



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



KARTY PALIATIVNÍHO PŘÍSTUPU, PALIATIVNÍ PÉČE

Karty slouží jako didaktická pomůcka pro implementaci, poskytování a udržitelnost paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory.

Didaktická pomůcka vznikla díky projektu Podpora udržitelnosti paliativní péče v domově pro seniory podpořeného z ESF v rámci výzvy č. 134 OPZ.

Reg. číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/16_134/0008174.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



KARTY PALIATIVNÍHO PŘÍSTUPU, PALIATIVNÍ PÉČE

Karty slouží jako didaktická pomůcka pro implementaci, poskytování a udržitelnost paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory.

Autorky:

Viera Ivanovová
Karolína Pechová
Lucie Simonová

Příspěvatelé:

Matěj Lejsal
Věra Vodičková

Grafické úpravy: Anna Wdovková

Korektury: Zdeněk Švehla, Olga Štajnrtová

Karty jsou rozčleněny na:

karty konceptuální

vysvětlující modely, koncepty

karty praktické

věnující se léčbě symptomů v praxi
a dalším praktickým postupům

karty komunikační

vysvětlující základní komunikační pravidla,
principy, přístupy a techniky

Definice a principy paliativní péče

1

Definice paliativní péče

Paliativní péče je komplexní, aktivní, na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná osobám žijícím s život limitujícím onemocněním. Cílem paliativní péče je zachování klientovy důstojnosti, mírnění bolesti a dalších příznaků sociálních psychologických a duchovních problémů a podpora blízkých. Paliativní péče pokračuje i po klientově smrti, a to pěstí pozůstalostní.

Ze své povahy je paliativní péče multidisciplinárním oborem (na poskytování se podílí řada odborností), který pracuje s přirozeným systémem člověka, tj. s ním samotným, jeho blízkými, komunitou, ve které žije. V případě pobytových služeb tedy i s týmem domova.

Definice upravena podle Standardů mobilní specializované paliativní péče (2018) a definice EAPC (European Association for Palliative Care).

Definice a principy paliativní péče

Principy paliativní péče:

- Klade důraz na důstojnost člověka a kvalitu jeho života.
- Vychází z individuálních hodnot, preferencí a potřeb člověka, chrání právo klienta na sebeurčení.
- Vnímá umírání jako normální proces, jako součást života. Smrt ani neurychluje, ani neoddaluje.
- Dokáže zvládat bolest a mírnit i další zatěžující symptomy onemocnění.
- Na nemocného člověka nahlíží holisticky, pracuje s bio-psycho-socio-spirituálními aspekty osobnosti.
- Je ze své povahy multidisciplinární. Odbornosti se podílejí na koordinovaném naplňování určených a domluvených cílů péče.
- Nabízí systém podpory klientovi, i jeho blízkým. Klientovi v cílech, které podpoří kvalitu jeho života, blízkým ve zvládnání náročného období nemoci, umírání i doby po úmrtí.
- Může být využívána i v raném stadiu nemoci a v kombinaci s terapiemi, jejichž cílem je prodloužit život.

Zdroj: **Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku.** Pechová Karolína, Lejsal Matěj a kol. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2020.

Péče zaměřená na člověka

Paliativní přístup

Biografická koncepce péče

Bazální stimulace

Snoezellen

Individuální plánování

Další přístupy zaměřené na člověka

Vztah k péči zaměřené na člověka

Paliativní přístup je jednou z cest k dosažení péče zaměřené na člověka v prostředí pobytových sociálních služeb (nejen) pro seniory. Péče zaměřená na člověka se řídí přáními a potřebami klienta. Vnímá člověka holisticky (tj. respektuje bio-psycho-socio-spirituální aspekty osobnosti) a v kontextu jeho přirozených vztahů a systémů (tj. pracuje s jeho blízkými, komunitou, ve které žije, zapojuje i vzdálenější systémy [vč. ekonomických]).

Zatímco paliativní přístup se zaměřuje na člověka s nevléčitelným onemocněním a jeho blízké, péče zaměřená na člověka je koncept širší, zahrnující všechny klienty domova.

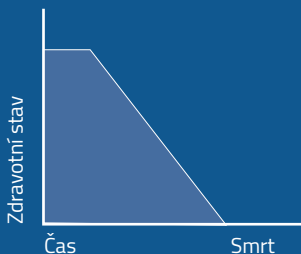
Jakýkoliv z přístupů, je-li dobře aplikován, povede domov k péči zaměřené na člověka.

V jedné organizaci může být aplikováno více přístupů souběžně.

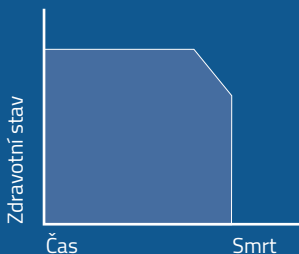
Trajektorie vedoucí ke smrti

3

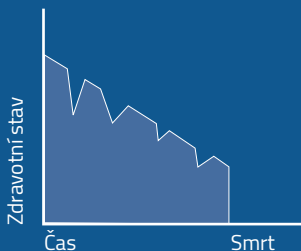
1) Nádorové onemocnění



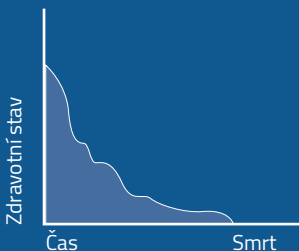
2) Náhlé úmrtí



3) Orgánové selhání



4) Demence, geriatrická křehkost



Lunney J. R., Lynn J., Hogan C. (2002). Profiles of older medicare decedents. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 1108–1112.

Trajektorie vedoucí ke smrti

Klienti v domovech umírají s převažující jednou z uvedených trajektorií:

1) Nádorová onemocnění

Představují cca 5 % úmrtí klientů v domovech; mají relativně dobře předvídatelnou fázi zlomu vedoucí ke smrti. Ne vždy je přítomnost nádorového onemocnění známa.

2) Náhlá úmrtí

Představují asi 10 % úmrtí klientů v domovech; typicky se jedná o cévní mozkové příhody, infarkty, embolie. V této situaci poměrně často následuje terminální hospitalizace.

3) Orgánová selhání

Představují cca 15–20 % úmrtí v domovech; typicky se jedná o selhání srdce, plic, ledvin; odhadnutí fáze zlomu, kdy léčebné intervence nepřispívají kvalitě života, je náročné.

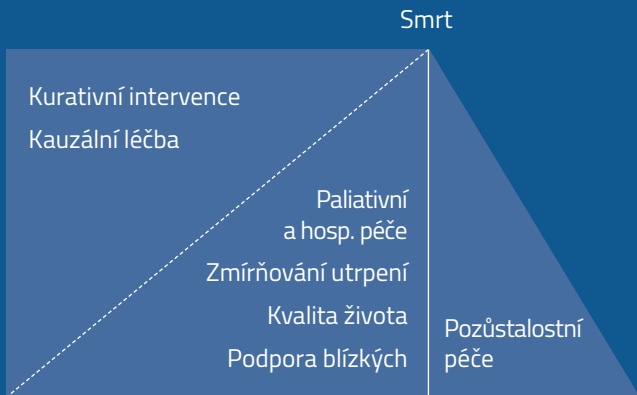
4) Demence, geriatrická křehkost

Představuje většinu úmrtí v pobytových službách; křivky jsou charakteristické dlouhodobým postupným chřadnutím v řádu let. Určení terminální fáze onemocnění je opět velmi náročné.

