

# **Ošetrovatelský proces u nemocných v terminální fázi onemocnění, péče o zemřelého**

# Téma smrti

- V umění, literatuře, náboženství
- 60.-90. léta 20. století - diskuse na téma „popírání smrti“, „tabu smrti“
  - rozvoj hospicového hnutí

Oblasti témat „vytěšňující smrt“:

- Konverzační tabu
- Medializace smrti
- Oddělení umírání od společnosti
- Klesající význam rituálu truchlení a pohřební praktiky
  
- Více debata o smrti → dělení na dobrou a zlou smrt
- Tč. není již absolutní tabuizace témata → vedou se odborné, laické a popularizační diskuse ve společnosti, konferencích, vzdělávání zdravotníků. [Rok 2014 Umírání v Česku zblízka](#)
- Zohledňuje se prostor pro etické dilemata, eutanázii, hospicová péče, léčba bolesti, paliativní péče, doprovázení, péče o pozůstalé...



Autor: From en.wikipedia: <http://en.wikipedia.org/wiki/Image:Mort.jpg>, Volné dílo, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2272021>

# Fáze nevléčitelného onemocnění (Sláma, Vorlíček, 2007)

- **Fáze kompenzovaného onemocnění** – kombinací symptomatické a základní léčby lze symptomy onemocnění držet na dobré úrovni, obvykle je v případě potřeby indikována plná resuscitační péče, fáze trvá několik měsíců až let.
- **Fáze zlomu** (tzv. dekompenzace) – dochází ke zhoršení celkového stavu a kauzální léčba přestává být dostatečně účinná, fázi lze v některých případech zvládnout intenzivní léčbou a dochází ke zlepšení stavu, jindy nastává rychlé nevratné zhoršení stavu a v průběhu několika dní pacient umírá, z těchto důvodů je indikace resuscitační léčby zcela individuální a v případě nejasné prognózy je plná léčba indikována vždy.
- **Fáze terminální** – nevratné zhoršování zdravotního stavu, cílem není oddálení smrti za každou cenu, ale umožnění důstojné a klidné smrti bez projevů bolesti, obvykle není indikována resuscitační péče.

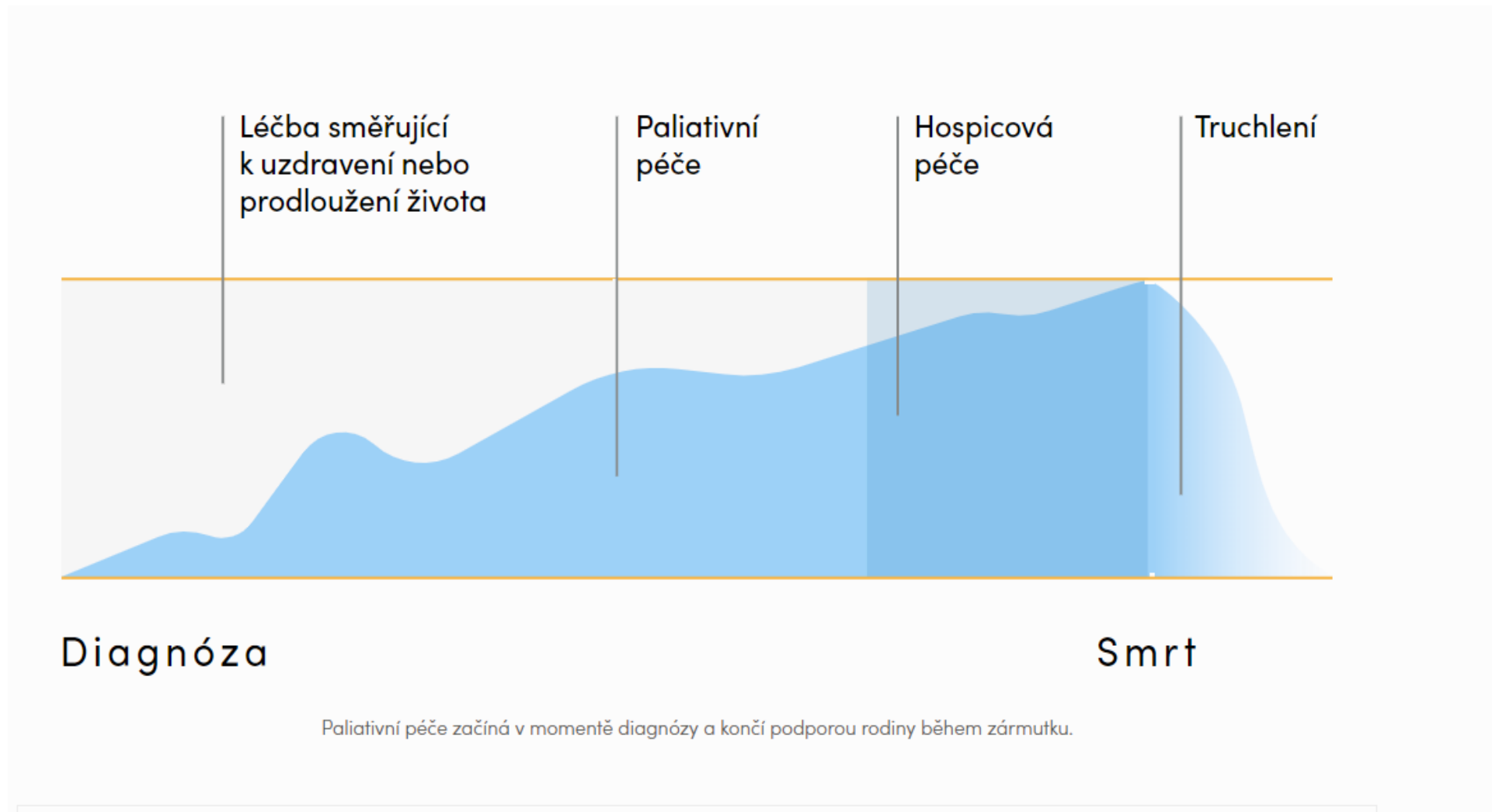
# Paliativní péče (SZO, 2002)

– „*přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.*“ (Hall, 2011)

Paliativní péče je součástí medicíny, ne jejím protikladem.

Cílem paliativní péče je podporovat kvalitu života pacienta a to až do jeho samotného závěru.

Kvalita života se často odvíjí právě od prostředí, ve kterém se pacient nachází a od péče, kterou mu je možno v takovém prostředí poskytovat.



Zdroj: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

# Poskytování paliativní péče (Sláma, 2007)

## ZP mají:

- usilovat o zachování kvality života, která je pro P/K přijatelná a vycházet z P/K přání a potřeb
- respektovat důstojnost pacientů a jejich hodnotové priority
- vytvářet podmínky pro prožití posledních chvil života v blízkosti rodiny a v příjemném a důstojném prostředí
- poskytnout oporu příbuzným a známým umírajícího i po smrti blízké osoby

# Paliativní péče

## Obecná paliativní péče:

- péči poskytují ZP v rámci jednotlivých odborností
- Th. orientována na kvalitu života, potlačování symptomů
- důraz kladen na komunikaci s pacientem a psychosociální podporu

## Specializovaná paliativní péče

- interdisciplinární péče poskytovaná odborně proškoleným týmem pracovníků se zkušenostmi s paliativní péčí,
- zahajuje se, když P/K začíná mít obtíže, které přesahují svou komplexností možnosti obecné paliativní péče

# Poskytování paliativní péče

## Mobilní hospic

- poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta dostupnou 24 hod./denně
- multidisciplinární tým dochází za pacienty domů, ve spolupráci s rodinou umožňují, aby nemocný mohl důstojně a bezbolestně zemřít v prostředí, kde se cítí dobře.

