

Specifika ošetrovateľskej péče v procese umírání

Oldřich Hošek

PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.

Obsah prezentace



- Umírání a smrt
- E. Kübler-Rossová a její fáze prožívání
- Komunikace s nemocným v terminálním stádiu
- Potřeby nemocného v terminálním stádiu
- Komunikace s pozůstalými

Umírání



„Nebojme se zbytečně. Umírání je součástí života.“

- Umírání patří k životu, stejně jako narození.
- **Umírání představuje proces**, ve kterém postupně selhávají životně důležité funkce.
- Proces umírání rozdělujeme na 3 fáze - **pre finem**, **in finem** a **post finem**.



- **Pre finem** - nastává okamžikem sdělení vážné diagnózy s infaustní prognózou. Vyrovnávání se s těžkou diagnózou popsala E. Kübler-Rossová.
- **In finem** - „vlastní umírání“, fáze shodná s lékařským pojetím terminálního stavu. Umírající se více soustředí na své prožívání, klesá zájem o mezilidské vztahy.
- **Post finem** - fáze, která je charakterizována péčí o mrtvé tělo. Nezapomínejme na pozůstalé.



Fáze dle E. Kübler-Rossové

E. Kübler-Rossová

(1926 - 2004)



- Přední americká lékařka rakouského původu.
- Na základě poznatků, které získala trávením času s umírajícími nemocnými a jejich rodinami (asi 500 lidí), definovala 5 fází - **negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření**.
- Tyto fáze nemusí jít striktně za sebou, ale mohou se překrývat nebo dokonce některá z fází chybět.
- Fázemi neprochází **pouze nemocný, ale i jeho rodina**.

Fáze dle E. Kübler-Rossové



- **Fáze negace (šoku, popírání)**
- Pacient může odmítat ordinace lékaře, další spolupráci a naši péči.
- Může reagovat: „*Ne, to pro mě neplatí. Jedná se o omyl. Zaměnili moje výsledky.*“

Intervence:

- Navázat kontakt a získat důvěru nemocného.
- Nezasahujme násilně do průběhu této fáze.

Fáze dle E. Kübler-Rossové



- **Fáze agrese (hněvu, vzpoury)**
- Nemocný má zlost na všechny zdravé lidi, na zdravotníky.
- Hledá viníka a vyčítá nespravedlnost.
- Může reagovat: „*Proč zrovna já? Nic mi přeci nebylo!*“
- Nemocný se může hrubě vyjadřovat.

Intervence:

- Dovolme nemocnému se odreagovat.
- Nebudíme vztahovační (nemocný se nezlobí přímo na nás).
- Plánujeme ošetřovatelskou péči přímo s pacientem.
- Nechme volný průběh hněvu, zlosti a pokračujeme v diskuzi a dotazech.

Fáze dle E. Kübler-Rossové



- **Fáze smlouvání (vyjednávání, kompromisů)**
- V této fázi nemocný hledá zázračné léky a léčitelé.
- Je ochoten zkusit všechny „zaručené“ rady a pověry.
- Činí velké sliby a je ochoten zaplatit i velkou sumu.

Intervence:

- Na nás zdravotníkůch je, abychom dali nemocnému dostatek času ke smíření se situací.
- Mluvme o lidech a věcech, které jsou pro nemocného důležité.
- Stanovme si s pacientem malé, ale realistické cíle.
- Pozor na podvodníky, kteří slibují nesplnitelné.

Fáze dle E. Kübler-Rossové



- **Fáze deprese (smutku)**
- U nemocného se projevuje strach a smutek z hrozící ztráty.
- Zejména u mužů se projevuje strach o zajištění rodiny.
- Nemocný je unavený, špatně spí, pláče, je apatický, nemá zájem o lidi, trpí nechutenstvím.

Intervence:

- Namísto je naslouchat, tiše sedět v blízkosti, držet za ruku a pokusit se urovnat vztahy.
- Pokud máme možnost, využijme pomoc psychologa.
- Akceptujme pláč nemocného a zachovejme jeho důstojnost.

Fáze dle E. Kübler-Rossově



- **Fáze smíření (akceptace, souhlasu)**
- Fáze, kdy se nemocný vyrovnal se svou situací.
- Nastává čas loučení a uvědomování si faktu, že boj skončil.
- Nemocný je v klidu, neprojevuje emoce.