Časná integrace paliativní péče

4

Zaměření péče



Časná integrace paliativní péče

Znázornění nám přibližuje pojetí paliativního přístupu optikou léčby a péče o člověka s nevléčitelným onemocněním.

Od začátku diagnózy nevléčitelného onemocnění by měly být veškeré intervence zvažovány v kontextu kvality života. Kde léčba onemocnění přispívá kvalitě života a kde lze vyléčit primární příčinu obtíží (tzv. kauzální léčba), tam se léčí (příp. zprostředkovává léčba). Kde léčba onemocnění kvalitě života nepřispívá, zaměřuje se péče na úlevu od zatěžujících projevů (symptomů) onemocnění (např. medikací, přístupem), na podporu nemocného i jeho blízkých.

S pokročilostí onemocnění narůstají paliativní potřeby, tedy i roste podíl paliativních intervencí.

V prostředí pobytových sociálních služeb je model aplikovatelný na všechny klienty, kteří mají některé nevléčitelné onemocnění (prakticky tedy na většinu klientů). V základu tohoto modelu stojí kvalitní plánované koordinované bezpečné poskytování zdravotní péče.

Paliativní péče

management symptomů
nevléčitelného onemocnění

Hospicová péče

management symptomů
a péče orientovaná
na pohodlí člověka

Vztah paliativní a hospicové péče

Paliativní péče je pojem širší než péče hospicová.

Paliativní péče, resp. odpovídající paliativní intervence, by měly nastoupit v době diagnózy nevléčitelného onemocnění s cílem zvýšit kvalitu života nemocného (i jeho blízkých). V souladu s modelem časně integrace paliativní péče je paliativní péče poskytována současně s kauzální (kurativní) léčbou.

Hospicová péče je zpravidla poskytována v závěru života. Cílem je zvýšení či udržení kvality života za současného zaměření se na pohodlí nemocného v terminální fázi onemocnění.

Zatímco paliativní péči poskytují i poskytovatelé primární péče (např. praktičtí lékaři), hospicová péče je doménou poskytovatelů specializované paliativní péče.

Rozjít

Rozchodit

Namotivovat

Vyhodnocení

```
graph TD; A[Vyhodnocení] --> B[Pokračovat]; A --> C[Paliativní přístup];
```

Pokračovat

Paliativní
přístup

Intervence geriatrické křehkosti

První otázkou u křehnoucích seniorů by měla být otázka: Co můžeme udělat pro to, aby se postup chřadnutí zpomalil, zastavil, nebo dokonce zvrátil?

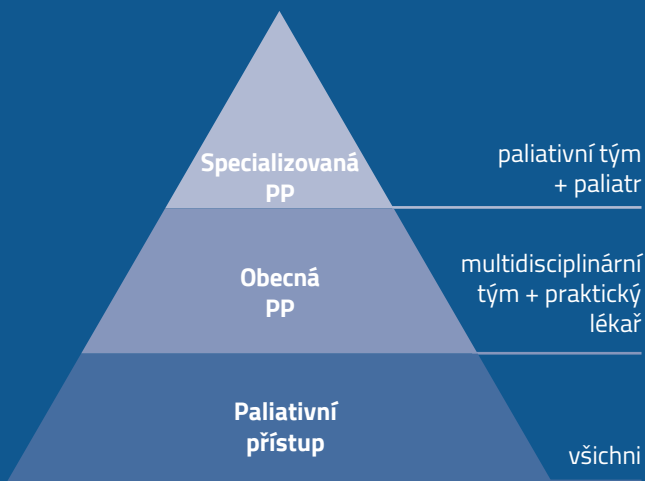
V pobytových službách k tomuto využíváme řadu přístupů a odborností. Každý člen multidisciplinárního týmu svým dílem přispívá k intervenci geriatrické křehkosti, k „rozjedení“, „rozchození“, „namotivování“.

Pohyb, výživa, duševní i duchovní zapojení jsou vzájemně provázány. Tým hledá v první řadě způsoby k intervenci geriatrické křehkosti; k udržení nebo zvýšení kvality života.

Tam, kde se nedaří geriatrickou křehkost intervenovat, nastupuje postupně paliativní přístup. Ani ten na zapojení člověka nerezignuje! Respektuje, že člověk některé věci nedokáže, podporuje to, co ještě zvládne, hledá způsoby zvýšení kvality života.

Třístupňový model paliativní péče

7



Třístupňový model paliativní péče

Pro pochopení uspokojování paliativních potřeb v domovech lze využít tzv. třístupňového modelu.

Paliativní přístup

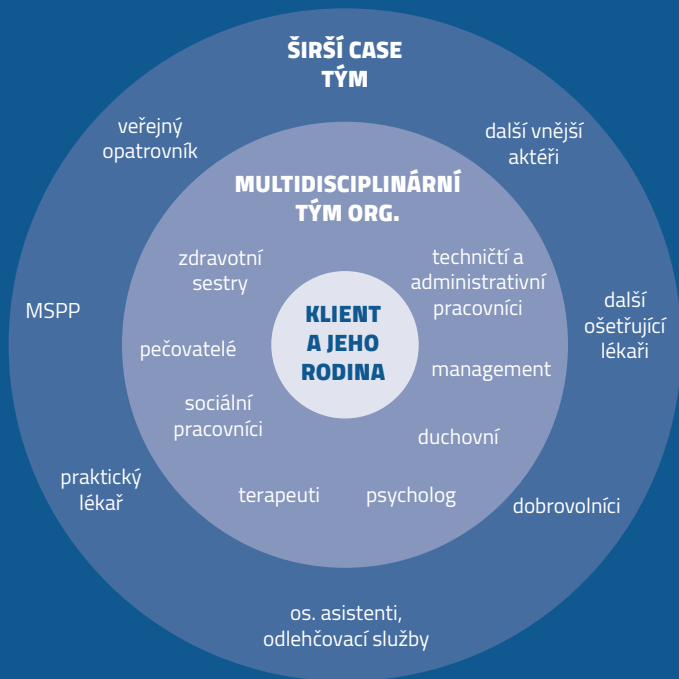
Veškeré intervence jsou zvažovány v kontextu kvality života. Uplatňuje se model časně integrace paliativní péče. Paliativní přístup je běžnou součástí péče. Součástí je porozumění, jak může klient profitovat ze zapojení odborníků z oblasti obecné i specializované paliativní péče.

Obecná paliativní péče

Jedná se o dobrou klinickou praxi poskytovanou osobám s pokročilým onemocněním lékaři, nelékařskými i nezdravotnickými pracovníky v domově v rámci jejich kompetencí. Zásadní je spolupráce lékaře a týmu domova při zajištění péče o klienta.

