

ELNEC

END-OF-LIFE NURSING EDUCATION CONSORTIUM

International Curriculum

РУКОВОДСТВО

ДЛЯ

ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Модуль 8

Последние часы

Модуль 8

Последние часы

Обзор модуля

Данный модуль касается ухода, предоставляемого непосредственно во момент смерти, придавая особое значение подготовке, необходимой для обеспечения наилучшего ухода в этот критический момент процесса болезни.

Основные идеи

- Непосредственный момент смерти создает уникальные проблемные вопросы, сверх тех, с которыми приходится сталкиваться во время болезни.
- Уход на данном этапе требует внимания к физическим, психологическим, социальным и духовным потребностям пациентов из различных возрастных групп и особым потребностям членов их семей.
- Оценка медработниками собственного опыта заботы о пациентах в момент смерти помогает повысить профессиональную результативность.

Задачи

После завершения этого модуля участник сможет:

1. Оценить неминуемую смерть пациента и назвать пять физических признаков и симптомов процесса умирания и три признака смерти.
2. Оценивать физические, психологические, социальные и духовные потребности и меры вмешательства для умирающего пациента и членов семьи.
3. Обсуждать роль медсестры паллиативного лечения, связанную со смертью пациента.

Модуль 8. Последние часы

Конспект курса обучения

- I. ВВЕДЕНИЕ
 - A. Медсестра, умирание и смерть
 - B. Умирание — это индивидуальный личный опыт
 - C. Медсестра в качестве поддержки

- II. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЧЕРЕЗ ЗАЩИТУ, ОБЩЕНИЕ, ПРОСВЕЩЕНИЕ И ПОДДЕРЖКУ В ЛЮБЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ
 - A. Открытое, честное общение при приближении смерти
 - B. Умиравший пожилой человек

- III. ДВЕ ДОРОГИ К СМЕРТИ: ПРИЗНАКИ, СИМПТОМЫ И ВМЕШАТЕЛЬСТВО МЕДСЕСТРЫ
 - A. Определение прогноза
 - B. Психологические и душевные симптомы
 - 1. Страх перед процессом умирания
 - 2. Страх быть покинутым
 - 3. Страх перед неизвестностью
 - 4. Осознание приближающейся смерти
 - 5. Отчуждение от семьи, друзей и/или лиц, осуществляющих уход
 - 6. Повышенная сосредоточенность на духовных вопросах
 - C. Искусственное питание и гидратация в конце жизни
 - D. Периодичность общих симптомов
 - E. Физические признаки и симптомы варьируются
 - 1. Смятение, дезориентация, бред
 - 2. Бессознательное состояние
 - 3. Слабость/усталость
 - 4. Взрыв энергии
 - 5. Дремота/сон
 - 6. Беспокойство/возбуждение
 - 7. Жар
 - 8. Изменения стула
 - 9. Сокращение самостоятельного потребления пищи
 - 10. Недержание
 - 11. Боль

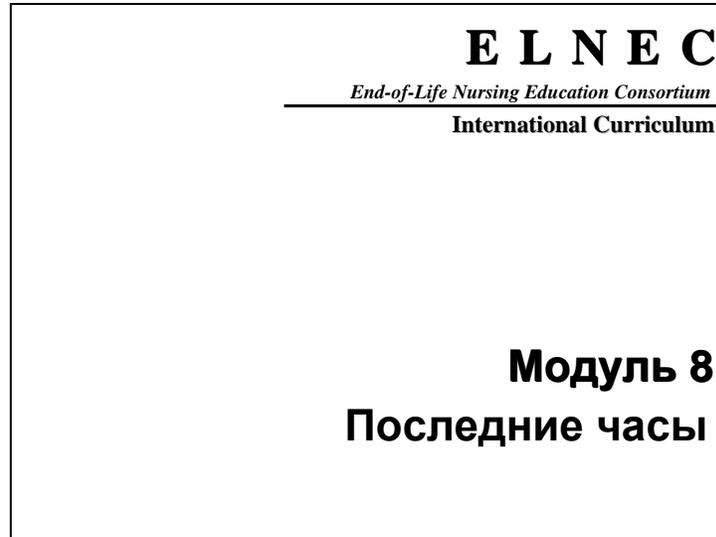
- IV. БОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ЧАСОВ ЖИЗНИ
 - A. Крайне важны оценка и снятие боли
 - B. Опиоиды
 - C. Накопление метаболитов
 - D. Спазмы мышц

- V. НЕУСТРАНИМАЯ БОЛЬ И ДРУГИЕ СИМПТОМЫ В КОНЦЕ ЖИЗНИ
 - A. Седативный эффект
 - B. Лечение
 - C. Обеспечение комфортного состояния/эмоциональная поддержка
- VI. БЛИЗКАЯ СМЕРТЬ
 - A. Общие симптомы близкой смерти
 - 1. Уменьшение диуреза
 - 2. Холодные и покрытые пятнами конечности
 - 3. Изменение показателей жизненно важных функций
 - 4. Респираторная гиперемия, в том числе клопочущее дыхание
 - 5. Предсмертный хрип
 - 6. Бред и смятение
 - 7. Беспокойство
 - B. Снятие симптомов близкой смерти
 - C. Дежурство у постели умирающего
 - 1. Желания/предпочтения членов семьи
 - 2. Общие страхи
 - 3. Вмешательство медсестры
 - 4. Уважительное отношение к культуре
- VII. РЕАНИМАЦИЯ/РЕЗУЛЬТАТЫ
- VIII. СМЕРТЬ
 - A. Сообщение известия о смерти
 - B. Признаки и симптомы смерти
 - 1. Отсутствие сердцебиения/дыхания
 - 2. Неподвижные зрачки
 - 3. Цвет
 - 4. Падение температуры тела
 - 5. Расслабление мышц, сфинктеров
- IX. УХОД СРАЗУ ПОСЛЕ СМЕРТИ
 - A. Подготовка членов семьи
 - B. Обязанности медсестры в отношении ухода после смерти
 - 1. Удаление трубок, медицинского оборудования и расходных материалов
 - 2. Обмывание, одевание и расположение тела
 - 3. Планирование похорон/бальзамирования
 - 4. Вынос тела
 - C. Понимание особенностей культуры и обрядов, связанных со смертью
 - D. Смерть родителя Забота о ребенке
- X. ПЕРСОНАЛ, ОКАЗЫВАЮЩИЙ ПОДДЕРЖКУ
 - A. Дайте выразить чувства словами; обратитесь к «экстренному» персоналу
 - B. Организуйте поминальные услуги и ритуалы
 - C. Будьте ролевой моделью
- XI. ВЫВОД

Модуль 8. Последние часы

Краткий конспект

Slide 1



«Жизнь приятна. Смерть спокойна. ПЕРЕХОД – вот с чем возникают трудности».
Айзек Азимов (1920-1992 г.г.)

- Медсестры будут сталкиваться со смертью в течение всей своей трудовой деятельности, включая уход за:
 - взрослыми, которые умирают внезапно (например, в результате несчастных случаев, сердечных приступов и т.д.);
 - пациентами, которым поставлен диагноз, с которым они могут прожить не более шести месяцев (т.е. рак и т.п.);
 - пожилыми пациентами, которые умирают от хронического заболевания (например, от сахарного диабета, заболеваний сердца, ХОЗЛ и т.д.);
 - детьми, которые умирают в результате несчастного случая, острого или хронического заболевания;
 - мертворожденными, младенцами, которые умирают вскоре после рождения от врожденных дефектов, синдрома внезапной смерти младенцев (СВСМ) и т.д.
- Умирание — физическое, психологическое, социальное и духовное событие, поэтому планирование и консультации с многопрофильной группой крайне важны.
- Члены семьи, которые наблюдают последние часы и минуты жизни их близкого человека, будут помнить их смерть всю оставшуюся жизнь. Медсестрам выпала уникальная роль заботиться о том, чтобы их пациент ушел из жизни достойно и спокойно.

○
○
○

Медсестра, умирание и смерть

- **Медсестры оказывают поддержку персоналу, пациентам/членам семьи**
- **Межличностная компетенция**
- **Присутствие**
- **«Роль свидетеля»**
- **Многопрофильное лечение**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Большинство медсестер, возможно, более «реально» соприкасаются со смертью, чем другие специалисты в сфере здравоохранения.
 - Последние часы и дни перед смертью пациента могут быть самыми значимыми моментами для пациента и членов семьи, так как они готовятся к смерти, прощаются и завершают задачи, связанные с концом жизни.
 - Медсестра, выступающая в роли защитника/компаньона/специалиста по осуществлению ухода/наставника/помощника, часто является человеком, способствующим достойной, спокойной смерти, который уважает выбор пациента/семьи вне зависимости от того, где наступает смерть (дома, в доме инвалидов, хосписе, стационаре).
- Межличностная компетенция включает (Berry & Griffie, 2006 г.):
 - Сочувствие (постановка себя на место другого).
 - Безусловное положительное отношение (неосуждающее принятие).
 - Искренность (доверие, открытость).
 - Внимание к деталям (критическое мышление).
- Медсестре не должно быть в тягость то, что она «присутствует» и «является свидетелем» умирающего пациента и членов семьи.
- Уход за умирающим должен быть многопрофильным. Медсестры тесно сотрудничают с врачами и членами всего коллектива, чтобы предоставить заботу в это горькое время.

