

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

BAKALÁRSKA PRÁCA

2010

Monika Adamková

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**ÚZKOS ZO SMRTI
Bakalárska práca**

Študijný program: Ošetrovateľstvo

Školiace pracovisko: Katedra ošetrovateľstva

Školiteľ : PhDr. Alica Slamková, PhD.

Nitra 2010

Monika Adamková

akujem mojej školite ke práce

PhDr. Alici Slamkovej, PhD.

za cenné rady, odborné usmernenie, podporu a pomoc, ktorú mi poskytol pri vypracovaní
bakalárskej

ABSTRAKT

ADAMKOVÁ, Monika: *Úzkos zo smrti*.

[Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra ošetrovateľstva. - Školiteľ : PhDr. Alica Slamková, PhD.

Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár (Bc.). – Nitra : FSVaZ, 2010. 52.

Hlavnou témou bakalárskej práce bolo zistiť, ako pacienti v terminálnom štádiu ochorenia vnímajú úzkos zo smrti, názor sestier na používanie klasifikačných systémov v praxi pre lepšiu spoluprácu s pacientmi a diagnózou úzkos zo smrti. Práca obsahuje teoretickú a praktickú časť. Rozdelená je do šiestich častí. Prvú kapitolu tvoria klasifikačné systémy ošetrovateľstva NANDA, NIC a NOC. Thanatológia čo znamená úzkos zo smrti je rozpísaná v druhej kapitole. Na druhú kapitolu nadväzuje kapitola s názvom paliatívna starostlivosť a hospicová starostlivosť. Druhá a tretia kapitola tvorí jadro práce. V štvrtej kapitole je rozpísaný manažment starostlivosti o pacienta s úzkosťou zo smrti.

V praktickej časti autorka aplikuje klasifikačné systémy ošetrovateľstva u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Vzhľadom na zistenia, ktoré vyplývajú z prieskumu sme zistili, že pacienti v terminálnom štádiu ochorenia si znižia do piatich dní úzkos zo smrti. Títo pacienti i pohladenie, vypočutie si veľmi cenia. Sestry sme oboznámili s klasifikačnými systémami, ktoré môžu využívať pri následnej starostlivosti u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Získané vedomosti by mali byť jednotné, čo sa dá dosiahnuť vzdelávaním všetkých zainteresovaných členov zdravotníckeho tímu. Autorka vo svojej práci použila literatúru, ktorú uvádza v bibliografických odkazoch.

Kľúčové slova:

Klasifikačné systémy. Úzkos. Smrť. Paliatívna medicína.

ABSTRACT

ADAMKOVÁ, Monika: Anxiety of death.

[Bachelor thesis] University of Constantine the Philosopher in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Nursing - Supervisor: PhDr. Alica Slamková, PhD.

Degree of professional qualification: Bachelor (Bc). Nitra : FSVaZ, 2010. 52.

The main goal of the bachelor thesis was to find out how the patients in the terminal stage of disease perceive fear of death and the nurses' opinions on the use of classification systems in practice for better cooperation with patients with the diagnosis of fear of death.

The thesis contains both theoretical and practical part. It is divided into six parts. The first chapter covers nursing classification systems of NANDA, NIC and NOC. Thanatology, which means the fear of death, is described in the second chapter. The second chapter is followed by the chapter titled "Palliative care and Hospice care". The second and the third chapter form the core of the thesis. The fourth chapter deals with the management of care for a patient with the fear of death. In the practical part, the author uses the nursing classification systems with patients being in the final stage of disease. Given the findings resulting from the survey, patients in the terminal stage of disease reduce their fear of death within five days. Even stroking or hearing them out is very much appreciated by these patients. The nurses have been acquainted with the classification systems that can be used in the follow-up care of patients in the terminal stage of disease. The acquired knowledge should be uniform what can be achieved through education of all involved medical team members. The list of the relevant literature used by the author can be found in the bibliographic references.

Keywords:

Classification systems. Fear. Death. Palliative medicine.

OBSAH

ÚVOD	9
1 KLASIFIKAČNÉ SYSTÉMY V OŠETROVATEĽSTVE	11
1.1 Klasifikačný systém ošetrovateľskej inosti NANDA	11
1.2 Klasifikačný systém ošetrovateľskej inosti NIC	12
1.3 Klasifikačný systém ošetrovateľskej inosti NOC	13
2 THANATOLÓGIA – STRACH ZO SMRTI	15
2.1 Smrť	15
2.2 Umieranie	17
2.2.1 Dôstojné umieranie	17
2.2.2 Kvalita života umierajúceho človeka	18
2.3 Strach	18
2.4 Úzkosť	19
2.4.1 Úzkostné poruchy	19
3 PALIATÍVNA MEDICÍNA	21
3.1 Hospic	22
3.1.1 Hospicová starostlivosť	23
3.2 Rozhovor s umierajúcimi	24
3.3 Správanie umierajúcich	25
4 MANAŽMENT STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S ÚZKOSŤOU ZO SMRTI	27
4.1 Posudzovanie	27
4.2 Diagnostika	27
4.3 Výstupný krok	28
4.4 Realizácia	28
4.5 Vyhodnotenie	28
5 PRIESKUM ÚZKOSTI ZO SMRTI	29
5.1 Ciele a otázky prieskumu	29
5.2 Metódy prieskumu	30

6 VÝSLEDKY	
6.1 Zloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia a veku	32
6.2 Sesterské inosti v skupine u pacientov terminálnom štádiu ochorenia NIC- 5820 Zníženie úzkosti	33
6.3 Sesterské inosti v skupine u pacientov terminálnom štádiu ochorenia NIC- 5260 Starostlivosť pri zomieraní	35
6.4 Opis ukazovateľov NOC 1211 „Úzkostný stupeň“ u pacientov terminálnom štádiu ochorenia	37
6.5 Opis ukazovateľov NOC 1402 „Kontrola úzkosti“ u pacientov terminálnom štádiu ochorenia	40
7 DISKUSIA	44
ZÁVER	48
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV	50
PRÍLOHY	52

ÚVOD

*Všetko má svoj čas,
a každé poínanie pod nebom
má svoju chvíľu.
Je čas narodiť sa i čas umrieť ...
Kazate , 3, 1-2*

Smrť, slovo, ktoré môže znamenať koniec alebo začiatok. Výklad závisí len na tom, ako vnímaná smrť môže byť. Postoj k umieraniu a smrti sú u každéholoveka odlišné. Otázky ohľadom konca života odkladálovek o najskôr alej od seba. Keď je vnímaná ako konečný stav, môže sa vstúpiťveľmi do strachu a úzkosti, zatiaľ čo v prípade uvažovania ako začiatku to môže priniesťpocit pokoja, spokojnosti a nádeje. Úzkosť, musí byť potlačená natoľko, aby sme mohli žiť pohodlne a normálne, ale napriek tomu dostatočne neprístupne, to nám umožní primerane reagovať na akúkoľvek hrozbu pre našu ďalšiu existenciu. Smrť je jediná istota v živote. Všetky živé organizmy umierajú a my nie sme výnimkou. Mnohí ľudia sú traumatizovaní už dlhšie predtým ako sa blíži ich koniec. Majú strach z neznámych, obávajú sa smrti milovanej osoby a napokon, strach zo zániku i definitívnosti smrti. Mnohých trápi smrť, úzkosť, ale sú schopní fungovať. Hovorí sa, že „koniec dobrý - všetko dobré“. Pomáha ľuďom, aby dobre zakončili svoj život tu na zemi je veľmi zodpovedná, ba vznešená úloha. Týka sa každého, no najmä tých, ktoríasto prichádzajú do kontaktu so zomierajúcimi ako je zdravotnícky personál. Umierajúcilovek tuší alebo predpokladá blížiaci sa koniec. Zdravotnícky personál si musia nájsť čas a venovať viac pozornosti tomutoloveku. Hovorí s ním, ticho sedí, aj pohľad stačí natoľko, aby sa necítil sám, pretože všetko vrátane neverbálnej komunikácie, patrí k dorozumievaniu. Je potrebné vypočuť si všetko, čo nám chce povedať a neprerušovať ho. Pre zomierajúceho nie je dôležité miesto úmrtia. Vlastné zomieranie je pre ho najdôležitejšia opatere, ľudský prístup s pocitom solidarity a primerane možný komfort. Neistota ale aj obava vedie neraz k obmedzeniu komunikácie. Potrebné je informovať príbuzných, nechajú ich s umierajúcim o najdlhšie, aby mohli byť v posledných minútach s ním. Vzhľadom k tomu, smrť je v podstate nevyhnutná, prijatie by bolo najlepšie, čo môžeme urobiť. Nielen, že by sme sa tak mohli vyhnúť úzkosti spojenou so strachom, ale boli by sme v takom prípade najlepšie schopní pripraviť sa na koniec. Preto našim zámerom bolo eliminovať negatívne emócie u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia.

Pri vychádzaní zo súasného stavu a predpokladanej práce, dá sa usudzovať, že pri dlhšom pozorovaní by sa úzkosť zo smrti mohla minimalizovať alebo úplne vymiznúť. Prieskumom a analýzou v našej práci, sme hľadali odpovede na otázku, či súvisí pozitívny postoj u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia k zlepšeniu sesterskej diagnózy úzkosť zo smrti. Zámerom bolo zistiť pomocou aplikácie klasifikačných systémov ošetrovateľstva, či sa úzkosť zo smrti zníži do piatich dní a či môže použitie vybraných súborov klasifikačných systémov NIC, NOC pozitívne vplyvať na zníženie úzkosti zo smrti. Overili sme účinnosť vybraných súborov z klasifikačných systémov NIC a NOC u pacientov so sesterskou diagnózou Úzkosť zo smrti 00147. Okrem toho sme získali názor sestier na používanie klasifikačných systémov v praxi a týmto uvažujeme sestrám pracujúcim s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia, u ktorých sa vyskytla úzkosť a strach zo smrti. Úlohou zdravotníckeho personálu je pomôcť pacientom v terminálnom štádiu ochorenia, prenieť sa cez toto štádium, zmierniť jeho pocit strachu a zabezpečiť mu pokojné a dôstojné podmienky, hygienickú a duchovnú starostlivosť. Veľmi dôležité je, aby umierajúci nebol sám. Uvedomiť si, že strach zo smrti rovná sa strach zo života.

1 KLASIFIKAČNÉ SYSTÉMY V OŠETROVATEĽSTVE

Hlavné dôvody rozvoja klasifikačných systémov v ošetrovateľstve boli vymedzenie ošetrovateľskej profesie, identifikovanie zdravotníckej starostlivosti, definovanie rozsahu ošetrovateľskej praxe v zdravotníckej starostlivosti, nástup počítačového spracovania a rozvoj informačných systémov, koordinácia starostlivosti. Kritériá klasifikácie musia spĺňať jednoduchú klinickú použiteľnosť, jednotný základ, reflexiu kultúrnych odlišností, reflexiu spoločných systémov hodnôt ošetrovateľstva na celom svete, doplnujúcu klasifikáciu chorôb vytvorenej WHO (Mareková a kol., 2005). Klasifikácia je zaradenie do určených tried na základe zistenia charakteristiky, ktorá ich spája. Taxonómiu pokladáme za systematiku alebo hierarchicky usporiadaný systém poznatkov, cieľov a pod. Môže byť usporiadaná abecedne alebo číselne na základe využitia princípov kombinatoriky (Vörösová a kol., 2007).

1.1 Klasifikačný systém sesterských diagnóz – NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association)

Klasifikácia sesterských diagnóz NANDA má názov odvodený od začiatkových písmen, ktorými sa označuje Severoamerické združenie pre sesterské diagnózy – *The North American Nursing Diagnosis Association*. Táto asociácia vyvinula široko uplatňovaný diagnostický systém, z ktorého môžu čerpať v konkrétnych situáciách pri uspokojovaní potrieb, pokiaľ nie sú v norme, všetky odbory a špecializácie ošetrovateľstva. Tento systém špecifikuje diagnózy podľa diagnostických prvkov, takže sa máme pri ich rozpoznávaní podľa toho orientovať (Mareková, 2006).

NANDA plní tieto funkcie:

- zabezpečuje štruktúru pre formulácie terminológie
- zabezpečuje rozvoj pre štandardné pomenovanie sesterských diagnóz v zdravotníckej starostlivosti
- uľahčuje výskum v oblasti sesterských diagnóz
- vydávanie časopisov
- usporadúva konferencie NANDA
- publikuje výsledky rokovaní na konferenciách NANDA (Vörösová a kol., 2007).

NANDA taxonómia I bola štruktúrovaná do deviatich vzorcov ľudských reakcií – výmena, komunikácia, vzťahovanie, hodnotenie, vyberanie, pohybovanie, vnímanie,

poznanie, poci ovanie. Testovanie obsahu a organiza nej štruktúry taxonómie I v praxi preukázalo nízku mieru klinickej využite nosti.

V roku 2000 bol výborom pre taxonómiu predložený nový systém, ktorý je založený na štruktúre diagnostických domén, ktoré vychádzajú z Gordonovej modelu Funk ných vzorcov zdravia a vznikla vyššia verzia klasifikácie diagnostických pojmov NANDA taxonómia II.

Ošetrovateľské diagnózy boli rozdelené systematicky do 13skupin pod a oblasti centra pozornosti sestry:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. Podpora zdravia | 2. Výživa |
| 3. Vylučovanie | 4. Aktivita - odporno |
| 5. Vnímanie – poznávanie | 6. Vnímanie seba samého |
| 7. Rola- vzťahy | 8. Sexualita |
| 9. Zvládanie – tolerancia stresu | 10. Životné princípy |
| 11. Bezpečnosť – ochrana | 12. Komfort |
| 13. Rast – vývoj (Mareková,2005) | |

Organizácia – formálna klasifikácia:

Organizácia – formálne ju tvorí názov, definícia, určujúce charakteristiky, vzťahové faktory.