Intervence:

- Projevme upřímnou lidskou přítomnost beze slov.
- Sedněme si vedle nemocného, držme ho za ruku a pohláďme ho.
- Zajistíme kontakt s rodinou, na kterou ale nezapomínáme - častokrát i ona potřebuje pomoc a stále ještě bojuje!

Známky blížící se smrti



- progredující únava
- vyhublost a bledost (většinou u onkologicky nemocných)
- ospalost, letargie (zmatenost, dezorientace místem a časem)
- snížená potřeba jídla a tekutin
- obtíže s polykáním
- změny ve frekvenci pulzu, snižující se krevní tlak
- snížené vylučování moče (oligurie až anurie)
- změny dechu (frekvence a hloubky)

Známky blížící se smrti



- oči mohou být polootevřené, upřené na jedno místo
- vyskytují se apnoické pauzy
- pocení, chladné končetiny
- postupně špičatící se rysy ve tváři

Smrt (mors)



- Smrt znamená zánik organismu.
- Je neopakovatelná a jedinečná ve svém vlastním subjektivním prožitku.
- Rozlišujeme smrt fyzickou, psychickou a sociální.
- **Fyzická smrt** - dochází k selhávání důležitých center řídících krevní oběh a dech. Postupně mizejí všechny známky života.
- **Psychická smrt** - představuje absolutní rezignaci. Jedinec prožívá beznaděj se zoufalstvím.
- **Sociální smrt** - znamená smrt, kdy člověk není aktivním jedincem v životě ostatních lidí. Představuje sociální izolaci, přerušení kontaktů se společností, s rodinou a s přáteli.



**Smrti fyzické by neměla předcházet smrt
psychická a sociální!!!**





Komunikace s nemocným v terminálním stádiu

Komunikace s nemocným v terminálním stádiu



- Předpokladem této komunikace je, aby si zdravotník vyjasnil své osobní postoje týkající se umírání a smrti.
- Jednejme nedirektivně. Nechme mluvit nemocného.
- Projevujme osobní zájem o nemocného a o jeho potíže.
- Projevujme se i neverbálně (usmějme se, pohláďme nemocného).

Komunikace s nemocným v terminálním stádiu



- Neuhybíme od tématu, o kterém chce nemocný mluvit.
- Hledejme s nemocným drobný cíl, na který se může soustředit.
- Akceptujme všechny projevy, i když jsou negativní (zejména ve fází agrese).
- Nehodnoťme projevy a chování nemocného, ať jsou jakékoliv.

Komunikace s nemocným v terminálním stádiu



- Při konfliktu dejme nemocnému čas, aby se uklidnil.
- Slovně vyjádříme pochopení („chápu to, asi vám teď rozumím...”)
- Reflektujme sdělení nemocného.
- Rozhovor vždy ukončuje nemocný!



Potřeby nemocného v terminální fázi a jejich specifika

Potřeby nemocného v terminální fázi a jejich specifika



- Umírající člověk potřebuje uspokojovat potřeby stejně tak jako člověk zdravý.
- Uspokojování potřeb umírajícího má jinou dimenzi a jisté zvláštnosti.
- Potřeby pacientů v preterminální a terminální fázi závisí na základním onemocnění a stupni jeho pokročilosti, přítomnosti dalších závažných onemocnění, věku, sociální situaci (podpora ze strany rodiny, přátel, finanční podpora atd.) a psychickém stavu.



- Pro naše účely si tyto potřeby rozdělíme na **potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální.**
- Potřeby biologické (fyzilogické) zůstávají nadále základními potřebami a musí být uspokojeny na prvním místě $\Rightarrow$ pro blaho nemocného, pro klid rodiny a pečujících.

Biologické potřeby



Z ošetrovatelského hlediska se zaměřujeme na tyto oblasti:

- Péče o dýchání
- Péče o pitný režim
- Péče o příjem potravy
- Péče o vylučování
- Péče o spánek
- Péče o pokožku (prevence dekubitů)
- Potřeba být bez bolesti

Biologické potřeby



Péče o dýchání:

- Dýchání patří mezi nejzákladnější potřeby.
- Soustředíme se zejména při onemocnění dýchací soustavy (CHOPN, bronchogenní karcinom apod.)
- Hodnotíme subjektivní pocity dušnosti a objektivní projevy dechové tísně.
 - ⇒ oxygenoterapie
 - ⇒ polohová drenáž při zahlenění

Biologické potřeby



Péče o dýchání:

- ⇒ nebulizace
- ⇒ dechová rehabilitace
- ⇒ lékařská konzultace při těžké dušnosti
(opioidy při těžké dušnosti, diuretika při
srdečním selhávání, bronchodilatancia apod.)