○
○
○

Умирание — это индивидуальный личный опыт

- Стандартной смерти не существует
- Предпочтения пациента
- Медсестры дают советы
- На смерть оказывают влияние культурные убеждения

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Стандартной смерти не существует. Каждый человек умирает
 - по-своему,
 - в свое время,
 - в своей культуре,
 - со своими собственными системами убеждений и ценностей,
 - с уникальными взаимоотношениями с семьей, друзьями, коллегами.
- Когда пациенты осознают, что они умирают, они обычно знают, где они хотят умереть, в присутствии кого они хотят умереть и как они хотят умереть.
- Медсестры должны поддерживать выбор пациентов/членов семьи относительно того, где, в присутствии кого и когда они умирают. В сотрудничестве с многопрофильной группой медсестра поддерживает выбор пациента/членов семьи, предоставляя оптимальный уход в конце жизни в любых условиях предоставления обслуживания. Открытое и честное общение с пациентом/членами семьи обеспечивает просвещение и поддержку в конце жизни.
- На смерть оказывают влияние культурные убеждения.

Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:

Рис. 1. Иерархия потребностей умирающего человека

○
○
○

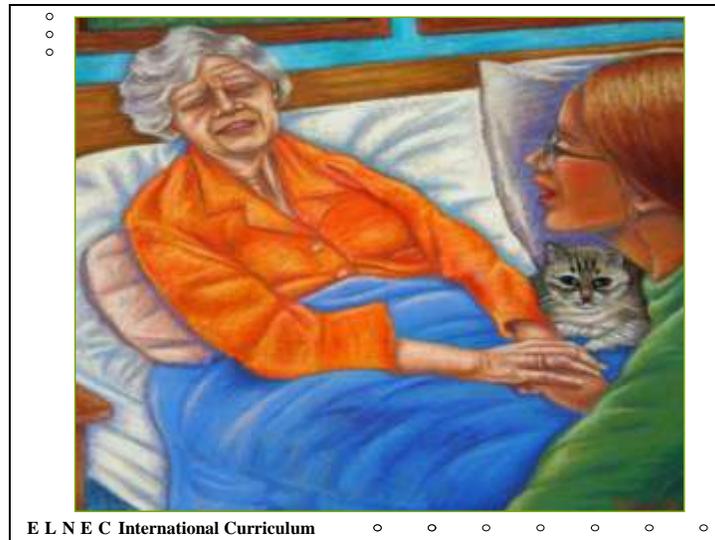
Открытое, честное общение

- **Выражайте заботу, восприимчивость, сострадание**
- **Предоставляйте информацию, пользуясь простыми словами**
- **Осознание пациентом своего умирания**
- **Присутствуйте**

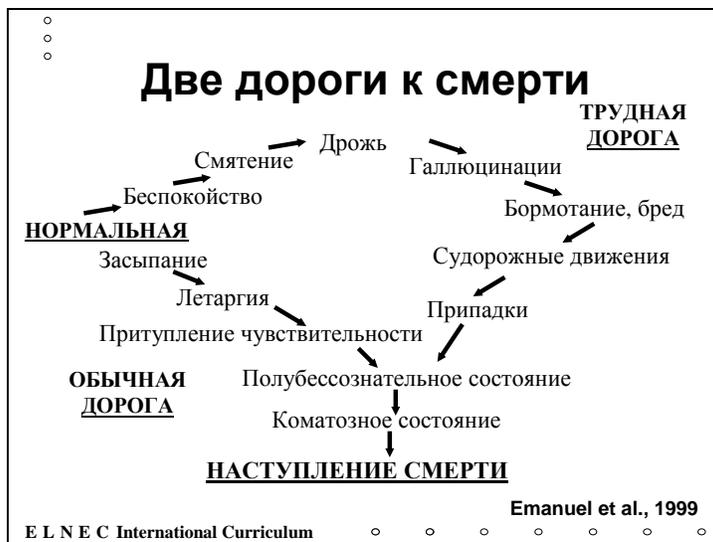
E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Открытое, честное общение жизненно важно при приближении смерти.
 - Коллектив должен быть открытым и честным, чтобы способствовать доверию и принятию осведомленных решений.
 - В любом общении выражайте заботу, понимание и сострадание.
- Предоставляйте информацию, пользуясь простыми словами.
 - Избегайте слишком большого количества медицинских терминов.
 - Отвечайте на вопросы просто, в соответствии со способностью понять/готовностью пациента/членов семьи получить ответ.
 - Члены семьи могут чувствовать усталость, испытывать трудности со способностью концентрировать внимание и мысли на настоящем, а не на будущем.
 - ◆ Вам, возможно, придется отвечать на одни и те же вопросы, предоставлять одну и ту же информацию по нескольку раз, так как пациенты/члены семьи могут быть в критическом состоянии и быть неспособными запоминать информацию.
- Пациенты могут сильнее осознавать, что они умирают, чем те, кто их окружает.
 - Если пациент спрашивает, умирает ли он, будьте честны.
 - Поощряйте открытое и честное общение между пациентом и членами семьи.
 - Если члены семьи боятся, что пациент узнает о том, что он умирает, поговорите с ними об этих тревогах и страхах.
 - ◆ Объясните членам семьи, что пациент, возможно, уже знает о том, что он умирает.
 - ◆ Открытое и честное общение крайне важно.
- Присутствуйте.
 - Поговорите о надеждах членов семьи.
 - Не разрушайте надежду.
 - Обеспечьте дружеское общение, активное выслушивание, простое присутствие.
 - Уверьте их, что кто-то будет присутствовать во время процесса умирания.

Slide 5



- Умирающий пожилой человек (Hallberg, I.R., 2004 г.):
 - Не думайте, что умирающий пожилой человек думал о своей смерти до ее приближения.
- Факторы, которые **положительно влияют** на пожилых людей, сталкивающихся с фактом того, что они умрут:
 - Философское отношение к тому, что готовит им жизнь.
 - Многочисленные контакты со смертью и умение преодолевать такие ситуации.
 - Личная потеря родителей, друзей, супруга (и) или детей.
 - Восприятие смерти соответствует стадии развития.
 - Поддержка со стороны религии и концепция жизни после смерти.
- Факторы, которые **отрицательно влияют** на принятие смерти:
 - Многочисленные последовательные потери, оставляющие пожилого человека эмоционально истощенным.
 - Смерть близкого человека, в результате чего остается меньше поддержки.
 - Укоренившееся в обществе убеждение (неправильное), что пожилые люди легче принимают смерть.



- Признаки, симптомы и меры вмешательства, осуществляемые медсестрой, которые относятся к умирающему пациенту (Emanuel и др., 1999 г.):
 - Определите прогноз
 - ◆ Никто не может предугадать точное время смерти.
 - ◆ Некоторые пациенты, кажется, инстинктивно знают, когда наступит смерть.
 - ◆ На прогноз оказывают влияние заболевание, воля пациента к жизни, желание/решение подождать особого события (например, дня рождения, праздника и т.д.) и/или завершить дела.
 - ◆ Признаки и симптомы процесса умирания служат ориентирами.
 - Не все признаки и симптомы обязательно появляются последовательно.
 - Оцените причины симптомов, не относящихся к процессу умирания.
 - ◆ Многие пациенты ощущают процесс умирания как естественное замедление физических и умственных процессов:
 - Обычный путь — успокоение, летаргия и постепенное притупление, ведущее к коматозному состоянию и смерти.
 - Для некоторых этот путь может быть более трудным, сопряженным с беспокойством и смятением, бредом, миоклонусом, припадками и, наконец, завершающимся смертью.

Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:

Таблица 1. Прогрессивное изменение в смертельной фазе

Таблица 2. Физические признаки, симптомы и меры вмешательства, относящиеся к активно умирающим пациентам

○
○
○

Психологические и эмоциональные особенности

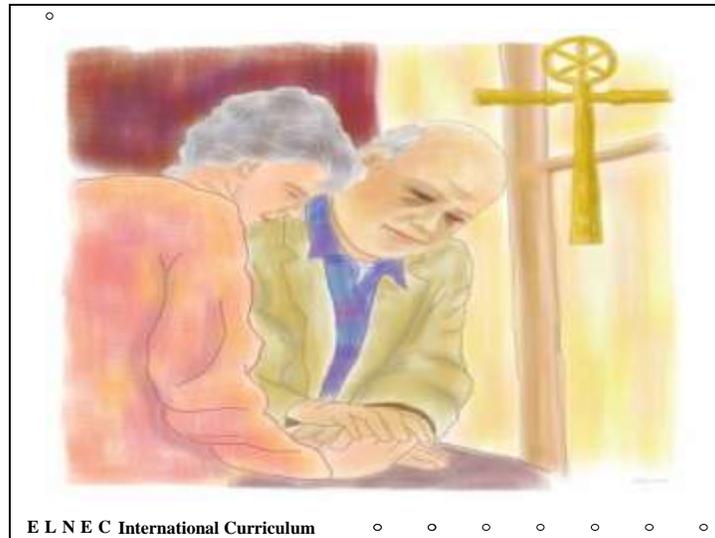
- **Страх перед процессом умирания**
- **Страх быть покинутым**
- **Страх перед неизвестностью**
- **Осознание приближающейся смерти**
- **Уход**

Berry & Griffie, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Психологические и эмоциональные вопросы (Berry & Griffie, 2006 г.):
 - Страх перед процессом умирания.
 - Страх быть покинутым.
 - Страх перед неизвестностью.
 - Осознание приближающейся смерти.
 - Уход.