## Lůžkový hospic

- vhodný pro pacienty, kt. nemohou nebo nechtějí prožít závěr života doma
- nabízejí komplexní péči multidisciplinárního paliativního týmu
- poskytují podporu i příbuzným pacientům (neomezené návštěvní hodiny možnost ubytování v hospici)

## Nemocniční paliativní péče

- **konziliární paliativní týmy**, kt. pomáhají s péčí o pacienty na různých odděleních, slouží jako expertní poradenský tým pro kolegy z jiných oddělení, spolupracují s rodinou pacienta
- **lůžková oddělení paliativní péče** (podoba klasických oddělení s hospicovými lůžky, v ČR zatím není běžnou součástí služeb nemocnic ▲ [program Spolu až do konce](#))



# Multidisciplinární paliativní tým

- **Paliativní lékař** – přijímá P/K do péče, vyhodnocuje symptomy, nastavuje Th. v závislosti na vývoji nemoci
- **Paliativní sestra** – intenzivní kontakt s P/K i rodinou,
  - zajišťuje saturaci potřeb, vykonávání péče dle ordinací lékaře,
  - zjišťuje aktuální zdravotní i psychický stav všech zúčastněných, dle potřeby koordinuje ostatní služby poskytované týmem.
- **Sociální pracovník** – pomáhá rodině s praktickými náležitostmi, uzavíráním smluv, zajišťováním příspěvku na péči, půjčováním kompenzačních pomůcek apod.
- **Psycholog či psychoterapeut** - nabízí P/K i jeho blízkým možnost mluvit o náročné životní situaci, pomoc při vyrovnávání se s existenciální úzkostí, prostor pro urovnání problematických situací či vztahů.
- **Duchovní** – zapojení do péče na přání P/K nebo rodiny, podporuje zúčastněné ve hledání naděje a víry.
- dalšími členové – **odlehčovací asistenti (zejména u mobilních hospiců)**, pomáhají pečujícím s každodenní péčí a provozem domácnosti, **dobrovolníci**, poskytují odlehčovací služby, možnosti rozhovoru či „pouhou“ blízkost.

pomáhá bezprostředně i po úmrtí P/K – vypsání úmrtního listu, zajištění pohřbu, opora v období truchlení (může trvat různě dlouho a probíhat různým způsobem) pomoc psychologa či psychoterapeuta, návazné služby v podobě komunitních akcí a pravidelných setkávání pozůstalých.

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Bolest

- nepříjemná sensorická a emoční zkušenost, ovlivňuje bio-psycho-soc-spirit. složky života/potřeby
- vnímání bolesti je stejně intenzivní již u dětí v novorozeneckém věku, jako i u dospělých

### Co může ZP udělat:

- zjistit příčinu, typ, objektivizace bolesti a řešit ji
- kontrolovat efekt léku, dle toho měnit dávkování nebo zvážit změnu Th
- vysvětlit jaký lék, jak a kdy lze podat, dodržovat pravidelnou medikaci, volit vhodné formy podání
- „*průlomová bolest*“ – záchranná dávka léků (th dle potřeby), epizoda náhlé bolesti k dispozici rychle účinkující lék, povzbudte P/K, aby Vám o bolesti řekl, všimněte si jeho chování, použijte lék před aktivitou provokující bolest (vždy ověřit zda nebyla způsobena nějakým úkonem/ bolest na konci dávkovacího intervalu, záznam do dokumentace
- Užívání léků proti bolesti (i opioidů) nezkracuje život, ale zlepšuje jeho Q
- **Vedlejší účinky léků:**
  - Obstipace – Morfin a jiné opioidy (zpomalují peristaltiku střev, vhodné přidávat léky proti obstip.)
  - Nevolnost, Ospalost – zejména v prvních dnech
  - Pruritus – Morfin, lze podat, pokud nedojde ke zlepšení v průběhu několika dní, antipruritika
  - Potíže s močením
  - Výskyt dechového útlumu

### Nefarmakologické postupy:

přístup ZP, pohodlí P/K – lůžko, polohovací pomůcky, poloha, odvedení pozornosti (oblíbená činnost, hudba) aplikace tepla/chladu, jemná masáž, relaxační techniky (v případě, že již byly využívány) čistota P/K i prostředí, čerství vzduch

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Nevolnost a zvracení

- častý příznak v pokročilejším stádiu nemoci

E: některé léky, úporný kašel, obstipace, příznak primární nemoci (nádor blokuující střeva, léky), kumulace některých látek v těle, strach, zápach (z kuchyně, výměšky...) kombinace více příčin

### **Co může ZP udělat:**

- zjistit a řešit příčinu
- vhodná forma léků

### **Nefarmakologické postupy:**

- změnit polohu
- odstranění nepříjemných a výrazných pachů, parfémů, jídla..., proud čerstvého vzduchu, podávání jídla v malých porcích, častěji, chladné tekutiny po lžičkách, ledové kostky (z čaje, kolové nápoje), odvedení pozornosti a rozptýlit úzkost

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Dušnost

- Subjektivní příznak charakterizovaný ztíženým dýcháním a nedostatkem vzduchu, lze pozorovat v oblasti hrudníku, zapojení pomocných dýchacích svalů (vtahování mezižebří, jugula, nadklíčků alární souhyb), zaujímaní ortopnoické polohy, doprovázení respiračními fenomény (stridor, piskoty)

E: plicní (zánět DC, peunie...), mimoplicní (útlak DC v mediastinu, kardiální, neuromuskulární příčiny), spojení se strachem (stav více zhoršuje), přichází v záchvatech (postupné zhoršování)

### Co může ZP udělat:

- zjistit a řešit příčinu
- vhodná forma léků, oxygenoterapie

### Nefarmakologické postupy:

- vhodný přístup, klidné jednání, uklidnit, odvést pozornost
- vhodná poloha (Fowlerova)
- vhodný typ oblečení (volné, příjemné)
- proud čerstvého vzduchu

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Křeče, záchvaty

- různé typy (projevy prázdni pohled, nereaguje, neodpovídá, ztráta vědomí, nekontrolované pohyby – olizování rtů, záškuby očí a končetin, samovolný odchod moče a stolice, po záchvatu: ospalost zejména u těch delších a těžších, nepamatuje si záchvat
- šokující pro laiky (rodiče, blízké, prožívají strach je potřeba je o těchto stavech projevech a postupech řešení edukovat)

E.: onemocnění mozku, vysoké teploty, a infekce, ↑nitrolebního tlaku

### **Co může ZP udělat:**

- zjistit a řešit příčinu
- vhodná forma léků, oxygenoterapie

### **Nefarmakologické postupy:**

- bezpečná poloha a ochrana před poraněním
- nebránit pohybům těla, nevkládat nic do úct
- proud čerstvého vzduchu

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Obstipace

frekvence defekace variabilní, mění se věkem, stravou, nemocí, léky...