Funkčná klasifikácia:

Táto klasifikácia zahŕňa problém P, etiológiu E, znaky a príznaky – symptómy S. Toto usporiadanie sleduje aj formuláciu sesterskej diagnózy. „*Sesterská diagnóza je definovaná ako klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny i komunity na skutočné alebo potencionálne zdravotné problémy i životný proces. Predstavuje základ pre výber sesterských intervencií, na dosiahnutie výsledkov, za ktoré sestra zodpovedá*“ (Krišková a kol., 2001, s. 747).

1.2 Klasifikačný systém sesterských intervencií - NIC (Nursing Interventions Classification)

NIC znamená súhrnnú štandardizovanú klasifikáciu intervencií, ktoré sestry uskutočňujú. Môže byť použitá všade a vo všetkých špecializáciách. Patria sem intervencie závislé aj nezávislé, v priamej aj nepriamej starostlivosti, zamerané na fyziologickú a psychologickú stránku človeka. Zahŕňajú liečbu, prevenciu a podporu zdravia.. (Vörösová a kol., 2007).

- Organiza no – formálna klasifikácia:

Organiza no – formálne ju tvorí názov, definícia, íselný kód, innosti zoradené do súboru, odkazy na zdroje príslušnej odbornej literatúry (Krišková a kol., 2001).

- Funk ná klasifikácia

Funk nú klasifikáciu tvorí:

Úrove 1 - 7domén

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Fyziologická – základná | 2. Fyziologická – komplexná |
| 3. Správanie | 4. Bezpe nos |
| 5. Rodina | 6. Zdravotnícky systém |
| 7. Komunita | |

Úrove 2 - 30tried:

- | | |
|---|------------------------------------|
| A- Aktivita a odpo inok | I- Neurologicky manažment |
| B- Manažment vylú ovania | J- Periopera ná starostlivos |
| C- Manažment imobility | K- Manažment respirácie |
| D- Podpora výživy | L- Manažment koze, rany |
| E- Podpora fyzického komfortu | M- Terminológia |
| F- U ah ovanie sebaopatery | N- Manažment vitality tkanív |
| G- Elektrolyty – acidobáza | O- Úprava správania |
| H- Manažment podávania liekov | P- Lie ba kognitívneho poznávania |
| Q- Rozširovanie komunikácie | Z- Starostlivos o detskú populáciu |
| R- Asistencia vyrovnávania sa | X- Celoživotná starostlivos |
| T- Podpora fyziologickej pohody systému | a- Manažment zdravotníckeho |
| U- Manažment krízy | b- Manažment informácii |
| V- Manažment rizík | c- Podpora zdravia komunity |
| W- Starostlivos v gravidite | d- Manažment rizík komunity |

(Mare ková a kol.,2005).

Úrove 3 – podtriedy: innosti – usporiadané sú do prepojeného súboru položiek (Krišková a kol., 2001).

1.3 Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva - NOC (Nursing Outcomes Classification)

K vytvoreniu klasifikačného systému ošetrovateľských výsledkov NOC prispeli pod a M. Jonsonovej, M. Maasovej a S. Moorheovej viaceré okolnosti- potreba usporiadať poznatky ošetrovateľstva, ale aj potreba preukázať sesterské inštitúcie odborníkom v zdravotníctve a verejnosti. Pre rok 2004 ju tvorí 7 domén, 31 tried, 330 výsledkov. Každý súbor je zložený z jednotlivých výsledkov. Celok je v súlade s obsahom danej definície, má stabilne usporiadaný vnútorný systém a je doplnený hodnotiacou stupnicou.

-Organizácia – formálna klasifikácia:

Organizácia – formálne ju tvorí názov, číselný kód hlavný a položkový, definícia, súbor ukazovateľov, hodnotiaci škála a súbor jej ukazovateľov, odkazy na zdroje príslušnej odbornej literatúry.

-Funkčná klasifikácia:

Funkčná klasifikáciu tvoria: domény, triedy a podtriedy. Každý súbor je zložený z jednotlivých výsledkov, ktoré sú predmetom a prostriedkom merania, hodnotenia (Krišková a kol., 2001).

Taxonómia Klasifikácie výsledkov ošetrovateľstva – NOC

I. Funkčné zdravie

II. Fyziologické zdravie

III. Psychosociálne zdravie

IV. Vedomosti o zdraví – zdravé správanie

V. Ponímanie zdravia

VI. Zdravie rodiny

VII. Zdravie komunity (Vörösová a kol., 2007).

Škály merania: Klasifikácia NOC obsahuje 17 škál merania. Výsledky majú charakter variabilných koncepcií. Metódy merania sú veľmi dôležité. (Krišková a kol., 2001).

2 THANATOLÓGIA – STRACH ZO SMRTI

Thanatológia je chorobný strach zo smrti. „Je vä šinou definovaná ako interdisciplinárny odbor o smrti a o všetkých fenoménoch smrti, ktoré sú s ňou spojené“ (Balogová, 2005, s. 125).

Názov je odvodený od gréckeho boha smrte ného spánku a smrti. U starších ľudí je strach zo smrti menší než strach z umierania. Lekár sa podvedome stáva pánom života a smrti a pacient sa oraz viac obával, že jeho zomieranie bude raz spojené s utrpením, proti ktorému bude raz bezmocný. Potrebova bude paliatívnu starostlivosť, v boji proti bolesti, strachu, úzkosti a najmä osamelosti. Bude treba i v našich podmienkach aplikovať filozofiu hospicov v podmienkach zomierania v nemocnici alebo i doma (Šoltés a kol., 2001). Mali by sme prijať zásadu, aby bol zomierajúci pacient tam, kde sa mu môže viac pomôcť zmierniť jeho utrpenie. Odborníci sa zhodujú v tom, že lovek by pri umieraní nemal zostať sám (Haškovcová, 1989).

2.1 Smr

Z istého biologického hľadiska je fáza umierania skončená, až keď odumrie posledná bunka organizmu. Vtedy sa hovorí o absolútnej smrti. Z klinicko - psychologického a predovšetkým zo sociálneho hľadiska, treba pokladať fázu umierania za zavššenu až vtedy, keď vymizne vedomie loveka, čo sa označuje ako jeho psychická smrť (Hegey, 2001). Smrť (exitus) je nenávratné zastavenie všetkých životných pochodov organizmu. Je to zánik organizmu ako celku (Blumenthal-Barby a kol., 1988).

Smrť môže byť :

1. fyzická - je úplná, trvalá strata vedomia
2. sociálna – stav, keď lovek síce žije, ale je vylúčený zo sociálnych a interpersonálnych vzťahov
3. psychická – je psychická rezignácia, intenzívne prežívanou beznádejou, až zúfalstvom, ktorá u loveka uje vstup smrti fyzickej.

Po lekárskej stránke je smrť udalosťou, pri ktorej dôjde k zastaveniu mozgovej činnosti. Sem patria tri úrovne mozgovej činnosti: mozgová kôra, ktorá riadi myslenie a pohybové funkcie vyššieho rádu, mozogok a mozgový kmeň, ktorý riadi telesné funkcie, ako je dýchanie a tep srdca (Earecksonová, 1997).

Podľa Küblerovej – Rossovej (1993) rozlišujeme päť fáz umierania.

1. Odmietanie a izolácia – pacient môže chorobu spočítať popierať. Presvedčí sa a seba i druhých, že určite zamenili snímky alebo je chybná diagnóza a podobne. Ak sa ani rodina nechce vyrovnávať so smrťou, nemôžu mu v tejto fáze ani pomôcť. Následkom býva, že príbuzní si za ním želajú jeho rýchlu smrť. Pacientovi sa dá pomôcť aj tak, že mu naznačíme, že mu dôverujeme a prípadne ho aj podporíme v jeho odmietaní choroby.

2. Hnev – umierajúci pociťuje závisť voči tým, ktorí prežijú. To môže viesť k nekontrolovaným výbuchom hnevu alebo popudlivosti voči komukoľvek a najviac voči najbližším. Môže sa trápiť tým, že sa na neho zabudne. Je dobré venovať mu pozornosť a prípadne aj vyprovokovať jeho hnev, aby sa vyrozprával a odreagoval. Dôležité je nebrať jeho hnev osobne, lebo to by len vytvorilo špirálu hádky.

3. Vyjednávanie – táto fáza môže byť krátka a prechodná a objavujú sa v nej detinské spôsoby ako nahnevaneho vyjednávajúceho dieťa. Dúfa, že si spoluprácou získava odmenu, napríklad dlhší život a bezbolestnosť. Najčastejšie sa to odohráva tajne a s bohom, ktorému nadáva, vyčíta, sľubuje a dúfa v odmenu. Pomáha pritom, keď nejako zahájime jeho vzťah k bohu a pomôžeme mu, pokiaľ to ide, oslobodiť ho od pocitov viny voči bohu alebo ostatným ľuďom.

4. Depresia – ustrnutie, hnev a zúrivosť sa uvoľnia dvoma spôsobmi, ktoré sa vzťahujú k zúfalstvu a strate. Jedna forma je reaktívna a vzťahuje sa k strate – prsníka po operácii, pevnosti za lieky a pobyty v nemocnici, predošlej kvality života a podobne. Pomôcť sa mu dá prispôbením sa situácii – protézou, zmenou starostlivosti. Druhá forma je prípravná a týka sa straty, ktorú predstavuje vlastná smrť alebo predstava svojej neprítomnosti v rodine. Pomôcť sa mu dá tým, že ho ubezpečíme, že deti majú alej dobré známky, že všetko ide ako má a podobne. Treba myslieť aj na to, že umierajúci potrebuje byť sám a mať pokoj a nie veľa návštev, ktoré môžu narúšať jeho vlastné smútenie, ktoré mu musíme dovoliť. Často to z ohľadom na blízkych nedeklaruje, ale potreba dlhších časových úsekov osamote býva výrazná. Lebo bez subjektívneho spoznania a plného prežitia strachu a zúfalstva nemôže dosiahnuť poslednú fázu.

5. Súhlas – Po závisť, hneve na zdravých a živých čaká na smrť a viac spí. Táto fáza je bez pocitov, je po boji, bolesť odchádza a umierajúci chce mať pokoj od problémov vonkajšieho sveta. To býva najťažšia fáza pre jeho okolie, lebo musia prijať aj jeho odmietanie a uvedomiť si, že keď sa stiahnu, pomôžu mu tak ešte viac sa odpútať a odísť. Starší umierajúci dosiahnu túto fázu skôr, lebo sa môžu pozrieť na svoj život, na to, čo urobili, že buď zanechali deti alebo niečo vytvorili, teda vidia zmysel. V tejto fáze

pomôžeme najlepšie nemým a vnímavým na úvaním, proste tak, že iba sme a dávame najavo, že s ním budeme až do konca alebo kým bude chcieť (Kübler – Rossova, 1992). Všetky fázy majú spoločného menovateľa a tým je nádej, takže by bolo chybou brať im ju, nech už má akúkoľvek podobu. Pacienti, ktorí svoj kríž prijali, získavajú vo svojom osobitý výraz vyrovnanosti a pokoja. V ich tvári sa odráža stav vnútornej dôstojnosti. U tých, ktorí na svoj osud rezignovali, tento výraz chýba, naopak v ich tvári možno vidieť zatrpknutosť a duševnú trýzeň, ako výraz pocitu márnosti, zbytočnej snahy a chýbajúceho zmierenia (Blumenthal-Barby a kol., 1988).

2.2 Umieranie

V bežnej praxi ho chápeme ako postupnú stratu dôležitých životných funkcií, ktoré sa nedajú žiadnym liečebným postupom vrátiť do stavu, aby človek mohol samostatne žiť. Termínom zomierajúci pacient sa označuje človek, ktorého stav sa rapídne zhoršuje a ktorý pravdepodobne zomrie v priebehu niekoľkých hodín alebo dní. Vitálne funkcie sa začínajú zlyhávať. Lekársky zásah neodvráti smrť, jednoducho iba predlžuje život (Earecksonová, 1997). Blumenthal-Barby (1988) uvádza, že pod zmyslom umierania v širokom význame slova je proces, keď nevyhlietne chorý človek v relatívne dlhom čase žije pod znamením hroziacej a nakoniec realizujúcej sa smrti. Pojem umierania je v lekárskej terminológii synonymom terminálneho stavu, pri ktorom dochádza k postupnému a nezvratnému zlyhaniu dôležitých vitálnych funkcií tkanív a orgánov, ktorého dôsledkom je smrť. Z biologického hľadiska je fáza umierania koncom, až keď odumrie posledná bunka organizmu. Vtedy hovoríme o absolútnej smrti. Z klinicko-psycho-logického a sociálneho hľadiska treba pokladať fázu umierania za začiatok už vtedy, keď vymizne vedomie človeka, čo sa označuje ako psychická smrť (Blumenthal-Barby kol., 1988).

2.2.1 Dôstojné umieranie

Pod pojmom rozumieme záver života zbavený veľkou bolesťou. Je synonymom celkového bio-psycho-sociálno-duchovného komfortu, ktorý má byť umierajúcemu zabezpečený. Pacient má právo na zmiernenie utrpenia a bolesti. Z histórie poznáme dva modely starostlivosti o chorého a umierajúceho. Prvým je klasický model, v ktorom hlavnú úlohu v starostlivosti o chorých a umierajúcich tvorí rodina. Výhodou bolo, že na opatrovaní umierajúceho sa zúčastňovala rodina. Nevýhodou bolo neprítomnosť profesionálnej pomoci. Druhý model starostlivosti o chorého a umierajúceho sa presunula z domáceho prostredia do nemocnice.

Do súčasného modelu starostlivosti o umierajúcich je preto nevyhnutne prevziať z klasického modelu všetko to, čo bolo pozitívne a taktiež poskytnúť profesionálnu pomoc rodine, aby bola schopná nie len opatrovať svojho chorého lena v jeho sociálnom prostredí, ale aj aby sa vedela vyrovnávať s ťažkou stratou svojho blízkeho (Hanzlíková a kol., 2002).