Biologické potřeby



Péče o pitný režim:

- V preterminální fázi života se snažíme, aby nemocný přijal denně 500 - 1000 ml tekutin.
 - Nemocnému v terminální fázi nenutíme tekutiny! Pouze nabízíme.
 - Sledování příjmu v terminální fázi již postrádá smysl.
- ⇒ nabízet tekutiny, avšak nenutit
- ⇒ při větších ztrátách opatřit iontové nápoje (např. Kulíšek)

Biologické potřeby



Péče o pitný režim:

- ⇒ hypodermoklýza (podávání tekutin podkožně, postačí 250 ml)
- ⇒ pravidelně ovlažovat rty umírajícímu

Biologické potřeby



Péče o příjem potravy:

- Bezprostředně umírajícím stravu nevnucujeme.
- U pacientů s delší životní prognózou je důležité, aby příjem potravy byl dostačující.
- ⇒ dbát na vhodný výběr a vhodnou úpravu potravy (i rozmělněním potravy můžeme pacienta degradovat)
- ⇒ preferovat kaloricky vydatná jídla (omáčky se smetanou atd.)
- ⇒ dopřejme pacientovi zejména to, na co má chuť

Biologické potřeby



Péče o příjem potravy:

- ⇒ podávat jídlo nikoliv podle hodin, ale podle chuti pacienta
- ⇒ u pacientů s delší životní prognózou preferovat bílkoviny v mléčných výrobcích a ve vajíčku (k masu mají většinou odpor - zejména onkologicky nemocní)
- ⇒ zajistit podporu formou sippingu (např. Nutridrink, Diasip) - informovat o této možnosti i rodinu

Biologické potřeby



Péče o vylučování (stolice):

- Sledujeme frekvenci, příměsi ve stolici, bolestivost defekace, u průjemových stavů hydrataci.
 - Pokud je malý příjem potravy, bude i nižší frekvence vylučování stolice.
- ⇒ při průjmech dbáme na pitný režim, upřednostňujeme minerální vody, iontové nápoje (např. Kulíšek)

Biologické potřeby



Péče o vylučování (stolice):

⇒ při zácpě zajistíme adekvátní hydrataci, uklidníme pacienta a jeho rodinu, je-li příjem nízký, stolice každý den odcházet nemusí, konzultace o projímadlech s lékařem (preferujeme osmoticky aktivní projímadla - např. Lactulósa)

Biologické potřeby



Péče o vylučování (moče):

- Sledujeme objem, příměsi v moči.
- Oligurie a anurie je zcela normálním projevem v terminální fázi.
- ⇒ dáváme přednost pomůckám při inkontinenci před katetrizací močového měchýře
- ⇒ před pomůckami dáváme přednost vysazováním na toaletní křeslo nebo užíváním podložní mísy

Biologické potřeby



Péče o vylučování (moče):

- ⇒ při měnění pomůcek na inkontinenci řádně očistíme pokožku, necháme jí odvětrat a ošetříme vhodnými přípravky
- ⇒ jednorázové plenkové pomůcky měníme po 4 hodinách, maximálně po 8 hodinách
- ⇒ na noc volíme pomůcky s větší absorpcí, aby se nerušil spánek

Biologické potřeby



Péče o spánek:

- Dostatečný spánek a klidné noci významně zvyšují kvalitu života nemocného v terminální fázi.
- Sledujeme jak nemocný v noci spal, kolik hodin spal a jaká příčina nespavosti byla (bolest, dušnost, tenesmy, strach, úzkost, nemožnost usnutí).

