Министерство здравоохранения Омской области

БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(БПОУ ОО «МК»)

ЦК СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

**ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

**Раздел 6 Паллиативная медицинская помощь**

**Тема 6.4 Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением.**

**Специальность** 34.02.01 Сестринское дело (базовая подготовка)

2 курс на базе среднего общего образования

3 курс на базе основного общего образования

3 курс очно-заочная форма обучения

Разработчик: Мельник О.Н.

Омск 2020

**Тема 6.4 Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением.**

|  |
| --- |
| **ПЛАН ЛЕКЦИИ** |
| **1. Паллиативная помощь и страдание** |
| **2. Стадии горевания** |
| **3. Сестринские вмешательства на различных этапах адаптации пациента к психологической травме** |
| **4. Этико-деонтологические особенности общения с обречённым человеком, его родными и близкими** |
| **5. Сестринская помощь родным, переживающим потерю** |
| **6. Группы, подверженные риску сильнейшей скорби** |
| **7. Роль медсестры в оказании помощи семье, пережившей утрату** |
| **4. Стадии траура** |

**Паллиативная помощь и страдание**

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов - это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Именно второму разделу в России уделялось и до сих пор уделяется очень мало внимания. Неправильным было бы считать, что умирающий больной нуждается только в уходе. На самом деле существует много профессиональных тонкостей, необходимых для облегчения страдания, которые могут решить только подготовленные специалисты.

«Помощь в конце жизни» или «помощь умирающим» является частным разделом паллиативной помощи. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки больного и его семьи. Поэтому часто говорят, что паллиативная помощь - это философия. Главной целью паллиативной помощи в конце жизни является избавление больного и умирающего от страдания.

Очень трудно дать определение человеческому страданию. Это ощущение очень индивидуально. **Страдание** определяется как сильное трагическое переживание, связанное с событиями, которые угрожают стабильному состоянию и целостности личности (Woofruff R., 1996). **Страдание** - самостоятельный феномен, и его необходимо отличать от боли или других симптомов, с которыми оно может сочетаться в силу ряда причин.

Во-первых, человек переживает страдание как личность, как целостная личность, страдают не тело или разум отдельно друг от друга.

Во-вторых, страдание может быть результатом нарушения баланса или благополучия любого составляющего компонента личности - физического, психологического, социального, культурного или духовного, а не только результатом боли или других симптомов.

В-третьих, существуют огромные индивидуальные различия в степени страдания, вызванного конкретной болью или угрозой.

И, наконец, если во время острой болезни человек и испытывает страдание как результат боли или другого физического дискомфорта, то оно присутствует в незначительной степени и легко преодолимо. Однако в паллиативной помощи, когда проблемы больных почти всегда хронические, прогрессирующие и чрезвычайно серьезные для больного, страдание почти всегда носит универсальный характер.

Этиология и сущность страдания - сложный вопрос, на тему которого было написано множество философских, психологических и теософских трудов. В клинической практике удобно использовать простую классификацию для того, чтобы осмыслить все сложные проблемы больного и обеспечить его всесторонней защитой. **Источники страдания могут быть сгруппированы в зависимости от их природы в несколько групп: источники физического, психологического, социального, и духовного плана.** Для больных с далеко зашедшими злокачественными новообразованиями страдание может быть результатом одной или всех из названных причин, и каждая из причин взаимно усиливает эффект других. Термин «тотальное страдание» используется для описания всепоглощающего страдания человека, что и является проблемой, для решения которой предназначена паллиативная помощь.

В состоянии пациента наступает такой момент, когда он, его родные понимают неизбежность смерти. Чужая смерть – испытание для любого человека. Медсестра должна знать возможные реакции пациента и его близких на полученную информацию, и должна быть готовой к адекватной психологической поддержке с такого момента и до конца, понимая индивидуальность каждого случая.

**Печаль, переживание** – специфическое поведение, которое появляется после потери значимого человека, органа или части тела. Оно прекращается после того, как человек смирится с этой потерей.

**Потерей** может стать утрата работы, конечности в результате ампутации, потеря возможности двигаться самостоятельно, потери зрения или слуха, потеря родного человека, потеря жизни. Когда говорят о потере жизни, имеется в виду и тот, кто ушел, и те, кто переживает потерю близкого человека. Жизнь – серия потерь. Естественная реакция человека на потерю – горе.

**Горе** – эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий (фаз).

Для «нормального» горевания характерно развитие переживаний по нескольким стадиям с комплексом симптомов и реакций, характерных для каждой.