2.2.2 Kvalita života umierajúceho loveka

Za najdôležitejšie faktory ovplyvňujúce kvalitu svojho života patrí rodina a medziodnosky vzťahy, dobré sociálne zázemie a nezávislosť. Zhoršenie kvality života umierajúcich môže spôsobiť nedostatok odstránenie bolesti, stratu nezávislosti a sebestačnosti, nedostatok pomoci, pochopenia a duševnej podpory zo strany príbuzných alebo ošetrojúceho personálu (Balogová, 2005).

2.3 Strach

Strach sa definuje ako emocionálna a fyziologickú reakciu na konkrétne nebezpečenstvo. Spravidla je súčasťou choroby, najmä takej, ktorá môže mať vážne zdravotné následky a ohrozenia (Farkašová a kol., 2005). Strach je pocit znepokojenia z blížiaceho sa zla, negatívny cit, nepríjemná emócia, nepríjemný zážitok s neurovegetatívnym sprievodom, spravidla zblednutím, chvením, zrýchleným dýchaním, búšením srdca, zvýšením krvného tlaku a pohotovosťou k obrane alebo úteku. Strach motivuje k vyhnutiu sa zlu alebo k úteku pred ním. Kde to nie je možné, tam sa často strach mení na agresiu (Blumenthal-Barby a kol., 1988). Strach má teda na rozdiel od úzkosti konkrétny objekt. „Strach sa prejavuje celým radom príznakov v oblasti telesnej, duševnej, i sociálnej. Ak strach presiahne určitú mieru únosnosti, hovoríme o panike rovnako u pacienta, ako i tých, ktorí ho sprevádzajú. Strach je prirodzenou reakciou loveka, ktorý stráca kontrolu nad tým, čo sa deje“ (Šoltés a kol., 2001, s. 56). Keď by sme analyzovali, kde pôsobí najväčší strach, tak to bude iste v oblasti existenčných problémov a z toho vyplývajúci najväčší strach, ktorý lovek má je zo smrti. Zo smrti sa združuje viacero prejavov strachu a sestra by mala rozpoznať, aký je strach pacienta.

Strach zo smrti zahŕňa viacero komponentov:

- strach z bolesti
- strach z odpustenia
- strach zo zmeny vonkajška
- strach z utrpenia, že žiť bude ťažšie ako nežiť

- strach zo straty samostatnosti, nebudem môc robiť, o chcem, ale o mi prikážu
- strach o rodinu, že to bezo mňa nezvládnú
- strach z nedokončenej práce, životného diela,
- strach zo zlyhania, že v najťažšej skúške neobstojím (Šoltés a kol., 2001).

2.4 Úzkosť

Úzkosť má pre organizmus adaptívnu funkciu. Podobne strach patrí k dôležitým emóciám. Vyostrujú zmysly, mobilizujú energiu a pomáhajú organizmu ubrániť sa, utiecť alebo vyhnúť sa, keď sa objaví nebezpečenstvo. Problém vzniká, keď sa úzkosť objavuje príliš často, trvá príliš dlho a jeho intenzita je vzhľadom k situácii, ktorá ho spustila, príliš veľká alebo keď sa objavuje v neprimeraných situáciách. V týchto prípadoch spravidla negatívne zasahujú do života jedinca. Mierne obavy a úzkosť sú teda celkom normálne a prežívajú ich v živote každý. Sú užitočné a dôležité, pokiaľ neprerastú určitú mieru. Experimenty ukázali, že s mierou úzkosti sa výkon zlepšuje, pokiaľ človek neprežíva žiadnu úzkosť alebo pokiaľ je úzkosť príliš veľká, výkon klesá (Praško a kol., 2006).

2.4.1 Úzkostné poruchy

Dali by sa zjednodušene definovať ako rôzne kombinácie telesných a psychických prejavov úzkosti, ktoré nie sú vyvolané žiadnym reálnym nebezpečenstvom. Úzkosť sa u týchto porúch môže objavovať buď v náhlych záchvatoch i typických situáciách alebo ako trvalý stav. Miera príznakov je taká veľká, že obmedzuje pracovný život, rodinné spolužitie alebo prežívanie vo všeobecnosti (Praško a kol., 2006). Úzkosť nie je teda len určitý prežitok spôsobený telesnými reakciami. Zahŕňa tri zložky, ktoré pôsobia spoločne a spôsobujú jednotlivé príznaky tomu, čomu neskôr hovoríme „úzkosť“. Ide o tieto tri zložky:

1. Telesné pocity - napätie, nepravidelné znížené dýchanie, mravenčenie, búšenie srdca a pod.
2. Chovanie - vyhýbanie sa situáciám, z ktorých je nám úzko, zmätkovanie v závažných situáciách a pod.
3. Myšlienky - naše myšlienky, predstavy a predsavzatia, to, čo si hovoríme sami pre seba, obrazy, ktoré sa nám vybavujú o tom, čo nám v tej situácii hrozí (Kivohlavý, 2002).

Úzkosť je nepríjemný emočný stav, ktorého príčinu nie je možné presne definovať. Je to pocit, akoby sa nie o ohrozujúce malo stať, ale postihnutý si neuvedomuje, čo by to vlastne malo byť. Je v stave pripravenosti na nebezpečenstvo. Prežíva stresovú reakciu. Intenzita úzkosti i strachu môže byť rôzna. Môže sa prejavovať len miernou nepohodou alebo nervozitou, na druhej strane stavom hrôzy a paniky. Úzkosť môže „vo ne plynúť“ bez obmedzení na zvláštne okolnosti, alebo sa prejavovať v záchvatoch. Pokiaľ sa objaví náhle a bez zjavnej príčiny, hovoríme o spontánnej úzkosti.

1. Psychické príznaky :

pocit ohrozenia, pocit napätia, strach, nadmerné obavy a starosti, potiaže koncentráciou, nespavosť, nadmerná bdelosť a ostražitosť, podráždenosť, pocit únavy, neschopnosť odpoívať, úzkosť

2. Somatické príznaky :

napätie v svaloch, skrátenie dychu, hyperventilácia, bolesti chrbta, hlavy, v svaloch, tras, roztrasenosť, zvýšená unaviteľnosť, vegetatívna hyperaktivita, tachykardia, potenie, erovenie alebo blednutie, studené akra, asténia, hnačka alebo zápcha, suchosť v ústach, zvracanie, potiaže s prehnaním, pichanie v srdce, zovretie na hrudi (Praško a kol., 2006). Mnoho ľudí objaví vlastné spôsoby, ako zvládajú svoje pocity úzkosti, napríklad pomocou pravidelného dýchania, relaxácií, aktívnej činnosti alebo tým, že sa svojím problémom postaví tvárou v tvár, namiesto toho, aby sa im snažili vyhnúť. Výskum, ktorý urobili v roku 1990 ukázal, že ľudia bežne dokážu úinne zvládajúť stresové situácie a že pritom využívajú neformálne siete vzájomnej podpory. Sklon k vyhýbavému chovaniu a tendencia obracať sa o pomoc k odborníkovi bola výraznejšia u tých ľudí, ktorí trpeli väčším množstvom stresových príznakov. Niektorí z tých, ktorí vyhľadali odbornú pomoc, nemali nikdy príležitosť naučiť sa zvládajúť stres vhodným spôsobom, iní tieto spôsoby síce skúšali, ale bez úspechu (Kivohlavý, 2002).

3 PALIATÍVNA MEDICÍNA

Konštatuje sa, že paliatívna medicína je nová špecializácia, v skutočnosti ide o najstaršiu lekársku a ošetrovateľskú disciplínu. Posledné desaťročia boli v znamení prínosov vedy a technológie, úspechov chirurgických odborov, resuscitačných techník, transplantácie, molekulárnej genetiky a ďalších, orientovaných na úplné vyliečenie a uzdravenie chorého, starostlivosť o chronicky chorého a zomierajúceho sa niekedy mohla dostať do pozadia. Pritom týchto pacientov je väčšina a iste ich bude ešte pribúdať. I tu pokroky vo farmakoterapii, chirurgie a rádioterapie zlepšili možnosti i v paliatívnej medicíne.

Moderná paliatívna liečba je orientovaná predovšetkým na pacientov s nádorovými chorobami a je realizovaná multidisciplinárne nie len lekármi, sestrami, sociálnymi pracovníkmi, klinickými psychológmi, duchovnými, rehoľníkmi ale aj dobrovoľníkmi. Ako odpoveď na nedostatočnú starostlivosť o zomierajúcich vzniklo najprv v rozvinutých západných krajinách a dnes i u nás hospicové hnutie. Svetová zdravotná organizácia definovala paliatívnu medicínu ako celkovú liečbu a starostlivosť o chorých, ktorých choroba nereaguje na kauzálnu liečbu zameranú na liečenie príčiny.

Najdôležitejšia v paliatívnej medicíne je liečba bolesti a ďalších príznakov. Rovnako aj riešenie pacientových psychologických, sociálnych a duchovných problémov. Cieľom paliatívnej medicíny je snaha o dosiahnutie lepšej kvality života chorých a ich rodín. Hospicové hnutie umožňuje pripraviť zomierajúceho na bezbolestnú a dôstojnú smrť, nenechať zomierajúceho opusteného, ale sprevádza chorého do konca, teda do jeho prirodzenej smrti (Vorlíček a kol., 2004). Za vedúcu osobnosť v hospicovom hnutí možno považovať Cicely M. Saundersovú, anglickú lekárku, zakladateľku prvého moderného hospicu v Európe, hospicu sv. Krištofa v Londýne. Prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti vzniklo v Montreale vo fakultnej nemocnici roku 1973, založil ho chirurg-onkológ Balfour Mount, ktorý prvýkrát použil termín „paliatívna starostlivosť“ (Hanzlíková a kol., 2002).

Paliatívna starostlivosť sa zameriava na špecifické ochorenie. Zahŕňa obdobie od diagnózy až po koniec. V slovenskej republike sa poskytuje ambulantne a ústavne v štátnych alebo neštátnych zdravotníckych zariadeniach. Paliatívna starostlivosť v týchto zariadeniach sa zabezpečuje:

1. ambulantnou formou a vykonávajú sa:
 - a) ambulancie paliatívnej starostlivosti

- b) ambulancie pre liebu bolesti
- c) agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)
- d) stacionárne paliatívnej starostlivosti

2. ústavnou formou a vykonávajú sa:

a) oddelenie paliatívnej starostlivosti v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach

b) hospice

Úlohou paliatívnej starostlivosti je zlepšiť kvalitu života až do smrti, poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia, zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav, neurýchlovať ani neodkláňať smrť, zabezpečiť pacientovi komplexnú liebu a starostlivosť tímom zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou, integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta, poskytnúť podporný systém, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti, poskytnúť pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti v smútení (Balogová, 2005). Paliatívna starostlivosť sa realizuje v dvoch dimenziách ako kontinuálna paliatívna starostlivosť a hospicová starostlivosť:

1. Kontinuálna paliatívna starostlivosť: začína od diagnostiky nevyhľaditeľnej choroby. Keď zlyháva liečba, má za cieľ kontrolu obťažujúcich symptómov a predĺženie možného života. Rešpektuje pranie chorého, ak sa dožaduje pokračovania kauzálnej liečby, napriek jej neúspešnosti. S láskavým povzbudením a sprevádzaním chorého potláča strach zo smrti.

2. Hospicová starostlivosť: začína vtedy, keď už nemožno dúfať v predĺžovanie života. Sústreďuje sa na kontrolu symptómov a zlepšenie kvality zostávajúceho života (Hanzlíková a kol., 2002).

3.1 Hospic

Je odvodený od latinského slova a znamená hospitium. Hospic je špecializované zariadenie poskytujúce paliatívnu starostlivosť zameranú na zmiernenie bolesti. Hospic zdravotnícke zariadenie pre dlhodobých chorých a zomierajúcich ľudí. Kladie dôraz na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, na to, aby človek nebol v ťažkej chvíli sám a aby netrpel neznesiteľnou bolesťou.

Hospic nemocnému sľubuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, bude vždy rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť, v posledných chvíľach nezostane osamotený

(Balogová, 2005). Každý lovek pred nástupom do hospicu by mal by o svojom stave informovaný. Záleží od osobnosti pacienta, i dokáže prija svoje ochorenie, tu je ve mi dôležitá spolupráca rodiny. V hospici je lovek tak dlho ako potrebuje. Môžu za ním prís rodina kedyko vek. Myšlienka hospicu vychádza z úcty k loveku ako jedine nej a neopakovate nej bytosti. V hospici sú uspokojované biologické, psychologické, sociálne, duchovné potreby chorého. Pacienti dostávajú potrebnú starostlivos , zameranú na zmiernenie bolesti a ved ajších príznakov ochorenia, ale aj duchovnú a psychologickú oporu. Nezriedka sa tu kon í jeho život. Ak sa pozrieme do histórie, hospicu v minulosti bolo ubytovacie zariadenie, ktoré slúžilo pcestným na ubytovanie pri cestách. Zvä ša bolo zariadené pri kláštoroch ,ale aj v mestách.

Aká forma hospicovej starostlivosti sa v každej zemi vyvinie, záleží na:

- miestnych zákonoch
- spôsobe financovania zdravotníckej starostlivosti
- na výške myslenia údí, ktorí o týchto veciach rozhodujú (Hanzlíková a kol.,2002).

3.1.1 Hospicová starostlivos

Hospicová starostlivos sa definuje ako centrálné riadený program paliatívnej starostlivosti cielene zameraný na zmiernenie symptómov choroby u terminálne chorých. Uplat uje sa tu lie ba symptomatická , ale existuje tu rozdiel v tom, že navyše tu ide o to ,že sa tu uplat ujú nové prístupy k chorému a jeho rodine s cie om zlepši kvalitu života chorého. Základný rozdiel medzi hospicovou a paliatívnou starostlivos ou je , že v hospicovej starostlivosti sa v každej situácii plne rešpektuje údská dôstojnos a hodnota, dodržiava sa jedna zo základných údských práv - právo na ú avu bolesti, chorý nebude trpie neznesiteľnými boles ami, sú minimalizované nepríjemné a ob ažujúce príznaky choroby - strach, depresia, nechutenstvo, zvracanie, dušnos , slabos , smútok... , v posledných chví ach života nezostane osamotený, je poskytovaná psychická a duchovná podpora jeho rodine (Balogová, 2005).

