hodnoty – priorita hodnôt rodiny v súvislosti s ochorením dieťaťa, súlad hodnôt, viery a konania, duchovná pohoda, riziko duchovnej úzkosti
<ul style="list-style-type: none"> • neochota k spolupráci
11. Bezpečnosť – ochrana
<ul style="list-style-type: none"> • infekcia - riziko infekcie
<ul style="list-style-type: none"> • narušená sliznica ústnej dutiny, narušený chrup
<ul style="list-style-type: none"> • narušená integrita kože, riziko narušenia integrity kože, narušená integrita tkanív
<ul style="list-style-type: none"> • riziko dusenia, riziko aspirácie, zhoršená priechodnosť dýchacích ciest
<ul style="list-style-type: none"> • riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie
<ul style="list-style-type: none"> • neefektívna odolnosť
<ul style="list-style-type: none"> • násilie - riziko sebapoškodenia, sebapoškodenie, riziko násilia inými osobami, riziko sebevraždy
<ul style="list-style-type: none"> • riziká životného prostredia - riziko intoxikácie
<ul style="list-style-type: none"> • obranné procesy - alergická reakcia, riziko alergickej reakcie
<ul style="list-style-type: none"> • termoregulácia - riziko nerovnováhy telesnej teploty, neefektívna termoregulácia, hypotermia, hypertermia
12. Komfort
<ul style="list-style-type: none"> • telesný komfort - akútna bolesť, chronická bolesť, nauzea
<ul style="list-style-type: none"> • sociálny komfort – priateľské milujúce prostredie, sociálna izolácia
<ul style="list-style-type: none"> • kvalita života - je tým vyššia, čím menší je rozdiel medzi možnosťami a očakávaniami – ambíciami
13. Rast – vývoj
<ul style="list-style-type: none"> • nesúmerný rast a oneskorený vývoj – vyrovnávanie sa dieťaťa a rodičov

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Odporúčame predložený vypracovaný štandard v budúcnosti (pri jeho revízii, audite) prepracovať s implementáciou aktualizovaných poznatkov a výsledkov štúdií a platnej legislatívy.