Картина острого горя схожа у разных людей.

При нормальном течении горевания характерны периодические приступы физического страдания, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль, поглощение образом умершего.

**Длится стадия острого горя около 4-х месяцев, условно включая в себя 5 из описанных ниже стадии.**

Продолжительность каждой стадии описать довольно сложно, в связи с их возможной взаимообратимостью на протяжении всей paбoты горя.

**Стадии переживания потери, горя**

Нередко в отделении находится неизлечимый пациент. Когда смерть оказывается вдруг близкой и неизбежной, то встречать ее трудно. Человек, узнавший, что он безнадежно болен, что медицина бессильна, и он умрет, переживает различные психологические реакции, так называемые эмоциональные стадии горя (определенных американским врачом-психиатром – Э.Кюблер-Росс в классической работе «О смерти и умирании»).

**1. Отрицание, шок, оцепенение** Человек может чувствовать, как будто он оторван от действительности. Психический шок может перейти в психические припадки, истерику. Шок приводит к реакции отрицания («Этого не может быть!», «Нет, только не я», «Это неправда»). Стадия носит защитный характер.

**2. Реакция злости, гнева** Шок и оцепенение постепенно дают выход напряженным эмоциям. Человек уже не сомневается, что это правда, но воспринимает такую реальность как величайшую несправедливость и испытывает обиду на людей, Бога. Злость может быть направлена как на самого себя, так и на медперсонал или семью («Почему я?», «Кто виноват?»). К этому несправедливому гневу следует относиться с пониманием.

**3. Попытка вести переговоры с «Высшим духовным существом».** Больной 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. Человек обещает: «Ему» что-то сделать, если «Он» исцелит его самого или его близкого («Еще не сейчас», «Еще немного»).

**4. Стадия депрессии** Она сопровождается чувством растерянности и отчаяния. Человек часто плачет, теряет интерес и к собственной внешности. Иногда это приводит к изоляции от внешнего мира. Человек умом способен принимать окончательность потери гораздо раньше, чем эмоции позволяют допустить эту правду («Да, это произойдет со мной, я умру», «Нет выхода, все кончено»).

***Признаки депрессии:***

 постоянное плохое настроение;

 потеря интереса к окружающему;

 чувство вины и собственной неполноценности;

 безнадежность и отчаяние;

 попытки самоубийства или постоянные мысли о суициде.

**5. Принятие** Прощание с жизнью, смирение («Пусть будет», «Никуда не денешься, значит, судьба»). В этой стадии идет интенсивная духовная работа – покаяние, оценка своей жизни и той меры добра и зла, которой можно оценить свою прожитую жизнь. Пациент начинает испытывать состояние покоя и умиротворения.

Время, которое необходимо человеку, чтобы пройти все эти стадии сугубо индивидуально. Нередко эти реакции проявляются в различной последовательности и некоторые из них могут наступать одновременно. Иногда смирение сменяется реакцией отрицания. Очень важно распознать в какой стадии находится больной на данный момент, чтобы оказать ему соответствующую помощь.