Biologické potřeby



Péče o spánek:

- ⇒ aktivujeme nemocného přes den adekvátními způsoby (doporučíme návštěvy rozvrhnout během dne)
- ⇒ zajistíme adekvátní osvětlení v pokoji nemocného (šero způsobuje denní pospávání a dezorientaci)
- ⇒ konzultace s lékařem o farmakologické intervenci dle příčiny (hypnotika, analgetika, anxiolytika apod.)
- ⇒ pokud lze, oblíkejme pacientovi na noc věci, které doma obvykle nosil (jeho pyžamo)

Biologické potřeby



Péče o pokožku:

- U umírajícího může být pokožka ikterická (žlutá, při poškození jater, obstrukci žlučových cest, při TU hlavy pankreatu, metastatickém postižení jater), cyanotická (modrofialové zbarvení, při respirační insuficienci, srdeční insuficienci), bledá (anémie, při oběhovém šoku, arteriální hypertenzi).
- ⇒ ošetřujeme chronické rány

Biologické potřeby



Péče o pokožku:

- ⇒ udržujeme pokožku v čistotě, promazáváme
- ⇒ při hygieně sledujeme změny na pokožce
- ⇒ polohujeme (prevence dekubitů), polohování ukončujeme, je-li nemocný těšně před smrtí (zahajujeme tzv. bazální ošetrovatelskou péčí)

Biologické potřeby



Potřeba být bez bolesti:

- Naší prioritou je mít pacienta, který bude bez bolesti anebo bude udávat bolest na snesitelné míře.
- Bolest významně snižuje kvalitu života, zhoršuje celkový stav a prožívání nemocného, narušuje spánek (noční bolest je mnohonásobně horší).

Biologické potřeby



Potřeba být bez bolesti:

- Hodnotíme aspekty bolesti (lokalizaci, intenzitu, průběh bolesti a kvalitu bolesti).
- Bolest nelze chápat pouze jako biologický jev (představuje psychické, sociální a duchovní problémy, hovoříme o tzv. totální bolesti)
 - ⇒ zajistit kontinuitu analgetické léčby
 - ⇒ u neonkologicky nemocných využíváme při menších bolestech běžné analgetika (např. paracetamol, nesteroidní antirevmatika, spazmolytika)

Biologické potřeby



Potřeba být bez bolesti:

- ⇒ u onkologicky nemocných zahajujeme léčbu silnějšími analgetiky (např. Tramal), přecházíme na analgetika-anodyna (např. DHC Continus) a posléze podáváme klasické opiáty (např. Morphin)
- ⇒ upřednostňujeme transdermální podání (zajistíme kontinuální podání)
- ⇒ u onkologicky nemocných připravíme SOS intervenci při průlomových bolestí (vhodné je intranasální podání, např. Instanyl)

Biologické potřeby



Potřeba být bez bolesti:

- ⇒ využíváme i nefarmakologického tišení bolesti (relaxační techniky, akunpuktura, fyzioterapie, psychologická terapie, pomoc pastora, muzikoterapie, arteterapie, aromaterapie při koupeli)
- ⇒ při neúspěchu zajistíme konzultaci ve specializovaném centru pro léčbu bolesti

Biologické potřeby



Potřeba být bez bolesti:

- ⇒ respektujeme pacientovi metody úlevy
- ⇒ poskytnout účast při bolesti (pokud to pacient nevyžaduje, nenecháme ho samotného)

Psychologické potřeby



- Do psychologických potřeb řadíme zejména respektování lidské důstojnosti, a to zcela nezávisle na tělesném stavu nemocného.
- Člověk není pouze „množina orgánů v koženém vaku“.
- Je nutné si uvědomit, že každý člověk je jedinečný a neopakovatelný.
- Umírající potřebuje zejména pocit jistoty $\Rightarrow$ a to v jeho období, kdy ho čeká specifický úkol (odchod z tohoto světa).

Psychologické potřeby



- Zásadou je, abychom pacientovi nelhali.
- Říkáme pacientovi pouze to, co slyšet chce.
- Ubezpečme umírajícího, že bude o něj postaráno (kvalifikovanými pracovníky).
- Dejme příležitost nemocnému hovořit o svém strachu a o svých obavách.
- U nemocných s delší životní prognózou můžeme zahájit terapii antidepresivy.

Psychologické potřeby



- Zvážíme podávání anxiolytik, jsou-li nutná (např. přes den Neurol, na noc Lexaurin).
- Dejme najevo nemocnému, že ho máme rádi ⇒ vyslechněme nemocného, chovejme se k němu něžně.
- Umožňujeme nemocnému, aby zůstal i přes tíživou situaci pánem svého života a rozhodoval sám za sebe.
- U umírajících se může objevit zmatenost (delirium - neklid, paranoidní myšlení a řeč, poruchy spánku a nesoustředěnost).