Literatúra

1. ADESMAN, A.R. - WALCO, G.A. Validation of the Charleston Pediatric Pain Pictures in School-Age Children. In *Journal of Clinical Child Psychology*. p. 10-13 Vol. 21, [online]. 2010. [citované 2017-10-27]. Dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp2101_2?journalCode=hcap19>.
2. ARANDA-GALLARDO, M. - MORALES-ASENCIO, J. M. - CANCA-SANCHEZ, J. C. - BARRERO-SOJO, S. - PEREZ-JIMENEZ, C. et al. *Instruments for assessing the risk of falls in acutepatientized patients: a systematic review and meta-analysis* [online].2013. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637640/>>.
3. BECKER, R. Palliative care 1: principles of palliative care nursing and end-of-life care. In *Nursing Times*. 105:13. [online]. 2009. [citované 2017-08-04]. Dostupné na: <<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/end-of-life-and-palliative-care/palliative-care-1-principles-of-palliative-care-nursing-and-end-of-life-care/2007480.article>>. BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin: Osveta 1988. 240 s. ISBN 70-002-89.
4. BLOUNT, R. L. - LOISELLE, K. A. Behavioural assessment of pediatric pain. In *Pain Res Manage* Vol. 14, No 1 [online]. 2009. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://psyc.franklin.uga.edu/sites/default/files/CVs/Blount%20%26%20Louiselle_2009_Pain%20Research%20and%20Management.pdf>.
5. BOLAND, A. - DICKSON, R., JACK, B. - STEVENSON, J. *Best supportive care: Do we know what it is?* [online]. 2004. [citované 2017-08-26]. Dostupné na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=y5PHFNh_S88=>>.
6. BERGLUND, B., NORDSTRÖM, G. 1995. The Use of the Modified Norton Scale in Nursing-Home Patients. [online]. 2009. [citované 2023-03-22]. Dostupné na: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00407.x>>.
7. CANADIAN HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOCIATION [online]. 2017. [citované 2017-08-29]. Dostupné na: <<http://www.chpca.net/professionals/nurses.aspx>>.
8. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR QUALITY PALLIATIVE CARE [online]. 2013. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf>.
9. COMPETENCY STANDARDS FOR SPECIALIST PALLIATIVE CARE NURSING PRACTICE CARE [online] [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0023/141188/compstand.pdf>.
10. ČO JE PALLIATÍVNA MEDICÍNA, PALLIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ? [online]. 2002. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <<http://www.hospice.sk/hospice1/paliativ.html>>.
11. DOCHERTY, S. L. - THAXON, XH. - ALLISON, C. - BARFIELD, R. C. - TAMBURRO, R. F. The Nursing Dimension of Providing Palliative Care to Children and Adolescents with Cancer. In *Clin Med Insights Pediatr* v. 6; [online]. 2012. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3620813/>>.
12. EDMONTON FUNCTIONAL ASSESSMENT TOOL. [online]. 2011. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <http://www.npcrc.org/files/news/edmonton_functional_assessment_tool_EFAT.pdf>. GARRA, G. - SINGER, A. J. - TAIRA, B. R. - CHOBAN, J. - CARDOZ, H., CHISENA, E. - THODE, H. C. Validation of the Wong-Baker FACES Pain. In *Academic Emergency Medicine* Vol. 17, Issue 1, Version of Record online: 9 DEC 2009. [online]. 2009. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2009.00620.x/pdf>>. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. - KONDELOVÁ, A. - VAJDÍKOVÁ, K. 2008. Umelá pľúčna ventilácia v domácich podmienkach – nový rozmer v práci sestry. In *Zborník z konferencie Ružomberok zdravotnícke dni III* [CD-ROM]. Ružomberok: Verbum KU, 2008, s.126 – 127. ISBN 978-80-8084-407-3.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života-lic smrti*. Praha: Orbis 1975. 174 s. ISBN 11-107-75. HATOKOVÁ, M. a kol. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich, dobrovoľníctvo v nemocniciach apaliatívnych zariadeniach*. Bratislava: Don Bosco 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.
14. HEBERT, K. - MOORE, H. - ROONEY, J. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. In *Journal ListOchsner*. v.1(4); 11(4): p. 325–329. Winter 2011. [online]. 2011. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/>>.
15. HEGYI L. - BRAŽINOVÁ, A. - TÓTH, K. - WEBER, J. *Práva pacientov v Slovenskej republike* 1. vyd. Bratislava : MZ SR, 2000. 47 s. ISBN 80-968465-0-7.
16. HOSTI, L. - GRUNAU, R. E. Initial Validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). In *Journal List Pain*.2007, Dec 5, 132(3): 264–272 [online]. 2007. [citované 2017-09-12]. Dostupné na: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2225385/>>.
17. HUDÁKOVÁ, Z. *Psychologický prístup v komunikácii s onkologickým pacientem*. [online]. 2009. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://www.florence.cz/odborne-clanky/rejstrik/2009/>>. CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DETÍ [online]. 1988. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://dietaaja.sk/charta-prav-hospitalizovanych-deti/>>.
18. CHILDREN'S HOSPITAL OF EASTERN ONTARIO PAIN SCALE (CHEOPS) IN YOUNG CHILDREN [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://www.modernmedicine.com/sites/default/files/images/Resource-Centers/Children%27s%20Hospital%20of%20Eastern%20Ontario%20Pain%20Scale%20%28CHEOPS%29.pdf>>.
19. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention. [online]. 2006. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/The_Global_Nursing_Shortage-Priority_Areas_for_Intervention.pdf>.
20. JASENKOVÁ, M. *Ako žiť spolu až do konca*. Bratislava: Plamienok, 2005. 30 s. ISBN 80-969462-1-8. KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSŤI V ODBORE PALLIATÍVNA MEDICÍNA VRÁTANE HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSŤI č. 17463/OZS dňa 19. 06. 2006. [online]. 2006. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://hospice.sk/hospice1/index2.php?id=324>>.

21. KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE PALIATÍVNA MEDICÍNA VRÁTANE HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI , LP/2021/49. 2021. [online]. 2021.[citované 2023-05-02]. Dostupné na:<<https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/LP/2021/49>>.
22. KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo I., 2*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN-80-21-70-05-28-0.
23. MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve I*. Turany: P+M, 2007. 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
24. MAGUROVÁ, D. - RYBÁROVÁ E. - UHEROVÁ, Z. *Hospicová starostlivosť a jej typy* [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_93_29.pdf>.
25. MAGUROVÁ, D. - RYBÁROVÁ E. - CIBRÍKOVÁ, S. Charta práv umierajúcich pacientov a etické princípy paliatívnej starostlivosti. [online]. 2008. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_92_29.pdf>.
26. MELIŠOVÁ, J. Sociálna starostlivosť o zomierajúcich a ich rodiny. *Diplomová práca*. Trnava[online]. 2000. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <https://www.google.sk/?gws_rd=ssl#q=paliat%C3%ADvna+starostlivos%C5%A5+diplomov%C3%A1+pr%C3%A1ca>.
27. NANDA INTERNATIONAL NURSING DIAGNOSES [online]. 2015. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://www.nanda.org/nanda-international-nursing-diagnoses-definitions-and-classification.html>>.
28. NARIADENIE VLÁDY SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. 2010. [online]. 2010. [cit. 2023-11-10]. Dostupné na: <http://www.unipo.sk/public/media/19519/296_2010.pdf>.
29. NARIADENIE VLÁDY SR č. 105/2023 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov[online]. 2023. [cit. 2023-11-10]. Dostupné na: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2023/105/>>.
30. NARIADENIE VLÁDY SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. 2008.[online]. 2008. [cit. 2023-11-10]. Dostupné na: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/640/20230331.html>>.
31. NATIONAL GUIDELINE CLEARINHOUSE. 2016. *End of life care for infants, children and youngpeople with life-limiting conditions: planning and management*.[online], 2013 [citované 2018-02-27].Dostupné na internete: <<https://www.guidelines.gov/summaries/summary/50596/end-of-life-care-for-infants-children-and-young-people-with-lifelimiting-conditions-planning-and-management?q=palliative+care+of+child>>.
32. NEMCOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovatel'skej starostlivosti*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatel'stva, 2013. 77 s. ISBN 978-80-89544-52-3.
33. *MEDICÍNY JE U NÁS ZOPÁR*. [online]. 2016. [citované 2017-08-12]. Dostupné na: <<http://mediweb.hnonline.sk/spravy/aktualne/oddeleni-paliativnej-mediciny-je-u-nas-zopar>>.
34. OCHRANA ĽUDSKÝCH PRÁV A DĽŽIENKOVANIE TERMINÁLNE CHORÝCH A UMIERAJÚCICH Odporúčanie Rady Európy č.1418/1999. [online]. 1999. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://www.hospice.sk/hospice1/data/ochrana.html>>.
35. ONDRIOVÁ, I. - ČINOVÁ, J. *Dieta v terminálnom štádiu a význam podpory rodiny v paliatívnej starostlivosti*. [online]. 2013. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6555&magazine_id=13>.
36. PALLIATIVE CARE FOR CHILDREN. *In Pediatrics August 2000, Vol. 106 / ISSUE 2*. [online]. 2000. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/106/2/351>>. PALLIATIVE CARE FOR INFANTS. (A documents for healthcare professionals and Policy Makers [online]. 2009. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=DeiV2yhtOZA%3D>>.
37. POSTUP PRI NÁHRADE INTENZÍVNEJ LIEČBY ZA PALIATÍVNU LIEČBU A STAROSTLIVOSŤ V NEONATOLÓGII [online]. 2016. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<http://slovenskaneonatologia.sk/wp-content/uploads/2017/04/Paliati%C3%81vna-starostlivos%C3%8C.pdf>>.
38. POTREBUJEME DETSKÉ PALIATÍVNE ODDELENIA [online]. 2023. [citované 2023-04-22]. Dostupné na: <https://www.plamienok.sk/blog/potrebujeme-detske-paliativne-oddelenia?fbclid=IwAR3Rnz7EXrSIICBxwJQOpfct7x02VCfka_XYgAeYiRQLaFupMm2ReJIGY>.
39. RYBÁROVÁ, D. *Posudzovanie detskej bolesti*. [online]. 2008. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3278&magazine_id=13>. SIRACKÝ, J. *Čo by ste mali vedieť o rakovine*. Bratislava: Liga proti rakovine SR, 2001. SAROYAN, J. M. - SCHECHTER, W. S. Pediatric Pain Assessment (dokument National Hospice and Palliative Care Organization 2017) [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<https://www.nhpco.org/pediatric-pain-assessment>>.
40. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2008. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Grada, 248s., ISBN 978-80-247-1613-8
41. SCHROEDER, K. - LORENZ, K. Nursing and the Future of Palliative Care In *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018 Jan-Mar; 5(1): 4-8. [online]. 2018. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763437/>>.
42. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995.
43. SVETOVÝ KÓDEX DETSKÝCH PRÁV [online]. 2010. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.dfsr.sk/23/>.
44. ŠEVČÍK, P. 2000. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2000. 393 s. ISBN 80-7262-042-8. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie–Psychoonkologické aspektyvzniku azvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
45. VALOVIČOVÁ, E. *Onkologická výchova pre stredné školy*. 3.vyd. Bratislava: Komprint, 2009. ISBN 978-80-89201-38-9.
46. VISSER, C. et al. *Reality of evidence-based practice in palliative care*. [online]. 2015. [citované 2018-01-19]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607825/>>. VORLÍČEK, J. - ADAM, Z. - POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliatívni medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
47. VYHLÁŠKA MZ SR č. 306/2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.[online]. 2005. [cit. 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.fttt.sk/.../Zbierka_zakonov_c_306_2005_Zz_vyhl_MZ_SR.pdf> .
48. VYHLÁŠKA MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov. [online]. 2005. [cit. 2022-08-22]. Dostupné na: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2005/321/>>.