Slide 8



ДУХОВНЫЕ ВОПРОСЫ (Johnston-Taylor, 2006 г.)

- Многие пациенты/члены семьи сильно фокусируются на духовных вопросах во время надвигающейся/близкой смерти.
- Осознавайте культурные особенности. Какие религии распространены в вашей стране? Как они влияют на уход во время смерти?
- Какова роль «религии» для этого пациента/членов семьи? Есть ли у них духовный наставник/лидер? Если да, то кто он? Спросите пациента/членов семьи, хотят ли они, чтобы вы обратились к нему.
- Поощряете членов семьи приносить записи любимых церковных гимнов на компакт-дисках или кассетах, священные книги, символы (например, четки), чтобы пациент мог воспринимать это с помощью различных чувств (слух, зрение, прикосновение).

Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:

Таблица 3. Физические и духовные признаки, симптомы и меры вмешательства, относящиеся к активно умирающим пациентам

○
○
○

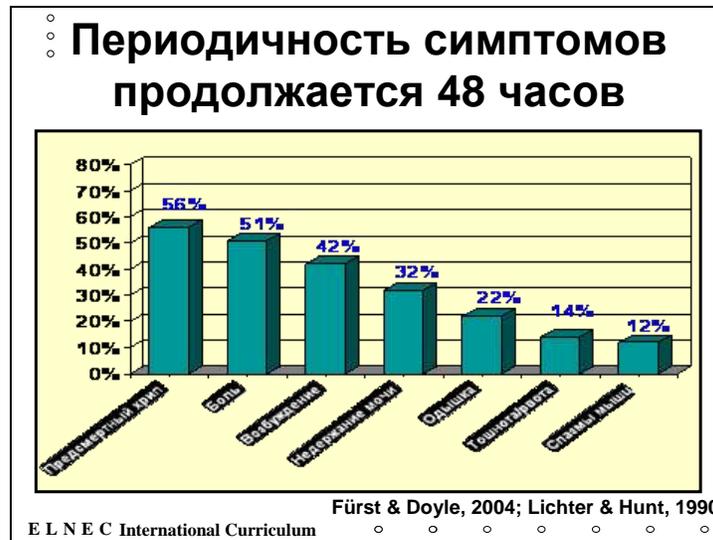
Искусственное питание и гидратация в конце жизни

- Ощущение «ужасного голода»
- Энтеральное питание не уменьшает риск аспирации или летального исхода
- Гидратация не уменьшает «сухость во рту»
- Пациенты, которые воздерживались от пищи перед концом жизни, испытали спокойную смерть

Ersek 2003; Huang & Ahronheim, 2000;
HPNA, 2003; Ganzini et al., 2003

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Члены семьи могут быть обеспокоены тем, что пациент «умрет от голода». Кормление и гидратация приравнены к уходу.
- Согласно научным исследованиям, трубки для зондового кормления не уменьшают риск аспирационной пневмонии или смерти (Ersek, 2003 г.; Huang & Ahronheim, 2000 г.).
- Что касается гидратации, нет данных, подтверждающих, что увеличение количества потребляемой жидкости уменьшает «сухость во рту» (Ersek, 2003; Huang & Ahronheim, 2000 г.). Другие «за» и «против» дегидратации включают (HPNA, 2003a):
 - **«За»:**
 - ◆ Повышенная выработка кетонов, приводящая к засыпанию и эйфории; сокращение мочеиспускания.
 - ◆ Уменьшение количества желудочного сока, приводящее к уменьшению тошноты/рвоты и меньшему вздутию живота.
 - ◆ Отечный слой вокруг опухоли может сокращаться (если опухоль присутствует).
 - ◆ Повышенная выработка опиоидных пептидов, приводящая к повышенному уровню эндорфина и естественному обезболиванию.
 - ◆ Уменьшенная стимуляция желудка, приводящая к отсутствию голода.
 - ◆ Гипернатриемия и уремия, приводящие к затуманиванию сознания.
 - ◆ Уменьшенная секреция легких.
 - **«Против»:**
 - ◆ Вероятность возникновения «сухости во рту» (используйте кубики льда, уход за ротовой полостью).
 - ◆ Кормление символизирует питание.
 - ◆ Кажущееся оставление пациента.
 - ◆ Кормление, рассматриваемое как «основной» медсестринский уход.
- В недавнем исследовании был изучен опыт пациентов хосписа, которые постились, чтобы уйти из жизни. Медсестры, ухаживающие за этими пациентами, говорят, что смерть была спокойной. Восемьдесят пять процентов умерли в течение 15 дней после прекращения приема жидкости и пищи (Ganzini и др., 2003 г.).



- Многие симптомы часто наблюдаются в последние 48 часов жизни. Симптомы, показанные на этом графике, возникали по крайней мере у 30% из 200 активно умирающих пациентов со следующей частотой (Fürst & Doyle, 2004 г.; Lunney и др., 2003 г.):
 - Шумное и влажное дыхание (56%).
 - Боль (51%).
 - Беспокойство и возбуждение (42%).
 - Недержание мочи (32%).

○
○
○

**Физиологические симптомы
бывают различными**

- Смятение, дезориентация, бред или бессознательное состояние
- Слабость и усталость или взрыв энергии
- Дремота, сон или беспокойство/возбуждение

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Физиологические признаки и симптомы, связанные с умиранием, могут появляться за несколько месяцев, недель, дней или часов.
- Физиологические признаки могут быть различными и парадоксальными при приближении смерти.
 - Один пациент может находиться в смятении, быть дезориентирован и находиться в бреду, а другой пациент может находиться без сознания.
 - Один пациент может утверждать, что он испытывает слабость и утомление, а другой утверждает, что испытывает прилив энергии.
 - Один пациент может дремать и спать большую часть дня, а другой испытывает беспокойство и возбуждение.

Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:

Рисунок 3. Осознание приближающейся смерти

о
о
о

Физиологические особенности (продолжение)

- Жар
- Изменения в опорожнении кишечника
- Недержание
- Сокращение потребления пищи
- Боль

E L N E C International Curriculum о о о о о о о

- Другие физические признаки, которые следует оценивать при приближении смерти, включают:
 - **Жар**
 - ♦ Жар может быть следствием инфекции или дегидратации — помните о цели лечения пациента, снимая или не снимая высокую температуру.
 - **Изменения стула**
 - ♦ Когда пациент начинает терять интерес к пище и воде, происходят изменения в опорожнении кишечника.
 - ♦ Если пациент получает опиоиды, продолжайте с целью профилактики лечить запор, хотя пациент может есть очень мало или не есть ничего.
 - **Сокращение потребления пищи**
 - ♦ Связано с отсутствием желания есть/пить, неспособностью глотать, язвами во рту и т.д.
 - **Недержание**
 - ♦ Проведите оценку на наличие недержания и не давайте пациенту пить, чтобы предотвратить разрушение кожи.
 - **Боль** (см. следующий Slide)

○
○
○

Боль в течение последних часов жизни

- **Крайне важны оценка и снятие боли**
- **Поведенческие стимулы**
- **Сначала исключите другие потенциальные причины боли**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Бессознательное состояние может осложнить оценку боли.
- Если пациенты не способны сообщить о боли, ищите следующие поведенческие признаки:
 - нахмуренные брови,
 - Напряженная поза.
- Если пациент ранее не испытывал боль, а сейчас испытывает, исключите другие потенциальные причины недомогания, такие как:
 - запор,
 - бред,
 - пролежни (проверьте выступающие кости),
 - воспаление слизистой оболочки (особенно если пациент страдает нейтропенией).

○
○
○

Опиоиды

- **Дозировка опиоидов, вводимых в течение последних часов жизни, основанная на соответствующей оценке и повторной оценке.**
- **Доза может быть уменьшена**
- **Учитывайте другие способы введения:**
 - **Перорально**
 - **Ректально**
 - **Подкожно**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Как и во время всех фаз снятия боли, доза опиоидов, введенная во время последних часов жизни, должна быть основана на соответствующей оценке и повторной оценке (Sykes & Thorns, 2003a & 2003b).
- Прием лекарства перорально возможен даже в последние часы жизни. В одном исследовании говорится, что 60% пациентов хосписа могли глотать за несколько часов до смерти, другим 25% требовалась одна или две дозы опиоидов в виде суппозитория, и только 15% требовалась инъекция (Fürst & Doyle, 2004 г.).

○
○
○

Накопление метаболитов

- Морфин и гидроморфин проходят глюкуронидацию, производя М-3-Г и Н-3-Г
- Их накопление приводит к почечной дисфункции, результатом которой являются галлюцинации, спазмы мышц и другие неблагоприятные воздействия

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Другое последствие почечной дисфункции — накопление метаболитов опиоидов. Как морфий, так и гидроморфон проходят глюкуронидацию, образуя морфий-3-глюкуронид и гидроморфин-3-глюкуронид.
- Накопление этих метаболитов может привести к галлюцинациям, миоклонусу и, в некоторых случаях, к припадкам (Plonk и др., 2005 г., Thwaites и др., 2004 г., Quigley и др., 2003 г.; Smith, 2000 г.).
 - Это еще одна причина для оценки боли пациента и изменения дозы. В случае почечной недостаточности, может быть назначено чередование опиоидов.