E.: organická (překážka v GITu – tumor, metabolická – hyperkalcémie, hypokalémie), funkční (↓příjem tekutin, strava se ↓obsahem vlákniny, ↓mobilita, obtíže a bolest při defekaci (zadržování stolice), léky (opiáty, anticholinergika)

S: pocit plného břicha, křeče v břichu, nechutenství, nevolnost a zvracení, únava, bolest hlavy, vznik análních trhlin (při defekaci tuhé stolice)

### Co může ZP udělat:

- zjistit a řešit příčinu, prevence rizikových faktorů
- vhodná forma léků

### Nefarmakologické postupy:

- režimová opatření (hydratace, přírodní šťávy a kompoty), vhodná strava s obsahem vlákniny (zohlednit chuťové preference), pravidelná defekace (▲ráno po jídle – gastrokolický reflex),
- péče o perianální oblast, ošetření drobného poranění,
- vhodné prostředí a intimita,
- přiměřená aktivita

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Úzkost a neklid

- častý příznak, související s nemocí, změnami, nejistotou a diskomfortem, úzkost pečujících se často na P/K přenáší

E.: fyzické příčiny: nekontrolovaná bolest, křeče, infekce, nevolnost, obstipace, retence moči, poranění, hypoxie, podávané léky, strach – situační, z vyšetření, prostředí, bolesti, ze smrti, nejistota

### Co může ZP udělat:

- zjistit a řešit příčinu, prevence rizikových faktorů
- vhodná forma léků – zaměřit se na léčitelné příčiny úzkosti a neklidu

### Nefarmakologické postupy:

- klidný a vlídný přístup, zklidnění, ujištění, že jsme při P/K
- úprava prostředí (známé, své oblíbené věci, klidné, bezpečné, osvětlení, tiché)
- nabídnout oblíbené činnosti, odpoutat pozornost
- zklidňující masáž, koupel, relaxační techniky (pokud se osvědčily a již dříve využívaly)

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Retence moči

- častý důsledek nemoci – zadržování moče, nemožnost vymočit se

E.: tvorba moče normální ale MM se nevyprazdňuje (léky, obstipace, nádor tlačící na močové cesty nebo oblast míchy), ledviny netvoří dostatek moči (nádor utlačující ledviny, pokročilá fáze onemocnění ledvin)

### Co může ZP udělat:

- zjistit a řešit příčinu, prevence rizikových faktorů
- bilance PVT
- vhodná forma léků, revize medikace a nežádoucích účinků, zavedení PMK

### Nefarmakologické postupy:

- teplá koupel a povzbuzení k močení
- masáž podbřišku, klidná atmosféra, zajištění intimity
- všímat si – zda není P/K pomočený, uklidnit v případě „nehody“, že za to nemůže, vhodné pomůcky pro vyprazdňování, důstojnost P/K i při řešení inkont. pomůcek, prevence opruzenin



# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Krvácení

- nepříjemný a stresující projev nemoci pro P/K a blízké

E.: u nádorů prorůstajících do cév, onemocnění jater, porucha krevní srážlivosti, užívání léků (kortikosteroidy, ibuprofen, nízkomolekulární hepariny, warfarin), vředy

S.: výskyt v různých formách (lokální krvácení - hematomy, ulcerace a rány na kůži, z nosu, hemoptýza, hemateméza, meléna, hematurie), děsivé na pohled (uklidnit), odhadnout rizika a projevy související se zdravotním stavem

### Co může ZP udělat:

- zjistit a řešit příčinu, prevence rizikových faktorů
- vhodná forma léků, revize medikace a nežádoucích účinků
- důsledná edukace P/K a blízkých osob – jak se zachovat, jaké postupy realizovat, v jakých případech vyhledat odbornou pomoc (SOS kontakt pro zvládnutí stavu v domácích podmínkách)

### Nefarmakologické postupy:

- zachovat klid, uklidnit P/K, mluvit na P/K, mít po ruce tmavé ručníky, P/K ideálně tmavé oblečení, lůžkoviny
- vhodná poloha
- odvést pozornost

# Nejčastější symptomy v paliativní péči

## Nechutenství

- ztráta chuti k jídlu = ↓ příjem potravy, dlouhodobé nechutenství → kachexie

E.: v důsledku nemoci (orální kandidóza, malabsorpce, obstipace, kariézní chrup), medikaci, nemá chuť k jídlu, má jiné chutě, cítí nevolnost a zvracení, má strach a obavy, potíže s polykáním

### Co může ZP udělat:

- zjistit a řešit příčinu, prevence rizikových faktorů
- objektivizace denního příjmu jídla a tekutin
- posouzení (chuťové preference, zvyklosti, omezení, nutriční screening, mobilita ...)
- vhodná forma léků, revize medikace a nežádoucích účinků
- alternativní varianty výživy v případě nemožnosti příjmu potravy per os

### Nefarmakologické postupy:

- nabízet menší porce častěji s dostatečným kalorickým příjmem, dbát na chuťové preference i s ohledem na čas (v noci), nepřítahovat pozornost na to, že P/K nejí/nepije, džus s ledovou tříští, estetika a zajímavost/pestrost podávaného jídla, konzultace s nutričním terapeutem, výběrová dieta, vhodná teplota jídla, nabízet cokoliv na co má chuť, úprava stravy (mixovaná, pít brčkem...)

# Co může pomoci pacientovi, rodině, zdravotníkům –

Průvodce budoucí péčí – projekt (zdroj: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/pruvodce-budouci-peci> )

## Prostor pro zamýšlení se:

- co je pro mě teď, když jsem nemocný důležité
- v čem mi může pomoci okolí
- co očekávám od lékařů, sester, sociálních pracovníků
- co mohu pro zlepšení kvality svého života udělat já sám

## Kdy je vhodné nabídnout komunikaci o Průvodci budoucí péčí?

- když člověk mluví o tom, že má obavy, jak to bude s jeho nemocí dál
- při nástupu do Domova pro seniory z důvodu poklesu soběstačnosti
- obecně při poklesu soběstačnosti
- při opakovaných hospitalizacích
- při přechodu z léčby směřující k vyléčení k léčbě směřující k tlumení příznaků nemoci
- při přechodu chronického onemocnění do jeho závěrečné fázi
- v jiných situacích, kdy cítíte, že je čas pro vyplnění Průvodce budoucí péčí

# Péče o umírajícího pacienta

**video** MUDr. Sláma, Ph.D.; Prof. MUDr. Vorlíček, CSc., dr.h.c.; Mgr. Kalvodová; PhDr. Janáčková, CSc.; Martin Hanzlíček,  
Scénárista a režisér; MUDr. Jiří Pešina

[https://www.mojemedicina.cz/cs\\_cz/pruvodce-pacienta/pece-o-pacienta/pece-o-umirajiciho-pacienta-1.html](https://www.mojemedicina.cz/cs_cz/pruvodce-pacienta/pece-o-pacienta/pece-o-umirajiciho-pacienta-1.html)

Model Kübler-Ross

**Naděje – na uzdravení**

- na prodloužení života
- na zmírnění utrpení
- na důstojnou smrt

**pět fází smutku - pět fází umírání**

- v r. 1969 - poprvé zaveden v knize *On Death and Dying* – vychází z výzkumu a rozhovorech s 500 umírajícími lidmi
- popisuje 5 fází v rámci procesu, při kterém se lidé vyrovnávají se smutkem a tragédií (zejména diagnóza smrtelného onemocnění V mimořádná ztráta)
- americká psycholožka



## Fáze zmirňování se se ztrátou (Elisabeth Kübler- Ross)

- **NEGACE** šok, popírání
- **AGRESE** hněv, vzpoura
- **SMLOUVÁNÍ** vyjednávání
- **DEPRESE** smutek
- **SMÍŘENÍ** souhlas

Video P/K nepřijímající dg. <https://www.youtube.com/watch?v=bc7GlzyZfBg>

# Fáze

- nemusí být v uvedeném sledu, nebo proběhnout kompletně
- mohou se vracet, prolínat (i 3 fáze v jednom dni)
- některé mohou chybět

*„Reakce na nemoc, smrt či ztrátu jsou stejně jedinečné jako osoba, která je zažívá. Některé z fází proto nemusejí nastat, jiné mohou být prožity v jiném pořadí, a někteří lidé prožívají některé fáze neustále dokola.“*

*„Existují jedinci, kteří bojují se smrtí až do úplného konce.“ Některí psychologové věří, že čím urputněji dotyčný bojuje se smrtí, tím spíše zůstane ve fázi popírání. V takovém případě je možné, že nemocný člověk bude umírat méně důstojně.“*

# Fáze okolí/rodiny

- podobné prožívání jako P/K
- možné prožívání v rozličných fázích – *„Nemocný i pečující se mohou nacházet v různých fázích, i proto může být někdy vzájemná komunikace obtížná.“*
- pocit viny, že neposkytují VŠECHNO, CO BY MĚLI
- najít formu pomoci, kt vyhovuje.