Specializovaná paliativní péče

Tam, kde pro zajištění paliativních potřeb klienta nestačí obecná paliativní péče, má své místo specializovaná paliativní péče. Poskytovatelé specializované paliativní péče jsou odborníky na otázky péče v závěru života. Domovy pak nejčastěji spolupracují s paliativními týmy/odděleními v nemocnicích, mobilní specializovanou paliativní péčí (MSPP), ambulancemi paliativní medicíny, ambulancemi léčby bolesti a s kamennými hospici.



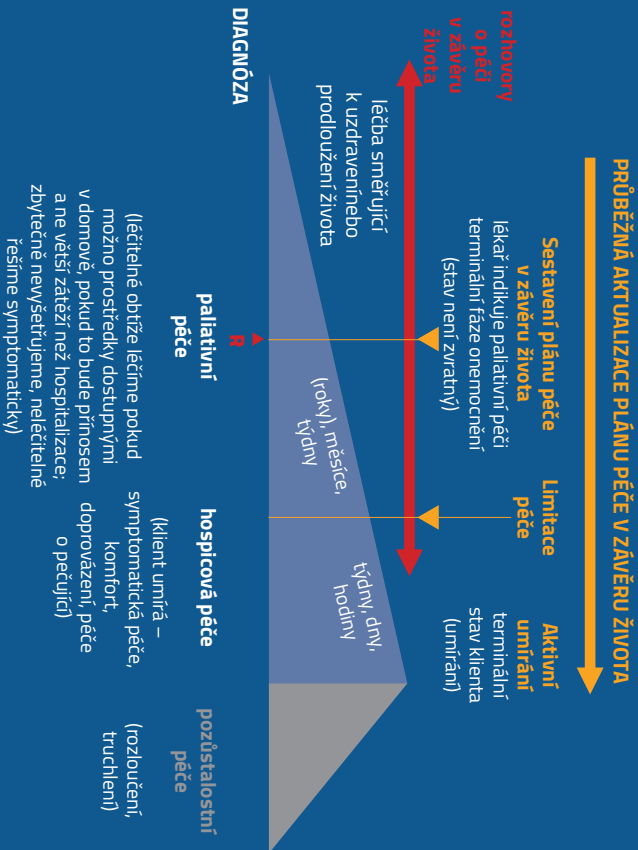
Multidisciplinarita v paliativní péči

Na poskytování paliativní péče se podílí multidisciplinární tým organizace, dle potřeb se zapojují i externí poskytovatelé služeb a další aktéři (lékaři, MSPP, opatrovníci aj.). Týmová práce je založena na společných cílech, sdílené odpovědnosti za jejich dosažení, porozumění přínosu každého z členů k dosažení cílů a pocitu důvěry a sounáležitosti.

Každá odbornost v interním týmu organizace má při poskytování paliativní péče své místo. Některé činnosti jsou výlučné pro určitou odbornost, další pak dávají podporu (např. injekční podávání léků sestrami; úlohou pečovatелů je sledování bolesti), jiné se překrývají (např. podpora klientů při vyrovnávání se s nemocí, podpora rodině aj.).

Péče se řídí potřebami klientů. Ty se v čase mění. Flexibilně se tak musí proměňovat i podíl a role jednotlivých odborností na poskytování paliativní péče.

Plánování péče v závěru života



Plánování péče v závěru života

Výstupem procesu plánování péče v závěru života je plán péče v závěru života (viz karta č. 10).

Proces plánování péče v závěru života sestává z fází:

a) Průběžných rozhovorů

Probíhají po celou dobu pobytu člověka v domově; kdykoliv chce klient o tématu hovořit nebo okolnosti možnost rozhovoru přinesou (např. návrat z hospitalizace, úmrtí spolubydlících, Dušičky apod.).

b) Shrnujících rozhovorů o cílech péče v závěru života

Plánované rozhovory s klientem a jeho blízkými o preferencích, přáních a cílech péče v závěru života. Zpravidla se jedná o více rozhovorů mezi týmem domova a klientem, týmem domova a blízkými, lékařem a blízkými (lékař je jediný, kdo je může seznámit s diagnózou a prognózou onemocnění, rozhodnout o případných limitacích léčby). Výsledkem je plán péče v závěru života. Plán by měl být hotov nejpozději v době indikace paliativní péče u klienta.

c) Aktualizace plánu péče v závěru života

Plán péče v závěru života by měl být pravidelně aktualizován. Klient i blízcí mohou kdykoliv změnit názor na jakoukoliv léčebnou intervenci či průběh péče.

Plán péče v závěru života

Aby byl plán péče v závěru života kompletní (ve smyslu organizace péče v domově) a dalo se dle něj řídit, měl by obsahovat následující součásti:

- shrnutí stávajícího stavu,
- záznam diagnózy a prognózy stavu klienta,
- přání a představy klienta o budoucí péči,
- přání a představy blízkých,
- dohodu o cílech péče,
- dohodu o dalším postupu v péči,
- stanovení / stvrzení hlavní kontaktní osoby pro rozhodování,
- limity plánu péče a způsob jejich ošetření.

Plánování péče v závěru života

Záznam plánu by měl obsahovat jen nezbytně nutné minimum informací, které mohou číst všechny pečující odbornosti, a který zároveň tvoří podklad pro rozhodnutí, jak v případě klienta postupovat. Doporučujeme, aby byl záznam dostupný na jednom místě – ať už v elektronické nebo papírové formě. Dá se pak jednoduše vložit do zdravotnické dokumentace, pokud by byla nutná hospitalizace.

Plán péče v závěru života je výsledkem řady rozhovorů mezi klientem, rodinou, týmem domova, lékařem.

Podrobnější informace o průběhu rozhovorů mohou být zaznamenány pouze v relevantních dokumentacích (např. ve zdravotnické dokumentaci budou zapsány limitace léčby, podrobně vysvětlená diagnóza a prognóza a další postup → v záznamu plánu péče jen kusé informace, že je u klienta indikována paliativní péče, zapsány limitace léčby (DNR = do not resuscitate aj.), nastavena SOS medikace apod.

Plán péče v závěru života by měl být pravidelně aktualizován.

Byl/byla byste překvapen/a, kdyby se tento klient (pan/paní XY) do 14 dnů vrátil ze stejného důvodu, kvůli kterému byl/a hospitalizován/a?

.
. .
. . .

Ne?

.
. .
. . .

Co můžeme společně udělat pro to, aby se k vám pan/paní XY ze stejného důvodu do 14 dní nevrátil/a?

Koordinace propuštění z nemocnice

Otázka uvedená na druhé straně má napomoci koordinovanému a bezpečnému propuštění klienta z nemocnice.

Měla by napomoci tomu, aby se klient vrátil stabilizovaný, s potřebnou medikací alespoň na tři dny, s rozepsaným plánem péče v případě zhoršení zdravotního stavu. Klienti, kteří byli během hospitalizace indikováni k paliativní péči, by měli mít i rozepsanou SOS medikaci, případně zapsané lékařské příkazy (typicky DNR, DNI [ne intenzivním vstupům]).

Otázka by dále měla napomoci tomu, aby se klient nevrátil z hospitalizace s takovým plánem péče, který není v domově možné realizovat, nebo ne ihned po návratu bez přípravy.

Vrátí-li se klient ze stejné příčiny do 14 dnů do nemocnice znovu, další léčba jde na náklady nemocnice; nebude tedy uhrazena ze zdravotního pojištění.