○
○
○

Спазмы мышц

- **Оцените сопутствующую множественную этиологию**
- **Изучите текущую схему приема лекарств**
- **Бензодиазепины могут помочь**
- **Смена опиоидов**
- **Может привести к припадкам**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Миоклонус, или клонический спазм мышцы, связан со многими факторами, включая:
 - большую дозу опиоидов,
 - нейролептики,
 - метоклопрамид,
 - прекращение приема:
 - ◆ барбитуратов,
 - ◆ бензодиазепинов,
 - ◆ противосудорожных препаратов,
 - ◆ алкоголя,
 - мозговой отек,
 - гипоксию,
 - недостаточность нескольких органов (особенно почечную и печеночную).
- Изучите действующую схему приема лекарств
- Лечение включает использование бензодиазепинов, таких как:
 - клоназепам,
 - диазепам,
 - лоразепам,
 - мидозолам.
- Последующее лечение может включать смену опиоидов. Используйте раствор, не содержащий консервантов, так как консерванты и антиоксиданты в больших дозах опиоидного вливания могут привести к неблагоприятным эффектам.
- Миоклонус, который не лечат, может усугубиться до припадков. Лечение очень важно (Golf и др., 2004 г.).

°
°
°

Неустранимая боль в конце жизни

- **Боль может быть неустранимой даже при интенсивном лечении**
- **Единственной альтернативой может быть полное успокоение**

Rousseau, 2004

E L N E C International Curriculum ° ° ° ° ° ° °

- Для некоторых пациентов боль и другие симптомы могут быть стойкими, даже при интенсивном титровании стандартного опиоида и других видах терапии (Rousseau, 2004 г.).
- Согласно одному исследованию, 16% пациентов в отделении паллиативного лечения требовалось лечение, которое приводило к успокоению до уровня невосприимчивости (Plonk и др, 2005 г.). В таких случаях полное успокоение может быть единственной альтернативой для обеспечения комфортного состояния.

°
°
°

Паллиативное успокоение в конце жизни

Принимать во внимание:

- **Всю возможную этиологию и лечение**
- **Просвещение пациента/членов семьи относительно целей и результатов**
- **Междисциплинарный коллективный подход**

E L N E C International Curriculum ° ° ° ° ° ° °

- Перед применением успокоения в конце жизни необходимо выполнить следующие действия (Brender и др., 2005 г.):
 - Рассмотреть и исключить все возможные этиологии и виды лечения стойкой боли или других симптомов.
 - Проконсультировать пациента или его представителя относительно ожидаемых результатов и целей лечения этого подхода.
 - Получить осведомленное согласие.
 - Собрания многопрофильного коллектива имеют важное значение в планировании этого подхода. Многие считают, что прежде чем применять успокоение в конце жизни, необходимо провести консультацию с другим поставщиком медицинских услуг или группой специалистов, обладающих компетенцией, чтобы гарантировать, что это является единственным рациональным вариантом лечения (Jacobi и др., 2002 г.; deGraeff и др., 2007 г.).

°
°
°

Паллиативное успокоение в конце жизни (продолжение)

Лечение:

- Лоразепам
- Мидазолам
- Кетамин
- Пропофол

Fürst & Doyle, 2004;
Hanks-Bell et al., 2002

E L N E C International Curriculum ° ° ° ° ° ° °

- Седативные средства, применяемые в паллиативном лечении:
 - Значительное увеличение существующей схемы приема опиоидов может быть достаточным для многих пациентов. Однако миоклонус или другие симптомы могут ухудшить способность титровать опиоиды, и это потребует лечения.
 - Бензодиазепины, включая лоразепам или нейролептики, такие как галоперидол или хлорпромазин, могут быть включены в схему для лечения миоклонуса и стимулирования успокоения.
 - Время от времени можно использовать мидазолам путем внутривенного или подкожного вливания, начиная с 0,5 мг/ч с болюсным вливанием, если необходимо. (Hanks-Bell и др., 2002 г.). Мидазолам можно также вводить ректально или перорально (Tugog и др., 2001 г.).
 - Кетамин, антагонист NMDA, чаще всего используемый как диссоциативное анестезирующее средство во время операции, можно вводить путем внутривенного вливания (Fine, 2001 г.). Кетамин может привести к ярким снам и галлюцинациям (Liu & Gropper, 2003 г.) и, следовательно, часто вводится с бензодиазепином.
 - В некоторых случаях пропофол (Диприван®), другое анестезирующее средство, используемое во время инвазивных процедур, может быть введен путем внутривенного вливания с болюсами, если необходимо. Обладая отличными седативными и снотворными свойствами, пропофол не имеет обезболивающих свойств (Liu & Gropper, 2003 г.). Следовательно, **не приостанавливайте введение опиоидов, так как может наступить синдром отмены, и боль вернется** (Fürst & Doyle, 2004 г.; Golf и др., 2004 г.; Tugog и др., 2001 г.).
- Медсестра должна определить, соответствует ли прием этих смесей правилам учреждения и, если нет, использовать измененную схему или отменить ее для отделений, где смерть происходит часто (HPNA, 2003b). Эмоциональная поддержка семьи обязательна.
- Какие лекарства для успокоения доступны в вашей стране?

°
°
°

Симптомы близкой смерти

- Уменьшение диуреза
- Холодные и покрытые пятнами конечности
- Изменение показателей жизненно важных функций и дыхания
- Респираторная гиперемия
- «Предсмертный хрип»
- Бред/смятение
- Беспокойство

Kehl, 2004; Matzo, 2006; Rousseau, 2002

E L N E C International Curriculum ° ° ° ° ° ° °

- Не все признаки/симптомы близкой смерти появляются у каждого человека или в следующей последовательности (Matzo, 2006 г.; Rousseau, 2002 г.):
 - уменьшение мочевыделения,
 - холодные и покрытые пятнами конечности,
 - изменение показателей жизненно важных функций и дыхания,
 - респираторная гиперемия, в том числе клокочущее дыхание,
 - ◆ шумное дыхание с булькающими выделениями часто называется «предсмертным хрипом».
 - ◆ Объясните членам семьи и лицам, осуществляющим уход, что это происходит из-за того, что пациент не может прочистить горло.
 - ◆ Приподнимите изголовье кровати/измените положение.
 - ◆ Избегайте отсасывания, так как это неприятно.
 - ◆ «Предсмертный хрип»
 - Сократите (до <500мл/24 ч) или прекратите введение парентеральных жидкостей или зондовое кормление, так как жидкости могут стимулировать булькающие выделения. (Fürst & Doyle, 2004 г.).
 - Бред/смятение.
 - Беспокойство (Kehl, 2004 г.).

○ ○ ○

Снятие симптомов близкой смерти

- **Приподнимите изголовье кровати**
- **Начинайте давать антихолинергические лекарства**
- **Сократите или прекратите внутривенное введение жидкостей/энтерального питания**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ **Matzo, 2006; Rousseau, 2002**

- Снятие симптомов приближающейся смерти включает следующие действия (Matzo, 2006 г.; Rousseau, 2002 г.):
 - Приподнимите изголовье кровати.
 - Начните введение антихолинергических лекарств, чтобы высушить выделения, таких как:
 - ◆ Пластырь со скополамином, начиная с одного сегмента пластыря (1,5 мг) и увеличивая на один сегмент каждый день. Если после трех сегментов пластыря пациент не получил облегчения, начинайте вливание 50 мг/ч и титруйте каждый час до максимального количества 200 мг/ч.
 - ◆ Можно ввести атропин (0,4 мг) внутривенно или подкожно, но это может вызвать возбуждение.
 - ◆ Другие средства включают гликопирролат, оксибутинин или гиосцин.
 - В заключение, сократите (до <500 мл/сут.) или прекратите парэнтаральное введение жидкостей или зондовое кормление, так как жидкости могут стимулировать булькающие выделения. (Fürst & Doyle, 2004 г.).

○
○
○

Дежурство у постели умирающего

- **Присутствие членов семьи**
- **Общие страхи**
 - Остаться наедине с пациентом
 - Болезненная смерть
 - Момент смерти
 - «Последняя доза»



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Дежурство у постели умирающего
 - Члены семьи часто желают постоянно находиться у постели близкого в последние часы или дни перед смертью.
 - ◆ В некоторых случаях, однако, они могут испытывать неудобство, находясь у его постели, из-за страхов или по другим личным причинам.
 - ◆ Важно изучить предпочтения родственников относительно дежурства у постели умирающего, поговорить о страхах и предоставить информацию и поддержку семье во время дежурства.
- Общие страхи:
 - Страх остаться наедине с пациентом.
 - Страх того, что у пациента будет мучительная смерть и/или им придется наблюдать, как пациент страдает.
 - Страх того, что пациент умрет, и они не будут знать, как реагировать или что делать.
 - Страх того, что они не поймут, что пациент умер.
 - Страх того, что они дадут «последнюю дозу» обезболивающего лекарства и причинят смерть.