# Způsoby vyrovnávání se s faktem vážného onemocnění (Vymětal)

- postiženému přináší řadu omezení a týká se vždy celé rodiny
- reakce na situaci závisí na kvalitě rodinného zázemí, projevech onemocnění, pocitu ohrožení života a jeho celkové kvalitě

1) šok

2) odmítnutí a popření

3) úzkost a depresivní rozladění

4) smíření, adaptace



# Tři nejrozšířenější a nežádoucí psychické reakce (Vymětal):

## Prožívaný stav bezmoci a beznaděje

- stav může vyústit v zoufalství, kdy může nastat suicidální úmysl, časté u P/K v izolaci

## Sekundární zisk

- P/K si uvědomuje, že mu nemoc přináší nějaké výhody sekundárního zisku ▲ cílené účelové zaměření pozornosti

## Regrese (pohyb zpět, ústup, návrat)

- reakce bývá pěstována nadměrnou péčí o pacienta ze strany okolí, P/K bývá vzdorovitý, emočně labilní a nespolehlivě spolupracující

# Rozdíl mezi soucitem a empatií

- jak **přistupujeme k jinému**
- v soucitu se na osobu díváme z našeho pohledu
- v empatii se snažíme dívat z pohledu druhé osoby
  
- <https://www.youtube.com/watch?v=KZBTYViDPIQ>

# Modely umírání

- **Domácí model umírání** (v okruhu svých blízkých, výhodou – emocionální podpora umírajících, péče spíše laická (zkušenosti v oblasti základní ošetrovatelské péče; nevýhody – nedostupnost odborné péče ▲ bolest, dušnost ...)
- **Institucionální model umírání** (20. století - rozvoji nemocnic → lepší profesionální péče = záchrana lidí jinak bez naděje + ↑ výskyt chronických nemocí; ve 30. letech – názor: umírající potřebuje být osamocen)

## Aktuálně:

- příbuzní neví, jak se k umírajícímu chovat a jak s ním mluvit, bohužel to mnohdy nevědí ani ZP;
- přirozené vzorce chování se z domácího modelu umírání vytratily; někteří lidé stále věří, že je umírajícímu lépe v rukou profesionálů
- rodina musí CHTÍT, UMĚT a MOCI PEČOVAT o umírajícího (nesoudit, neznáme rodinnou situaci, možnosti, vztahy...)

# Terminální fáze

- období několika posledních dní života (obvykle méně než 72 hod.)
- správné rozpoznání fáze

Nejčastějšími symptomy posledních 48 hodin života jsou

- kognitivní dysfunkce
- dechové obtíže
- bolest

# Symptomy

- Progresivní celková slabost a únava
- Prodlužující se periody denního spánku
- Pacient nevstává z lůžka
- Postupné snižování pacientovy schopnosti pozornosti a koncentrace
- Klesá pacientův zájem o konverzaci
- Pacient se vnitřně „vzdaluje“ od vnějšího světa, kontakt zachovává pouze s několika nejbližšími
- Zhoršuje se zrak a sluch
- Zmatenost, desorientace
- Halucinace
- Pacient odmítá jíst a pít
- Má sucho v ústech a potíže při polykání
- Klesá diuréza, někdy až do stadia anurie
- Pacient má chladné/ někdy mramorované/ končetiny



### **Období před umíráním (pre finem)**

- sdělením dg neslučitelné se životem (smrt může nastat v řádu dnů, měsíců i let),
- poskytnout odbornou i emocionální pomoc – lékařská péče, psychologická a lidská pomoc, respektovat zákonitě probíhající psychické odezvy.

### **Období vlastního umírání (in finem)**

- = terminální stav, umírající většinou nechce být sám a touží po přítomnosti druhého člověka;
- žádoucí je: umírání jako charakter sociálního aktu = rozvoj paliativní péče v nemocnicích za účasti rodinných příslušníků nebo péče o P/K v domácím prostředí za pomoci profesionálů

### **Období po smrti (post finem)**

- Smrt – péče o mrtvé tělo, sdělení informace o úmrtí příbuzným pacienta a jejich truchlení,  
ZP – být připraven na komunikaci s pozůstalými, kt. většinou potřebují ujištění, že jejich blízký v posledních chvílích netrpěl, péče o zemřelého SOP ZZ

# SPIKES strategie

## KOMUNIKACE

- otevřený a upřímný přístup
- poskytování informací je proces, až 50 % informací zapomeneme po jejich sdělení

Akronym	Původní anglický pojem		
S	Setting	<b>Příprava</b>	Příprava na rozhovor Prostředí, uspořádání, představení ZP i rodina Čím jistější a klidnější je ZP, tím efektivněji může reagovat na potřeby P/K a rodiny
P	Perception	<b>Vnímání</b>	Posouzení toho, jak P/K a rodina vnímají situaci Vnímání (do jaké míry jsou již osoby informovány, 1 osoba poskytovatel info? = důležité pro stanovení rolí)
I	Invitation	<b>Výzva</b>	Přivítání a prostor pro dotazy kolik informací si rodina přeje vědět, co a jaký rozsah, <b>problematické: rodina nemá žádnou představu a každý člen rodiny může odpovědět odlišně</b>
K	Knowledge	<b>Vědomosti</b>	Znalosti, vědomosti (fáze podávání informací příjemci, <b>! zkontrolovat míru pochopení příjemce informací!</b> = je to osoba, kt. následně předává informace ostatním členům skupiny), čas pro dotazy a ujištění o komunikaci v průběhu celého procesu
E	Emotions	<b>Emoce</b>	Naslouchejte, jedněte empaticky, zaměřit se na prožívání příbuzných: vhodný dotaz „Co si myslí, jak se cítí, co by potřebovaly?“ Příbuzní je nesmí považovat za klišé, ale opravdový zájem! <b>pokud nejsou emoce ve skupině pod kontrolou = obtížné přejít do poslední fáze = nutnost dořešit oblast emocí.</b>
S	Summary and plan	<b>Strategie/ shrnutí</b>	Shrnutí a plán (závěrečné shrnutí konverzace a stanovení dalších kroků, písemné informace, důležité kontakty + ukončení dle společenských pravidel, pomozte se blízkým zorientovat ve zmatku a strachu, nabídněte pomoc a podporu, připravte na těžké období, podpořte copingové strategie (podpora okolí, vnitřní zdroj síly, osvědčené postupy pro zvládání zátěžových situací)

# Obranné mechanismy a copingové strategie

## Obranné mechanismy

- Účelné prostředky, jak se naše psychika brání k tomu, aby nedošlo ke „zhroutilí/zbláznění“
- Přechodně odstraňují úzkost a pocit ohrožení, existuje mnoho podob obranných mechanismů (Křivohlavý, 1989), nejde o plnohodnotné řešení těžké situace, spíše o iluzi řešení; společný znak, že popírají/překrucují realitu a jedinec si ji neuvědomuje.

▲ vytěsnění, popření, racionalismus, odčinění, agrese, identifikace s agresorem, obrácení agrese na sebe, obrácení proti sobě, extrémní stažení, idealizace, somatizace, moralizace, humor, útěk do fantazie, fixace, potlačení, rezignace, ...