Otázka na překvapení

12

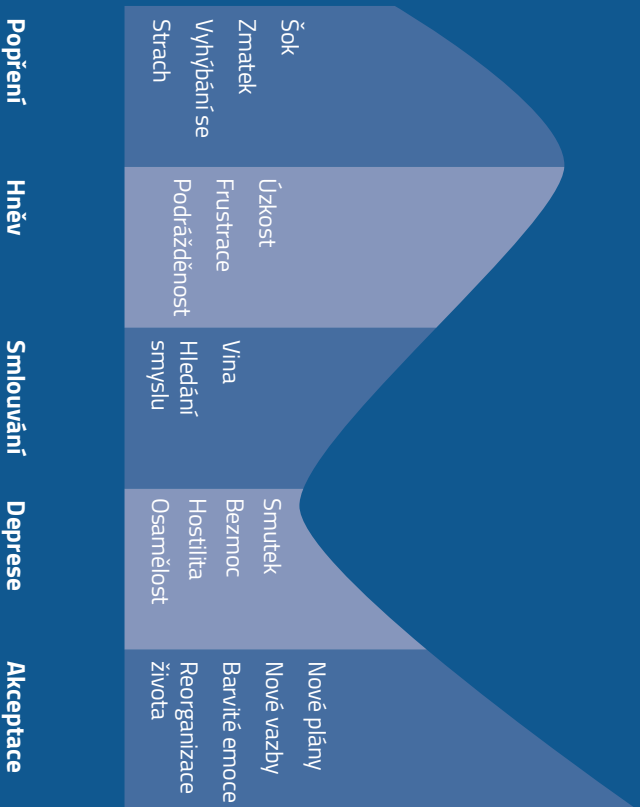
Překvapilo by vás, kdyby klient do šesti měsíců zemřel?

Otázka na překvapení

Otázka na překvapení slouží k zamyšlení se nad závěrem života u každého klienta. Záporná odpověď nemusí znamenat, že skutečně klient do šesti měsíců zemře. Měla by nás ale vést k zamyšlení, zda víme, co by si klient i jeho blízcí přáli s ohledem na péči v závěru života. Kde chce klient závěr života prožít? Co je pro něj důležité? Za jakých podmínek dokážeme jeho přání naplnit? Jsou nějaké překážky, pro které by se to nemuselo povést? Apod.

Upřímná odpověď na tuto otázku není pokusem o „věštění“ či „hru na Boha“. Členové pečujícího multidisciplinárního týmu často rozpoznají změny v chování klienta, které signalizují změny zdravotního stavu dříve, než se plně projeví symptomy. Studie prokázaly vysokou míru shody mezi „odhadem“ všeobecných sester i při příjmu neznámých pacientů k hospitalizaci bez hluboké znalosti jejich anamnézy a skutečností. Odpověď „nepřekvapilo“ je signálem k větší intenzitě promýšlení, plánování a zjišťování. Rozhodně nesmí jít o nástroj k jednostranným rozhodnutím o neposkytování kurativní a aktivizující péče.

Fáze vyrovnávání se se smutkem



Fáze vyrovnávání se se smutkem

Znázornění zachycuje pět fází vyrovnávání se se smutkem podle modelu Elisabeth Kübler-Rossové.

Uvedených pět fází člověk prožívá, ať se již v životě vyrovnává s jakoukoliv ztrátou (ztrátou zdraví, blížícím se koncem života, ztrátou práce apod.).

Každý člověk prochází fázemi s různou intenzitou emocí i délkou jednotlivých fází. K jednotlivým fázím se může vrátit i několikrát.

Často se stává, že se klient nachází v jiné fázi než jeho blízcí, což s sebou může přinášet i těžké a komunikačně náročné situace. Snahou je, aby v ideálním případě všichni zúčastnění došli smíření.

Pozor!

Těmito fázemi prochází i pečující. Nezapomínejte pečovat o sebe.

Nejčastější symptomy v závěru života

Na následujících kartách se věnujeme jednotlivým symptomům v závěru života, které se nejčastěji vyskytují.

Karty symptomů jsou strukturovány následujícím způsobem:

strana 1: obecný popis symptomu.

strana 2: příslušné intervence.

Karty o posledních dnech a hodinách popisují specifika péče v terminalitě.

Nejčastější symptomy v závěru života

Nejčastější symptomy v závěru života jsou:

- bolest,
- dušnost,
- nevolnost, zvracení, nechutenství,
- zácpa,
- úzkost,
- deprese,
- delirium.

Hodnocením symptomů zvýšíme počet klientů, kterým bude pomoheno o třetinu více ve srovnání se situací, kdy symptomy nehodnotíme.

Hall S, Petkova H, Tsouros AD, et al. World Health Office. Regional Office for Europe. Palliative Care for Older People: Better Practices. World Health Office. Regional Office for Europe. Dostupné na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf

**Kontrola příznaků v paliativní péči není sama o sobě cílem.
Tím je kvalita života.**

Bolest I.

Celková bolest

Podíl fyzické, psychické, sociální a duchovní bolesti

V rámci intervencí řešíme podíl fyzické bolesti (nefarmakologické intervence, medikace) a pátráme po neuspokojených potřebách (bolestech) v ostatních oblastech (časově náročnější než medikace – rozhovor, multidisciplinární spolupráce).

V léčbě bolesti nastavujeme cíle léčby bolesti.

K tomu poslouží dva typy otázek:

Otázky pro nastavení medikace:

Jak vás to bolí (škála bolesti)? Mění se něčím (pohybem aj.) místo bolesti (charakter bolesti)?

Otázky pro určení cíle léčby bolesti:

Co vám brání bolest dělat?

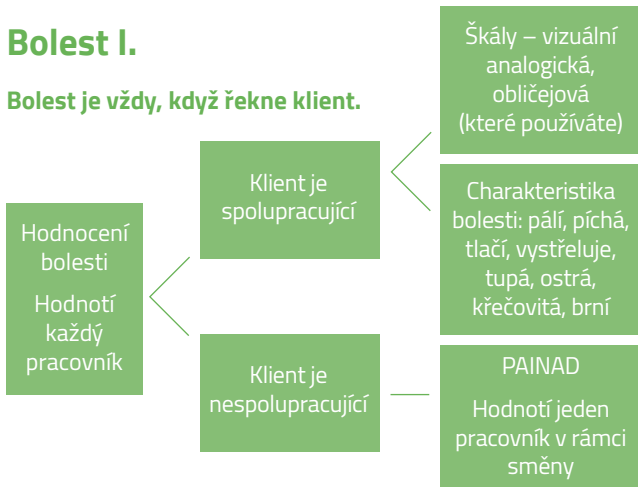
(např. osprchovat se a obléknout se)

Dokážete s bolestí spát?

Příklad cíle léčby bolesti: Klient se osprchuje a oblékne bez nesnesitelné bolesti. K dosažení cíle jsou potřebná **režimová opatření** (rehabilitace, podpora druhé osoby) + **medikace**.