Formy hospicovej starostlivosti:

- lôžková hospicová starostlivos
- stacionárna hospicová starostlivos
- hospicová starostlivos v domácom prostredí klienta, tzv. mobilný hospic
- ambulancie hospicovej starostlivosti

1. Domácia hospicová starostlivos - ktorá je pre pacienta ve mi výhodná. Hospicový personál dochádza za chorým do domu a snaží sa pre chorého urobi všetko potrebné.

Predpokladá určitú úroveň rodinného zázemia, ktoré často chýba. Odborníci sa zhodujú v názore, že väčšina ľudí má túžbu opustiť tento svet vo svojom prirodzenom prostredí, doma. O týchto chorých sa starajú dobrovoľníci v domácej hospicovej starostlivosti. Zomierajúci je obklopený rodinou alebo blízkymi ľuďmi, ktorí mu poskytujú uspokojenie duchovné, psychologické a fyzické

2.Ambulantna hospicová starostlivosť -sa poskytuje prostredníctvom odborných zásahov, ktoré sú určené chorým dochádzajúcimi za odborníkmi (lekár, psychológ, sociálny pracovník...).

3.Stacionárna hospicová starostlivosť - poskytnutie celodennej ambulantnej paliatívnej starostlivosti, ktorá je kratšia ako 24 hodín. Ak pacient s nevyhnutným ochorením a zomierajúci pacient, vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť, ak rodina nevládze zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne, alebo, ak rodina potrebuje ostatne ekonomicky aktívna.

4.Lôžkový typ hospicu- sa v mnohom líši od bežnej nemocnice. Ak rodina nezvláda starostlivosť o chorého, nemá dostatok fyzickej, psychickej sily, chýbajú jej odborné vedomosti rozhodne sa pre hospicovú starostlivosť (Hanzlíková a kol., 2002).

Starostlivosť poskytuje tím odborníkov 24hodín denne a je možné, aby s pacientom bývali

v hospici aj rodinní príslušníci.

V hospicovej praxi v rámci domácej starostlivosti rozlišujeme pojem.

a) Home help, ktorý v odbornej terminológii predstavuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť realizovanú laikmi

b) Home care, ktorý v odbornej terminológii predstavuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť realizovanú profesionálmi (Balogová, 2005).

Hospicový tím tvoria chorý, jeho rodina, hospicový lekár, hospicová sestra, fyzioterapeut, sociológ, a tiež, psychológ(prípadne klinický psychológ), sociálny pracovník, dobrovoľníci a stážisti, ďalší špecialisti podľa akútnych potrieb nemocného (Balogová, 2005).

3.2 Rozhovor s umierajúcimi

Rozhovor nechápeme iba ako výmenu slov, ale k rozhovoru patrí aj dorozumievanie bez slov, napr. gesto, všetko čo môžeme zahrnúť pod pojem neverbálna komunikácia. Hovorí s umierajúcim pokladajú mnohí za veľmi ťažké. Neistota čo má lovek povedať a najmä ako, je najťažšie brzdou rozhovoru. Existuje určitý odporúčaný o tom, ako sa

nespráva, ako sa nevnučova umierajúcemu potrebu prijatia faktu konca (Svatošová, 2001). Neodporujú a sa otvára pred pacientom problém umierania a smrti samým od seba. Treba nech sám navrhne tému smrti a umierania. Ak vyjadrí strach zo smrti, po ka, vypo u ho a opýta sa ho, že z oho má konkrétne obavy a pomôc mu usporiada jeho záležitosti.

Niekedy je potrebné príbuzných usmerni, aby nestáli meter od postele, aby sa nebáli chyti umierajúcich za ruky, pohľadi ich, hovori s nimi, hoci už nemusia vníma, lebo vieme, že lovek v agónii po uje a vníma svoje okolie. Nevyhnutnou sú as ou správania sa umierajúcim je uplatnenie empatie. Empatia – vcítenie sa do role iného. Treba dôkladne vysvetli, že chceme pomôc nie ako sa má umiera, ale o usmernenie, že ako treba ži. To znamená, dosiahnutie toho, aby sa zameral na vyrovnanie zo svojim osudom, aby sa upriamil na zmysel svojho života (Blumenthal-Barby a kol., 1988).

Aby našiel, akceptoval svoj spôsob svojej existencie a našiel svoju cestu. Ozajstnou pomocou pre život je orientácia na naplnenie jeho zmyslu. Je treba citlivý prístup, ve mi vhodnou formou komunikácie je aktívne ml anie. Zomierajúci musí ma pocit, že ho má niekto rad, že si ho niekto váži. Zomieranie je príležitos ou vyrovna sa so svojim životom. Uzavrie životný cyklus. Najdôležitejšie je o naj astejší styk z blízkymi. Súciť a prejav náklonnosti je to najcennejšie o môžeme ako udská bytos da (Kraj ík, 2000).

3.3 Správanie umierajúcich

Ke umierajúci pochopí vedome alebo nevedome, že sa ich život chýli ku koncu, je nútený sa vyrovna s touto situáciou. Vä šina umierajúcich nie je ochotná hovori o svojich pocitoch, aby ušetrili svojich blízkych a tiež sestry a ošetrojúcich lekárov. Umierajúci porovnáva svoj sú asný stav so staršími zážitkami a pod a skúsenosti z prežitých konfliktov, sa usiluje zvládnu terajšiu situáciu. Pre nich existujú odteraz len dve možnosti, ako zvládnu tento konflikt. Bu sa pokúsi o vedomé a realite primerané zvládnutí faktu, že musí zomrie alebo sa vyvinie podvedomá psychická obrana. Spo íva v potla ení i popretí skuto nosti. Vždy to ale závisí od osobnosti loveka. Naj astejšie sa vyskytujú obidve formy zvládnutia situácie. rtou správání sa umierajúcich je to, že kolíšu medzi nereálnymi nádejami, prípadne ilúziami a vedomím akceptovaním osudu. Jednou z alších foriem správania umierajúcich, ktorá má ve ký význam, sú úzkostné stavy, obavy, s ktorými sa musí umierajúci vyrovna. Môžu by vyjadrené, ale i maskované. Úzkosti a obavy sa zjavujú u pacientov, ktorí vedia o svojom stave, ale aj o

tých, ktorí ho len tušia. Naj aźšia forma je vedome alebo nevedome sa uzatváranie sa pred svojim okolím, o je naj astejšie sa vyskytujúce u umierajúcich (Blumenthal-Barby a kol., 1988).

4 MANAŽMENT STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S ÚZKOS OU ZO SMRTI

4.1 Posudzovanie

„*Posudzovanie je zber, overovanie a zaznamenávanie subjektívnych a objektívnych údajov o pacientovi*“ (Kozierová, et al, 1995). Sestra využíva pre zber údajov komunikáciu a rozhovor. Vo fáze posudzovania pri procese rozhodovania pacienta sestra pozoruje charakteristiky určujúce úzkos zo smrti. Všíma si verbálne aj neverbálne prejavy správania pacienta. Dôležitou metódou získavania údajov je rozhovor. Sestra si pripraví osnovu rozhovoru, aby nezabudla na dôležité oblasti informácií a mohla zvoliť vhodné otázky. Pacient by sa mal cítiť v asovej pohode. Vlastnými slovami popisuje problém. Neverbálne prejavy jednotlivca pri procese rozhodovania môžu vyústiť až do úzkosti, ak si jedinec nie je istý, ktorú z alternatív si má zvoliť. Môžu sa prejaviť známky stresu, nervozity, zrýchlený rytmus srdca, napätie. Tým môže vzniknúť aj skreslenosť v odpovediach. Posudzovanie prebieha vo všetkých fázach ošetrovateľského procesu a všetky fázy ošetrovateľského procesu závisia od presného a úplného zberu údajov (Kozierová, et al, 1995).

4.2 Diagnostika

Diagnóza je druhá fáza ošetrovateľského procesu. „*Sesterská diagnóza je klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny i komunity na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy i životný proces*. (Kozierová, et al, 1995). Sesterské diagnózy identifikujú pacientove aktuálne problémy alebo pacientove potenciálne problémy. Formulujeme ich ako dvojzložkové alebo ako trojzložkové. Sesterská diagnóza „Úzkos zo smrti“ 00147, spadá do 9. do diagnostickej domény Zvládanie – tolerancia záaže – trieda 2. zvládanie záaže. Táto diagnostická doména sa zameriava na identifikáciu neefektívnych stratégií zvládania záaže v súvislosti so zmenami v oblasti zdravia. Doména ponúka štandardizované názvoslovie ošetrovateľských problémov, ktoré spadajú pod ľudské potreby preferencie určitého myslenia a správania, názorov, o akávaní a rovnováhy medzi hodnotami a konaním (Kozierová, et al, 1995).

4.3 Výstupný krok

Cie : Pacient si zníži úzkos zo smrti

krátkodobý cie : časový horizont do 5 dní

Úzkostný stupeň 1211 (NOC,2004, s.178)

Doména: Psychosociálne zdravie (III)

Trieda: Psychosociálne správne žitie (M)

Škála: bolestivé až po žiadne (n)

Definícia: úzkos prejavujúca sa obavou, napätím alebo vystupovaním sa neistoty z nedefinovanej príčiny

Kontrola úzkosti 1402 (NOC, 2004, s.180)

Doména: Psychosociálne zdravie (III)

Trieda: Seba kontrola (O)

Škála: nikdy nepreukázaný po vždy preukázaný (m)

Definícia: Osobné úsilie na elimináciu alebo redukciu pocitov strachu a napätia z neidentifikovateľného zdroja

4.4 Realizácia

Aplikácia sesterských úloh podľa vybraného súboru klasifikačného systému NIC

Starostlivosť pri zomieraní 5260 a Zníženie úzkosti 5820

Starostlivosť pri zomieraní 5260 (NIC, 2004, s.274)

Definícia: Podpora fyzického komfortu a psychologického pokoja v záverečnej fáze života

Zníženie úzkosti 5820(NIC, 2004, s.138)

Definícia : zníženie obavy, hroziace predtuchy, nepohoda v súvislosti s neznámou príčinou v ošetrovaní nebezpečenstva.

4.5 Vyhodnotenie

Piata fáza ošetrovateľského procesu určuje, či sa ciele splnili a do akej miery. Jeho záver určuje, či sa majú ošetrovateľské zásahy skončiť, pokračovať, revidovať alebo zmeniť.

Vyhodnotenie predstavuje zhodnotenie aktuálneho stavu pacienta podľa stanovených výsledných kritérií alebo cieľov. Na základe zhodnotenia, v prípade potreby reviduje sestra výsledné kritériá, ciele alebo úlohy (Kozierová, et al, 1995).

5 PRIESKUM ÚZKOSTI ZO SMRTI

So smrťou sa stretávame každý deň. Smrť patrí k životu. Nie každý človek sa s ňou vyrovnáva práve najlepšie. Mnohí ľudia sú traumatizovaní už dlhšie predtým ako sa blíži ich koniec. Boja sa neznámych, toho, čo ich čaká, že majú ešte nedokončené veci na tomto svete. A práve preto, zdravotnícky personál, ktorí často prichádza do kontaktu s týmito pacientmi je povinní im pomáhať, spríjemniť posledné dni ich života ale hlavne úplne predísť alebo znížiť úzkosť zo smrti.

5.1 Ciele a otázky prieskumu

Predmetom bakalárskej práce je znížiť úzkosť zo smrti u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Ako uvádzajú Tomer a Grafton, et al. (1996) úzkosť zo smrti vzniká, keď pacienti v terminálnom štádiu ochorenia majú pocit, že ich nič v živote dobré nečaká, že je to dlhodobý stav. V priebehu tvorby prieskumného problému sme si kladli viaceré problémové otázky: Zníži použitie vybraných súborov klasifikačných systémov NIC, NOC úzkosť zo smrti? Používajú sestry klasifikačné systémy ošetrovateľstva? Aký je názor sestier na klasifikačné systémy?

Na základe preštudovania literatúry a prieskumov, ktoré sa v tejto problematike realizovali, sme stanovili **hlavný cieľ** prieskumu: Eliminovať negatívne emócie u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným **ústupkovým cieľom**:

- C1. Overiť účinnosť vybraných súborov z klasifikačného systému sesterných inštrumentov (NIC) u pacientov so sesternou diagnózou Úzkosť zo smrti 00147.
- C2. Overiť účinnosť vybraných súborov z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (NOC) u pacientov so sesternou diagnózou Úzkosť zo smrti 00147.
- C3. Zistiť názor sestier na používanie klasifikačných systémov v praxi

Výskumné otázky:

- O1: Môže použitie vybraných súborov klasifikačných systémov NIC, NOC pozitívne vplyvať na zníženie úzkosti zo smrti.
- O2: Znamená využitie klasifikačných systémov ošetrovateľstva pre sestry pomoc v kontakte s pacientmi so sesternou diagnózou Úzkosť zo smrti?

Metódy prieskumu

Výberový súbor

Základným kritériom výskumného súboru boli pacienti v terminálnom štádiu ochorenia. Výskumnú vzorku tvorilo 30 pacientov ($n_1=30$) v terminálnom štádiu ochorenia a 30 sestier ($n_2=30$) pracujúcich v Hospici v Trsticiach.

