

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Рязанский медицинский колледж»

Горе, потери, смерть

Выполнила
студентка Сьянова Анна
группа 1111
специальность лечебное дело
Проверила Миронова С.Н.

Содержание

- Принципы обслуживания пациентов в условиях хосписа.
- Категории Дэвида Переца
- Эмоциональные стадии горевания.
- Три фазы Саймоса
- Вывод

Хосписы

- **Хосписы** — лечебные учреждения, в которых врачи, медицинские сестры проводят мероприятия по устранению у неизлечимо больных людей физических и душевных страданий.
- Основу хосписного движения составляют принципы паллиативной медицины (медицины временного поддержания здоровья и облегчения боли).

Паллиативная помощь - направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни incurable больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов - физических, психологических и духовных.

Команды всех хосписов развивают принципы, которые поддерживает Всемирная Организация Здравоохранения:

- утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный процесс;
- не ускоряет и не замедляет смерть;
- обеспечивает психологические и дневные аспекты ухода за больными;
- обеспечивает облегчение боли и других беспокоящих симптомов;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь больным жить активной жизнью до конца;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь семьям справиться с трудностями во время болезни родственника, а так же после его смерти

Потребности умирающего человека, его семьи и близких

- хороший контроль за проявлениями болезни (следить за внешним видом пациента, дыханием, пульсом, артериальным давлением и физиологическими отправлениями);
- ощущение безопасности (по возможности не оставлять пациента одного);
- желание чувствовать себя нужным и никому не быть в тягость;
- человеческое общение (контакт) благосклонность;
- возможность обсуждать процесс умирания;
- возможность принимать участие в решениях (чувство собственного достоинства);
- желание, несмотря на любое настроение, быть понятым.

Что такое горе?

- Грусть и переживания - это специфическое поведение, которое проявляется после потери значимого человека, кого-то близкого, или дорогого человека, а также после потери какого-то органа или части тела. Они исчезают после того, как человек примиряется с этой потерей.
- Горе - эмоциональный отклик на потерю или разлуку, который проходит в несколько фаз.
- Траур - это обряды и традиции, которые помогают человеку справиться с горем.

Категории Дэвида Переца

- ❖ Потеря может принимать разнообразные формы.

Дэвид Перец рассматривает 4 основных категории:

- ❖ потеря значимого или любимого человека;
- ❖ потеря части самого себя;
- ❖ потеря внешних объектов;
- ❖ потеря, связанная с развитием.

ПЯТЬ СТАДИЙ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ УМИРАНИЯ

1. Стадия отрицания и неприятия трагического факта.

Доминирующими в этот период являются высказывания: "Только не я", "Не может быть", "Это не рак" и т.п. Другая группа пациентов, узнав о смертельном недуге ведет себя по-иному: они становятся равнодушными, обреченными, бездейственными. Затем начинают говорить о своем скором выздоровлении.

2. Стадия протеста

Возникает чувство протеста и возмущения. "Почему именно я?", "Почему другие будут жить, а я должен умереть?", и т.п. Как правило, эта стадия неизбежна, она очень трудна для больного и его родственников. В этот период больной часто обращается к врачу с вопросом о времени, которое ему осталось прожить. Как правило, у него прогрессируют симптомы реактивной депрессии, возможны суицидальные мысли и действия. На этом этапе пациенту необходима помощь квалифицированного психолога, очень важна помощь членов семьи.

ПЯТЬ СТАДИЙ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ УМИРАНИЯ

3. Просьба об отсрочке.

В этот период происходит принятие истины и того, что происходит, но "не сейчас, еще немного". Многие, даже ранее не верующие пациенты, обращаются со своими мыслями и просьбами к Богу. Приходят начатки веры. Первые три стадии составляют период кризиса.

4. Реактивная депрессия

Сочетается с чувством вины и обиды, жалости и горя. Больной понимает, что он умирает. В этот период он скорбит о своих дурных поступках, о причиненном другим огорчениях и зле. Но он уже готов принять смерть, он спокоен, он покончил с земными заботами и углубился в себя.

5. Принятие собственной смерти

Человек обретает мир и спокойствие. С принятием мысли о близкой смерти больной теряет интерес к окружающему, он внутренне сосредоточен и поглощен своими мыслями, готовясь к неизбежному.

Саймос предлагает выделять три фазы для концептуализации фаз горя, связанного не с предстоящей, а с уже свершившейся потерей:

- 1. Потрясение, смятение и отрицание.
- 2. Острое горе, состоящее из продолжающегося отрицания, физической и психологической боли, противоречивых эмоций и импульсов, а также «поискового поведения», которое включает поглощенность мыслями о потере, невозможность усидеть на месте и апатию. Это горе проявляется:
 - а) в приступах плача, гнева, переживания вины и стыда;
 - б) в беспомощности, депрессии и отчаянии;
 - в) ослаблении боли и усилении способности справляться с ней со временем;
 - г) в навязчивом стремлении отыскать смысл в потере;
 - д) в первых мыслях о новой жизни без того, что оказалось утраченным.

Саймос предлагает выделять три фазы для концептуализации фаз горя, связанного не с предстоящей, а с уже свершившейся потерей:

■ 3. Интеграция потери и горя.

Если результат оказывается благоприятным, факт потери принимается и происходит возвращение к благополучному физическому и психологическому состоянию.

Если результат неблагоприятный, реальность потери принимается с затяжным чувством уныния.

- Общаться с пациентом, отвечая на его вопрос относительно будущего, смерти, необходимо учесть и физическое состояние пациента и особенности его личности, его эмоциональный настрой, его мировоззрение и его желание знать или не знать, что его ждет в будущем и как это будет.
- Общение с пациентом должно строиться на двух принципах: с одной стороны - никогда его не обманывать, а с другой избегать бездушной открытости.

Вывод:

- Медсестринский уход не заканчивается со смертью пациента
- Потеря, горе и потребности, связанные с тяжелой утратой, должны быть оценены с помощью продолжительного вмешательства
- Медсестры должны признавать и реагировать на собственное горе
- Лечение должно проводиться медицинскими работниками, специализирующимися в различных сферах