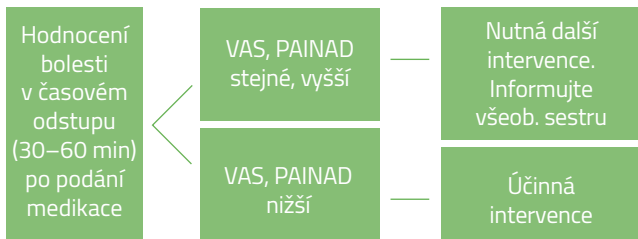
Bolest I.

Bolest je vždy, když řekne klient.



Zhodnotte u klienta bolest dle výše popsaného schématu a informujte všeobecnou sestru. Dohodněte se s ní na intervenci (nefarmakologické, farmakologické).

U nespolupracujícího klienta mějte dostatek času na hodnocení. V případě **farmakologické** – po výkonu všeob. sestry postupujte dle následujícího schématu.



Zdroj: autorky

Bolest se dá intervenovat i nefarmakologickými metodami.

Fyzikální

Doplňkové a alternativní terapie

Psychoterapeutické přístupy

Spirituální cesty

Bolest II.

Fyzikální terapie

zahrnuje např. terapii teplem, chladem, vibracemi, tlakem, magnetickými částicemi; pohybovou léčbu (rehabilitaci), manuální léčbu (masáže, manipulace a mobilizace klienta), imobilizaci končetin, elektroléčbu a další. Se správným nastavením fyzikální terapie napomůže fyzioterapeut, příp. rehabilitační lékař.

Doplňkové a alternativní terapie

zahrnuje např. akupunkturu, muzikoterapii, aromaterapii, reiki, jógu, meditace a další. Na pomezí alternativních terapií (podle evropského chápání) a farmakoterapií stojí homeopatie.

Psychoterapeutické přístupy

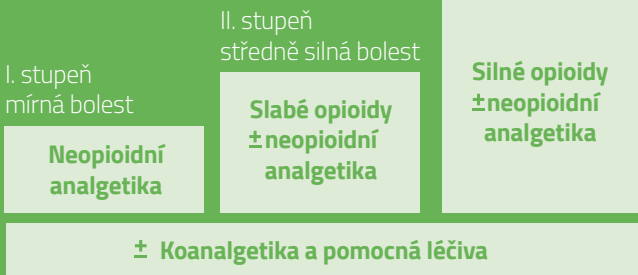
zahrnují různé psychoterapeutické školy (humanistická terapie, logoterapie, kognitivně-behaviorální terapie), hypnoterapii a sugestivní přístupy, různé relaxační, imaginační a psychofyzické přístupy.

Spirituální cesty

Od bolestí může napomoci v duchovním smyslu praktikovaná víra či nauka jakéhokoliv směru, které klient věří.

Bolest III. (všeobecným sestřám)

Analgetický žebříček WHO



Farmakoterapie bolesti dle VAS

I. stupeň: (VAS 1–3)

paracetamol, ibuprofen, metamizol

II. stupeň: (VAS 4–6)

tramadol, kodein, dihydrokodein

III. stupeň: (VAS 7–10)

morfin, fentanyl, oxykodon

Bolest III. (všeobecným sestrám)

Neuropatická bolest

vzniká při poškození nervů. Je palčivá, pálicí, pulzující, pronikavá, bodavá, ostrá, stahující, brnění způsobující, vyvolávající znečitlivění, vyvolávající pocit píchání jehličkami. Postihuje hlavně nohy a/nebo paže.

Farmakoterapie - gabapentin

Chronická bolest

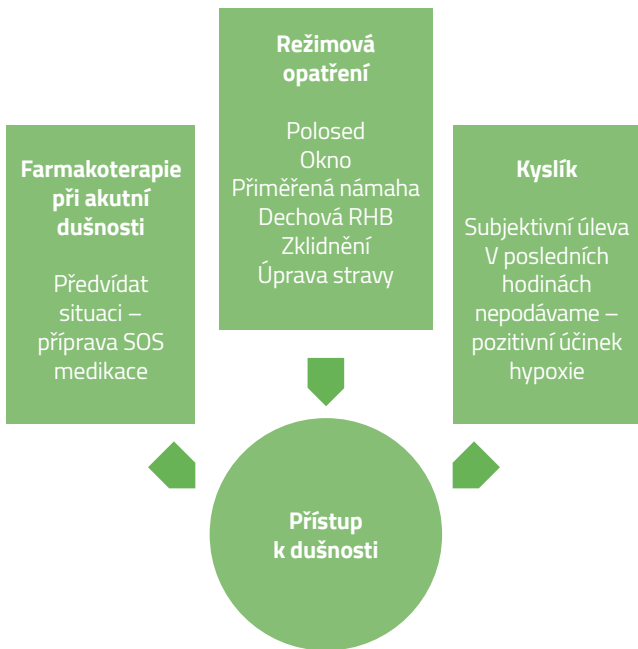
trvá déle než šest měsíců, přetrvává přes proces hojení a zhojení tkáně.

Farmakoterapie - podávání analgetik se při léčbě chronické bolesti provádí v pravidelných časových intervalech.

Dušnost je **subjektivní** pocit nedostatku vzduchu ovlivněný fyzickými, psychickými a sociálními faktory.

Pro zvládnutí uplatňujeme intervence, viz **schéma na druhé straně**.

Dušnost



Řešitelnou příčinu řešíme.

Tou může být např.:

- minerálový rozvrat,
- dutina ústní – afty, soor, špatně padnoucí zubní protéza,
- lékové interakce a nežádoucí účinky léků,
- úporná zácpa,
- bolest,
- dušnost,
- úzkost.

Když není možné odstranit příčinu, uplatňujeme režimová opatření **dle schématu na druhé straně**.

Nauzea, zvracení, nechutenství

Nauzea

- medikace,
 - ne pachy a vůně jídla,
 - malé dávky jídla,
 - chladné jídlo, nanuk, chlazená kola, pivo,
 - poloha vsedě při jídle,
 - péče o dutinu ústní.
-

Zvracení

- medikace,
 - sledovat frekvenci a objem zvracení, charakter zvratků (barva, složení atd.),
 - riziko dehydratace a minerálového rozvratu,
 - diabetik na inzulínu!,
 - zvýšená poloha – prevence aspirace,
 - péče o dutinu ústní.
-

Nečutenství

- medikace – dlouhý nástup účinku - 3 měsíce,
 - NENUTIT – NABÍZET,
 - chlazené potraviny, nanuk, kola, kostky ledu...,
 - sipping – v čase rekonvalescence,
 - pro vytvoření energetické zásoby,
 - ne v posledních dnech,
 - péče o dutinu ústní.
-

Zácpa

Za zácpu označujeme sníženou frekvenci vyprazdňování, než jaká je pro klienta obvyklá. Určující je zvýšené úsilí a diskomfort při defekaci.

Nejčastější příčiny

- snížený příjem jídla a tekutin,
- zadržování defekace (v novém prostředí),
- nežádoucí účinek léků (např. opiáty).

Při intervenci zácpy postupujeme **dle schématu na druhé straně**.

Zácpa

Režimová opatření

- přidat rozpustnou vlákninu,
- zvýšit příjem tekutin,
- pohyb – když je možný,
- podmínky k defekaci,
- poloha vsedě,
- vleže na LEVÉM boku.