## Coping

- vědomí a aktivní proces, ovládan vůlí, okolí si jej snadno všimne, chování při něm není instinktivní, ale promyšlené

Strategie zaměřena **na problém**, Strategie zaměřena **na emoce** a řešení těchto strategií **konfrontací** nebo **vyhýbání se**

Postupy:

- aktivní: plánování postupu, realizace aktivit, posilování odolnosti
- pasivní: vyčkávání, lhostejnost a apatie k problému, odevzdání se osudu, rezignace a beznaděj

Když si obranný mechanismus uvědomíme a rozhodneme se jej i nadále využívat, stává se copingovou strategií

Resilience – psychická odolnost, houževnatost, vnitřní síla, schopnost překonávat krize/traumatické události, stresové zátěže



# Postupy strategie řešení stresových situací jsou příklady (dvě varianty zvládnání)

**Postupy zaměřené na řešení nebo eliminaci problému** – zjistit, co způsobuje strach, obavu, likvidaci stresových vlivů, změnit podmínky, které zhoršuje stres,

1. **hledání informací** – o výskytu, působení a eliminaci stresorů,

2. **snaha o přímou akci** – aktivity směřující k odstranění stresorů,

3. **inhibice** – vědomé vyhýbání se činnostem, které jsou pro jedince nebezpečné a nepříjemné, pokud stresor nelze ze života vyloučit,

4. **intrapsychické procesy** – vnitřní dialog člověka, přehodnocování situace, vlastní znalosti sociálního chování (empatie, přijímání kritiky, úsměv, odvaha ozvat se, otevřená komunikace, umění kompromisů, atd.), hledání alternativ,

5. **obracení se na druhé** - sociální podpora okolí

**Postupy zaměřené na zvládnutí emocí** – zachovat si tvář s pozitivním obrazem o sobě, vyvarovat se osobnostního regresu.

postupy copingových strategií (zvládnání) stresu:

- plánovat vhodné řešení daného problému, konfrontace
- vyzdvihovat pozitivní stránky aktuální situace
- uklidňovat situaci – obrana – defenziva
- udržovat odstup – stoický klid, sebeovládání
- změna mentálně-kognitivních přístupů, změna životního stylu,
- zapojit ostatní do hledání citové pomoci (sociální opora),
- využívat různé formy psychologické relaxace, meditace
- Vhodné stravování, přiměřený pohyb
- snížit konzumaci kávy, alkoholu, či drog,
- poukázat na význam víry, náboženské potřeby světového názoru, náboženství a hierarchii hodnot.

# Typy osobnosti v reakci na akutní ztrátu

## Typ A „rychlá mobilizace sil“

- pláč, křik, odmítání, svalové napětí, zrudnutí obličeje, pocení, nekoncentrace
- zhroucení se
- útok, nadávání
- útěk
- suicidální úmysl (vnímání nejenom ulehčit sobě, ale být při zemřelém s ním, kde již nyní je)

## Typ B „mrtvý brouk“

- ztuhlost
- strnulost
- zblednutí
- ledové ruce, studený pot
- necítění emocí
- žádné emoce
- neschopnost očního kontaktu, vnímání svého těla
- neschopnost porozumět slovům
- změněná schopnost vnímat čas, prostor

# Jednoduchý návod

ZP by měl mít jasno v oblasti smrti:

- co pro něho znamená,
- možná má osobní zkušenost z blízkého okruhu blízkých a známých,
- je připraven mluvit o smrti, duchovnu s nemocným

Lékař: Zjišťujte míru informovanosti, sděluje jasné, srozumitelným jazykem, postupně po zvládnutelných dávkách informace.

U sdělení může být sestra (lékař dává informace a sestra je oporou)

# Warn-Pauze-Check (WPC)

- Připravte na sdělení špatné zprávy pomocí varovného signálu („Bohužel vám musím sdělit špatnou zprávu.“)
- Počkejte – krátký čas dokud P/K, blízký nedá ne/verbálně najevo, že lze pokračovat dále. Podejte další část informace („Je mi to líto, ale musím vám sdělit...“)
- Ověřte, zda informaci bylo porozuměno.

- Lékař má diagnózu sdělit vždy, má ji sdělit srozumitelně a citlivě v první řadě svému pacientovi, protože jen lékař bude umět odpovědět na jeho otázky, které mohou po takovém sdělení pochopitelně následovat.
- Mnoho lékařů tento svůj úkol chápe jako přirozenou součást péče o pacienta a umí se jej zhostit pravdivě a citlivě. Někdy ale lékař ke sdělení závažné diagnózy pacientovi nepřistoupí: většinou mu brání nedostatek času na klidný rozhovor, někdy však i nezkušenost a obyčejný lidský strach z konečnosti lidského života.

<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/kdo-kdy-a-jak-ma-rici-nemocnemu-cloveku-pravdu-o-jeho-zdravotnim-stavu>

# Práva a povinnosti onkologických pacientů

[Fakultní nemocnice Královské Vinohrady \(fnkv.cz\)](http://fnkv.cz)

## **Pacient má právo:**

- Na rovnocennou, důstojnou a optimální zdravotní péči a léčení
- Na úctu a důstojnost v zázemí
- Na citlivou a úplnou informaci o chorobě
- Na mlčenlivost ošetřujícího personálu o pacientově zdravotním stavu
- Na souhlasu ke způsobům diagnostiky a léčby
- Na souhlas při zařazení do klinické studie nebo k výukové demonstraci
- Na odmítnutí léčby a možnost konzultace jiného lékaře nebo zdravotního zařízení
- Na zvláštní sociální péči a podporu danou zákonem
- Na možnost návratu do původního zaměstnání

## **Pacient má povinnost:**

- Udělí-li souhlas k léčbě, tuto dodržovat
- Dbát o doporučenou životosprávu
- Seznámit se s provozním řádem zdravotního zařízení a dodržovat ho

# Atributy dovedností ZP při poskytování péče o umírající

- Kognitivní dovednosti – kompetence, manažment bolesti, má v problematice smrti jasno ...
- Komunikační dovednosti – k. s P/K, edukace P/K, zahrnutí rodiny do léčby, nebojí se o smrti mluvit...
- Emoční dovednosti – emoční podpora, personalizace (! na depersonalizaci – číslo lůžka/dg.)
- Hodnoty důležité pro P/K – poznat a uvědomit si hodnoty P/K, prokazovat respekt a úctu, podpora P/K při rozhodování
- Zdravotní péče orientovaná na P/K – dostupnost, kvalita, kontinuita, týmová k. a koordinace
- Lékař by se měl P/K ptát, zda s ním chce otevřeně mluvit o obavách ze smrti a umírání, zároveň respektuje přání P/K nehovořit o čemkoliv

Video kontakt ZP a P/K <https://www.youtube.com/watch?v=2fIV0qwStdA>  
P/K nepřijímající dg. <https://www.youtube.com/watch?v=bc7GIzyZfBg>

# Psychologický přístup k umírajícím ZP:

- přistupovat k osobnosti nemocného profesionálně (LIDSKY)
- přistupovat individuálně
- respektovat změny v psychice nemocného
- volit vhodné formy komunikace, nedirektivní přístup, empatie
- poskytovat pravdivé informace v rámci kompetencí
- ohleduplnost a taktní přístup k nemocnému i jeho rodině
- umožnit rodinným příslušníkům kontakt s nemocným
- usilovat o psychickou pohodu umírajícího, kterou docílíme upřímným a empatickým rozhovorem
- poskytovat nemocnému oporu svojí přítomností, rozhovorem
- umožnit pacientovi hovořit, o čem chce, přijímáme i případné negativní emoce
- respektovat prožívání a přání umírajících
- zprostředkovat návštěvu duchovního, pokud pacient chce
- poskytnout rodině dostatek informací a odbornou pomoc při zvládnání situace v době umírání i truchlení