**Сестринские вмешательства на различных этапах адаптации пациента к психологической травме**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадии горя | | Сестринское вмешательство |
| **1. «Отрицание»** | 1. Выяснить свои чувства по отношению к смерти, т.к. личное неприятие и страх могут быть перенесены на умирающего.  2. Просить пациента описать на бумаге свои чувства, опасения, страхи. Это способствует психологической переработке этих эмоций. Важно посидеть у кровати больного (уменьшается его чувство заброшенности);  внимательно слушать и сопереживать чувства больного (уменьшает чувство изоляции, способствует построению взаимоотношений); поддержать руку, коснуться плеча (физическое прикосновение некоторым больным приносит чувство комфорта и демонстрирует заботу о них).  3. Информировать больного. Поощрять те его вопросы, которые он готов задать (правильная информация может уменьшить беспокойство и прояснить ситуацию). Однако, если у пациента отмечается выраженная реакция отрицания, и он не желает знать о смерти, то говорить об этом нельзя, это было бы ошибкой. | |
| **2. «Гнев»** | 1. Признать право пациента испытывать гнев, что вызывает ощущение поддержки и взаимопонимания (дать больному «выплеснуться»).  2. Работать с пациентом так, чтобы он перевел гнев в позитивное русло (постановка целей, принятие решений, борьба с болезнью). Это поможет больному повысить чувство собственного достоинства, держать эмоции под контролем и ощутить поддержку со стороны медперсонала. | |
| **3.«Просьба об отсрочке»** | 1. Обеспечить поддержку (возможность обратиться к кому-либо и быть понятым помогают пациенту справиться со своими чувствами). Не призывайте пациента стойко переносить несчастье, держаться и быть сильным. | |
| **4. «Депрессия»** | 1. Вовлекать пациента в привычный для него жизненный уклад (сокращает время, проводимое в размышлениях).  2. Уделять пациенту достаточное количество времени и общаться с ним (уменьшает чувство изоляции и способствует взаимопониманию).  3. Стараться держать под контролем чувство боли (комфортное состояние увеличивает желание пациента взаимодействовать с другими и уменьшает тенденцию к уединению).  4. Настроить пациента на обсуждение вопросов вины и потери, что поможет уменьшить чувство вины и возможные мысли за наказание прошлые действия.  5. Предоставлять пациенту необходимое личное пространство (при туалете, купании). Это поддерживает чувство собственного достоинства. | |
| **5. «Принятие»** | 1. Поддерживать контакт, даже если пациент не хочет общаться (уменьшение чувства изоляции).  2. Продолжать контроль за болевыми ощущениями (поддерживает состояние покоя и умиротворения на финальной стадии).  3. Оказывать духовную поддержку (пригласить священника…). Это поможет переосмыслить свою прожитую жизнь, покаяться, рассеять неразумный подход к вопросам религии и веры. | |

**Этико-деонтологические особенности общения с обречённым человеком, его родными и близкими**

*«Правда – одно из наиболее сильных терапевтических средств доступных нам, но по-прежнему надо знать точный смысл ее клинической фармакологии и выяснить оптимальное время и дозировку к ее употреблению. Похоже нам необходимо вникнуть в близкую связь между надеждой и отрицанием ее»*

*Симпсон*

Чтобы общаться с неизлечимо больными людьми, нужен навык, которому, хотя и не без трудностей можно обучиться. Для этого необходимо знать себя, пациента и его семью, а также их отношение и подход к данной проблеме. Умение общаться требует от человека быть честным, уважать чувства других и обладать способностью к состраданию. Это умение включает язык жестов, разговорную речь, доверие, которое устанавливается между вами и собеседником.

Потребности пациентов и их семей в общении:

 потребность в общении между людьми;

 в информации;

 в совете;

 в утешении;

 в обсуждении лечения и прогноза;

 в беседе о чувствах и профессиональная психологическая поддержка.

**Помните!** *Отношения между медсестрой и обреченным пациентом основаны на доверии. Поэтому не обманывайте пациента.*

В основном пациенты хотят знать как можно больше о своем состоянии. Однако будьте готовы остановиться, если пациент дает вам понять, что он получил достаточно сведений.

1. Выделите время для неспешной непрерывной беседы.

2. Присядьте и дайте понять пациенту, что у вас есть для него время.

3. Постарайтесь, чтобы ваш взгляд был на одном уровне со взглядом пациента.

4. Очень важно говорить в уединенной обстановке.

5. Важно поощрять больного к продолжению беседы, показав заинтересованность кивком головы или фазой:

6. «Да, я понимаю».

Когда люди страдают, они стремятся к неформальному общению, в отличие от того состояния, когда они спокойны и владеют собой.

Помните, что при беседе с пациентом очень важно наличие оптимального физического пространства между вами. Пациент будет чувствовать себя неудобно, если вы находитесь от него слишком близко. Если же далеко – это будет дополнительным барьером для общения.

Большинство умирающих испытывают потребность в том, чтобы возле них были ближайшие родственники, для этого нужно сделать все возможное.

Самое главное, что хотелось бы слышать пациенту во время надвигающейся неопределенности:

 «Что бы ни случилось, мы не оставим Вас».

 «Вы умираете, но по-прежнему важны нам»

*Цель подобного общения:*

1. избавить от неопределенности

2. придать новое значение отношениям с окружающими

3. помочь пациенту и семье выбрать правильное направление

Большей частью информация должна быть передана не словесными средствами, а прикосновениями, взглядом, выражением глаз.

***Прикосновение*** – важное средство передачи пациенту уверенности и комфорта (например, держать его за руку, плечо).

Не нужно препятствовать проявлению отрицательных эмоций (чувство гнева, горя).

М/с должна обладать тактом, выдержкой, вниманием.

Будьте готовы к религиозным и философским беседам, диалогам с пациентом о справедливости, о смысле жизни, о добре и зле. Вся трудность в такой ситуации заключается в том, что философские суждения здесь, в первую очередь, важны не сами по себе, а как средство утешения, примирения обреченного человека со своей судьбой.

Умирающие больные очень остро чувствуют неискренность собеседника, болезненно относятся к малейшим проявлениям безразличия. Поэтому при общении с ними очень важно сохранять доброжелательность, милосердие и профессионализм независимо от личных проблем и обстоятельств.

Смерть часто является тяжелым потрясением для родных, а поэтому к ним в таких случаях следует отнестись с особой заботой и вниманием, оказать им психологическую поддержку.

Как вести себя у постели умирающего, как и о чем с ним можно разговаривать, как наносить визиты пациенту, - этому должна научить родственников обреченного медсестра.

Таким образом, общение с пациентом должно строиться одновременно на двух принципах: с одной стороны, никогда его не обманывать, с другой – избегать бездушной откровенности.

Страх смерти связан иногда со страхом процесса умирания, который в случаях хронического заболевания сопровождается, как правило, появлением или нарастанием беспомощности. Необходимо убедить пациента и его родственников в том, что близкого человека не бросят, будут о нем заботиться до последних минут.

Если пациент отказывается от сестринского ухода, связанного с помощью в передвижении, переворачивания в постели, в той степени, в какой это возможно следует выполнять его просьбы. При этом следует продолжать основной сестринский уход, гигиенические процедуры, обеспечивать чистоту и профилактику пролежней, применять и такие расслабляющие процедуры, как глубокое дыхание, растирание, массаж спины и конечностей и др.

Если умирающий находится в стационаре из-за тяжести своего состояния, то к уходу за ним можно привлекать родственников, обучив их элементам ухода. Они могут, например, покормить пациента, поправить постель, провести некоторые гигиенические мероприятия.

***Надежда***

«Надежда - это ожидание чуть большего, чем ничего, в достижении цели». «Надежда умирает последней».

Зачем лишать человека того маленького лучика, прорывающегося через темноту ночи, зачем лишать его последней возможности быть человеком и осознавать то, что он здесь еще нужен, что он любим.

Отнять надежду значит убить, убить безжалостно, беспощадно.

Умирающий должен надеяться, и эту надежду долен дать ему мед. работник, своим теплом, заботой, лаской, уважением.

Никогда не нужно забывать о том, что все мы смертны, что рано или поздно нам тоже придется уйти из этого бренного мира.

Будем помнить и любить жизнь со всеми ее радостями и огорчениями и не нужно омрачать последние мгновения жизни.

Факторы, способствующие надежде

|  |  |
| --- | --- |
| *Уменьшение надежды*  Недооценка как личность  Заброшенность и изоляция  Отсутствие направления  Неконтролируемая боль  Дискомфорт | *Увеличение надежды*  Ценят как личность  Значимость во взаимоотношениях  Реальные цели  Обезболивание |

*Когда остается совсем мало надежды, вполне реально надеяться на не одинокую смерть.*

**Право сообщить диагноз**

Не во всех ЛУ принято сообщать правду о диагнозе и прогнозе обреченным пациентам. Действует принцип: «Ложь во спасение». Якобы, эта ложь помогает сохранить надежду.

Однако ложный оптимизм и является разрушителем надежды. Действуют по этому принципу и врачи и м/с. Скорее всего это связано с неумением сообщать плохие новости.

В нашей стране право сообщить пациенту и его родственникам диагноз принадлежит врачу. Сестра же должна уметь обсуждать с пациентом (при его желании) и его родными вопросы в рамках полученной от врача информации.

Если подходить к этой проблеме профессионально, ответственно, то принципиальное значение приобретает выбор времени и места для подобного разговора. Так как в этой беседе затрагиваются глубинные пласты человеческого существования. Иногда медику приходится готовиться так же тщательно, как и к сложной операции. Следует позаботиться об отсутствии всяческих помех; беседа ни в коем случае не должна быть «проходной», - врач (медсестра) обязан потратить на нее столько времени, сколько нужно больному.

**Сестринская помощь родным, переживающим потерю**

После того, как близкие узнают от врача правду, сестра может отвечать на вопросы, связанные с уходом и обеспечением достойного образа жизни.

Часто у родственников появляется чувство вины перед умирающим, в некоторых случаях они испытывают чувство гнева, злости, даже агрессию по отношению к медработникам. Следует помочь близким снять чувство вины и напряжения.

