



Психологический уход за умирающими людьми

Работу выполнила : Студентка 431 группы Костюк Мария

Определение Смерти .

- Смерть определяется как прекращение жизнедеятельности организма и гибель его (физиологическая смерть, смерть клетки);
- прекращение существования человека, животного (скоропостижная смерть, ранняя смерть); прекращение жизни человека (жизнь – особая форма движения материи, возникающая на определенном этапе ее развития; физиологическое состояние человека от зарождения до смерти; полнота проявлений физических и духовных сил; период существования кого-либо; образ существования кого-либо; деятельность человека в определенной области; окружающая нас действительность).
Пока не существовало современных медицинских научных систем жизнеобеспечения, смерть определялась неспособностью организма обеспечивать свою жизнедеятельность самостоятельно.
- Современное состояние науки позволяет поддерживать основные человеческие функции организма для продолжения жизни организма.
- Различают смерть клиническую и следующую за ней биологическую (необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях).
- За основу констатации факта смерти принята «смерть головного мозга». О смерти мозга свидетельствуют данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

- На современном этапе развития цивилизации проблема смерти включает в себя не только биологические аспекты, но и этические, философские и теологические, антропологические, психологические.

Психологический аспект смерти включает в себя определенные переживания человека по поводу неизвестного для него происходящего момента жизни – окончание жизнедеятельности. Сам диагноз неизлечимого, смертельного заболевания, как правило, является причиной постоянного эмоционального напряжения, вызывая даже после успешной терапии страх рецидивов (подтверждает единство психосоциальных аспектов болезни). Неизлечимая болезнь окончательно изменяет все перспективы человеческой жизни, характер ее ориентации на будущее. Изменяется сам образ будущего.



- Будущее становится неопределенным, человек оказывается в оскудевшем виде, не соответствующем сложившимся планам и ожиданиям. Человек отказывается от привычной профессиональной деятельности, он превращается в объект семейной опеки, изолируется от привычного социального окружения. В комплексе изменяется весь психический облик пациента. Возникает новое по качеству эмоциональное состояние. Появляется замкнутость, отчужденность, пассивность, обеднение контактов с людьми, сужение актуальной мотивации пациента. Изменяется мотив жизни – сохранение жизни. Такие пациенты становятся равнодушными к близким людям, сужается круг явлений, способных заинтересовать их, привлечь внимание. Поэтому необходимо в работе с пациентом придерживаться комплексного подхода к личности умирающего – целостное представление в единстве его составляющих: дух, душа, тело.

Комплексная оценка эффективности оказания помощи умирающему пациенту отражается в понятии «качество жизни». В Уставе ВОЗ (1993г) отражено следующее: «Долг врача – применять все разумные, приемлемые меры для восстановления самостоятельного функционирования жизненно важных органов сознания, а при необходимости применять и чрезвычайные средства, которые имеются в распоряжении врача и предназначены для этих целей».



Однако в безнадежных случаях совершенно необязательно использовать такие чрезвычайные средства неопределенно долго». В 1982 г. Всемирная медицинская ассоциация принимает «Венецианскую декларацию о терминальном состоянии», где, в частности, говорится: «Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если пациент без сознания – по просьбе родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца... Врач должен воздерживаться от применения экстраординарных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы пациенту».

Поэтому сегодня общепринято определение ВОЗ «Паллиативного лечения».

○ Врач:

- Поддерживает у пациента стремление к жизни, рассматривает смерть как естественный процесс;
- Не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление;
- Обеспечивает уменьшение боли и смягчении других беспокоящих пациента симптомов;
- Включает психологическую и духовную поддержку пациента;
- Предлагает систему, поддерживающую у пациента способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой его смерти;
- Предлагает систему оказания помощи семье пациента во время болезни, а так же после его кончины.