Metódy

Základnou metódou prieskumu bol kváziexperiment, ktorý sme uskutočnili aplikáciou vybraných súborov klasifikačných systémov ošetrovateľstva NIC a NOC. Zistovali sme, či u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia sa podarí znížiť úzkosť zo smrti v priebehu 5 dní a ako sestry pracujú s ošetrovateľskou dokumentáciou, ktorú sme pripravovali pre aplikáciu klasifikačných systémov v praxi za účelom kváziexperimentu. Pre vyhodnotenie dosiahnutia cieľa sme využili vybrané súbory: NOC Úzkostný stupeň 1211, ktorý obsahoval 31 ukazovateľov a vybraný súbor NOC Kontrola úzkosti 1402, ktorý obsahoval 17 ukazovateľov. Výsledky sme vyhodnocovali pomocou Likertovej škály. Pre aplikáciu sesterských inštrumentov sme využili vybrané súbory NIC Zníženie úzkosti 5820 a Starostlivosť pri zomieraní 5260.

Pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru sme zistovali názor sestier na používanie klasifikačných systémov v praxi a tým uľahčenie kontaktu s nimi u pacientov pracujúcich s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia, u ktorých sa vyskytla úzkosť zo smrti.

Plán prieskumu

Výskum sa uskutočnil v Hospici v Trsticiach, od decembra 2009 do konca februára 2010. Po oboznámení sestier s problematikou klasifikačných systémov ošetrovateľstva sme pristúpili k výberu pacientov a so sestrami sme viedli pološtruktúrovaný rozhovor. Zberom informácií od ošetrojúceho personálu, lekárov, obsahovou analýzou dokumentov – štúdiom zdravotnej dokumentácie, hospicovej dokumentácie, pozorovaním a vo výskumnom rozhovore s pacientmi sme zistovali subjektívne a objektívne údaje na výskyt sesterskej diagnózy Úzkosť zo smrti. Prostredníctvom anamnestického hárku sme zistovali charakteristiky určujúce prítomnosť sesterskej diagnózy Úzkosť zo smrti 00147. Aplikovali sme sesterské inštrumenty podľa vybraného súboru klasifikačného systému NIC Zníženie úzkosti-5820 a NIC Starostlivosť pri zomieraní-5260. Dosiahnuté výsledky sme merali každý deň podľa vybraného súboru klasifikačného systému

výsledkov ošetrovateľstva NOC Úzkostný stupeň -1211 a NOC Kontrola úzkosti-1402.
Výsledky sme vyhodnocovali pomocou Likertovej škály.

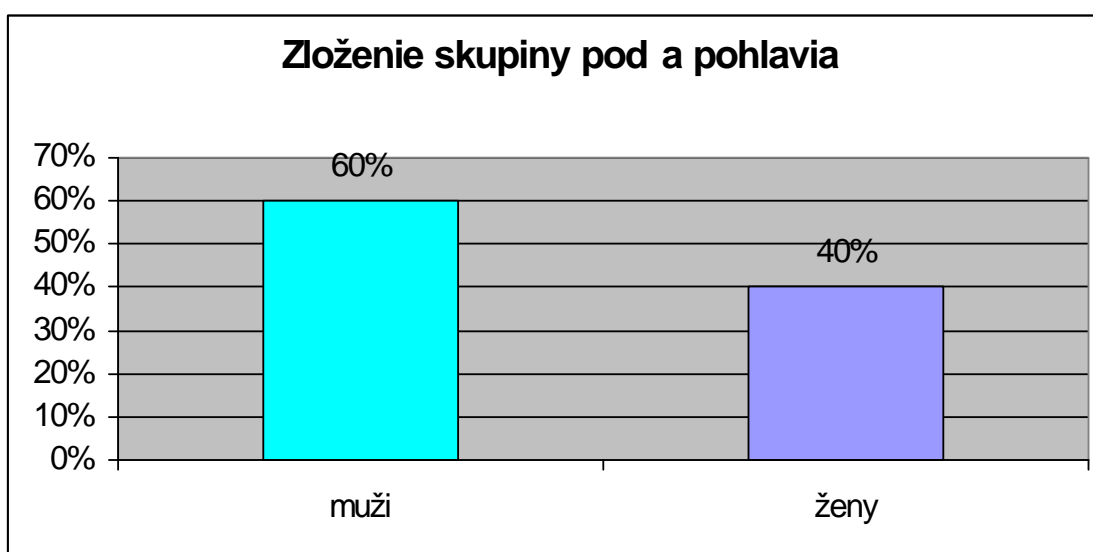
6 VÝSLEDKY PRÁCE

Prieskumnou metódou, ktorú sme v našej práci využili bol kváziexperiment. V ňom sme pracovali s klasifikačnými systémami ošetrovateľstva, aplikáciou ktorých sme sa snažili eliminovať pocit úzkosti u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a tak isto u našich sestier, ktoré sú v kontakte s týmito pacientmi.

6.1 Zloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia a veku

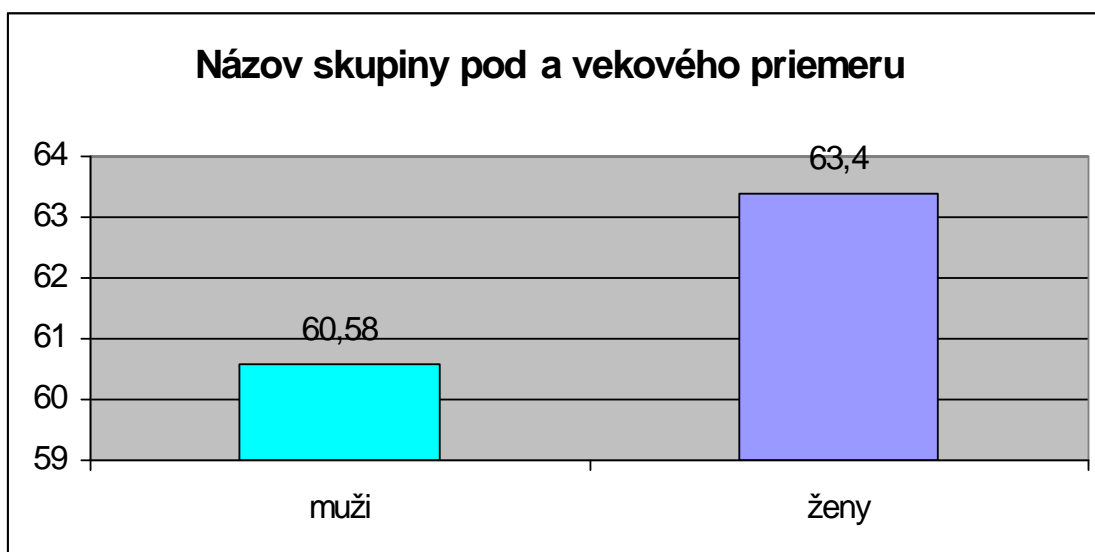
Ako prvý krok spracovania informácií získaných prieskumom predstavujeme zloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia, zloženie výskumnej vzorky podľa veku.

V skupine 30 pacientov bolo 60% mužov a 40% žien.



Graf 1 Zloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia

Vekový priemer mužov bol 60,58 rokov, s vekovým rozpätím od 45 do 74 rokov, vekový priemer žien v skupine bol 63,4 rokov, s vekovým rozpätím od 52 do 82 rokov.



Graf 2 Zloženie výskumnej vzorky pod a vekového priemeru

6.2 Sesterské inosti v skupine u pacientov terminálnom štádiu ochorenia NIC - 5820 „Zníženie úzkosti“

Predstavujeme po etnos sesterských iností NIC 5820 „Zníženie úzkosti“ v rozsahu položiek 1 až 24. Uvádzame priemerné hodnoty vykonania jednotlivých iností na $n = 1$ pacienta (graf 3). Uvádzame celkový po et jednotlivých iností pod a po tu vykonania po as výskumného procesu (tabu ka).

Tab. 1: Po etnos sesterských iností NIC-5820 Zníženie úzkosti

NIC 5820	AM
NIC 24	3,41
NIC 17	3,34
NIC 23	3,2
NIC 15	3,13
NIC 5	3,06
NIC 3	3,03
NIC 11	3,0
NIC 21	2,93
NIC 19	2,86
NIC 2	2,79
NIC 20	2,75
NIC 18	2,72
NIC 4	2,72

NIC 16	2,51
NIC 13	2,5
NIC 8	2,39
NIC 6	2,24
NIC 10	2,2
NIC 1	1,75
NIC 14	1,68
NIC 7	0,86
NIC 22	0,82
NIC 12	0,81
NIC 9	0,77

Zvolený súbor NIC-5820 Zníženie úzkosti obsahoval 24 inností. Po as trvania prieskumného procesu sme vykonávali všetky.

Uvádzame naj astejšie uskuto ované sesterské innosti:

NIC 24 Zistite verbálne i neverbálne prejavy úzkosti

NIC 17 Pomôžte pacientovi rozozna situácie, ktoré ho dostávajú do úzkosti

NIC 23 Podávajte lieky na zníženie úzkosti pod a potreby

NIC 15 Identifikujte ke sa zmení pocit úzkosti

NIC 5 Zabezpe te informácie o diagnóze lie ení a prognózach

NIC 3 Vysvetlite všetky procedúry, aj všetky pocity, ktoré sa môžu vyskytnú po as lie ebného procesu

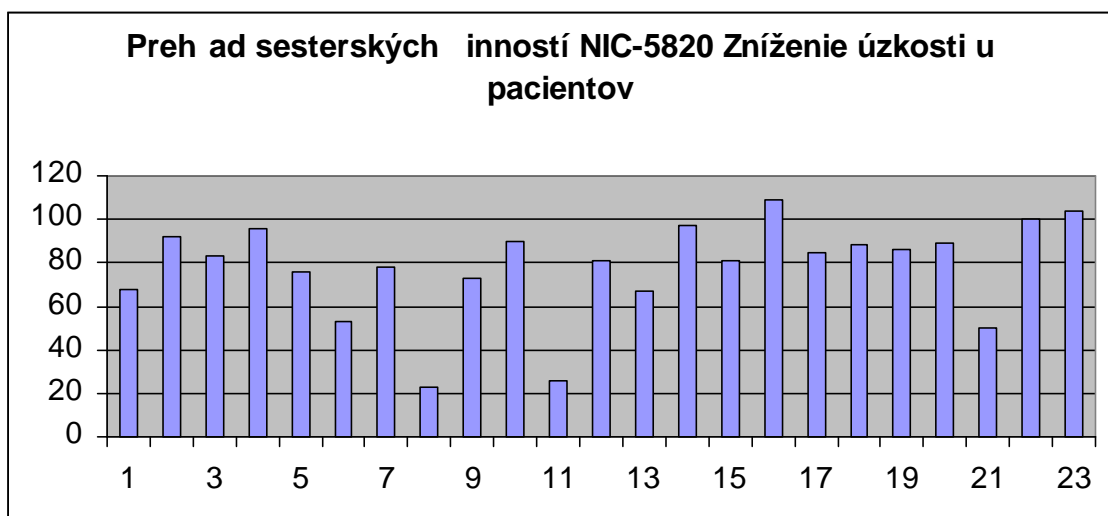
NIC 11Po úvajte pozorne

NIC 21Ur ite schopnos pacienta robi rozhodnutia

Najmenej vykonávané sesterské innosti boli:

NIC 12Posilnite správanie pod a možnosti

NIC 9Zabezpe te masáž chrbtice a krku



Graf 3 Prehľad sesterských inštrumentov NIC- Zníženie úzkosti- 5820 pacientov v terminálnom štádiu ochorenia

Z uvedených výsledkov vyplýva, že sestry sa snažia minimalizovať úzkosť. Najviac vykonávaná sesterská inštrumentácia bola NIC 24 Zistenie verbálnych i neverbálnych prejavov úzkosti a najmenej používaná sesterská inštrumentácia je NIC 9 Zabezpečenie masáže chrbtice a krku.

6.2.2 Sesterské inštrumentácie v skupine u pacientov terminálnom štádiu ochorenia NIC 5260 „Starostlivosť pri zomieraní“

Predstavujeme porovnanie sesterských inštrumentácií NIC 5260 Starostlivosť pri zomieraní v rozsahu položiek 1 až 24. Uvádžame priemerné hodnoty vykonania jednotlivých inštrumentácií na $n = 1$ pacienta (graf 4). Uvádžame celkový počet jednotlivých inštrumentácií podľa vykonania počas výskumného procesu (tabuľka).

Tab. 2: Porovnanie sesterských inštrumentácií NIC-5260 Starostlivosť pri zomieraní v skupine

NIC 5260	AM
NIC 7	3,83
NIC 4	3,73
NIC 2	3,7
NIC 21	3,66
NIC 22	3,6
NIC 24	3,53
NIC 20	3,46
NIC 23	3,4
NIC 11	3,33
NIC 18	3,29
NIC 12	3,16
NIC 13	3,13
NIC 15	3,1
NIC 17	3,08
NIC 19	3,06
NIC 16	3,0
NIC 5	2,98
NIC 3	2,96
NIC 1	2,92
NIC 10	2,54
NIC 6	2,49
NIC 8	2,42
NIC 14	2,34
NIC 9	1,16

Zvolený súbor NIC 5260 Starostlivos pri zomieraní obsahoval 24 inností. Po as trvania prieskumného procesu sme vykonávali všetky. Uvádzame niektoré sesterské innosti, zoradené pod a frekvencie ich použitia od najviac používaných po najmenej uskuto ované .