Некоторых родственников нужно научить вести себя так, как если бы они находились в домашних условиях, как наносить визит больному. Навещая его, необязательно разговаривать, лучше проявить заботу, поправляя подушку, проводя гигиенические процедуры, осуществляя кормление. Даже просто сидеть и читать книгу, газету, вместе смотреть телевизор бывает очень важно для больного, т.к. он чувствует, что он не одинок.

Разговаривая с близкими, задавая им вопросы о жизни умирающего, дайте понять, что вы готовы оказать им психологическую поддержку. Объясните членам семьи, что даже если умирающий находится без сознания, он в состоянии слышать и ощущать прикосновение. А значит, тихий разговор с ним, прикосновение к руке помогут ему пережить потерю.

Членам семьи будет легче, если они будут видеть, что уход за близким им человеком осуществляется добросовестно, в палате поддерживается комфортная обстановка. Несмотря на слабость и беспомощность нельзя забывать о праве пациента на выбор, каждая манипуляция должна осуществляться с его разрешения.

**Стадии горя, переживаемые родственниками умершего.**

Оказание психологической помощи семье умирающего человека является важной частью в работе м/с, которая может поддержать семью и после его смерти. Семья, переживающая смерть родного, близкого человека тоже проходит стадии горя.

**1. Шок, оцепенение, неверие.** Скорбящие люди могут чувствовать себя в отрыве от жизни, т.к. реальность смерти еще не полностью достигла сознания и еще не полностью достигла сознания и они еще не готовы принять потерю.

**2. Боль,** испытываемая из-за отсутствия умершего человека. (отсутствие умершего ощущается везде, дом и семья наполнены болезненными воспоминаниями, скорбящего охватывает сильнейшая тоска).

**3. Отчаяние** (волнение, гнев, нежелание вспоминать). Наступает, когда приходит осознание того, что умерший не вернется.

В это время часто отмечается:

\* снижение концентрации внимания,

\* злость,

\* вина,

\* раздражительность,

\* беспокойство,

\* чрезмерная тоска.

**4. Принятие** (осознание смерти). Депрессия и колебание чувств может продолжаться больше года после похорон.

**5. Разрешение и перестройка**. Вместе с умершим человеком уходят старые привычки поведения и возникают новые, которые ведут к новой фазе принятия решений. Человек в состоянии вспоминать умершего без всепоглощающей печали.

Знание стадий горя, переживаемых родственниками умершего необходимы для того, чтобы избежать неправильного отношения к скорбящему, вспыльчивого осуждения о его переживаниях в настоящий момент.

**Группы, подверженные риску сильнейшей скорби:**

 Пожилые люди, переживающие потерю близкого человека, чувствуют себя более изолированными и нуждаются в сочувствии.

 Дети, утратившие близких им людей, очень уязвимы и более осознанно воспринимают смерть, чем думают об этом взрослые:

1. **до 2 лет** дети не могут отдавать себе отчета в том, что кто-то из семьи умер. Но они очень этим обеспокоены.

2. **от 3 до 5 лет** дети не считают смерть необратимым явлением и думают, что умерший вернется.

3. **между 6 и 9 годами** дети постепенно начинают осознавать необратимость смерти, а мысли у них могут быть связаны с привидениями.

4. **подростки** эмоционально уязвимы и переносят утрату особенно тяжело.

Дети по-особенному реагируют на потерю родителей. Существует несколько ситуаций, которые могут повлиять на ребенка:

 оставшийся из родителей находится в глубокой печали;

 ребенок не понимает, что произошло, потому что ему четко не объяснили;

 изменение места жительства и школы;

 малочисленность семейных социальных контактов;

 ухудшение социального и экономического положения семьи, особенно, когда умирает отец;

 вступление в брак оставшегося родителя до того времени, пока ребенок свыкнется с мыслью, что умерший не возвратится;

 ухудшение заботы о ребенке.

Процесс переживания печали ребенком может иметь следующие проблемы:

1. нарушение сна,

2. расстройство аппетита,

3. возрастание общего беспокойства (нежелание выходить из дома или идти в школу),

4. капризность,

5. смена настроения от эйфории до плача, депрессии, 6. уединение.

**Ребенок глазами родителя**

Очень часто родителя не знают, чего ожидать от ребенка и часто отрицают, что он находится под влиянием случившегося. Они часто не способны вникнуть или отреагировать на явные сигналы детского горя. Это связано непосредственно с восприятием потери родителем, которое может быть патологическим:

 отрицание (продолжать жить, как будто ничего не случилось);

 поспешный выбор нового партнера;

 продолжительное отрицание и гнев на невыполненные супругом обязанности;

 хроническая депрессия и самообвинение.