◦
◦
◦

Вмешательство медсестры: поддержка

- **Сотрудничество с врачом/командой**
- **Успокоение и просвещение**
- **Ролевая модель утешения**
- **Физическая форма утешения**
- **Духовная поддержка, уважительное отношение к культуре**

E L N E C International Curriculum ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦

- Чтобы успокоить членов семьи, медсестра должна усилить поддержку и заботу о пациенте и членах семьи. Для этого необходимо:
 - Тесное сотрудничество с врачом и присутствие специалистов всех профилей, включая социальных работников, помощников медсестер, добровольцев и священника. Важно присутствие членов семьи, друзей, церковных групп.
 - Заверение членов семьи, что пациенту будет обеспечено максимально комфортное состояние. Просвещение членов семьи относительно признаков и симптомов процесса умирания, признаков и симптомов смерти, что им следует делать, если они подозревают, что пациент умер, и что им следует обращаться к медсестре в любое время, если у них есть вопросы или беспокойства.
 - Ролевое моделирование утешения — эффективный способ просвещения членов семьи относительно потребности в заботе.
 - Интенсивный уход с целью обеспечения комфортного состояния, включая уход за ротовой полостью, переворачивание и смену положения, снятие боли и симптомов.
 - Духовная поддержка, уважительное отношение к культуре.

○
○
○

Культурные особенности

- Обряды, связанные со смертью
- Ритуалы

Lipson & Dibble, 2005



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Не забывайте чтить духовные и культурные убеждения (O’Gorman, 2002 г.).
 - Интенсивная духовная поддержка с помощью присутствия, молитвы, обрядов и ритуалов.
 - Чтите культурные убеждения, традиции, обряды и ритуалы (например, некоторые люди исламской веры должны умирать так, чтобы их кровать была направлена к Мекке).
 - Расскажите членам семьи о пяти «действиях», которые могут служить прощальными словами:
 - ◆ Попросить прощения.
 - ◆ Простить.
 - ◆ Сказать «спасибо».
 - ◆ Сказать «я люблю тебя».
 - ◆ Попрощаться (Wosok, 1997 г.).

○
○
○

Реанимация

- **Не следует планировать заранее**
- **Далекие от реальности убеждения относительно выживания**
- **Исход обычно плохой**

Heyland et al., 2006;
Wallace et al., 2002

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Пациенты, члены семьи и общество могут иметь нереалистичные убеждения о возвращении к жизни после реанимации, основываясь на случаях успешного возвращения к жизни, описанных в средствах массовой информации (Heyland и др., 2006 г.).
- В случае внезапной смерти или при отсутствии предварительного планирования лечения можно применить сердечно-легочную реанимацию.
- Результаты реанимации в условиях больницы низкие. Согласно исследованию пациентов, больных раком, которые были реанимированы в онкологическом центре, хотя у 37% пациентов восстановилась самопроизвольная циркуляция, только 26% прожили дольше 24 часов, и лишь 2% были выписаны из больницы (Wallace и др., 2002 г.).

○
○
○

Когда смерть наступила

Сообщение известия о смерти

- **Будьте открыты, честны, общаясь с членами семьи**
- **Подготовка семьи является частью процесса**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Сообщение известия о смерти:
 - Сообщать членам семьи о том, что пациент умер, нужно с сочувствием.
 - Будьте открыты, честны в общении и предоставляйте информацию небольшими порциями, в соответствии с уровнем понимания семьи.
 - Информацию о смерти может потребоваться повторить несколько раз, так как члены семьи могут быть ошеломлены и шокированы фактом смерти.
 - Известия о смерти могут быть восприняты легче, если члены семьи были подготовлены заранее и испытали предчувствуемое горе (см. Модуль 7 «Потеря, горе и тяжелая утрата»).

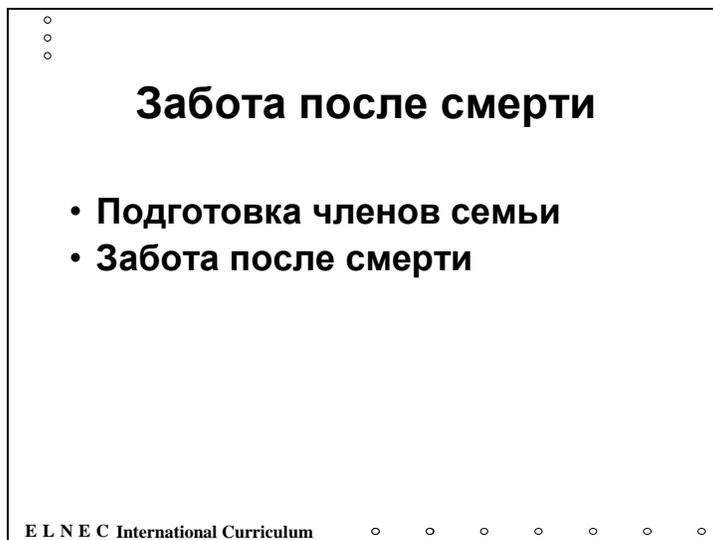
○
○
○

Признаки наступления смерти

- **Отсутствие сердцебиения, дыхания**
- **Неподвижные зрачки**
- **Цвет**
- **Падение температуры тела**
- **Расслабление мышц, сфинктеров**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Существует множество различных признаков и симптомов наступления смерти (Fúrst & Doyle, 2004 г.):
 - Отсутствие сердцебиения, дыхания.
 - неподвижные зрачки.
 - Изменение цвета кожи.
 - ◆ Бледность.
 - ◆ Приобретение воскового цвета, так как кровообращение останавливается.
 - Падение температуры тела.
 - Расслабление мышц, сфинктеров.
 - ◆ Испускание стула и мочи.
 - ◆ Глаза могут оставаться открытыми.
 - ◆ Челюсть может упасть.



○
○
○

Забота после смерти

- Подготовка членов семьи
- Забота после смерти

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Уход после смерти требует времени и сочувствия не только по отношению к умершему, но и к членам семьи.
 - Подготовка членов семьи:
 - ◆ После непосредственно самой смерти и ее констатации члены семьи могут чувствовать оцепенение и смятение относительно того, что делать дальше.
 - ◆ В спокойном и уединенном месте медсестра должна объяснить процесс/процедуры ухода за телом немедленно после смерти.
- Забота после смерти:
 - Удаление трубок, медицинского оборудования и расходных материалов:
 - ◆ После смерти в любом учреждении медицинское оборудование, расходные материалы, трубки, такие как катетеры, приборы для внутривенного вливания, должны быть немедленно удалены из комнаты. (Примечание. Исключение составляют случаи, когда такие трубки должны оставаться на месте, пока коронар не разрешит удаление таких приборов).
 - ◆ Это делается с целью обеспечить более личную обстановку прощания для членов семьи, оставляя их с воспоминаниями об умершем как о близком человеке, а не о пациенте.
 - Обмывание, одевание и расположение тела является проявлением уважения достойного обращения по отношению к пациенту и членам семьи. (Примечание. Для некоторых семей, которые выбрали кремацию и/или не выбрали похоронные/поминальные услуги, это может быть последний раз, когда они могут физически прикоснуться/побыть с умершим.)
 - Сделайте перевязку ран, при необходимости оденьте подгузник.
 - Расположите тело ровно, установите зубные протезы. Спросите членов семьи, хотят ли они помочь при обмывании/одевании.
 - Спросите членов семьи, есть ли у них предпочтения относительно одежды для умершего и/или предпочтения относительно ухода за телом.

- Культурные особенности:
 - Некоторые культурные обычаи определяют уход за телом после смерти, а также то лицо, которое должно осуществлять этот уход. Опишите, как в вашей культуре ухаживают за телом после смерти.
 - Цель — обеспечить чистое, спокойное впечатление об умершем для членов семьи.
 - Не забывайте оценивать, чтить и поддерживать культурные обычаи.

○
○
○

Забота после смерти (продолжение)

- **Планирование похорон/бальзамирования**
- **Вынос тела**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Время, проведенное у тела, вынос тела и обращение к потребностям членов семьи — вот другие возможности для медсестер проявить заботу о переживающих горе семьях.
- Обсудите с членами семьи планы похорон/бальзамирования.
 - Предоставьте членам семьи столько времени, сколько нужно, чтобы попрощаться и позволить уйти.
 - Трупное окоченение наступает спустя 2-4 часа после смерти. Знайте, что если повернуть тело в это время, из легких может выйти воздух, и присутствующие могут услышать звук вздоха, похожий на дыхание. Предупредите об этом членов семьи.
 - Если члены семьи запланировали похороны, бальзамирование лучше всего провести в течение 12 часов после смерти.
- Вынос тела
 - Медсестра должна знать культурные особенности. В некоторых культурах время, проведенное у тела, может составлять от нескольких часов до нескольких дней.
 - Тело нельзя выносить, пока семья не готова и не удовлетворены все потребности. Во время фактического выноса проявляйте к телу достойное и уважительное отношение, закрывая открытые части тела. Закрывать или открывать лицо во время выноса зависит от желания семьи. Вынос тела может быть обусловлен культурными особенностями.
 - Во многих учреждениях похоронное бюро потребует сообщить время смерти, номер социального страхования, диагноз, врача и контактную информацию о родственниках.