NIC 7 Monitorujte boles

NIC 4 Dajte najavo ochotu hovori o smrti

NIC 2 Monitorujte pacienta kvôli úzkosti

NIC 21 Rešpektujte špecifické požiadavky starostlivosti u pacienta a rodiny

NIC 22 Podporujte snahu rodiny zostáva pri lôžku

NIC 24 Umožnite rozhovor o zabezpe ení pohrebu

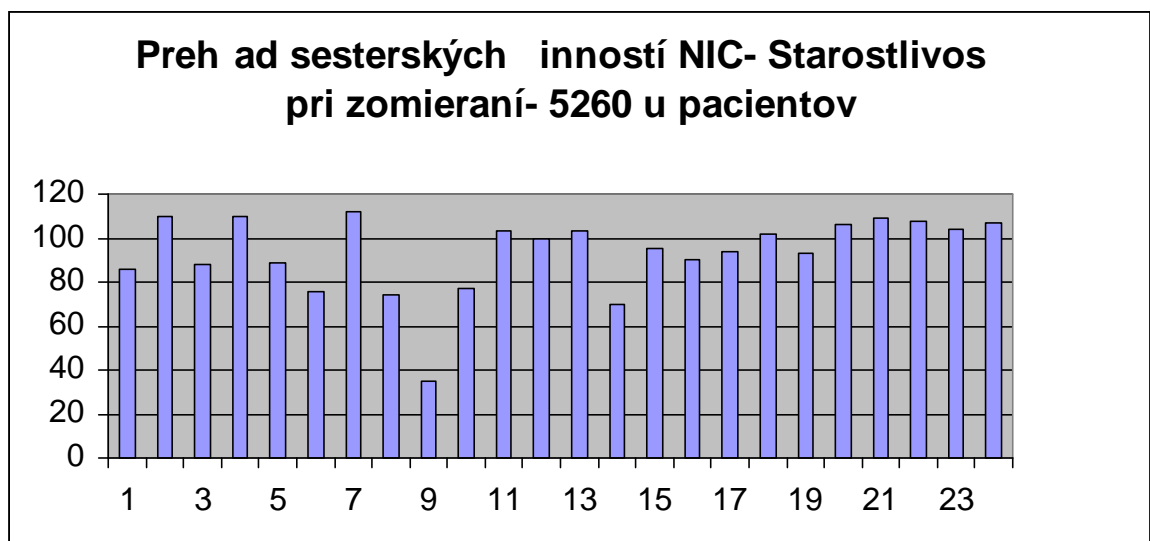
NIC 20 Zabezpe te, aby pacient a rodina dostali spirituálnu podporu

NIC 23 Za le te rodinu do rozhodovaní a innosti starostlivosti, pod a želania

Najmenej vykonávané sesterské innosti boli:

NIC 8 Minimalizujte diskomfort, ke je to možné

NIC 9 Podávajte medikácie alternatívnym spôsobom, ke sa vyskytnú problémy s preh taním



Graf 4 Preh ad sesterských inností NIC 5260 „Starostlivos pri zomieraní“ pacientov terminálnom štádiu ochorenia

Z tabu ky a grafu vyplýva, že sestry najviac vykonávajú sesterskú innos NIC 7 Monitorovanie bolesti ,tým sa sestry snažia u ah i proces zomierania, aby nevznikli komplikácie, s ktorými by sa pacient mohol vyrovnáva ažšie. Najmenej používaná

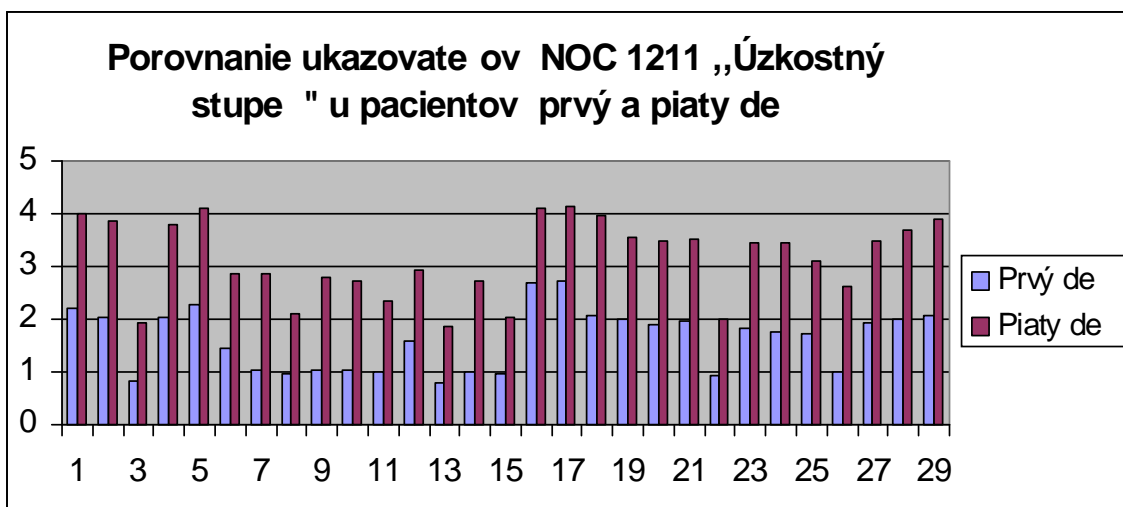
sesterská innos je NIC 9 Podávanie medikácie alternatívnym spôsobom, keď sa vyskytnú problémy s preháňaním.

6.3 Opis ukazovateľov NOC 1211, „Úzkostný stupeň“ u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia

Hodnotíme ukazovatele vybraného súboru ovplyvnené sesternými innosami. Výsledky predstavujú zmeny stavu pacienta. Uvádzame merania v prvý deň (vstupné hodnoty) a starostlivosť za 5 dní a merania v piaty deň (výstupné hodnoty) a je starostlivosť ukončená (tabuľka).

Tab. 3 Porovnanie vstupných a výstupných hodnôt v úrovni NOC 1211

NOC 1211	1. deň AM	5. deň AM
NOC 121117	2,72	4,13
NOC 121116	2,68	4,11
NOC 121105	2,29	4,09
NOC 121101	2,2	4,01
NOC 121118	2,08	3,98
NOC 121131	2,06	3,91
NOC 121102	2,03	3,87
NOC 121104	2,02	3,79
NOC 121130	2,01	3,68
NOC 121119	2,01	3,55
NOC 121121	1,96	3,51
NOC 121129	1,94	3,49
NOC 121120	1,9	3,48
NOC 121123	1,83	3,45
NOC 121124	1,76	3,44
NOC 121125	1,74	3,1
NOC 121112	1,6	2,93
NOC 121106	1,45	2,86
NOC 121107	1,03	2,86
NOC 121109	1,03	2,79
NOC 121110	1,02	2,72
NOC 121114	1,01	2,72
NOC 121126	1,01	2,62
NOC 121111	0,99	2,34
NOC 121108	0,97	2,1
NOC 121115	0,95	2,03
NOC 121122	0,92	2
NOC 121103	0,84	1,92
NOC 121113	0,81	1,86



Graf 5 Porovnanie vstupných a výstupných hodnôt ukazovateľov NOC 1211 „Úzkostný stupeň“ pacientov v terminálnom štádiu ochorenia

Prezentácia jednotlivých ukazovateľov:

Ukazovateľ **121101 Únava** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 2,20 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 4,01 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovateľ **121102 ťažkosť pri chôdzi** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 2,03 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 3,87 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovateľ **121103 ťažké písanie** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 0,84 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 1,92 (od slabý - 4, až silný - 2,).

Ukazovateľ **121104 Tiesne** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 2,02 (od slabý – 4, po mierny – 3). V piaty deň AM = 3,87 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovateľ **121105 Nepohoda** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 2,29 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 4,09 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovateľ **121106 Svalové napätie** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,45 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 2,86 (od slabý - 4, mierny – 3).

Ukazovateľ **121107 Tvárové napätie** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,03 (od silný – 2, po slabý – 3). V piaty deň AM = 2,86(od slabý - 4, mierny – 3).

Ukazovateľ **121108 Nekontrolovaný hnev** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 0,97 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 2,10 (od slabý - 4, mierny – 3).

Ukazovateľ **121109 Nerozhodnosť** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,03 (od silný – 2, po mierny – 4). V piaty deň AM = 2,79(od slabý - 4, mierny – 3).

Ukazovateľ **121110 Výbuch hnevu** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,02 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 2,72 (od slabý- 4, mierny – 3).

Ukazovate **121111 Problémové správanie** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 0,99 (od silný – 1, po mierny – 3).V piaty de AM = 2,34 (od slabý- 4, mierny – 3).

Ukazovate **121112 ažkos pri koncentrácii** u n = 30pacientov, v prvý de AM =1,60 (od silný – 2, po slabý – 3). V piaty de AM = 2,93 (od slabý - 4, mierny – 3).

Ukazovate **121113 ažkos pri u ení** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 1,81 (od silný – 2, po slabý – 3).V piaty de AM = 1,86 (od slabý - 4, až silný - 2).

Ukazovate **121114 ažkos pri riešení problémov** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 1,01 (od silný– 2, po mierny – 4).V piaty de AM = 2,72 (od slabý- 4, mierny – 3).

Ukazovate **121115 Panický útok** u n = 30pacientov, v prvý de AM= 0,95 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý).V piaty de AM = 2,03 (od slabý - 4, až silný - 2).

Ukazovate **121116 Verbalizovaná obava** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,68 1(od 3 – mierny, po 1 – bolestivý).V piaty de AM = 4,11 (od žiadny - 5, až po mierny - 3).

Ukazovate **121117 Verbalizovaná úzkos** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,72 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý).V piaty de AM = 4,13 (od žiadny - 5, až po mierny - 3).

Ukazovate **121118 Zveličovaná starosť v životných situáciách** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,02(od silný – 2, po slabý – 3). V piaty de AM = 3,98 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovate **121119 Zvýšený tlak v krvi** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,01(od silný - 2, po slabý – 3). V piaty de AM = 3,55 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovate **121120 Zvýšený pulz** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 1,90(od silný - 2, po slabý – 3). V piaty de AM = 3,48 (od žiadny e - 5, až po mierny -3).

Ukazovate **121121 Zrýchlený dych** u n= 30pacientov, v prvý de AM = 1,96(od silný - 2, po slabý – 4). V piaty de AM = 3,51 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovate **121122 Búrliavý divoký žia** u n = 30pacientov, v prvý de AM =0,92(od silný - 2, po mierny – 4). V piaty de AM = 2 (od slabý - 4, až silný - 2,).

Ukazovate **121123 Potenie** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 1,83 (od silný - 2, po slabý – 3)V piaty de AM = 3,45 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovate **121124 Závrat** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 1,76 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty de AM = 3,44 (od žiadny - 5, až po mierny -3).

Ukazovate **121125 Slabosť** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 1,74 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý)V piaty de AM = 3,10 (od slabý- 4, až po mierny – 3).

Ukazovateľ **121126 Znížená produktivita** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,01 (od silný - 2, po mierny - 4). V piaty deň AM = 2,62 (od slabý - 4, až po mierny - 3).

Ukazovateľ **121129 Problém so spaním** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,94 (od silný - 2, po mierny - 4). V piaty deň AM = 3,49 (od slabý - 4, až po mierny - 3).

Ukazovateľ **121130 Zmeny v trávení** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 2,01 (od silný - 2, po slabý - 3). V piaty deň AM = 3,68 (od žiadny - 5, až po mierny - 3).

Ukazovateľ **121131 Zmeny v stravovacích návykoch** u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 2,06 (od silný - 2, po slabý - 3). V piaty deň AM = 3,91 (od žiadny - 5, až po mierny - 3).

Z daných ukazovateľov sme nevyužili ukazovatele 121127 Znížená školská aktivita a 121128 Opustenie sa z dôvodu, že neboli adekvátne pre našu prieskumnú problematiku.

Je dôležité uviesť, že pri porovnaní hodnôt jednotlivých ukazovateľov medzi prvým a posledným dňom sme zistili výrazné rozdiely. Najvýznamnejšie rozdiely sme zaznamenali v ukazovateli NOC 121117 Verbalizovaná úzkosť a najmenšie pri ukazovateli NOC 121113 Ťažkosť pri uení.

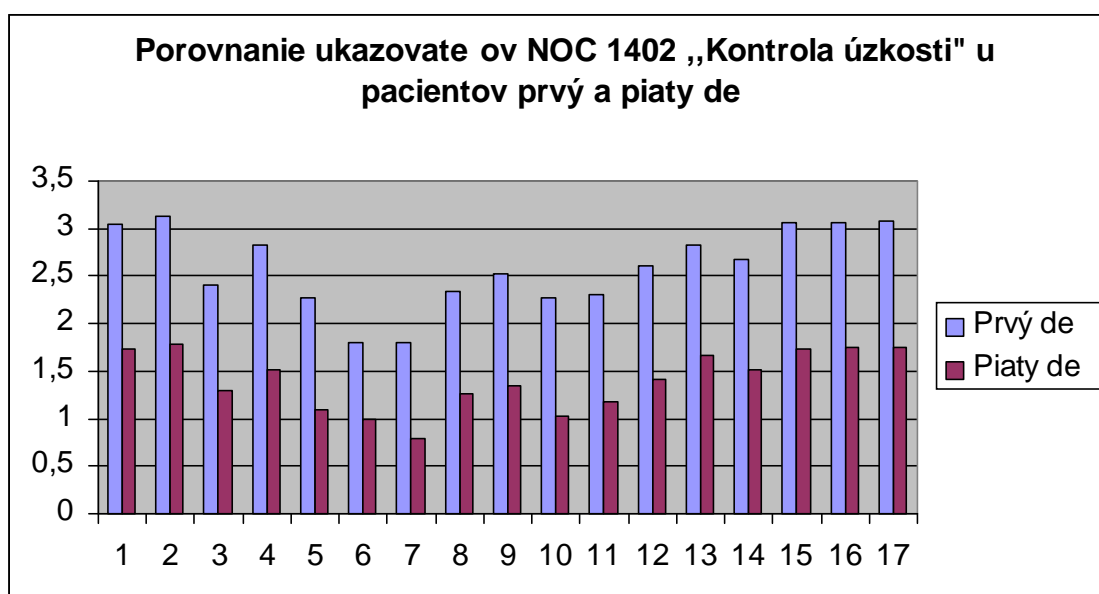
6.4 Opis ukazovateľov NOC 1402 „Kontrola úzkosti“ u pacientov terminálnom štádiu ochorenia

Hodnotíme ukazovatele vybraného súboru ovplyvnené sesterskými intervenciami. Výsledky predstavujú zmeny stavu pacienta. Uvádžame merania v prvý deň (vstupné hodnoty) keď sa starostlivosť začína a merania v piaty deň (výstupné hodnoty) keď je starostlivosť ukončená (tabuľka).