**Роль медсестры в оказании помощи семье, пережившей утрату:**

1. Объяснить оставшемуся родителю, проявляющиеся у ребенка физические и эмоциональные реакции, и подчеркнуть, что они являются нормальными в ситуации потери для детей.

2. Рекомендовать книги и брошюры на эти темы. Это поможет разумно рассмотреть ситуацию. Чтение этих книг вместе с детьми может способствовать началу разговора.

3. Советовать оставшемуся родителю помогать детям рисовать, писать на тему, касающуюся их потери, а также разговаривать об этом с теми, кому они доверяют.

4. Убеждать оставшегося родителя заботиться о своих финансовых, эмоциональных и социальных нуждах. В этом случае им легче отвечать на нужды своих детей.

**Как помочь ребенку**

* Ребенок, который понимает, что случилось, который проводил время с больным родителем перед смертью и попрощался с ним после смерти, способен лучше соотносить новую ситуацию с самим собой.
* Ребенку нужно дать возможность выразить свои чувства. Дедушка, бабушка или друг, которые убеждают ребенка не плакать, чтобы не расстроить живого родителя, не должны этого делать.
* Детям иногда нужно давать разрешения выразить свое горе. Им необходимо видеть горе родителей и разделить его с ними.
* Элементарные запросы ребенка должны быть удовлетворены. Регулярное питание и режим сна в первые недели после утраты; освобождение от финансовых проблем.
* Школа должна быть осведомлена о критическом состоянии ребенка.
* Ребенку нужно дать простую, конкретную информацию и возможность задавать одни и те же вопросы, а взрослому необходимо знать наверняка, что ребенок понял ответы на свои вопросы.
* Ребенку необходимо постоянно обсуждать случившееся, иногда в течение месяцев, и эту возможность, он должен иметь.
* Ребенку необходима уверенность, что ему по – прежнему, будет оказываться внимание, а обещания будут выполняться.
* У ребенка не должно быть состояния отрицания. Если ребенок не задает вопросов и ведет себя так, как будто ничего не случилось, взрослому следует помочь ребенку выразить скрытые чувства и незаданные вопросы.
* Даже с очень маленькими детьми нужно разговаривать и помочь им понять, что умерший отец/мать не вернется.
* Очень легко идеализировать умершего родителя. Если оставшийся родитель и ребенок могут вместе скорбеть о том, кто умер, воскрешая в памяти обоих, доброе и плохое, ребенок будет чувствовать себя более уютно насчет раздвоенности чувств по поводу умершего родителя. Ему также нужна уверенность, что он не причинил и не способствовал ни болезни, ни смерти родителя.

**Стадии траура**

**Траур** – обряды и традиции, которые помогают человеку справиться с горем.

* Облегчение (несколько дней) – следует непосредственно за смертью. Чувство нереальности и оглушения.
* Ослабление напряжения (около 3 недель) – разрешение практических проблем (например, исполнение завещания, вопросы страховки).
* Отказ (3 – 4 месяца) – ощущение покинутости, неуверенности, жалости к себе и самокритика.
* Воспоминания (1 – 15 месяцев) – попытка снова воспроизвести радостные чувства и события прошлого. Возможны визуальные и слуховые галлюцинации, попыткисуицида.
* Начало новой жизни – интенсивные занятия домом, хобби, встречи с друзьями, но дни рождения и праздники ещё болезненны.

**Задания по изученному материалу:**

**1.Изучи теоретический материал, используя конспект лекции и учебник** В.А.Лапотников., В.Н.Петров, А.Г.Захарчук Паллиативная медицина. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестёр. - СПб: «Издательство ДИЛЯ», 2007. - 384 с.: с ил.

**2. Подготовьте устно ответы на контрольные вопросы:**

1. Дайте определение понятий страдание, печаль, потеря, горе, траур.
2. Перечислите стадии горевания характерные для пациента.
3. Перечислите стадии горевания характерные для родственников
4. Перечислите стадии траура
5. Дайте характеристику стадий горевания.
6. Расскажите о сестринских вмешательствах в разные стадии горевания
7. Расскажите об особенностях общения с умирающим пациентом
8. Назовите группы, подверженные риску сильнейшей скорби
9. Расскажите об особенностях помощи детям

**10\***. Составьте примерный вариант беседы с пациентом (родственником) в одну из стадий горевания