- Медсестры должны иметь общее представление о культурных убеждениях, обрядах, связанных со смертью, принятых в основных культурах и у населения, живущего в районе, где они работают (Lipson & Dibble, 2005 г.).
- На системы убеждений, касающиеся смерти, влияют:
 - возраст,
 - раса,
 - религия;
 - духовность,
 - пол,
 - социально-экономический статус,
 - уровень образования,
 - традиции,
 - обряды,
 - ритуалы,
 - убеждения, касающиеся боли, страдания, смерти, жизни и жизни после смерти.
- Медсестры могут получить информацию о системах убеждений, касающихся смерти и умирания, различных народов, проживающих в их районах обслуживания, с помощью культурных ассоциаций, книг, в библиотеке, в церкви, у священников/священнослужителей и др. Эти ресурсы могут быть использованы для того, чтобы научить персонал предоставлять непосредственный уход. [См. Модуль 5 «Культура»]

○
○
○

Смерть родителей ... не забываете о детях

- **Необходимо принимать во внимание стадию развития ребенка**
- **Общайтесь открыто и честно**
- **Детям необходимо предоставить возможность задавать вопросы**
- **На вопросы надо отвечать так, чтобы детям было понятно**

Davies, B., 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Смерть родителей для ребенка может быть травмирующей независимо от возраста. Члены многопрофильной группы должны быть осведомлены о потребностях детей после смерти одного из родителей (Davies, B., 2006 г.). Разговор должен соответствовать стадии развития ребенка и должен быть открытым и честным.
- Предоставьте достаточно времени на то, чтобы ребенок усвоил информацию, и дайте ребенку возможность задать вопросы. Ответы должны быть простыми, чтобы ребенок мог понять. ПРИМЕЧАНИЕ. Чем большее участие принимал ребенок (младшего или старшего возраста) в уходе за родителями во время последней фазы их жизни и в мероприятиях после смерти, тем лучше ребенок справится с тяжелой утратой.
- Взрослые дети могут переживать горе в связи с потерей физической и эмоциональной поддержки, которой их родители всегда были для них. Взрослые дети обычно выполняют много других ролей (работают полный день, заботятся о собственных детях, выполняют обязанности по дому и т.д.) и могут испытывать чувство вины в связи с тем, что не могут проводить достаточно времени со своим больным родителем.
- Не забывайте о бабушках и дедушках. Они переживают двойное горе, потому что видят, как страдают дети в связи с потерей родителя, и испытывают горе в связи с потерей собственного ребенка.

°
°
° **Медсестры, заботящиеся о себе и коллегах: предотвращение нервного истощения**

- **Оказывайте поддержку персоналу**
- **Организируйте ритуалы/поминовения**
- **Моделируйте стратегии заботы о себе**
 - **Здоровое тело**
 - **Здоровый ум**
 - **Здоровая социальная жизнь**
 - **Здоровый дух**

E L N E C International Curriculum ° ° ° ° ° ° °

- Медсестре, осуществляющей паллиативное лечение, нужно время, чтобы позаботиться о себе, для того чтобы предотвратить профессиональное «сыгорание» (также известное как истощение от сострадания).
 - Выражайте чувства потери словами.
 - Уделяйте время размышлению в тишине.
 - Предвидьте состояние угнетения у тех, кто относится к группе риска.
- Медсестры, осуществляющие паллиативное лечение, могут организовать ритуалы, которые позволят членам коллектива вместе переживать горе. Поминальные службы часто поддерживают как членов семьи, так и персонал, и часто организуются медсестрами паллиативного лечения совместно с другими членами коллектива.
- Несмотря на нехватку времени и большую нагрузку, медсестры, осуществляющие паллиативное лечение, должны служить ролевыми моделями предотвращения «выгорания» путем управления образом жизни. Сюда относится забота о физических, психологических, социальных и духовных аспектах жизни.

○
○
○

Вывод

Члены семьи всегда будут помнить последние дни, часы и минуты жизни их близкого человека. Медсестры имеют уникальную возможность провести эти драгоценные моменты с ними и сделать эти моменты памятными с позитивным значением.

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Медсестрам предоставлена уникальная роль находиться с пациентами в последние моменты их жизни. Они имеют возможность поддержать семью, позволив им наблюдать «спокойную» смерть.
- Члены семьи будут всегда помнить эти последние моменты, так как медсестры:
 - предоставляют отличные навыки физической оценки,
 - снимают физические симптомы,
 - удовлетворяют психологические, эмоциональные, социальные и духовные потребности,
 - уважают культуру семьи,
 - подготавливают их к смерти,
 - при необходимости, общаются с другими членами многопрофильной группы,
 - слушают,
 - присутствуют,
 - выполняют роль «свидетеля».

Slide 34



- Забота о пациенте и членах семьи во время приближения смерти или в момент смерти открывает уникальные аспекты, которые расширяют представление об уходе за неизлечимо больными пациентами.
- Тесное сотрудничество членов многопрофильного коллектива и понимание индивидуальных потребностей пациента и членов семьи имеют огромное значение.

Module 8: Final Hours

Case Studies

Module 8

Анализ конкретного случая №1

Гэйл: Возвращение домой

Гэйл — 58-летняя пациентка, которой 2 года назад был поставлен диагноз рака яичника IV стадии. Она поступила в больницу три дня назад с непроходимостью кишечника, дегидратацией и остановкой в весе (это третье поступление с теми же симптомами за последний месяц). После обсуждения возможных вариантов дальнейшего лечения с ее врачом Гэйл и ее муж Том решили не продолжать лечение, чтобы «все шло своим чередом». «Я потеряла 70 фунтов за последние 10 месяцев и сейчас вешу 74 фунта. Мое тело, разум и дух говорят мне, что с меня хватит. Я спокойно отношусь к этому решению», – говорит Гэйл.

Пока медсестра ухаживает за Гэйл в больнице, вы обратились в службу хосписа на дому по поводу желания Гэйл отправиться домой. Ваша задача — сделать перемещение как можно более легким. Медсестра из хосписа приходит в больницу, чтобы навестить Гэйл и Тома, перед тем как ее выпишут из больницы. Том признается медсестре хосписа, что он нервничает и беспокоится по поводу того, что его жена возвращается домой. «Я не знаю, что мне ожидать после того, как я привезу ее домой.» «Достаточно ли у меня для нее болеутоляющих средств, и что, если они закончатся?» «Смогу ли я обеспечить ей комфортное состояние?» «Как я узнаю, что она умирает?» «Мне страшно.»

Вопросы для обсуждения: Часть 1:

1. Как медсестра больницы или хосписа как бы вы ответили на эти вопросы Тома?
2. Что должно быть предусмотрено в доме, что поможет Тому?
3. Как медсестра хосписа опишите, какую оценку вы бы провели при первом посещении дома Гэйл и Тома?

Продолжение описания конкретного случая:

Спустя три дня после возвращения домой Гэйл теряет сознание. Медсестра хосписа приходит, чтобы провести оценку и поговорить с Томом. Оба соглашаются, что Гэйл чувствует себя комфортно, хотя ее дыхание затруднено. Медсестра хосписа рекомендует введение морфия. Том боится давать ей лекарство, говоря: «Я не хочу давать ей слишком много лекарств, потому что могу убить ее.» Вы уверяете его, что он не будет давать слишком много, и что целью лечения является комфортное состояние его жены. Вы хвалите его за отличную работу, которую он проделал, чтобы исполнить желания его жены «просто обеспечить комфорт». Пять часов спустя Гэйл умерла.

Вопросы для обсуждения: Часть 2:

4. Как бы вы ответили на заявление «Я не хочу давать ей слишком много лекарств, потому что могу убить ее»?
5. Есть ли возможность для использования основанной на фактах практики в этой ситуации? Какие научные исследования могут быть проведены в будущем в подобных ситуациях?

Module 8
Анализ конкретного случая №2
Дженнифер: Конец одной жизни, начало другой

Дженнифер — женщина 26 лет, которая три дня назад родила здоровую девочку весом 9 фунтов 2 унции. Роды через естественные родовые пути прошли нормально. Через два часа после родов Дженнифер начала жаловаться на «мучительную головную боль». После приема ацетаминофена в течение 1 часа для снятия головной боли Дженнифер потеряла сознание, и у нее произошла остановка дыхания. Она была закодирована, ее подключили к аппарату искусственной вентиляции легких, после чего отправили в отделение интенсивной терапии. Исследование с помощью компьютерной томографии показало, что у нее произошло обширное кровоизлияние в мозг. После того как было установлено, что поражение мозга является необратимым, и что Дженнифер не сможет дышать самостоятельно, ее муж, Бретт, принял решение, что его жену следует отключить от системы поддержания жизни. «У нашего соседа была болезнь Лу Герига, и Дженнифер навещала его и его жену. Она всегда говорила, что не хотела бы жить, как он», — сказал Бретт. Однако Бретт не был окончательно готов к тому, чтобы отключить аппарат искусственной вентиляции легких. Коллектив паллиативного лечения был приглашен для встречи с Бреттом и родителями Дженнифер. Было принято решение перевести Дженнифер из отделения интенсивной терапии в одну из двух новых палат паллиативного лечения, где и отключить аппарат искусственной вентиляции легких.