Tab. 5 Porovnanie vstupných a výstupných hodnôt v úrovni NOC 1402

NOC 1402	1. deň AM	5. deň AM
NOC 140202	3,13	1,79
NOC 140217	3,08	1,75
NOC 140216	3,06	1,75
NOC 140215	3,06	1,74
NOC 140201	3,04	1,74
NOC 140213	2,82	1,66
NOC 140204	2,82	1,52
NOC 140214	2,68	1,51
NOC 140212	2,6	1,41
NOC 140209	2,52	1,34

NOC 14023	2,41	1,3
NOC 140208	2,34	1,26
NOC 140211	2,31	1,17
NOC 140210	2,27	1,1
NOC 140205	2,27	1,03
NOC 140206	1,8	0,76
NOC 140207	1,8	1



Graf 5 Porovnanie vstupných a výstupných hodnôt ukazovate ov NOC 1402 „Úzkostný stupe “ pacientov v terminálnom štádiu ochorenia

Prezentácia jednotlivých ukazovate ov

Ukazovate **140201 Monitorovanie intenzity úzkosti** u n = 30 pacientov, v prvý de AM = 3,04 (od stále - 5, po niekedy - 3). V piaty de AM = 1,74 (od nikdy - 1, až po zriedka - 2).

Ukazovate **140202 Eliminácia predchodcu úzkosti** u n = 30 pacientov, v prvý de AM = 3,14 (od stále - 5, po niekedy - 3). V piaty de AM = 1,79 (nikdy - 1, až po niekedy 3).

Ukazovate **140203 Zníženie prírodných podnetov pri úzkostných stavoch** u n = 30 pacientov, v prvý de AM = 2,41 (od často - 4, po niekedy - 3). V piaty de AM = 1,30 (od nikdy - 1, až po zriedka - 2).

Ukazovate **140204 H adanie informácií na zníženie úzkosti** u n = 30 pacientov, v prvý de AM = 2,82(od asto - 4, po niekedy - 3). V piaty de AM =1,52 (od nikdy - 1, až po niekedy - 3).

Ukazovate **140205 Plánovanie stratégií pri stresových situáciách** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,27(od asto - 4, po niekedy - 3). V piaty de AM = 1,10(od nikdy - 1, až po zriedka - 2).

Ukazovate **140206 Požité_efektívne krycie stratégie** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 4,8(od stále - 5, po niekedy - 3).V piaty de AM = 1 (nikdy - 1).

Ukazovate **140207 Použité upokojujúce techniky na zníženie úzkosti** u n = 30 pacientov, v prvý de AM =1,80 (od asto - 4, po zriedka - 2). V piaty de AM = 0,76 (od nikdy - 1, až po zriedka - 2).

Ukazovate **140208 Monitorovanie trvania úzkosti** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,34 (od asto - 4, po niekedy - 3). V piaty de AM = 1,26 (od nikdy - 1, až po zriedka- 2).

Ukazovate **140209 Monitorovanie d ťky medzi atakmi úzkosti** u n = 30 pacientov, v prvý de AM = 2,52 (od asto - 4, po niekedy -3). V piaty de AM = 1,34 (od nikdy - 1, až po niekedy- 3).

Ukazovate **140210 Udržiavanie ur itej role** u n = 30 pacientov, v prvý de AM =2,27 (od asto - 4, po zriedka - 2). V piaty de AM = 1,03(od nikdy - 1, až po zriedka - 2).

Ukazovate **140211 Udržiavanie sociálnych kontaktov** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,31 (od asto - 4, po niekedy- 3). V piaty de AM =1,17 (od nikdy - 1, až po zriedka - 2).

Ukazovate **140212 Udržiavanie koncentrácie** u n = 30pacientov, v prvý de AM =2,60 (od asto - 4, po niekedy- 3). V piaty de AM = 1,41(od nikdy - 1, až po niekedy - 3).

Ukazovate **140213 Monitorovanie citlivosti porúch úzkosti** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,82 (od asto - 4, po niekedy- 3). V piaty de AM =1,66 (od nikdy - 1, až po niekedy - 3).

Ukazovate **140214 Udržiavanie dostato ného spánku** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 2,68 (od asto - 4, po niekedy- 3). V piaty de AM = 1,51 (od nikdy - 1, až po niekedy- 3).

Ukazovate **140215 Monitorovanie fyzických prejavov úzkosti** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 3,06 (od stále - 5, po niekedy- 3).V piaty de AM =1,74 (od nikdy - 1, až po asto - 4).

V položke **140216 Monitorovane prejavov správania na úzkos** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 3,06 (od stále - 5, po niekedy - 3).V piaty de AM =1,75 (od nikdy - 1, až po asto- 4).

V položke **140217 Kontrolovanie reakcií na úzkos** u n = 30pacientov, v prvý de AM = 3,08(od stále - 5, po niekedy - 3).V piaty de AM =1,75 (od nikdy - 1, až po asto - 4).

Je dôležité, že pri porovnaní hodnôt jednotlivých ukazovateľov medzi prvým a posledným dňom sme zistili výrazné rozdiely. Najvýznamnejšie rozdiely sme zaznamenali v ukazovateli *NOC 1211102 Eliminácia predchodcu úzkosti* AM v prvý de bol = 3,14 a v piaty de AM = 1,79 a najmenšie pri ukazovateli *NOC 1211107 Použitie upokojujúce techniky na zníženie úzkosti* AM v prvý de bol = 1,80 a v piaty de AM = 0,76.

7 DISKUSIA

Koncepcie teoretickej časti boli návodom pre empirický zámer našej práce, ktorý predstavovalo použitie vybraných súborov klasifikačných systémov ošetrovateľstva u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia so sesterskou diagnózou „Úzkosť zo smrti“ (00147). Zistovali sme, či pomocou klasifikačných systémov ošetrovateľstva, sa úzkosť zo smrti u terminálne chorých pacientov zníži do piatich dní a či môže použitie vybraných súborov klasifikačných systémov NIC, NOC pozitívne vplývať na zníženie úzkosti zo smrti. Hlavným cieľom prieskumu bolo eliminovať negatívne emócie u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným cieľom: 1: overiť účinnosť vybraného súboru z klasifikačného systému sesterských činností NIC u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia, 2: overiť účinnosť vybraného súboru z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia, 3: zistiť názor sestier na používanie klasifikačných systémov v praxi. Na základe charakteristík posudzovacieho záznamu sme identifikovali pacientov so sesterskou diagnózou Úzkosť zo smrti. Pre účely prieskumu a dosiahnutia cieľov sme zvolili metódu kváziexperimentu. Pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru sme zistovali postoje a názory sestier na používanie klasifikačných systémov v Hospíci v Trsticiach. Ako prvý krok spracovania informácií získaných prieskumom predstavujeme zloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia. V skupine n=30 pacientov bolo 60% mužov a 40% žien (graf 1). Zloženie výskumnej vzorky podľa veku bol vekový priemer mužov 60,58 rokov, s vekovým rozpätím od 45 do 74 rokov, vekový priemer žien v skupine bol 63,4 rokov, s vekovým rozpätím od 52 do 82 rokov (graf 2).

Hlavným cieľom našej práce bolo pomocou klasifikačných systémov eliminovať negatívne emócie u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Splnenie cieľa sme dosiahli aplikáciou klasifikačných systémov ošetrovateľstva u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Jednotlivé sesterské činnosti napomohli vytvoreniu dôverného vzťahu medzi sestrou a pacientom. Nesprávne zvládnutý vzťah zo strany zdravotníckeho personálu môže pacienta psychicky traumatizovať. To znamená, že na pacienta vplývame nielen tým, čo mu hovoríme, ale aj tým, ako sa s ním rozprávame, pozeráme,

gestikulujeme, i sa ho dotýkame a podobne. Zmier ujú tým jeho negatívne emócie spojené s neistotou z neznámej budúcnosti.

Ľastkový cieľ 1- sme splnili, overili sme účinnosť vybraných súborov z klasifikačného systému sesterských inštrumentov NIC . Vybraný súbor *NIC 5820 „Zníženie úzkosti“* nám poskytol návod na riešenie sesterskej diagnózy. Po etnografickej analýze sesterských inštrumentov *NIC 5820 „Zníženie úzkosti“* bol v rozsahu položiek 1 až 24. Uvádzali sme celkový počet a počet jednotlivých inštrumentov pod a po vykonaní výskumného procesu (tabuľka 1). Najviac vykonávaná sesterská inštrumentácia bola *NIC 24 Zistenie verbálnych i neverbálnych prejavov úzkosti* AM=3,41 a najmenej používaná sesterská inštrumentácia *NIC 9 Zabezpečenie masáže chrbtice a krku* AM=0,77.

Vybraný súbor *NIC 5260 „Starostlivosť pri zomieraní“* bol aplikovaný v rozsahu položiek 1 až 24. Uvádzali sme celkový počet a počet jednotlivých inštrumentov pod a po vykonaní výskumného procesu (tabuľka 2). Z toho sme zistili, že sestry najviac vykonávali sesterskú inštrumentáciu *NIC 7 Monitorovanie bolesti* AM= 3,83. Najmenej používaná sesterská inštrumentácia bola *NIC 9 Podávanie medicíny alternatívnym spôsobom, keď sa vyskytnú problémy s prehĺtaním* AM= 1,16. Vo vybranom súbore klasifikačného systému *NIC 5260 „Starostlivosť pri zomieraní“* ide o komunikáciu, práva pacienta, hodnoty, informovanosť, psychosociálne prístupy sestry. Je v ňom obsiahnuté nielen o tom, čo sestra hovorí a na čo sa má zamerať, ale aj ako má myslieť.

Ľastkový cieľ 2- sme splnili, účinnosť sesterských inštrumentov sme vyhodnocovali použitím vybraných súborov NOC. Dané ukazovatele boli merateľné. Sestry vyhodnocovali dané ukazovatele s použitím Likertovej škály hodnotenia, pravidelne každých 24 hodín počas piatich dní. Vo vybranom súbore NOC 1211 „Úzkostný stupeň“ sme porovnali hodnoty ukazovateľov medzi prvým a piatym dňom (graf 5). V rámci prieskumu našej problematiky sme nevyužívali ukazovatele *121127 Znížená školská aktivita* a *121128 Opustenie sa*. Úzkosť sa u pacientov v priebehu piatich dní minimalizovala, čo svedčia hodnoty ukazovateľov. Najväčšie rozdiely v hodnotení pri porovnaní vstupných a výstupných hodnôt sme zaznamenali v ukazovateli *NOC 17 Verbalizovaná úzkosť* u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 2,72 (od 3 – mierny, po 1 – bolestivý). V piaty deň AM = 4,13 (od žiadny - 5, až po mierny -3). Najmenšie rozdiely sme zaznamenali v ukazovateli *NOC 13 Úzkosť pri učení* u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,81 (od silný - 2, po slabý - 3). V piaty deň AM = 1,86 (od slabý - 4, až silný - 2).

alší vybraný súbor ktorí sme použili bol NOC 1402 „Kontrola úzkosti“. Porovnávali sme hodnoty ukazovateľov medzi prvým a piatym dňom (graf 6). Najväčšie rozdiely sme zaznamenali v ukazovateli *NOC 2 Eliminácia predchodcu úzkosti* u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 3,14 (od stále - 5, po niekedy - 3). V piaty deň AM = 1,79 (od nikdy - 1, až po preukáže - 3).

Najmenšie rozdiely pri porovnaní vstupných a výstupných hodnôt sme zaznamenali v ukazovateli *NOC 7 Použitie upokojujúce techniky na zníženie úzkosti* u n = 30 pacientov, v prvý deň AM = 1,80 (od často - 4, po zriedka - 2). V piaty deň AM = 0,76 (od nikdy - 1, až po zriedka - 2).

ciastkový cieľ 3- sa splnil, zistili sme názor sestier na používanie klasifikačných systémov ošetrovateľstva v praxi. Všetkých n= 30 (100%) sestier hodnotia klasifikačné systémy ako užitočné starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia, ale nemajú čas, pre aplikáciu týchto sesterských inštrumentov. až do takej miery sa im venujú. *„Máme to ako roboty, ale určite zavedenie klasifikačných systémov ošetrovateľstva do našej dokumentácie by nám ušetrilo prácu s takýmito pacientmi. Takýchto pacientov nám stále pribúda viac a viac.“*

Na základe výsledkov prieskumu môžeme konštatovať, že sme odpovedali aj na výskumnú otázku: O1: Môže použitie vybraných súborov klasifikačných systémov ošetrovateľstva NIC, NOC pozitívne vplyvať na zníženie úzkosti zo smrti? Jednotlivé sesterské inštrumenty nami použitých vybraných súborov sestru vhodne nasmerujú ako má postupovať pri riešení sesterskej diagnózy „Úzkosť zo smrti“ 00147. Z našej bakalárskej práce vyplýva, že aj za päť dní sa dokáže úzkosť zo smrti zminimalizovať. Klasifikačné systémy ošetrovateľstva pomáhajú eliminovať úzkosť zo smrti u terminálne chorých pacientov. Cieľ, ktorý sme si v manažmente starostlivosti o pacientov stanovili sme síce dosiahli, ale uvedomujeme si, že v aplikácii mnohých sesterských inštrumentov vybraných súborov NIC **je potrebné neustále pokračovať**. Zomieranie je proces, ktorý so sebou prináša hlavne pod vplyvom meniaceho sa somatického stavu pacienta mnohé zmeny nálad až pocity strachu a úzkosti zo smrti. Preto nemôžeme hovoriť o konečnom dosiahnutí cieľa, ale aplikácia inštrumentov musí byť neustála a priebežná.