# Podmínky umírání v ZZ

- citlivá komunikace ze strany zdravotníků
- haptika
- šetrná manipulace
- efektivní léčba tělesných symptomů - příslib i nadějí, že důstojné umírání je možné, a že poslední hodiny života nemusí být naplněny nesnesitelnou bolestí a utrpením

## Literatura:

<http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>

Sláma, O. Symptomy terminální fáze a jejich léčba

# Komunikace s pozůstalými

- Mnohdy ovlivněno délkou hospitalizace
- Lékař informuje o úmrtí, měl by říct, že sestra vám předá věci
- **Kondolujte běžným, společensky vhodným způsobem**
- Podání ruky a slova „Upřímnou soustrast“ – **smutného člověka vyjádření neurazí ani nepohorší, dáváme mu tak najevo, že jsme jeho ztrátu zaznamenali, že jej vnímáme jako pozůstalého a že s ním soucítíme.**
- Nabídnout vodu, kapesník, místnost, kde mohou chvíli setrvat...

Předávání věcí pozůstalým – důstojnost, ohleduplnost, prostor pro dotaz: Budete něco potřebovat...

Na letáčku máte sepsané informace... Pokud potřebujete mluvit s lékařem ... Kdo jim může pomoci v těžké životní situaci ...

# REAKCE NA ZTRÁTU

- Normální **reakce na ztrátu** je zármutek → změny v oblasti

**emoční** – smutek, hněv, pocity viny;

**tělesné** – změna chuti k jídlu, nespavost;

**sociální** – neschopnost pracovat, neschopnost sociálního kontaktu

- **Truchlení** = proces, kt. se jedinec přizpůsobuje ztrátě, délka a závažnost zármutku závisí na míře citové vazby k zesnulé osobě, na okolnostech úmrtí. Většina lidí se zpravidla přizpůsobí do 2 let od ztráty; **lidé si JIM musí projít, podpora nebo intervence jim sice přináší jistou úlevu, ale jejich zármutek nevyřeší.**
- Reakce na úmrtí se pojí s rizikem morbidity a mortality, někteří lidé se více orientují na ztrátu (vyhledávají společná místa, myslí na zesnulého), jiní na obnovu (odreagování, přizpůsobují se změně, přejímají úkoly, které dříve dělal zesnulý).
- Chronický/patologický zármutkem, bývá častější při náhlém úmrtí, úmrtí dítěte nebo při výrazné míře závislosti ve vztahu k zesnulému

# Kübler-Ross teorie truchlení – model 5 fází smutku

FÁZE TRUCHLENÍ	MYŠLENKY	VHODNÁ REAKCE
<b>POPÍRÁNÍ</b>	„To není možné. To se nemohlo stát. To musí být omyl.“	Získat důvěru
<b>AGRESE</b>	„Proč se to stalo? Proč nám? Kdo za to může?“	Reflektovat a pojmenovat emoce, dovolit abreakci, nebrat si reakci osobně.
<b>SMLOUVÁNÍ</b>	„Když to teď vydržím, příště se to nestane. Udělám cokoli, aby to dopadlo dobře. Kdybych tak bývala nekouřila.“	Trpělivost.
<b>DEPRESE</b>	„Nic nemá smysl. Proč dál žít? Nikdy už nebudu šťastná.“	Naslouchání, hledání zdrojů opory.
<b>SMÍŘENÍ</b>	„Bude to v pořádku. Nemůžu proti tomu bojovat. Mohu žít dál s vědomím ztráty.“	Mlčenlivá lidská přítomnost, pokud si to zasažený výslovně přeje, držet za ruku nebo obejmout.



## Fáze truchlení

## Problémy, které se mohou vyskytnout

Fáze popření - ztráta schopnosti vnímat, pociťovat, strnulost, člověk musí žít dál, jako by smrt nenastala.

Žije se dál, jako by se nic nestalo. Ztráta se odštěpí - nastává prázdnota. Zármutku je třeba se vyhýbat.

Fáze propukání chaotických emocí - bolest, vztek, úzkost, strach, hněv, radost, pocity viny, hledání viníka, neklid, poruchy spánku, náchylnost k infekcím. Emoční chaos je třeba vydržet a vyjádřit.

Neakceptované pocity emočního chaosu se potlačí - pak se objeví hněv a pocity viny. Emoční bouře se akceptují jen na počátku truchlení.

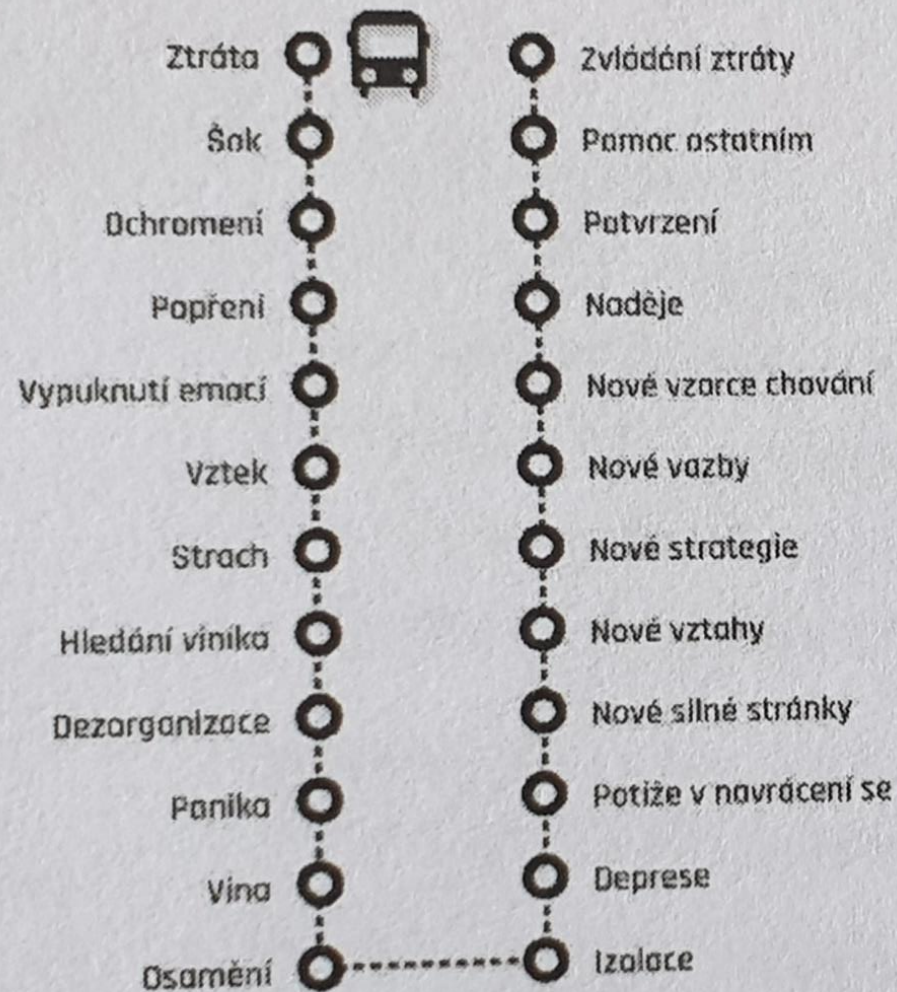
Fáze hledání, nalézání a odpoutávání - neschopnost myslet na nic jiného než na zemřelé miminko, hledání miminka ve snech, fantaziích, na fotografiích, na oblíbených místech, ve vyprávění. Otázka: Co ve mně miminko probudilo k životu? Co ze mě vydolovalo? Co přetrvává a neodchází spolu s ním?