Farmakologická opatření

- projímadla per os,
- čípky – per rektum,
- klyzma.

Lactulóza

podávat v tekutině
nebo hodně zapít

Glycerin supp.

aplikace do stolice

Bisacodyl supp.

zajistit kontakt se
sliznicí střeva

Úzkost je pocit obavy, u které neumíme popsat konkrétní příčinu.

Strach je reakce na konkrétní nebezpečí.

Projevy úzkostného klienta

- Mluví méně, nebo naopak mluví nadměrně.
- Mluví tiše, nebo naopak křičí.
- Opakuje otázky, jeví se jako zmatený.

Intervence **viz strana 2**

Úzkost

Nefarmakologické intervence:

(podrobněji o intervencích viz komunikační karty)

- Zájem o příběh klienta a jeho obavy.
- Naslouchání, poskytování jen vyžádaných rad, doptávání se.
- Uznání obavy – „Je normální, že teď máte z toho obavy.“
- Dotazování: „Co je teď nejtěžší? Co by Vám teď pomohlo? Je někdo, kdo by Vám teď mohl pomoci?“
- Plán - krátkodobé reálné cíle.

Použití medikace:

- V případě, že samotný psychologický přístup nestačí.
- U **úzkostných poruch** (tvoří 10 % klientů v paliativní péči).

Deprese

Deprese je nemoc projevující se vytrvalou skleslostí, negativním úsudkem o sobě samém, ranními pesimismy a večerním mírným zlepšením; suicidálními tendencemi, ztrátou energie, sociální izolací.

Smutek je přirozená reakce na ztrátu, nepříznivou informaci, prostor pro odžití smutku. Typická je přítomnost světlých chviliek.

Smutek a depresi je třeba při diagnostice odlišit.

Rizikové faktory vzniku deprese v paliativní péči:

- výskyt deprese v anamnéze (rodinné, osobní),
- chybí psychosociální podpora, vhodné prostředí,
- závislost na návykových látkách (abúzus),
- nedostatečně mírněné symptomy.

Intervence deprese **viz druhá strana**.

Deprese



Přístupy k léčbě deprese:

- **přístupy zaměřené na člověka**, např.:
 - terapie zachování důstojnosti - navrácení zraněné nebo ztracené důstojnosti,
 - práce s biografií, reminiscenční terapie,
 - další přístupy zaměřené na člověka (viz karta č. 2);
- **rozhovory** za využití aktivního naslouchání, nebagatelizace;
- **odborná psychoterapie** - provádí odborník s výcvikem v psychoterapii (může být psycholog, psychiatr, psychoterapeut);
- **farmakoterapie** - předepisuje praktický lékař nebo geriatr nebo psychiatr, příp. gerontopsychiatr.

Delirium

Delirium je náhle vzniklá porucha vnímání, myšlení, spánkového cyklu.

Delirium u seniorů může mít hyperaktivní, hypoaktivní, příp. smíšený průběh:

- **Hyperaktivní** se projevuje psychomotorickým neklidem až agresí, dezorientací, halucinacemi.
Na druhého klient nereaguje.
- **Hypoaktivní** se projevuje zpomaleným myšlením, spavostí.
Na druhého klient reaguje částečně.
- **Smíšený** – střídají se hyperaktivní a hypoaktivní fáze.

Možné příčiny deliria

Léky, dehydratace, metabolický rozvrat, infekce, zácpa, bolest (třeba i malá rána, zarostlý nehet), močová retence, neznámé prostředí.

Intervence **viz strana 2.**

Delirium

Intervence

1. Odstranění řešitelných příčin.

2. Režimová opatření:

- zlepšení orientace - hodiny, kalendář, brýle, naslouchadlo, v noci tlumené světlo,
- stabilní pečovatelé,
- klidný tón řeči, jednoduché a jasné pokyny,
- nevyvracet halucinace ani bludy, klientovi neodporovat.

Poslední hodiny

Konečná fáze jedinečného lidského života s psychologickým, sociálním a duchovním rozměrem.

V literatuře se hovoří o terminalitě.

Pokud je rodina přítomna, je zvláště důležité o ni v posledních hodinách jejich blízkého pečovat. Podporu rodině nabízíme, ale nenutíme. Chtějí-li, vysvětlujeme jim, co se děje, případně je zapojujeme do péče (např. otírání dutiny ústní, dotýkání se, zajištění oblíbené hudby...).

Přítomnost rodiny v době odcházení blízkého má příznivý vliv na průběh jejich truchlení.

Můžeme ovlivnit, jak si budou členové rodiny pamatovat poslední dny, hodiny a minuty se svým příbuzným.

Poslední hodiny

Příznaky v závěru života

Vyčerpání	Nezájem o okolí	Nechutenství
Bolest	Dušnost	Vyhasínání kašlacího a polykacího reflexu
Oligurie, anurie (málo moči až vůbec žádná)	Změny v dýchání	Změny vizáže

Dýchání v posledních hodinách

Apnoické pauzy

delší pauza mezi nádechy

Chrčivé dýchání

vyhasínání polykacího
a kašlacího reflexu

ANO – úprava polohy,
častá péče o DÚ

NE – odsávání

Nepravidelné dýchání

nejdřív zrychlené namáhavé
dýchání, pak mělké zpomalené

Péče o rodinu

Popište doprovázející rodině, jak může probíhat dýchání v posledních hodinách – informace jim pomohou se na situaci připravit.

Poslední hodiny – projevy I.

Terminální delirium

U klienta se objevuje neklid provázený zmateností, dezorientací místem, časem, možný projev agrese.

Příčinou terminálního deliria je selhávání srdce, jater, ledvin, hypoxie (nízký obsah kyslíku v krvi).

Když nelze zklidnit přístupem – je nutná farmakoterapie.

Péče o rodinu

Vysvětlete rodině, proč se jejich příbuzný tak chová, a seznamte je s režimovými opatřeními

- klidné jednání s klientem,
- zajištění bezpečnosti klienta,
- neodporování klientovi,
- sledování účinků medikace.

Nechutenství, vyhasínání polykacího reflexu

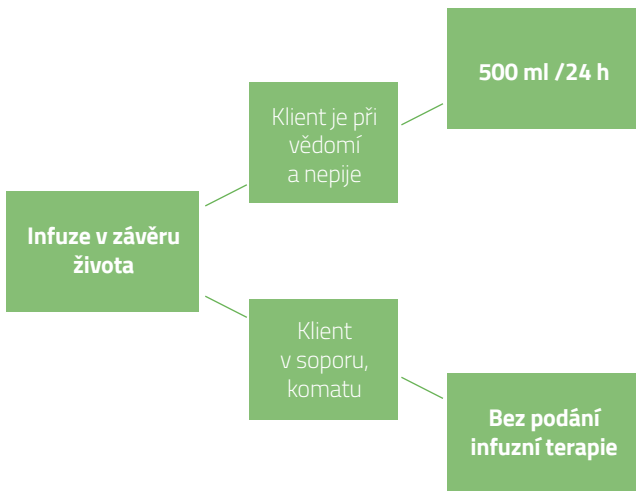
Klient neumírá, protože nejí a nepije, ale proto, že tělo již tekutiny ani jídlo nepotřebuje a není je ani schopno přijmout a zpracovat.

Péče o rodinu

Komunikace s rodinou – uznání jejich obav, že klient nejí, nepije. Nabídka možností, co mohou dělat – podat nanuk, kostky ledu, kolu, ošetřovat dutinu ústní, zvlhčovat ji.

Poslední hodiny – projevy II.

Hydratace, příjem tekutin



Pokud je infuze podána a klient si opakovaně vytrhává vstup, nedaří se podání infuze vysvětlit a klienta zklidnit - **infuzi nepodávat!**

V posledních hodinách:

- minimální šetrná manipulace,
 - mikropolohování,
 - nezbytná manipulace (pouze pokud přispěje kvalitě života);
- péče o dutinu ústní (klient dýchá ústy, tvorba krust) – pečovat šetrně o dutinu ústní co nejčastěji – à 1 hodinu;
- sledování, zda je klient v komfortu (projevy bolesti, dušnosti, neklidu a jejich tišení);
- ponechat soukromí, pokud si to klient přeje, příp. tak lze z neverbálního projevu usoudit.

Péče o rodinu:

- být průvodcem posledními hodinami, s nimi na pokoji; být pro ně k dispozici,
- nabídnout pohodlné místo k odpočinku, občerstvení a tekutiny, možnost uvařit si teplý nápoj aj.;
- dát prostor (příp. vést) k poděkování, vyjádření lásky, odpuštění, rozloučení.

Péče o spolubydlícího:

- zeptat se, zda chce zůstat na pokoji, či být jinde; ptát se opakovaně;
- dát prostor k reflexi umírání spolubydlícího i reflexi vlastních pocitů a zážitků s umíráním souvisejících.

Poslední hodiny – po úmrtí

... je čas na

- tiché rozjímání, odříkání modlitby, rozloučení se, projevení soustrasti,
- zapálení svíčky, otevření okna,
- důstojnou očistu zemřelého a jeho oblečení do vybraných šatů – dát rodině možnost být u toho,
- další praktické náležitosti - zavolání lékaře, příp. koronera; zavolání pohřební služby,
- vyprovození zemřelého, podporu blízkých, podporu spolubydlících.

Telefonické oznámení úmrtí, když rodina není při úmrtí přítomna

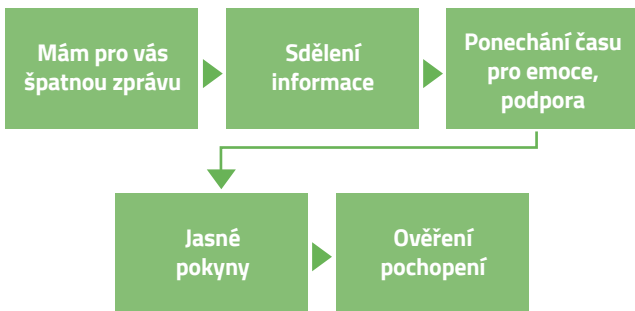




Schéma komunikačního procesu

Komunikátor – předává informaci, náladu, emoci, je ovlivněn svým kontextem (výchova, rozpoložení atd.).

Komunikant – přijímá informaci, náladu, emoce, je rovněž ovlivněn svým kontextem, který může být naprosto rozdílný od kontextu komunikátora.

Informace – všechno to, co chce komunikátor předat.

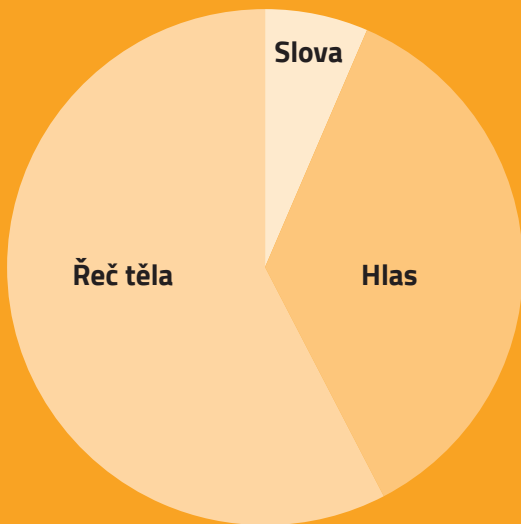
Komunikační kanál – cesta, kterou se informace vydává.

Pracovnice v sociálních službách Anna (PvSS) ke klientovi Josefovi: Víím, že máte rád buchty, máme ještě jednu makovou, dáte si?

Josef by si buchtu dal, ale říká: Ne, děkuji. Josef čeká na další výzvu, protože mu jeho výchova (kontext) říká, že nejprve je dobré zdvořile odmítnout.

PvSS Anna si pomyslí, že je to divné, ale Josef je dospělý, řekl by si o ni, pokud by buchtu chtěl (takhle je vychovaná Anna, je to její kontext).

Josef je smutný, neví, proč se Anna ještě jednou nezeptala, a Anna si říká, že Josef asi dnes prostě neměl na buchtu chuť.



Lidská komunikace

slova – obsah sdělení,

hlas – intonace, tempo řeči,

řeč těla – mimika, vizika (oční kontakt), gestika, posturika (postoj), proxemika (vzdálenost), haptika (dotyk).

Řeč těla do velké míry (zhruba 55 %) ovlivňuje úspěšnost mezilidské komunikace.

Navazujeme oční kontakt, snažíme se vyvarovat prudkých gest, udržujeme od klienta přiměřenou vzdálenost. Zachováváme otevřený postoj těla bez zkřížených rukou a nohou.

Pozor na nesoulad mezi verbální a neverbální komunikací!

PvSS Anna říká klientce Marii, že na ni má dnes dostatek času, a mohou si tedy popovídat. Během pěti minut se Anna podívá třikrát na hodinky. Klientka Marie se podrážděně ohradí: Věděla jsem, že na mě stejně zase nebudete mít čas.

Komunikační prostředí a komunikační nastavení

Před začátkem rozhovoru je dobré si zajistit klidné podmínky a postarat se o své potřeby.

- Vypněte (ztište) mobilní telefon.
- Zaujměte pohodlnou pozici tak, abyste ji nemuseli příliš často měnit.
- Zajistěte, aby vás nerozptyloval vlastní nekomfort (dostatek tekutin, WC atd.).
- Přesvědčte se, že klient nebude během vašeho rozhovoru rušen a má vše, co potřebuje.
- Požádejte kolegy, aby do prostoru nevstupovali (např. cedule na dveřích).

Komunikační prostředí a komunikační nastavení

Komunikace z očí do očí

Pokud je to možné, zaujměte takovou pozici, abyste byli na stejné výškové úrovni jako klient. Např. je lepší se k lůžku posadit, než stát opřený o pelest. Komunikace z očí do očí navozuje důvěru.

Hlasitost a výslovnost

Předem si zjistěte, jak klient slyší, případně na které ucho. Hovořte pouze tak hlasitě, aby vás klient slyšel, nekřičte. Zřetelně vyslovujte, hovořte spíše pomalu.

Doteky

Pracujte s informacemi, které o klientovi multidisciplinární tým má, využívejte iniciačního doteku. Dotek je velmi důležitou součástí neverbální komunikace.