Psychologické potřeby



- Důležité jsou v komunikaci i neverbální projevy (mimika, gesta, pohyby, postoje, oči).
- Pozor na omezovací prostředky - jsou nedůstojné.

Sociální potřeby



- Člověk je tvorem společenským.
- Stejně jako nežil sám, nesmí sám ani umírat.
- Musíme nemocnému umožnit návštěvy.
- Většinou nemocný návštěvy chce. Má právo si je redukovat - vybrat si, kdy a koho chce ve své přítomnosti.
- Nejsilnější vazby jsou s rodinou.
- Někdy si umírající přeje být sám - respektujme jeho přání. Taktně vysvětleme rodině, která by nemocného ráda navštívila.
- Potřebuje blízkost osoby, která ho miluje a kterou miluje on.

Sociální potřeby



- V uspokojování sociálních potřeb využijme sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu.
- U pacientů s delší životní prognózou může sociální pracovník pomoci se zařízením příspěvků na péči, podáním potřebných informací apod.

Spirituální potřeby



- Řadíme sem potřebu lásky, víry, naděje, smyslu života, bezpečí a jistoty.
- Zejména v období vážné nemoci jsou tyto potřeby velmi v popředí.
- Těžce nemocný se zabývá otázkami smyslu svého života.
- Každý člověk potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a sám potřebuje odpustit.
- Ujistíme pacienta, že jeho život měl smysl a má až do poslední chvíle.

Spirituální potřeby



- Pomoc pacientovi přijmout více či méně novou životní roli (nesoběstačnost, vědomí blízkosti smrti).
- Najít smysl života i v nové situaci.
- Oceňujme smysl života, který nemocný žil.
- Nezapomínejme na potřebu naděje.
- Pokud je nemocný věřící, zajistíme mu pastorační péči.



Komunikace s pozůstalými

Komunikace s pozůstalými



- Zvolme klidné prostředí, zajistíme soukromí na rozhovor.
- Musíme pochopit, že prožitek ztráty je nevyhnutelnou součástí života.
- Navodíme přátelskou atmosféru.
- Ujistíme pozůstalé, že jsme udělali maximum, aby zemřelý netrpěl. Jak fyzicky, tak psychicky.

Komunikace s pozůstalými



- Neuvádějme zbytečně dramatizující detaily, které by ještě více pozůstalé ranily.
- Vyjadřujme se jasně a věcně (ne p. Novák odešel, ale p. Novák zemřel).
- Zachovejme společenské rituály, projevme upřímnou soustrast.
- Personál (lékař a sestra) musí podávat stejné informace.

Komunikace s pozůstalými



- Budíme připraveni na otázky, které se budou týkat bezprostředního umírání (pokud nebyla přítomna rodina).
- Znejme detailní okolnosti (v kolik nemocný zemřel, zda ještě něco vzkázal, ...)
- Seznamme pozůstalé s dalším postupem (pohřební služba, rozloučení, doklady, ...)
- Neodmítejme další setkání.

Komunikace s pozůstalými



- Zkusme ujistit pozůstalé, že jednou nastane den, kdy bolest bude minimální a zůstanou krásné vzpomínky na danou osobu.
- Respektujme pláč a jakékoliv projevy ze ztráty blízkého.

Komunikace s pozůstalými



- Pozůstalí prožívají truchlení ve 3 fázích.

1. Otřes, konfuze

- intenzivní fáze smutku od úmrtí do pohřbu

2. Smutek, žal

- období truchlení, je individuálně dlouhé
- poskytnout rozhovor, mluvit o žalu a dodávat odvalu

3. Akceptace

- přijetí skutečnosti, smíření se se ztrátou blízkého
- pokud pozůstalý dosáhne této fáze, dokáže žít bez milované osoby
- navazuje nové vztahy, nachází nový životní rytmus

Motto na závěr...



*„Doprovázení umírajících ubere kus síly,
zato ale přidá kus moudrosti a zralosti.“*

MUDr. Marie Svatošová

Soupis bibliografických citací



1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-802-4734-699.
3. JAKOBY, Bernard. *Kontakty se zemřelými: jak se vyrovnat se ztrátou blízkých*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2006. ISBN 80-867-6149-5.
4. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. nezměň. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-701-3390-2.
5. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-3.
6. KELNEROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
7. KRUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.
8. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
9. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří Vorlíček. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměň. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262849-0.
10. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
11. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
12. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.



Děkuji za pozornost.