Hledání sebe sama je velmi intenzivní, aby se člověk vyhnul nutnosti odpoutat se. Ztráta se neakceptuje. Na místo zemřelého nastupuje bolest.

Fáze nového vztahu k sobě a ke světu - ztráta se akceptuje. Bolest je možno a nutno obětovat. Skutečnost, že se opětovně překonávají bolestné pocity, lze akceptovat jako důkaz, že je možné připustit vzpomínky na vztah, na problémy, na šťastné chvíle. Myšlenky na další dítě a další vztahy se prožívají v napětí mezi touhou zcela se oddat, aby se už nic nepropáslo, a přáním raději nic nezačínat, aby nebylo nutné znovu truchlit.

Příliš málo se bere v úvahu „komplex opuštění“. Málo se pamatuje na to, že truchlení je proces, který je možno opětovně vyvolat.





Obr. 1 Teoretický model procesu truchlení



Obr. 2 Proces truchlení ve skutečnosti

# Truchlení

- individuální, různé prožívání i projevy
- nejde o proces uzdravení, ale adaptace
- nejobtížnější je 1. rok („blízcí si musí projít všechna roční období.“)
- zármutek a žal je výraznější ve dnech – svátky, výročí, významná událost

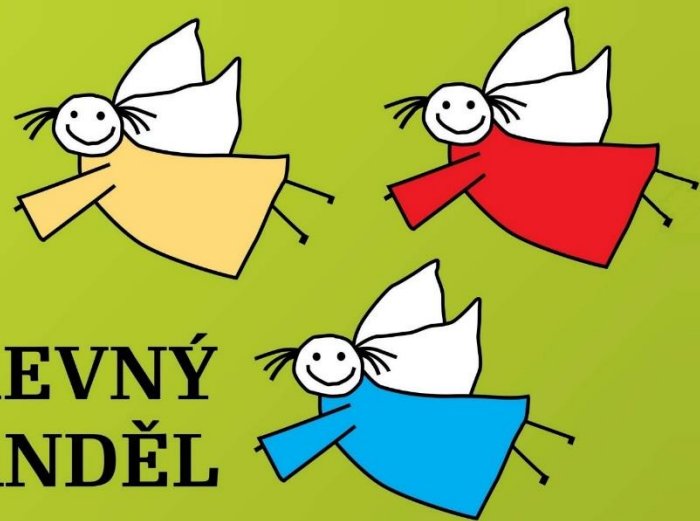
## Rituály

- vázány k úmrtí jsou součástí většiny kultur = přechodové rituály (ritus = obřad, řád, obyčej)
- ochranná, podpůrná funkce
- mění se v čase, princip zůstává
- obřad pohřbu – rozloučení se se zemřelým, symbolický přechod z tělesného stavu do duchovního

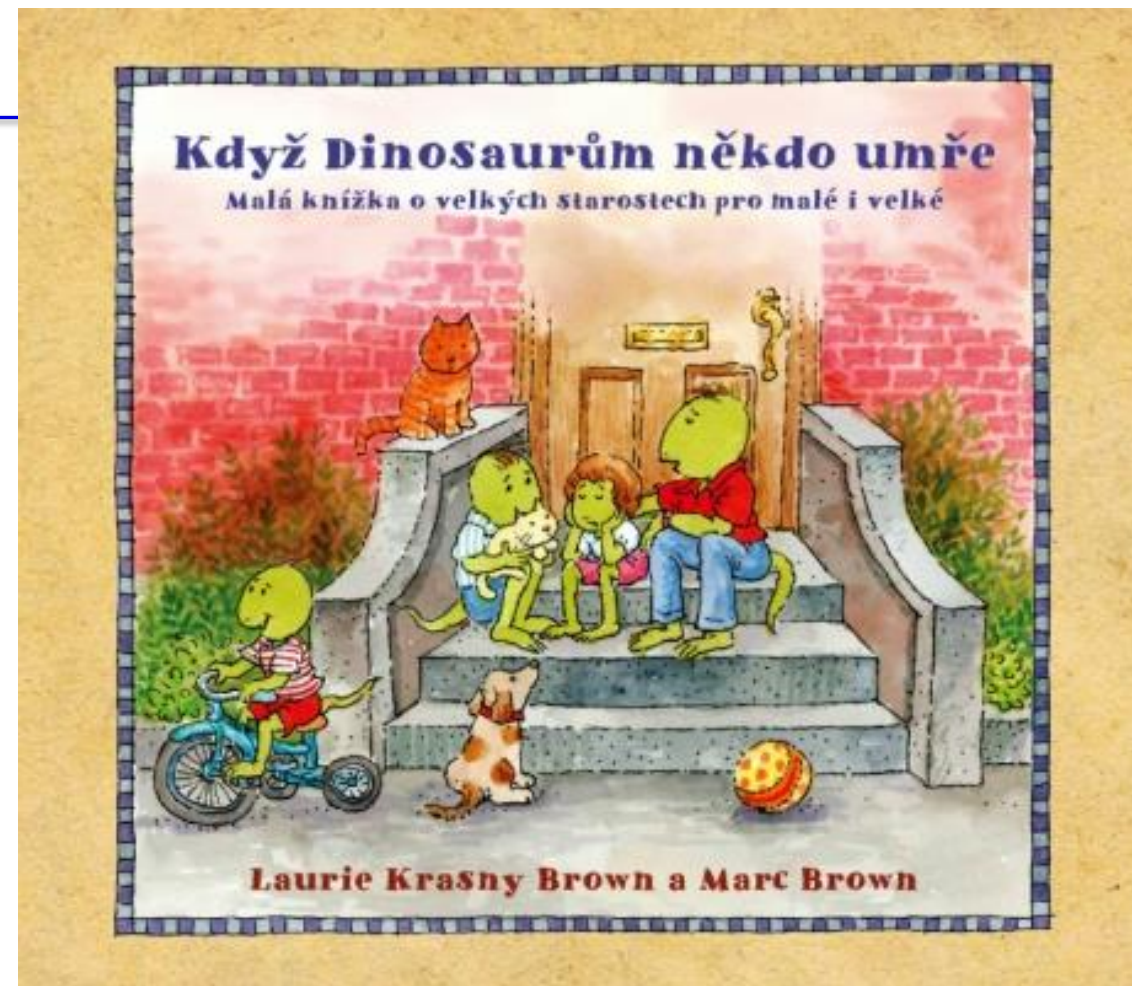
- SOP péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu
- SOP při úmrtí pacienta
- Co vyřídit při úmrtí člena rodiny [Jak postupovat při úmrtí blízké osoby > Sociální a zdravotní portál \(praha10.cz\)](#)
  
- [Jak zařídit pohřeb - Poradenství pro pozůstalé](#) [Poradenství pro pozůstalé \(poradenstvi-pro-pozustale.cz\)](#)