49. VYHLÁŠKA MZ SR č. 95/2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom a v znení neskorších predpisov.
50. VYHLÁŠKA MZ SR č. 316/2022o kategorizácii ústavnej starostlivosti. 2022. [online]. 2022. [cit. 2023-04-22]. Dostupné na: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2022/316/20220930>>.
51. VÝNOS MZ SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení č. 09812/2008-OL a v znení neskorších zmien.2008. [online]. 2008. [cit. 2023-04-22]. Dostupné na: <<https://www.aspi.sk/products/lawText/1/71839/1/2>>.
52. WHITE, C. L. - LAUZON, S. - YAFFE, M. J. - WOOD-DAUPHINEE, S. *Toward a odel f quality oflife for family care givers of stroke survivors*. Quality of Life Research, 004, vol. 13, s. 625-638. ISSN0962- 9343.
53. WHO DEFINITION OF PALLIATIVE CARE [online]. 2017. [citované 2017-08-22]. Dostupné na internete: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>.
54. ZÁKON NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.[online]. 2004. [citované 2017-08-22]. Dostupné na: <http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Vedavyskum/zdravotna_starostlivost.pdf>.ZÁKON NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [online]. 2004. [cit. 2017-09-01]. Dostupné na: <<http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/578-2004-z-z.p-8186.pdf>>.
55. ZÁKON NR SR č. 406/2011, Z. z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [online]. 2011. [cit. 2023-09-01]. Dostupné na: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2011/406/>>.

Poznámka:

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

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva