



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО ИГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

ИНСТИТУТ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Психология проведения сестринских манипуляций. Психологический уход за умирающим пациентом

КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ОПД ИСО

ГАВРИЛОВА ЕКАТЕРИНА АЛЕКСЕЕВНА

ПЛАН:

1. Понятие «боль», «порог боли», «болезненные манипуляции». Способы снижения болезненных ощущений. Психологическая подготовка пациентов к обследованию, проведению лечебных мероприятий;
2. Психологические приемы снижения у пациента болезненных ощущений;
3. Права пациента. Уважение чувств пациентов. Проявление у пациентов чувства стыда;
4. Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола;
5. Психологический уход за умирающим пациентом.

Понятия «боль», «порог боли», «болезненные манипуляции»

Боль – неприятные, мучительные ощущения, которые мы получаем в случае реального или потенциального повреждения тканей. Восприятие боли субъективно, но она может иметь различный характер: острый, тупой, жгучий или ноющий.

Боль возникает благодаря работе специальных рецепторов, которые посылают сигналы в спинной и головной мозг. Сигналы рецепторов обрабатываются в коре головного мозга, а фильтрует их сеть взаимосвязанных нейронов. Приоритет одного болевого сигнала может вытеснять остальные, если боль чревата серьезными последствиями: так организм пытается предупредить вас о самой актуальной и серьезной опасности.

Понятия «боль», «порог боли», «болезненные манипуляции»

Поскольку чувствительность подсистем, связанных нервными путями, индивидуальна для каждого, болевой порог также будет отличаться. Поэтому одни люди во время мигрени стойко продолжают работать, а другие не могут даже пошевелиться.



Понятия «боль», «порог боли», «болезненные манипуляции»

Болевой порог определяется как максимальная сила боли, которую человек может перенести в конкретных условиях. Он так же индивидуален, как и само ощущение боли, но его можно измерить с помощью специального прибора – алгезиметра.

На болевой порог влияет множество факторов: эмоциональное и физическое состояние, гормональный фон, наличие отвлекающих факторов. Снизить чувствительность к боли иногда помогают продукты с насыщенным вкусом (перец, имбирь, горчица, шоколад), психологические практики (релаксация, психотерапия), повышение уровня эндорфинов с помощью диеты (употребление клубники, бананов, авокадо), физические упражнения, сон. Также болевой порог повышают сильные эмоции.

Понятия «боль», «порог боли», «болезненные манипуляции»

Примечательно, что о своём болевом пороге каждому из нас необходимо знать максимум информации, ведь, эти данные не менее важны, чем показатели веса, роста, группы крови и другие жизненно важные индивидуальные характеристики человеческого организма. Знать уровень болевого порога необходимо, чтобы в экстренной ситуации, при медицинских манипуляциях человек не испытал болевого шока.

Манипуляции, которые могут оказаться болезненными для пациента: введение назогастрального зонда, взятие крови, постановка инъекций, постановка клизмы, постановка катетера, перемещение пациента в кровати и т.д

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Психологический аспект в работе медицинских сестёр заключается в умении подойти к каждому больному, найти ключ к его личности, создать контакт с ним.

Целью заботы медицинской сестры является не только физическое здоровье больного, но и его психическая уравновешенность. Забота сестры заключается не только в её действиях, но и в её словах. Помимо содержания слов сестры, очень важно, как их говорят, эмоциональная окраска речи. Важным фактором в работе медицинских сестёр является доверие больных и вера в свое выздоровление. Медицинская сестра способна и должна играть важную роль в лечебном процессе, в деле просвещения и обучения больных самопомощи.

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Обычно выделяют несколько видов психологического расстояния: интимное, личное, социальное и общественное. Внутри интимной зоны человек чувствует себя в безопасности. Он добровольно впускает в свою интимную зону лишь того, кому доверяет. Если кто-то вторгается в интимную зону самовольно, то он автоматически начинает вызывать к себе отрицательные чувства.

Медицинские работники в силу своих профессиональных обязанностей постоянно должны вторгаться в интимную зону своих пациентов. Именно поэтому так важно, чтобы они вызывали доверие, поскольку в личную зону обычно допускают тех, с кем складываются достаточно близкие дружеские отношения. В этой зоне позволяют быть тем, с кем приятно общаться.

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Подготовка ко многим процедурам сопровождается **страхом и тревогой**. Эти эмоции часто сопровождаются повышением артериального давления, учащенным пульсом, ускоренным дыханием, повышенным мышечным тонусом.

Признаками страха являются также дрожание, тик, холодный пот, расширенные зрачки, бледность, тенденция к опорожнению мочевого пузыря и кишечника. Страх перед болезненными манипуляциями мешает пациенту подвергнуться этому обследованию. Иногда пациент соглашается на обследование, но из-за сильного страха не доводит до конца, прерывая его.

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Страх осложняет и ход обследования. Так, повышение артериального давления и тахикардия могут вести к ошибочному диагнозу. Повышенный тонус делает невозможной релаксацию живота, что вызывает трудности при исследовании рефлексов в неврологии, при введении желудочного зонда. Вызванная страхом защитная реакция (пациент удерживает врача руками) затрудняет стоматологическое вмешательство. Повседневное явление, когда пациенту при взятии у него крови становится плохо. Нередко причина этого в его сильном страхе.

Страх является предвосхищением боли и возникает до того, как вы начали проводить манипуляцию. У людей с повышенной тревожностью он может возникать задолго до предстоящего вмешательства.

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Аналогичное страху состояние **тревоги**. Это состояние беспредметного страха, страха перед неопределенной опасностью. Пациент не знает, чего он боится. Тревога также сопровождается выраженными вегетативными симптомами (повышение артериального давления).

Люди обычно боятся неизвестного. Пациент боится почти всего, что с ним делают. Это страх от незнания и от неизвестной опасности. Пациенту нужно объяснить, что с ним собираются делать. После доступного и понятного разговора с врачом, медсестрой; пациент может поговорить с другим пациентом, который уже успешно перенес подобную манипуляцию.

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Иногда возникает страх от неполного знания, от одностороннего опыта. И в этом случае необходимо доступное информирование пациента. Объяснение необходимости вмешательства и его характера должно соответствовать образовательному уровню пациента. Если пациент не понимает объяснения, то это вина медсестры.

Как правило, пациенты с доверием относятся к тем методам исследования, при которых используется сложная аппаратура, большие машины. Однако при этом, они боятся вредного воздействия облучения от этой аппаратуры. Понятное объяснение медсестры поможет преодолеть этот страх.

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Для предупреждения тревоги и страха рекомендуется применять следующее правило: подготовка к манипуляции осуществляется в двух направлениях

- подготовка тела (учет рефлекторных и других непроизвольных реакций) человека;
- подготовка его разума (сознательного отношения, установки). Поддержание у него уверенности, что предстоящие процедуры значимы и принесут пользу.

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

В процессе сестринского ухода у пациента должно формироваться положительное отношение к проводимым процедурами манипуляциям, должна формироваться установка на сотрудничество с медицинскими работниками. Поэтому очень важно, чтобы медсестра вызывала доверие пациента. Предпосылкой такого доверия является не только квалификация медработника, но и его **личностные качества**. У пациента должно сложиться впечатление, что МС хочет ему помочь. Не только слова, но и стиль поведения МС, как она занимается пациентом, оказывают на него большое влияние. Безучастный голос, неприветливое, мрачное выражение лица медсестры пациент может отнести на свой счет («Почему она так ко мне относится?»)

Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Длительное обследование усиливает напряженность пациента. Если оно проводится при неудобном положении тела, то вызывает не только физическую нагрузку, но и неприятное чувство беспомощности, зависимости от медперсонала.

Поэтому необходимо заранее предупредить пациента о проведении подобных обследований. А при проведении самой процедуры, обеспечить пациенту максимально возможный комфорт.



Психологическая подготовка пациентов к обследованию

Если предстоит сделать болезненную процедуру, надо ли заранее предупреждать пациента? И если надо, то, когда это сделать лучше?

Если медсестре предстоит сделать болезненную процедуру, то ей следует сообщить об этом пациенту непосредственно перед манипуляцией, а не накануне. При этом выразить сожаление, что в данном случае иначе поступить нельзя.

Объяснения должны соответствовать уровню пониманию пациента. Боль **не должна быть неожиданностью** для пациента. Если его не предупредить, то он начинает бояться и таких манипуляций, которые не сопровождаются болевыми ощущениями.

Приемы снижения у пациента болезненных ощущений

Боль вызывает ряд функциональных изменений. Объективно, интенсивность боли оценивают по следующим показателям:

- расширение зрачков
- побледнение лица
- холодный пот
- тахикардия
- повышение АД.



Приемы снижения у пациента болезненных ощущений

Страх является предвосхищением боли и может возникнуть до того, как вы начали проводить манипуляцию. У людей с повышенной тревожностью он может возникать задолго до вмешательства.

Тело человека подчиняется командам головного мозга, поэтому им можно управлять психологическими методами. Непосредственно перед проведением медицинского вмешательства тело рефлекторно реагирует на приближающиеся к нему инструменты воздействия.

Тело «не знает», несут инструменты благо или вред, это категории сознательные, а реакция происходит рефлекторная. Если в результате рефлексов мышцы сокращаются, тело напрягается. Проводить процедуру становится сложнее, и она будет более болезненной.

Приемы снижения у пациента болезненных ощущений

Каким же образом можно помочь пациенту облегчить перенесение боли? Кроме фармакологических средств и методов снятия боли, есть и другие методы. Так, например, одним из методов снятия боли является **отвлечение внимания**.

Человек не может держать под контролем одновременно все группы мышц, следовательно, напрягая одни мышцы, он расслабляет другие. Также человек не может удерживать в поле внимания бесконечное количество объектов, следовательно, сосредотачиваясь на одном объекте, человек отвлекается от другого. Отвлекая внимание пациента от органа, на котором предстоит проводить манипуляции, мы способствуем тому, что рефлексорно он будет расслаблен.

Приемы снижения у пациента болезненных ощущений

Медицинский работник только тогда оказывает настоящую помощь пациенту, когда он помогает ему как личности, обладающей телом, а не вмешивается в телесные процессы без учета личностных свойств хозяина этого тела.

Часто вниманием, заботой, рассеиванием страхов легче утолить боль, чем болеутоляющими средствами.

Древнейшим человеческим инстинктом является стремление в момент опасности найти опору. При сильной боли человек цепляется за предметы или другого человека. Возможность держаться за руку или прикосновения самой медсестры придают силы и уверенности, облегчают боль, снимают страх у пациента.

Приемы снижения у пациента болезненных ощущений

ТАКТИКА МС:

- Своевременное выявление пациентов с тревожно-мнительным характером
- Четкое инструктирование пациента перед медицинским вмешательством
- Формирование положительных образов и представлений перед предстоящей процедурой
- Вытеснение негативных мыслей позитивными, заполнение времени ожидания деятельностью. (Особенно актуально в стационаре, когда пациенту нечего делать)
- Сокращение промежутка ожидания (прием по записи вместо очереди и т.п.)
- Защита пациента от патогенного социального влияния («Страшных историй»).

Приемы снижения у пациента болезненных ощущений

Принципы общения **во время** манипуляции:

- Следует учитывать уровень знаний пациента
- Объяснения должно соответствовать образовательному уровню пациента
- При необходимости записывать или иллюстрировать информацию
- Следует с самого начала завладеть вниманием пациента и удержать его
- Говорить выразительно, выразительная речь убеждает пациента
- Не перегружать пациента информацией, говорить короткими фразами
- Периодически повторяйте информацию во время манипуляций

Права пациента. Уважение чувств пациентов.

Проявление у пациентов чувства стыда

В классической психологии эмоций стыд относят к категории базовых эмоций. В то же время большинство исследователей сегодня относят стыд к группе эмоций самосознания. Эмоции самосознания (self-conscious emotions) отличаются от базовых эмоций тем, что для них необходима и обязательна связь с процессами самосознания.

При этом индивид переживает рассогласование между тем, каким он является «здесь и теперь» и тем, каким он должен быть в данной ситуации. Отсюда понятно, что стыд затрагивает такие аспекты существования как «Я», «Другой» и «Ситуация». Более того, во многих случаях ситуация, в которой переживается стыд, оказывается публичной, что несет в себе угрозу социальному образу Я.

Права пациента. Уважение чувств пациентов.

Проявление у пациентов чувства стыда

Переживание стыда также характеризуется внезапностью и невозможностью контроля над ситуацией, в результате чего индивид становится претерпевающей фигурой и не в состоянии активно действовать.

Чувство стыда отличается выраженной **физиологической** реакцией (покраснение или бледность кожных покровов, пот, остановка дыхания, потеря опоры, нечеткое зрение), **ощущением беззащитности** перед недоброжелательным взглядом другого человека (или глобально всем миром), а также **желанием скрыться или спрятаться**. Таким образом, неотъемлемой частью стыда являются предположения и убеждения субъекта относительно того, как он выглядит в глазах другого человека.

Права пациента. Уважение чувств пациентов.

Проявление у пациентов чувства стыда

При выполнении интимных манипуляций медицинской сестре необходимо учитывать чувство стыда, неловкости, дискомфорта у пациента. Важно создавать условия интимности, уединения пациента, щадить самолюбие, учитывать легкую ранимость психики, не показывать пациенту брезгливости, отвращения при выполнении манипуляций, соблюдение профессионального такта, деликатного поведения.



Права пациента. Уважение чувств пациентов.

Проявление у пациентов чувства стыда

При уходе за пациентом чистота принципиально необходима. Это чистота помещения, чистота самого пациента, психологическая чистота (гигиена). В определенных условиях пациенты испытывают стыдливость в случаях, когда не могут участвовать в поддержании чистоты за своим телом. Бестактность медсестры может усилить их напряженность и страдание. Необходимо при уходе за пациентом показывать уважение к чувствам пациента.



Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола

Работа с подростками имеет свои особенности. В биологическом отношении, начиная с пубертатного возраста, организм человека настолько приближается ко взрослым показателям, что основные биологические методики и лекарственные средства используются по общим правилам.

В психологическом же отношении подростки и лица юношеского возраста существенно отличаются от взрослых. В этом возрасте общество накладывает на человека всё больше обязанностей и ограничений, а болезнь может усилить стресс.

Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола

Предметом особой заботы подростков становится внешний вид, поэтому для них очень травматичны болезни и лечебные методики, влияющие на внешность. Так, резкая прибавка массы тела после приема гормональных средств или нейрорептиков, кожные высыпания, выпадение волос на фоне приема противоопухолевых препаратов могут вызвать переживания, достигающие степени глубокой депрессии и завершающиеся суицидальной попыткой.

Применяемые подростками защитные механизмы часто отличаются примитивностью. Так, весьма характерны копирование поведения авторитетного сверстника (идеализация и идентификация), высокая подверженность влиянию группы, реакции протеста (отреагирование),

Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола

агрессивные поступки, максимализм в оценках (расщепление), чувство неполноценности, суицидальные попытки (в основном демонстративные).

Юноши часто стремятся продемонстрировать свою выносливость, физическую силу, устойчивость к боли. Это становится причиной частых травм и самоповреждений. При этом наложенный гипс, послеоперационные шрамы часто воспринимаются как предмет гордости. Перенесенные заболевания (даже венерические) могут стать источником хвастовства, так же как и злоупотребление алкоголем. Поэтому иногда подростки описывают выдуманную болезнь только для того, чтобы привлечь к себе внимание.

Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола

У девушек в подростковом и юношеском возрасте особенно часто возникает патологическое стремление к похуданию (нервная анорексия). Отмечают, что во многих случаях диагноз устанавливается слишком поздно из-за того, что больные тщательно скрывают от окружающих свою озабоченность избыточной массой тела. Так, они часто носят свободную одежду, скрывающую руки и ноги, едят довольно много в присутствии родных, но позже вызывают рвоту или принимают слабительные и мочегонные средства.

Другой проблемой в этом возрасте становятся приступы головокружения и резкого снижения артериального давления (обморок), которые часто возникают психогенно.

Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола

Лечение подростка требует создания особо доверительных отношений с медицинскими работниками. Иногда молодой врач/МС воспринимается как фигура, пользующаяся большим доверием, чем родители. Авторитет и опыт медика для подростка несущественны.

Директивный подход в лечении крайне нежелателен, поскольку жесткий контроль скорее вызовет реакцию протеста. Однако и перекладывание всей ответственности на больного в пубертатном возрасте становится непомерной нагрузкой.

Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола

Особенно много проблем возникает в случае необходимости регулярного приема лекарственных препаратов, поскольку сами подростки редко способны соблюдать регламент, а забота родителей может восприниматься ими как тягостная опека. Выдача лекарств на руки связана с угрозой передозировки, которая может быть вызвана стремлением испытать эйфорию, похвалиться перед сверстниками своей высокой выносливостью или намерением покончить с собой.

Психологические особенности работы с обнаженным телом подростков, пациентов противоположного пола

Работа с пациентами противоположного пола также имеет свои особенности. Очень часто, заболев, и мужчины, и женщины обращаются к врачу противоположного пола, не придавая этому никакого значения, даже при наличии нужного врача своего пола. Но в некоторых ситуациях пациенты могут отказаться от сотрудничества с медицинским работником противоположного пола из религиозных соображений, по причине стыда и т.д. Важно помнить, что медицинский работник не вправе препятствовать пациенту, решившему доверить свое дальнейшее лечение другому специалисту.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Неизлечимая болезнь неотвратимо приближает реальность смерти. Она существенно изменяет человеческую жизнь, и на этом фоне, как ни парадоксально, нередко появляются признаки «роста личности». Что же происходит при приближении смерти?

В какой-то мере ответ на вопрос мы получаем в беседах с больными раком: заново оцениваются приоритеты жизни (теряют значение всякие мелочи); возникает чувство освобождения (не делается то, чего не хочется делать, т.е. теряют силу долженствований); усиливается сиюминутное ощущение жизни; обостряется значимость элементарных жизненных событий (смена времен года, дождь, листопад и т.п.); общение с любимыми людьми становится более глубоким; уменьшается страх быть отвергнутым, возрастает желание рисковать.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Все эти изменения свидетельствуют об увеличении чувствительности неизлечимо больного человека, что предъявляет конкретные требования к тем, кто находится рядом с ним, – к близким, медицинским работникам.

У больного возникают очень важные для него вопросы, которые он задает окружающим. Один из таких вопросов: "Скоро ли я умру?". Не существует единственно правильного ответа на этот вопрос, хотя можно говорить о более или менее универсальных принципах. В первую очередь эту тему ему необходимо обсудить с врачом. Требуется большая ответственность в разговоре с пациентом о смерти. Можно не говорить пациенту прямо, что, возможно, он вскоре умрет: «Каждый должен быть готов к самому худшему, особенно тяжелобольной».

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Неплохо посоветовать ему привести в порядок жизненные дела (последние желания, завещание и т.п.). Некоторые люди не склонны думать о завершении своих земных дел, потому что им кажется, что решение подобных проблем открывает дверь смерти. С ними можно обсудить проблему страха перед смертью.

Задачи медицины создать следующие условия для терминального больного: отдалить исход до преклонного возраста; дать возможность умереть без мучений; умереть в ясном уме и памяти, сохранив человеческое достоинство; психологически подготовить умирающего к переходу; создать привычные условия (домашняя обстановка); подготовить близких; обеспечить покой для обдумывания прожитой жизни.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Эмоциональные реакции, связанные со смертью, могут быть индивидуальны. Однако существуют общие закономерности переживания человеком горя и скорби, связанные с утратой.

Стадии приближения к смерти или стадии реакции пациента на известие об обнаружении у него неизлечимой болезни (по Кюблер-Росс):

1. Отрицание. При посещении разных врачей пациенты, прежде всего, надеются на отрицание диагноза. Действительное положение вещей скрывается как от семьи, так и от себя. Отрицание дает возможность увидеть несуществующий шанс, делает человека слепым к любым признакам смертельной опасности.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

- 2. Злоба.** Она чаще всего выражается вопросами: «Почему я?», «Почему это случилось со мной?», «Почему меня не услышал Бог?» и т. п.
- 3. Компромисс.** На этой стадии стремятся, как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, отказываясь от разных удовольствий, и т.п.
- 4. Депрессия.** Поняв неизбежность своего положения, постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают грусть, горечь.
- 5. Адаптация.** Смирение понимается, как готовность спокойно встретить смерть.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Эти стадии проходит как сам больной, так и его семья. Разным людям требуется разное количество время на прохождение этих стадий. Важное значение для примирения с утратой имеет последовательное прохождение всех периодов и плохо, когда человек застревает на какой-либо стадии, так и не сумев принять реальность.

Умирающий человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Поэтому медицинскому работнику следует уметь квалифицированно разобраться в желаниях умирающего и связанных со смертью фантазиях и страхах. Это позволяет не только выслушать пациента, но и помочь ему поделиться мыслями о смерти, собственном негодовании и о том, что он потеряет вместе с жизнью. Медицинский персонал, по сути, способен побудить неизлечимо больного человека изведать жизнь до последнего мгновения.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Принципы, которые следует учитывать в работе с умирающим:

1. Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: «Человек всегда умирает в одиночку» нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитное отгораживание от умирающего больного. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему больному нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.
2. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

3. На благо умирающему больному должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

4. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

5. Речь умирающих больных часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

6. Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

7. Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, – это наша личность. Пребывание с умирающим человеком требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Людям, которые общаются с умирающим больным и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними, прежде всего, следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия.

Оказание психологической помощи семье умирающего человека является важной частью в работе медицинской сестры, которая может поддержать семью и после его смерти.

Семья, переживающая смерть родного человека, тоже проходит стадии горя. Последствия потери могут отразиться на психическом равновесии родственников и подорвать их здоровье.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Риску сильнейшей скорби подвержены следующие группы:

1. Пожилые люди, переживающие потерю близкого человека. Чувствуют себя более изолированными и нуждаются в сочувствии.

2. Дети, утратившие близких им людей. Очень уязвимы и более осознанно воспринимают смерть, чем думают об этом взрослые.

Дети до 2 лет не могут отдавать себе отчёта в том, что кто-то из семьи умер, но они этим очень обеспокоены.

В возрасте от 3-5 лет дети не считают смерть необратимым явлением и думают, что умерший вернётся.

6-9 лет: дети постепенно начинают осознавать необратимость смерти, а мысли у них могут быть связаны с привидениями.

Психологический уход за умирающим пациентом. Общение с родственниками умирающего

Подростки эмоционально уязвимы и переносят утрату особенно тяжело. Дети по-особенному реагируют на потерю родителей.

Если же сам ребенок оказался смертельно болен, то в этом случае очень важна поддержка окружающих. Для умирающего ребенка в любом возрасте важно, чтобы он был не один, чтобы рядом были родители, близкие, с которыми он может разделить свой страх, злость, тревогу, одиночество. Те близкие, которые не отвернутся, не скажут «все будет хорошо», не пообещают то, что не в силах выполнить.

От медицинского персонала требуется внимательное отношение к ребенку: очень важно слышать все, что о себе и о своем состоянии рассказывает ребенок.