**BAREVNÝ  
ANDĚL**

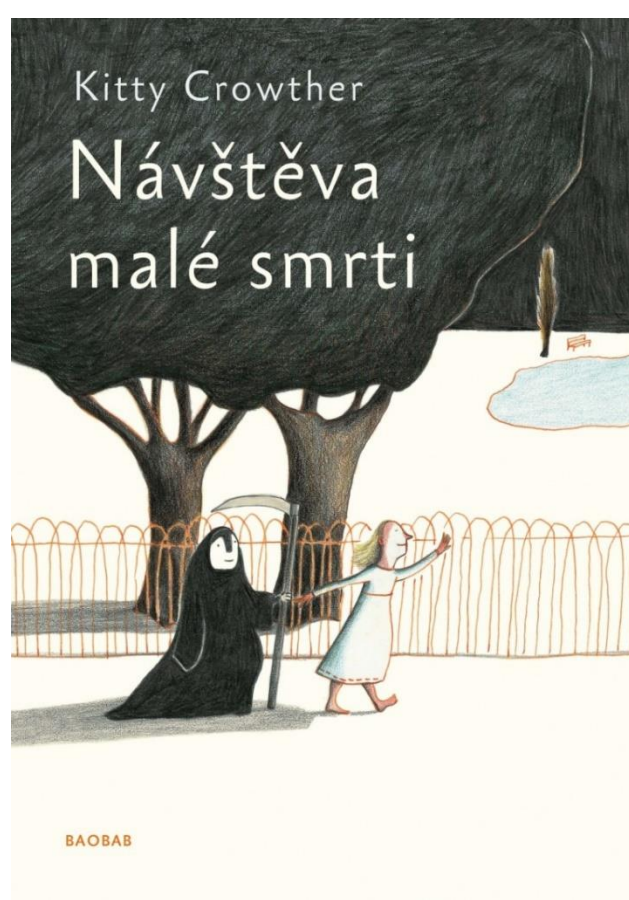


<http://www.dlouhacesta.cz/barevny-andel/>



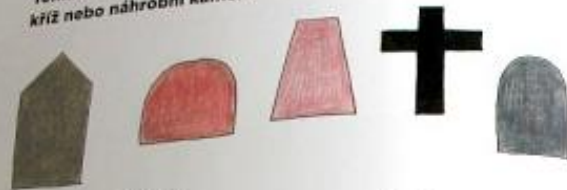
Kitty Crowther

# Návštěva malé smrti



BAOBAB

Tomu se říká hrob. Často se na hrob dává kříž nebo náhrobní kámen.

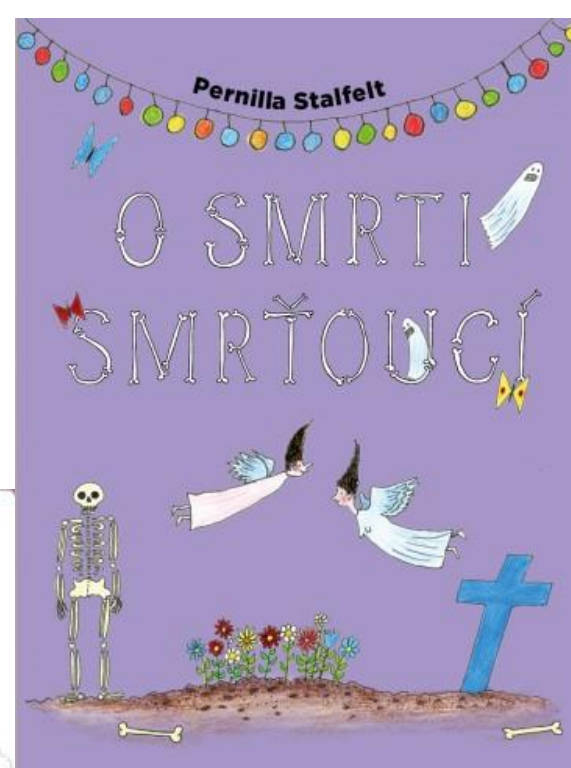


Do kamene se vytesá jméno zemřelého. Také tam bývá napsáno, kdy se narodil a kdy umřel.

Je dobré mít hrob, abychom měli kam zajít, když si chceme na mrtvého zavzpomínat. Můžeme si přečíst jeho jméno na náhrobku, zalit květiny na hrobě a představovat si, že jsme se spolu setkali. Je to prostě takové místo setkání.



Člověk také může být pohřben na rozptylové loučce. Tam nikdo náhrobní kámen nemá.



Když člověk nemá možnost zajít na hřbitov, může si zapálit svíčku a myslet na toho, kdo zemřel.

Pokud nemá svíčku, tak ať si klidně zapálí prskavku...



Ke vzpomínání ale stačí, když si třeba na hlavu nasadíte jeho starý klobouk...

Nebo si na ni vzpomenete, až budete lízat její oblíbenou zmrzlinu...



Také si můžete vystavit na stůlek fotografii a udělat kolem ní malý oltář jako v kostele, s nějakou pěknou památkou.



## Jiřina Šiklová VYHOŠTĚNÁ SMRT

KALICH



# 50/50

07:25

0:23:00

---



# Při poskytování péče a v rámci komunikace

Vnímejte:

- co pacient nebo rodina říká/říkají
- co vidíte (tzn. jak se chová pacient/rodina, používané postoje, gesta, slova a slovní spojení, pocity a emoce, vnímejte neverbální komunikaci...)
- jak se cítíte (i to je důležitá informace)

Komunikace má být:

- upřímná
- otevřená
- přiměřená s ohledem na daný okamžik a okolnosti

# Literatura a zdroje k doplnění

- **Centrum paliativní péče** <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
- **Cesta domů** <https://www.cestadomu.cz/sluzby>
- **Základní informace pro pozůstalé** <https://www.mmr.cz/getmedia/84e7b4c0-1ebb-487c-9773-058d1b429b6f/MMR-brozura-pozustali-design-MMR-DL-final3nahled.pdf>
- **Modrá pomněnka** Centrum pomoci pro nevléčitelně nemocné, umírající a pro pozůstalé České Budějovice <https://modrapomnenka.cz/>
- **Prázdná kolébka** <http://www.prazdnakolebka.cz/> např. <http://www.prazdnakolebka.cz/files/files/articlecategory/letak-nejste-sami.pdf> desatero, rady a doporučení
- **Rodina po ztrátě dítěte (PhDr. Špaňhelová)** <http://www.prazdnakolebka.cz/files/files/articlecategory/rodina-po-ztrate-ditete.pdf>
- **Anjeliky sk** <http://www.anjeliky.sk/>
- **Cesta domů** <https://www.cestadomu.cz/>
- **Umírání cz** <https://www.umirani.cz/> <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/kdo-kdy-a-jak-ma-rici-nemocnemu-cloveku-pravdu-o-jeho-zdravotnim-stavu>
- **Moje smrt** <https://mojesmrt.cz/> **Neumíráme tak, jak bychom si přáli. A je to hlavně proto, že o tom s nikým nemluvíme.**
- <http://www.dlouhacesta.cz/barevny-andel/>

**Poradce v poradenství pro pozůstalé (2010)** <http://www.mmr.cz/cs/Ministerstvo/Pohrebnictvi/Aktuality/MMR-zavadi-novou-kvalifikaci-Poradce-v-poradenstv>

**Průvodce sociálním pohybem přináší odpovědi na nejčastější otázky** <https://www.mmr.cz/getattachment/ba087e06-a08c-45c6-b4b3-572c272d9301/attachment.aspx>

**Doporučení k zajištění komunikace umírajících pacientů v karanténě s jejich blízkými**

Zdroj: <https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-10/Doporu%C4%8Den%C3%AD%20k%20zaji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD%20komunkce%20um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch%20pacient%C5%AF%20v%20kara%20nt%C3%A9n%C4%9B%20s%20jejich%20bl%C3%ADzk%C3%BDmi.pdf>

**Analýza k informování pacienta o zdravotním stavu online** [https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-12/analiza\\_komunikace\\_na\\_dalku\\_2020\\_11-06.pdf](https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-12/analiza_komunikace_na_dalku_2020_11-06.pdf)