Máme dvě uši a jedna ústa, naslouchejme dvojnásobek času, po který mluvíme.

Aktivní naslouchání

Techniky aktivního naslouchání

Povzbuzování – projevujeme zájem, povzbuzujeme k dalšímu vyprávění, zdržíme se jakéhokoliv hodnocení.

Objasňování – získáváme více informací, klademe doplňující otázky.

Parafrázování – jinými slovy ověřujeme, zda jsme dobře rozuměli, ubezpečujeme se, že vše dobře chápeme.

Zrcadlení – snažíme se zachytit a popsat pocity, empaticky věnujeme plnou pozornost tomu, co se s klientem odehrává.

Shrnutí - shrneme vyřčené myšlenky a pocity.

Uznání - dáme klientovi najevo, že je pro nás jeho sdělení důležité a že mu věříme.

K = klientka **P** = pracovník

K: Všichni mi už umřeli, proč já tady pořád ještě jsem?

P: To musí být asi těžké. Jak se cítíte? (povzbuzování)

K: Cítím se špatně a připadá mi to nespravedlivé.

P: Hm, co vám připadá nespravedlivé? (objasňování)

K: Umřela mi spolubydlící, byla mladší než já, konečně jsem tu někoho měla, a teď jsem zase sama.

P: Pokud jsem tomu dobře porozuměl/a, trápí vás hodně samota? (parafrázování)

K: Ano, a taky to, jak je to na světě celé divně zařízené.

P: Vnímám, že je vám hodně smutno a je to nějak stále dokolečka, vidíte? (zrcadlení)

K: Přesně tak, stále dokolečka, všichni odcházejí a já tu pořád jsem.

P: To je opravdu těžké, navíc to nemáme ve vlastních rukách. Pro mě je velmi cenné vidět, jak se s tím vyrovnáváte. (shrnutí, ocenění)

K: No alespoň to můžu někomu říct a postěžovat si.

Aktivní naslouchání v praxi

K = klient

P = pracovník

K: Už se pomalu ani sám nenajím, to je přesně to, co jsem nikdy nechtěl.

P: Tomu úplně rozumím, ten pocit je asi nepříjemný. (povzbuzování)

K: Nepříjemný? Vůbec si neumíte představit, jak je to strašné!

P: Hm, a co je na tom pro vás úplně nejhorší? (objasňování)

K: To je přece jasné, vždycky jsem byl chlap jako hora, všechno jsem zvládl, a teď tu bezmocně ležím.

P: Snažím se tomu porozumět – trápí vás nesamostatnost a ztráta síly? (parafrázování)

K: Přesně tak, tohle se mi nemělo stát.

P: Nemělo, úplně souhlasím. Je to zatraceně těžké. (zrcadlení)

K: Hrozně. Často si říkám, že to nezvládnou. Nic z toho.

P: Je toho opravdu hodně. Jsem moc rád/a, že o tom se mnou takhle otevřeně mluvíte. (ocenění)

K: No jo, to je to jediné, co ještě můžu.

Pozitivní komunikace je jedna z cest, která usnadňuje komunikační proces. Její použití je snadné, z komunikace budete mít následně lepší pocit vy i váš protějšek.

pozitivní výrazy

**Říkejme to, co CHCEME,
aby se stalo.**

místo „ale“ a

**Spojka ALE často smaže vše,
co bylo vyřčeno před ní.**

„nechcete?“

**Na otázky začínající NE se
velmi snadno odpovídá NE.**

Pozitivní komunikace

Pozitivní výrazy

„Nezapomeňte na chodítko, jinak byste mohla upadnout.“
NECHCEME, aby klientka upadla, CHCEME, aby bezpečně šla.
Tedy: **„Vezměte si chodítko, je to pro vás bezpečnější.“**

Místo „ale“ a

„Už jste vypila celý hrnek, to je skvělé, ale měla byste za dopoledne vypít nejméně tři, doleji vám.“ Klientka slyší, že to stále není dost, ocenění před ALE nevnímá. **„Vidím, že jste již vypila celý hrnek a já vám teď pro jistotu doleji, kdybyste měla ještě žízeň.“**

„Nechcete?“

„Nechcete se dnes vykoupat?“ „Ne, nechci.“

„Pomohu vám s mytím, zkusíme to teď.“

„Nechcete dnes obědvat v jídelně?“ „Ne, díky“

„Co kdybyste dnes vyzkoušel oběd v jídelně?“

Co nás může zaskočit?

Každý z nás se setkává s otázkami či tvrzeními, na které se obtížně reaguje. Zde je několik příkladů z praxe a možných reakcí.

Vůbec se se mnou nezabývejte, brzy umřu, nechte mě být, je to k ničemu.

Slyším/vidím, že je vám dnes těžko, co bych pro vás mohl/a udělat? Co je dnes jinak než včera?

Všichni se pořád tak usmíváte, nikdo mi nic neřekne.

Usmívám se prostě na vás. Co byste se rád/a dozvěděl/a? Máte nějaké otázky?

Prosím vás, už mlčte, všechno to jenom zhoršujete, jděte pryč.

Vnímám, že teď se vám moc nechce povídat, někdy to tak je, přijdu se na vás zase za chvíli podívat.

Co nás může zaskočit?

Řeknu vám, strašně se to tady zhoršilo, dřív to bylo lepší.

Hm, každý den je jiný a určitě vám to tak může připadat. Jak se vám dnes daří?

Je to všechno nespravedlivé, čím já jsem si tohle zasloužil/a.

Úplně chápu, že vás to napadá. Asi neznáme odpověď. Tedy já ne. Co vás k tomu napadá?

To je dost, že jdete, vůbec nikdo si mě tady nevšímá.

Připadá mi, že se cítíte sám/sama. Je to tak?

Práce s emocemi

Věnujte jim pozornost a uznejte jejich důležitost. Pokud to uděláte, situace se zklidní a vznikne prostor pro něco dalšího.

Jednoduchost a trpělivost

Ptejte se vždy na jednu věc, trpělivě vyčkejte na odpověď, respektujte klientovo tempo.

Ticho

Přestaňte se ticha bát. Vydržte ho. Ticho je často produktivnější a přínosnější než slova.

Tady a teď

Vnímejte, co klient říká v tuto chvíli. Je možné, že včera říkal něco jiného a zítra bude opět říkat něco jiného. Věnujte plnou pozornost tomu, co se děje tady a teď.

Co můžeme v komunikaci zlepšit?

Jedinečnost

Každý je jedinečný. Vy i klient. Jedinečná tedy bude i vaše komunikace. Pokud něco v daný okamžik nefunguje, přestože by „mělo“, zkuste prostě něco jiného.

NEspolupráce v konfrontaci

Pokud se dostanete do konfrontační situace, NEspolupracujte. (Ani napít mi tady nedají. – Vždyť vám pití nabízím každou chvíli – Ne, to není pravda.

Zkuste: Ani napít mi tady nedají. – Vidím, že máte žízeň, doleji vám a podám hrnek.)

Autentičnost

Budte sami sebou, říkejte pravdu, přiznejte, že nevíte (Tohle je opravdu složité, upřímně musím říct, že nevím.). Odpovídejte na to, na co se klient skutečně ptá.