После прибытия в палату паллиативного лечения Бретту и родителям Дженнифер представили Нэнси, медсестру, которая будет ухаживать за Дженнифер и ее семьей. Нэнси проявила чуткость в разговоре с семьей и выразила большое желание узнать, что они хотят. Члены семьи решили, что аппарат искусственной вентиляции легких нужно отключить на следующий день в полдень, чтобы семья и друзья могли попрощаться. В течение остальной части дня, вечером и на следующее утро с Дженнифер пришли попрощаться более 75 человек.

Мать Бретта выразила желание находиться в отделении для новорожденных с ребенком. Бретт разрывался между новорожденной дочерью и женой. Нэнси согласилась, что это хороший план — мать Бретта заботится о ребенке, а Бретт принимает решения, касающиеся Дженнифер. По просьбе Бретта его мать приносила ребенка в отделение паллиативного лечения два раза.

Пастор Дженнифер пришел, чтобы провести время с Бреттом. Он поддерживал Бретта, принимающего это очень тяжелое для него решение. Священник больницы также присутствовал. Нэнси предложила провести памятные ритуалы, например отрезать прядь волос Дженнифер для ее дочери. Отпечатки ног и рук Дженнифер были сделаны по просьбе ее родителей. Был создана литейная форма руки ребенка в руке матери. Ленточки с именами Дженнифер и ребенка поместили в памятную коробку. Мать Дженнифер попросила обмыть ее. Бретт принес любимую толстовку Дженнифер, чтобы одеть на нее. Были принесены и прослушаны музыкальные диски с любимыми песнями Дженнифер.

На следующий день по просьбе семьи коллектив, осуществляющий паллиативное лечение, обсудил с членами семьи Дженнифер, как они проведут ее экстабацию. Они говорили о возможных симптомах и о том, как они будут снимать их. Бретт, родители Дженнифер, два брата и 12 близких друзей вместе находились с Дженнифер в палате паллиативного лечения. Медсестра из отделения для новорожденных принесла ребенка и положила его на живот Дженнифер по просьбе семьи. Они предались воспоминаниям и говорили Дженнифер, как сильно они ее любят и как много она для них значит. Медсестра паллиативного лечения, врач и священник присутствовали и призывали родственников уделить этому столько времени, сколько им необходимо. В 2 часа дня семья неохотно попросила отключить аппарат искусственной вентиляции легких.

Когда Дженнифер экстабировали, она посинела и начала задыхаться. Коллектив дал ей дополнительный кислород и морфий. Дженнифер продолжала задыхаться, и дозу морфия удвоили. Затем повторили еще раз, пока одышка не прекратилась. К сожалению, Дженнифер все еще была синей. Дженнифер умерла через 15 минут после того, как была экстабирована. Коллектив, осуществляющий паллиативное лечение, находился с семьей на протяжении всего процесса.

Медсестра паллиативного лечения приняла меры к тому, чтобы похоронное бюро забрало тело Дженнифер прямо из отделения паллиативного лечения. Члены семьи попросили, чтобы тело не помещали в морг больницы. Коллектив оставался с семьей, пока не приехали сотрудники похоронного бюро. Как только

тело Дженнифер было вынесено сотрудниками похоронного бюро, Бретт покинул отделение паллиативного лечения, чтобы навестить свою новорожденную дочь в отделении для новорожденных. «Одна жизнь, такая бесценная, закончилась, но Бог подарил мне новую.»

Вопросы для обсуждения:

1. Считаете ли вы, что это «хорошая смерть»? Почему это так, или почему нет?
2. Каким образом медсестра и другие члены многопрофильного коллектива провели оценку и помогли этой семье?
3. Как можно использовать исследование, основанное на фактах, чтобы определить практические стандарты для отключения аппарата искусственной вентиляции легких?
4. Какой вид услуг, оказываемых для облегчения чувства потери близкого человека, вы бы предложили этой семье?
5. Есть ли какие-либо другие памятные ритуалы, которые можно было использовать?

Module 8
Анализ конкретного случая №3
«К.Д., ребенок с дисфункцией нескольких органов»

У К.Д., мальчика двух с половиной лет, был необычный синдром, который привел к дисфункции нескольких органов, в основном печени и пищеварительного тракта, а также костного мозга. Большую часть своей жизни К.Д. был госпитализирован в среднем от двух до трех дней в месяц в связи с диареей или инфекциями. Он был очень маленьким для своего возраста, но живым, общительным, умел говорить, хотя был определен как «отстающий в развитии». Его семья очень его любила и многим пожертвовала ради его здоровья. Его мать, зарабатывавшая большую часть денег, бросила работу, и ее муж стал единственным источником дохода в семье. Семья была вынуждена переехать в другой район.

В течение двух последних месяцев К.Д. постоянно госпитализировали из-за сильной диареи. Спустя месяц К.Д. потребовалось вмешательство отделения интенсивной терапии (ICU) в связи с приступами сепсиса. После четырех переводов в отделение интенсивной терапии в течение трехнедельного курса его родители обратились к коллективу отделения интенсивной терапии, потому что они считали, что состояние К.Д., который получал искусственную вентиляцию легких через трубку в связи с грибковым сепсисом и общей слабостью, не улучшится. Они просили только предпринять меры для обеспечения комфортного состояния. Они считали, что медицинское вмешательство для поддержания жизни не помогает их мальчику. Медицинскому коллективу было трудно принять это.

К.Д. и его семью перевели в Butterfly Room, где к ним присоединились родственники и круг друзей, в общей сложности – 45 человек. Все мониторы были удалены, и все лабораторные исследования прекращены. Ограничения относительно желаемых мер медицинского вмешательства были зафиксированы в медицинской карте.

Обсуждение с родственниками подтвердило, что решения, касающиеся К.Д., были приняты из любви к нему. Их священник навестил их и подтвердил их выбор и поддержку церкви. Затем было предоставлено разъяснение того, как К.Д. может выглядеть после экстубации, неопределенного времени смерти, методов снятия симптомов и принципа двойного эффекта. Были сделаны отпечатки рук и ног К.Д., его мать и отец обмыли его и одели в одежду, которую принесли из дома.

Многие присутствующие люди держали К. Д., сидя в кресле качалке; некоторым из них, например его семилетней сестре, потребовалось поддержать К.Д. несколько раз перед тем, как они были готовы отключить аппарат искусственной вентиляции легких. Семье было дано столько времени, сколько им было необходимо, пока коллектив Butterfly (медсестра, социальный работник, специалист в области жизни ребенка и врач) сочувственно выслушивали всех и поощряли общение. Семья неохотно согласилась отключить аппарат искусственной вентиляции после четырех часов, проведенных в кресле-качалке. Как обычно, медицинский коллектив находился рядом с семьей.

К.Д. тотчас посинел и стал задыхаться после экстубации; был введен 100% кислород и морфий внутривенно в дозе 0,1 мг/кг. После пяти тяжелых минут и отсутствия восстановления дыхания было введен морфий в дозе 0,2 мг/кг. Опять прошло пять минут без изменений; и доза морфия вновь была удвоена. Этот процесс продолжался, пока К.Д. не расслабился и больше не задыхался. Он оставался синим, что, несмотря на предупреждение, причиняло страдания его семье. Он умер через два с половиной часа после экстубации.

Последующая поддержка в связи с потерей близкого человека включала посещение К.Д. и похороны членами медицинского коллектива, грузовик одежды, бумажных изделий и еды, а также рождественских подарков, пожертвованных местной службой, телефонные звонки и почтовые отправления и приглашение на ежегодную поминальную службу, а также группы поддержки. Три года спустя у семьи все хорошо.

Источник:

Levetown, M. (2006 г.). Педиатрическое лечение: Перемещение задач лечения в отделение неотложной помощи, отделение интенсивной терапии и между ними *Учебник по паллиативному медсестринскому уходу* (2-е издание) в B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), (стр. 939-940). New York, NY: Oxford University Press. Переиздано с разрешения.

Вопросы для обсуждения:

1. Считаете ли вы, что это «хорошая смерть»? Почему это так, или почему нет?
2. Как медсестра опишите разнообразные методы оценки и обучения специфическим навыкам заботы о детях и их семьях в Butterfly Room.
3. Опишите, как можно использовать исследование, основанное на фактах, чтобы определить практические стандарты для отключения аппарата искусственной вентиляции легких.

Модуль 8: Последние часы

Дополнительные учебные материалы/содержание учебных мероприятий

Таблица 1	Прогрессивное изменение в предсмертной фазе	M8-50
Таблица 2	Физические признаки, симптомы и меры вмешательства, относящиеся к быстро умирающим пациентам	M8-51
Таблица 3	Физические и духовные признаки, симптомы и меры вмешательства, относящиеся к быстро умирающим пациентам	M8-54
Рисунок 1	Иерархия потребностей умирающего человека	M8-57
Рисунок 2	Осознание приближающейся смерти	M8-58

Модуль 8: Подготовка и уход во время смерти

Дополнительные учебные материалы/учебные мероприятия

Модуль 8

Таблица 1: Прогрессивное изменение в предсмертной фазе

Месяц 6	В общем, пациент ходячий, когерентный, некоторые побочные эффекты вследствие лечения/лекарств, первоначальные стадии горя, гнева, отрицания.
Месяц 5	Некоторая потеря веса, слабость, проявленные симптомы, признаки стресса, нарастающее принятие смертельного состояния, страх, депрессия.
Месяц 4	Продолжающаяся потеря веса, пониженный аппетит, физические проявления, симптомы более выражены. Работа над горем (горевание), планирование, разрешение.
Месяц 3	Видимое ухудшение физического состояния, симптомология и усиление боли, начало отчуждения, принятие смертельной болезни.
Месяц 2	Прогрессирующее ухудшение физического состояния, снятие боли первично, может быть прикован к постели, возрастающее отчуждение, разрешение и завершение.
Последний месяц	Последняя стадия – выраженное отчуждение, требует полного ухода, интенсивного снятия симптомов и боли, отсутствие аппетита.