Старая медицинская заповедь «Никогда лекарство не должно быть горше болезни!» - это принцип пропорциональности, когда необходимо оправдать отказ от экстраординарных медицинских методов, когда вся сложность и мучительность морального выбора заключается в выборе между жизнью и смертью. Сама смерть в данной житейской ситуации оправдана и



В «Этическом кодексе российского врача», принятом Ассоциацией врачей России в 1994г. статья 14 «Врач и право пациента на достойную смерть» запрещается любая эвтаназия, даже пассивная (прекращение лечебных действий у постели умирающего пациента). В «Кодексе врачебной этики» одобренном Всероссийским Пироговским съездом в 1997г, в разделе VI «Помощь больным в терминальном состоянии» также запрещается эвтаназия: врач обязан облегчать страдания умирающего всеми доступными и разрешенными способами. Т.е. умирающих пациентов необходимо бесполезно «перелечивать» (в России узаконено). Поэтому сегодня следует соответствующие разделы обоих этических кодексов отечественных врачей должны быть приведены в соответствие с современной медициной.



Итак, концепция разграничения ординарного и экстраординарного лечения исторически и по сути дела лежит в основе философии современной паллиативной медицины, призванной способствовать реализации права человека на достойную смерть. Речь идет о пересмотре системы ценностей профессионального сознания врачей, медсестер, всех медиков.

○ Прежняя тактика ведения умирающих пациентов (продление жизни во что бы то ни стало), если речь идет о безнадежных случаях, теперь трактуется как унижительное для пациента, бессмысленное пролонгирование умирания, превращение участи тех, кому выпал «ужасный конец» в «ужас без конца»

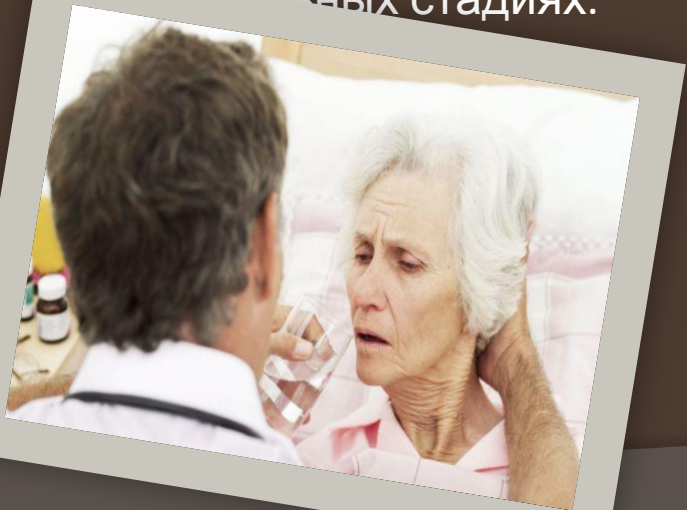
Качество жизни умирающего пациента – это основополагающий этический принцип здравоохранения.

○ Он заключается в уважении моральной автономии, прав человека. гарантии, защита прав пациента на получение достоверной информации о своем состоянии, заболевании, на сознательный выбор между лечением и нелечением, на духовное или моральное утешение и т.д. так или иначе связаны с новой сверхзадачей врачевания – обеспечение оптимального качества жизни пациента.

○ ВОЗ определило «качество жизни» как степень удовлетворения физических, психологических, социальных потребностей материальных и духовных



- Качество жизни можно определить только в количественных показателях физиологической, психологической и социальной активности, функционирования конкретного индивида.
- Поэтому необходимо учитывать :
 - комплексное влияние болезни на жизнь пациента, сравнивать эффективность различных медицинских вмешательств при одном и том же заболевании, различных заболеваниях или стадиях болезни;
 - определять отношение самого пациента к болезни, к отдельным ее симптомам.
- Поэтому снижением качества жизни будет являться потеря автономности человека – физиологическая, психологическая, социальная, духовная. Человек свободно самостоятельно принимает решения, касающиеся его здоровья и жизни. Врачи и медицинские работники должны создавать необходимые условия для принятия правильного решения (альтернативы методов лечения). Уважать человеческое достоинство умирающего пациента, особенно в последних стадиях.



- **Целью** паллиативной помощи будет являться стремление поддержать и улучшить (насколько возможно) качество жизни пациента, если заболевание уже не поддается лечению, создание условий для подобного качества жизни.



⦿ Этапы изменения сознания умирающего пациента по отношению к себе и своему состоянию (Э.Кюблет-Росс «О смерти и умирании»):

⦿

1. ОТРИЦАНИЕ И ИЗОЛЯЦИЯ («этого не может быть», «нет, только не я»). Такая реакция выполняет функцию буфера, смягчающего «смертельное потрясение», испытываемое человеком. Образ, что все смертны, должен сменится на «от этой болезни я скоро умру».



2. ГНЕВ, БУНТ («почему именно Я?»). человек уже не сомневается, что это правда, но воспринимает такую реальность как величайшую несправедливость и испытывает обиду на людей, на Бога, на медицинских работников (на реальных и нереальных людей)



3. ГОРЬ ОВІЯ . пациент в состоянии смертельной болезни в чем-то похож на ребенка. Когда реакция гнева не дала желаемого результата, он хочет заключить сделку с Богом, с врачами: «Ну, еще хотя бы год жизни», «Ну хотя бы неделю без этой боли, а за это я буду благочестив, всю жизнь буду заниматься благотворительностью» и т.д. «Доктор, сделайте все, чтобы я в последний раз выступил в своем театре, а потом я согласен на лечение, которое навсегда лишит меня голоса».

4. ДЕПРЕССИЯ - депрессия связана с нерешенными житейскими проблемами, тоска по уходящей жизни. В первом случае необходимо показать пациенту другие альтернативные способы решения этих проблем. Во втором случае совсем необязательно утешать пациента, так как тоска подготавливает пациента к переживанию заключительного этапа жизни.

5. СМирЕНИЕ. Человек начинает размышлять о грядущей смерти с определенной степенью спокойного ожидания. Пациент чувствует усталость от жизни, смиренно ждет окончания, завершает все свои дела.



○ Необходимо, чтобы пациент воспринимал свою жизнь не как идеальное представление о себе, собственном образе жизни, представление должно быть максимально приближено к реальности, к тому, как он фактически живет здесь и сейчас. Чем меньше разрыв между мечтами, надеждами, ожиданиями, амбициями человека и его реальными возможностями, фактами его реального бытия, тем выше его качество жизни.



○ Оптимизировать, улучшить качество жизни пациента можно улучшая его физические возможности (держат под контролем тягостные симптомы, сопровождающие умирание), реалистично корректировать ожидания (в соответствии с действительными возможностями).

◎ Медицинские проблемы

- ◎ *Наиболее часто в уходе за умирающими приходится иметь дело со следующими проблемами:*
- ◎ подавленное настроение;
- ◎ тревожность;
- ◎ боль;
- ◎ анорексия;
- ◎ тошнота и рвота;
- ◎ запоры.



⦿ *Принципы симптоматического лечения :*

- ⦿ Выполнять все назначения врача.
- ⦿ Объяснять больному, чем вызваны его жалобы.
- ⦿ Регулярно осматривать больного.
- ⦿ Следить за своевременным введением обезболивающих препаратов.
- ⦿ Придерживаться рекомендованной диеты.
- ⦿ Использовать массаж и физиотерапию.



◎ **Общение**

- ◎ **Принципы общения с умирающим человеком:**
- ◎ Будьте всегда готовы оказать помощь.
- ◎ Проявляйте терпение.
- ◎ Дайте возможность выговориться.
- ◎ Произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны.
- ◎ Спокойно относитесь к его гневу.
- ◎ Избегайте неуместного оптимизма



○ *Для того, чтобы помочь больному справиться со страхом, необходимо:*

- уметь слушать;
- понимать невербальный язык;
- оказывать эмоциональную поддержку;
- общаться с больным открыто, доверительно;
- относиться к нему с сочувствием;
- честно отвечать на вопросы;
- не внушать несбыточных надежд;
- давать возможность задавать вопросы;
- понимать потребности больного;
- принимать во внимание и стараться удовлетворить психические, социальные и духовные потребности больного;
- предвидеть трудности и быть готовым к их преодолению.