Ako uvádzajú Tomer a Eliason, et al. (1996) úzkosť zo smrti vzniká, keď pacienti v terminálnom štádiu ochorenia majú pocit, že ich nič v živote dobré neostane, že je to dlhodobý stav. Napriek stanovenému krátkodobému cieľu a náročnosti situácie, sa nám podarilo minimalizovať úzkosť pacientov v terminálnom štádiu ochorenia.

Návrhy pre ošetrovateľskú prax:

1. Využíva klasifikačné systémy ošetrovateľstva v kontakte s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia;
2. Prehľbova teoretické vedomosti sestier o problematike klasifikačných systémov ošetrovateľstva (zahrnú do programov vzdelávania sestier);
3. Zefektívni ošetrovateľskú dokumentáciu prostredníctvom informačných technológií;
4. Doplní ošetrovateľskú dokumentáciu o údaje potrebné k identifikácii pacienta s úzkosťou zo smrti;
5. V praxi zdôrazova a v ošetrovateľskej dokumentácii zaznamenáva sesterské inosti v rámci terapeutického vzáhu sestra – pacient so zameraním na efektívnu komunikáciu pri uspokojení aj psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb pacientov;

ZÁVER

Preštudovaná literatúra nám umožnila presne stanoviť ciele práce, ktoré sme dosiahli. V práci získané výsledky poukazujú na zníženie úzkosti zo smrti u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia za obdobie piatich dní. Cieľ, ktorý sme si v manažmente starostlivosti o pacientov stanovili, sme síce dosiahli, ale uvedomujeme si, že v aplikácii mnohých sesterných inštrumentov vybraných súborov NIC je potrebné neustále pokračovať. U týchto pacientov je veľmi dôležité uspokojenie potreby bezpečia a istoty tým, že im budeme neustále na blízku, že ich ochotne vypočujeme a efektívnou komunikáciou dokážeme odpovedať na národné otázky. Vypočutie alebo tiež odborné poradenstvo v tomto ohľade. Pacienti v terminálnom štádiu ochorenia sa boja neznámych. Každý má právo na dôstojné umieranie. A práve posledné dni, mesiace by sme im mali spríjemniť. Pomôcť vyrovnávať sa s minulosťou. Cieľom našej práce bolo znížiť úzkosť zo smrti do piatich dní, prispieť k zlepšeniu ošetrovateľskej praxe a zistiť, či vybrané súbory klasifikačných systémov prinesú skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti. Hlavnou výskumnou metódou bol kváziexperiment. Môžeme konštatovať, že použitím vybraných súborov klasifikačných systémov sme eliminovali negatívne emócie u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia s diagnózou úzkosť zo smrti, ktorá sa odzrkadlila v našej práci. Vo výsledku vybraného súboru NOC 1402 „Kontrola úzkosti“: Ukazovateľ 140202 *Eliminácia predchodcu úzkosti* sa znížil z prvého dňa AM = 3,14 (od stále - 5, po niekedy - 3) na AM = 1,79 (nikdy - 1, až po niekedy 3) nameraní v piaty deň. Vo výsledku vybraného súboru NOC 1211 „Úzkostný stupeň“: Ukazovateľ 121117 *Verbalizovaná úzkosť* sa znížil z prvého dňa AM = 2,72 (od bolestivá - 1, po miernu preukáže - 4) na AM = 4,13 (od žiadnu - 5, až po miernu -3) nameraní v piaty deň.

Sesterná inštrumentácia NIC 5820 „Zníženie úzkosti“: najviac sa používa sesterná inštrumentácia NIC 24 *Zistenie verbálnych i neverbálnych prejavov úzkosti* AM=3,41. Sesterná inštrumentácia NIC 5260 „Starostlivosť pri zomieraní“: najviac sa používa sesterná inštrumentácia NIC 7 *Monitorujte bolesť* AM= 3,83. V alšom prieskume sme zistili, že problematika klasifikačných systémov ošetrovateľstva je u nás málo známa a sestry ju v zariadení, kde sme uskutočnili prieskum, nepoužívajú. Pri alších výsledkoch sme dospeli k záveru, že sestry klasifikačné systémy nepoužívajú. Vyjadrili sa, že používaním klasifikačných systémov by sa uľahčila práca s pacientmi v terminálnom štádiu ochorenia, ale nemajú

as sa venova až do takej miery o týchto pacientov. Domnievajú sa, že aj keby na jedného pacienta bola jedna sestra, budú mať modernejšie pracovisko, bez zmeny myslenia u každej sestry v oblasti ľudskej amorálnej sa alej nepohnú. Mali by sme si všetci uvedomiť, že pacient tu nie je kvôli nám, ale sestry sú tu pre pacienta. Dôležité je ne aká na ostatných, ale za a od seba.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BALOGOVÁ, B. 2005. *Senior*. Prešov : Akcent Print, 2005. 158 s. ISBN 80-969274-9-3
- BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. 1988. *Opatrovanie ažko chorých a umierajúcich*. Martin : Osveta, 1988. 240 s. ISBN 70-002-89
- EARECKSONOVÁ, J. T. 1997. *Eutanázia*. Michigan: Grand Rapids, 1997. 185s. ISBN 80-7114-213-1
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin : Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063-182-4
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2002. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2002. 128 s. ISBN 80-223-1534-6
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie*. 1.vydanie. Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7
- HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava : Slovac. Academic press, 2001. 91 s. ISBN 80-88908-80-9
- KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. 2004. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-2170-528-0
- KRAJ ÍR, Š. 2000. *Geriatría*. Trnava : Trnavská univerzita Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2000. 40s. ISBN 80-88908-68-X
- KRIŠKOVÁ, A. 2006. *Ošetrovateľské techniky*. Martin : Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2
- K IVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-2470-179-0

KÜBLER ROSS, E. 1993. *O smrti a umírání*. Turnov : Arica, 1993. 261 s. ISBN 80-9001-347-3

MARE KOVÁ, J. – JAROŠOVÁ, D. 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostrav , 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0

McCLOSKEY, J. C., BULUCHEK, G. M. 2000. *Nursing Interventions Classification (NOC)* 3. vyd., Missouri : Mosby, 2000. s. 245. ISBN

PRAŠKO, J. – VYSKO ILOVÁ, J. – PRAŠKOVÁ, J. 2006. *Úzkost a obavy*. Praha : Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8

ŠOLTÉS, L. a kol. 2001. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2001. 164 s. ISBN 80-223-1562-1

VÖRÖSOVÁ, G. a kol. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2007. 112 s. ISBN 80-8063-242-7

VORLÍ EK, J. a kol. 2004. *Paliativní medicína*. Praha : Grada, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7

PRÍLOHY

PRÍLOHA A NIC 5820 Zníženie úzkosti

Zníženie úzkosti-5820

Definícia : zníženie obavy, hroziace predtuchy, nepohoda v súvislosti s neznámou príčinou v ošakávaní nebezpečenstva.

innosti :

Použite pokojné, opatrné presvedčivé metódy, prístupy
Jasne určite ošakávanie pre pacientové správanie
Vysvetlite všetky procedúry, aj všetky pocity, ktoré sa môžu vyskytnúť počas liečebného procesu.
Pochopte pacientovú perspektívu pri stresových situáciách
Zabezpečte informácie o diagnóze liečenia a prognózach
Podporujte pacienta pri zabezpečení pohody a zníženia strachu
Podporujte rodinu, aby zostala pri pacientovi
Pripravte objekty, ktoré symbolizujú bezpečie
Zabezpečte masáž chrbtice a krku
Podporujte nesúťažné aktivity podľa možnosti
Udržujte nástroje na liečenie na mieste, kde nie sú viditeľné pacientovi
Požívajte pozorne
Posilnite správanie podľa možnosti
Vytvorte atmosféru pre vzbudenie dôvery
Podporujte verbalizáciu pocitov, strachu, zmyslov
Identifikujte keď sa zmení pocit úzkosti
Pripravte aktivity na zníženie napätia
Pomôžte pacientovi rozoznať situácie, ktoré ho dostávajú do úzkosti
Kontrolujte podnety pre potreby pacienta
Podporujte použitie vhodných obranných mechanizmov
Asistujte pacientovi pri artikulácii reálnych opisov prichádzajúcich udalostí
Určite schopnosť pacienta robiť rozhodnutia
Poučte pacienta o používaní relaxačných metód
Podávajte lieky na zníženie úzkosti podľa potreby
Zistite verbálne i neverbálne prejavy úzkosti

PRÍLOHA B NIC 5260 Starostlivosť pri zomieraní

Starostlivosť pri zomieraní-5260

Definícia : podpora fyzického komfortu a psychologického pokoja v závere nej fáze života

innosti :

Zredukujte požiadavky na kognitívne fungovanie, keď je pacient chorý alebo vyčerpaný

Monitorujte pacienta kvôli úzkosti

Monitorujte zmeny nálady

Dajte najavo ochotu hovoriť o smrti

Povzbudzujte pacienta a rodinu, aby zdieľali svoje pocity o smrti

Podporujte pacienta a rodinu v jednotlivých etapách smútku

Monitorujte bolesť

Minimalizujte diskomfort, keď je to možné

Podávajte medikácie alternatívnym spôsobom, keď sa vyskytnú problémy s prehĺtaním

Odložte kŕmenie na neskôr, keď je pacient vyčerpaný

Ponúkajte aspoň tekutiny a mäkké jedlá

Ponúkajte kultúrne vhodné jedlá

Monitorujte zhoršenie fyzických a duševných schopností

Zabezpečte tichý oddych

Asistujte pri základnej starostlivosti, podľa potreby

Zostaňte fyzicky blízko pri vystrašenom pacientovi

Rešpektujte potrebu súkromia

Upravte prostredie na základe potrieb a želaní pacienta

Identifikujte priority starostlivosti u pacienta

Zabezpečte, aby pacient a rodina dostali spirituálnu podporu

Rešpektujte špecifické požiadavky starostlivosti u pacienta a rodiny

Podporujte snahu rodiny zostať pri lôžku

Začleňte rodinu do rozhodovaní a innosti starostlivosti, podľa želania

Umožnite rozhovor o zabezpečení pohrebu

PRÍLOHA C NOC 1211 Úzkostný stupe

Úzkostný stupe -1211

Definícia: Náro nos prejavujúca sa obavou, napätím, ne ahké pozdvihnutie sa z nedefinovate nej prí iny

Výsledné ciele: udrží sa _____ zvýši si stupe _____

bolestivý silný mierny slabý žiadny
1 2 3 4 5

Ukazovatele	Prvý de	Piaty de
121101 Únava		
121102 ažkos pri chôdzi		
121103 ažké písanie		
121104 Tiese		
121105 Nepohoda		
121106 Svalové napätie		
121107 Tvárové napätie		
121108 Nekomtrolovate ný hnev		
121109 Nerozhodnos		
121110 Výbuch hnevu		
121111 Problémové správanie		
121112 ažkosti pri koncentracii		
121113 ažkosti pri u ení		
121114 ažkosti pri riešení problémov		
121115 Panický útok		
121116 Verbalizovaná obava		
121117 Verbalizovaná úzkos		
121118 Zveli ovaná staros v životných situáciách		
121119 Zvýšený tlak v krvi		
121120 Zvýšený pulz		
121121 Zvýšený dych		
121122 Búrlivý divoký žia		
121123 Potenie		
121124 Závrat		
121125 Slabos		
121126 Znížená produktivita		
121129 Problémy so spaním		
121130 Zmena v trávení		
121131 Zmena v stravovacích návykoch		

PRÍLOHA D NOC 1402 Kontrola úzkosti

Kontrola úzkosti-1402

Definícia: osobné skutky na elimináciu alebo zníženie pocitov obavy, napätia z neznámych zdrojov

Výsledné kritéria: udržuj_____ zvýši sa_____

Sebakontrola úzkosti: nikdy zriedka niekedy asto stále
1 2 3 4 5

	Prvý de	Šiesti de
140201 Monitorovanie intenzity úzkosti		
140202 Eliminácia predchodcu úzkosti		
140203 Zníženie prírodných podnetov pri úzkostných stavoch		
140204 Hľadanie informácií na zníženie úzkosti		
140205 Plánovanie stratégií pri stresových situáciách		
140206 Požité efektívne krycie stratégie		
140207 Použitie upokojujúce techniky na zníženie úzkosti		
140208 Monitorovanie trvania úzkosti		
140209 Monitorovanie dĺžky medzi atakmi úzkosti		
140210 Udržiavanie určitej role		
140211 Udržiavanie sociálnych kontaktov		
140212 Udržiavanie koncentrácie		
140213 Monitorovanie citlivosti porúch úzkosti		
140214 Udržiavanie dostatočného spánku		
140215 Monitorovanie fyzických prejavov úzkosti		
140216 Monitorovanie prejavov správania na úzkosť		
140217 Kontrolovanie reakcií na úzkosť		

3tie vydanie 2004

PRÍLOHA E Formulár pre posúdenie pacienta s úzkosťou

Formulár pre posúdenie pacienta s úzkosťou

Zmeny vo verbalizácií		
1. Mierna nervozita		
2. Napätie, Panika		
3. Obava, Bezmocnosť, Beznádej		
Zmeny vnímania pozornosti		
1. Akavosť		
2. Znížená pozornosť, Pociť vnútorného chvenia,		
3. Pociť ohrozenia, Záchvaty panickej hrôzy		
Somatické prejavy		
1. Potenie, Sucho v ústach		
2. Bolesť v celom tele, Studené akcie		
3. Hnačka, Zápcha, Zvracanie, Pichanie v srdci		
Zmeny motorickej aktivity		
1. Mierny nepokoj		
2. Zvýšené svalové napätie		
3. Imobilizácia, Rigidita v pokoji		
1-mierna úzkosť	2- stredná úzkosť	3- ťažká úzkosť