Заимствовано из:

Национальная организация хосписов и паллиативного лечения (National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO). (1996). *Временные фазы лечения на последней стадии*. Alexandria, VA: Автор. Переиздано с разрешения.

Модуль 8

Таблица 2: Физические признаки, симптомы и меры вмешательства, относящиеся к быстро умирающим пациентам

Симптомы/Описание	Причина/Этиология	Вмешательство
<p>Смятение, дезориентация и бред могут быть одними из сильных страхов пациента. Эти симптомы могут быть реакцией на жар, какое-либо физиологическое изменение или реакцией на лекарство и могут исчезнуть после лечения.</p>	<p>Прогрессирование заболевания Опиоиды Боль Полный мочевого пузыря Запор Побочные эффекты приема лекарств (возможно, обратимые) Гипоксемия Нарушение обмена веществ, ацидоз Накопление токсинов вследствие болезни печени или почечной недостаточности Связанные с болезнью факторы (необратимые)</p>	<p>Дифференцируйте осознание приближающейся смерти, смятение, дезориентацию и бред.</p> <p>Оцените причину и лечите соответственно.</p> <p>Принимайте меры безопасности, включая 24-часовое наблюдение.</p> <p>Говорите с пациентом понятно и искренне, когда ему необходимо что-то сообщить. Не опекайте.</p> <p>В условиях ухода на дому предоставляйте ухаживающим членам семьи возможность отдыха по необходимости вследствие возросших потребностей пациента и усталости тех, кто ухаживает за ним.</p> <p>Поддержка специалиста по осуществлению ухода/волонтера.</p>
<p>Слабость и усталость увеличиваются при приближении смерти.</p> <p>Повышенная слабость может вызвать предчувствуемое горе у пациента в связи с потерей независимости, потерей жизненных функций и/или осознания слабости как результата прогрессирующей болезни.</p> <p>Усталость членов семьи/тех, кто ухаживает, в связи с возросшими потребностями пациента в уходе на дому.</p>	<p>Прогрессирование заболевания</p>	<p>Предлагайте и предоставляйте усиленную поддержку наряду с повседневными действиями (купанием, расчесыванием, кормлением, движением) с помощью медсестер, помощников медсестер, волонтеров и членов семьи.</p> <p>Предоставляйте необходимое оборудование, такое как стул для принятия душа, больничную кровать, инвалидное кресло, опору для ходьбы.</p> <p>Если человек прикован к постели, выполняйте пассивные движения, переворачивайте и меняйте положение, используйте подстилки (пеленки), чтобы предотвратить разрушение кожи, просушите матрац, растирайте тело круговыми движениями, чтобы улучшить циркуляцию и устранить отеки.</p> <p>В условиях ухода на дому просвещайте членов семьи относительно потребностей пациента и заботы о нем.</p> <p>Предоставляйте возможность отдыха членам семьи,</p>

Симптомы/Описание	Причина/Этиология	Вмешательство
		<p>ухаживающим за пациентом на дому.</p> <p>Социальная работа, поддержка пастора в случае предчувствуемого горя по необходимости.</p> <p>Усиьте поддержку пациента, подключив хоспис, семью, друзей.</p> <p>Отвечайте на вопросы пациента, касающиеся слабости, связанной с прогрессированием болезни, открыто и честно.</p>
<p>Изменение характера и интенсивности боли.</p> <p>Члены семьи быстро умирающего пациента, медсестра и/или другие медицинские работники могут волноваться, что могут дать «последнюю дозу» обезболивающего из-за боязни причинить или ускорить смерть.</p>	<p>Прогрессирование заболевания</p>	<p>Регулярно оценивайте боль.</p> <p>Скорректируйте прием лекарств, дозы исходя из принципов снятия боли.</p> <p>[См. Модуль 2: Снятие боли]</p> <p>Если следовать принципам контроля боли, то болезнь, а не лекарство, причинит смерть. Выслушивайте беспокойство членов семьи/тех, кто ухаживает, просвещайте их относительно принципов снятия боли и изучайте варианты умирания в боли и муках или комфортно.</p>
<p>У пациента может наблюдаться переход от периодов долгого сна до ослабления сознания и комы.</p>	<p>Прогрессирование заболевания</p>	<p>Слух может быть потерян в последнюю очередь, поэтому говорите пациенту в коме, кто вы, когда заходите в палату, что вы собираетесь делать, и продолжайте говорить с пациентом во время лечения и процедур.</p> <p>Просвещайте членов семьи относительно признаков и симптомов прогрессирующей болезни и важности разговора с пациентом в коме, словно он может ответить.</p> <p>Отвлекайте от мрачных мыслей с помощью спокойной, умиротворенной обстановки, тихой музыки, молчаливого присутствия, мягкого прикосновения, подтверждения, что пациент не один.</p> <p>Поощряйте членов семьи говорить то, что им нужно сказать.</p> <p>Оценивайте и изучайте духовные потребности.</p>

Симптомы/Описание	Причина/Этиология	Вмешательство
		В связи с повышенным риском возникновения симптомов отмены, не прекращайте введение лекарственных препаратов, потому что пациент впал в кому. Оценивайте боль и соблюдайте принципы снятия боли.

Займствовано из:

Хоспис Florida Suncoast, февраль 1999 г. Переиздано с разрешения.

Таблица 3: Физические и духовные признаки, симптомы и меры вмешательства, относящиеся к быстро умирающим пациентам

Признаки и симптомы	Причина/Этиология	Вмешательство
<p>Страх перед процессом умирания:</p> <p>Страх перед процессом умирания может быть сильнее страха смерти.</p>	<p>Причина страха индивидуальна.</p> <p>Страх перед неизвестностью – как они будут умирать, что будет происходить во время процесса умирания.</p> <p>Боязнь болезненной смерти и страданий, таких как одышка, физическая боль, потеря умственной компетентности и способности принимать решения, потеря контроля, потеря способности сохранения систем духовных убеждений и веры.</p> <p>Боязнь осуждения, наказания, связанного с чувством вины, и последующей боли и страдания во время процесса умирания.</p> <p>(Doka и Morgan, 1993 г.)</p>	<p>Изучайте страхи и причины/этиологию страхов, включая физические, психологические и духовные.</p> <p>Просвещайте пациента и членов семьи относительно физических, психологических и духовных признаков и симптомов процесса умирания.</p> <p>Спрашивайте пациента/членов семьи, как бы они хотели, чтобы произошел процесс умирания.</p> <p>Приведите чувства к норме.</p> <p>Предоставляйте подтверждение того, что пациенту будет комфортно, насколько это возможно.</p> <p>Обеспечивайте и увеличивайте присутствие по необходимости.</p>
<p>Страх быть покинутым:</p> <p>Большинство пациентов не хотят умирать в одиночестве.</p> <p>У пациента может наблюдаться тревожность, он может часто нажимать кнопку вызова.</p> <p>Члены семьи могут постоянно находиться у постели, чтобы выполнить желание пациента не оставаться в одиночестве.</p>	<p>Страх одиночества.</p> <p>Страх того, кто будет заботиться о них, когда они будут не способны заботиться о себе.</p>	<p>Заверьте пациента, что будет сделано все возможное для того, чтобы с ним кто-то находился.</p> <p>Обеспечивайте присутствие.</p> <p>Исследуйте варианты обеспечения круглосуточного присутствия, включая привлечение специалистов в области здравоохранения и членов семьи, друзей, волонтеров, священнослужителей и т. д.</p> <p>Поощряйте частые перерывы, предлагайте передохнуть члену семьи, дежурящему у постели умирающего. Членам семьи может потребоваться разрешение медсестры, чтобы заботиться о себе.</p>
<p>Страх перед неизвестностью</p>	<p>Страх того, что будет после смерти.</p> <p>Страх того, что убеждения,</p>	<p>Изучение страха.</p> <p>Дружеские отношения, присутствие.</p>

Признаки и симптомы	Причина/Этиология	Вмешательство
	<p>касающиеся жизни после смерти, окажутся неверными.</p>	<p>Поддержка пастора или священника в том, что касается жизни, жизни после смерти, систем верований.</p> <p>Поддерживайте культурные и духовные убеждения.</p>
<p>Осознание приближающейся смерти:</p> <p>Пациенты утверждают, что они разговаривали с теми, кто уже умер, или видели места, недоступные или невидимые для членов семьи и/или медсестры. Могут описывать духовные существа, яркий свет, «другой мир».</p> <p>Утверждения, жесты или просьбы могут казаться нехарактерными.</p> <p>Пациенты могут сообщать членам семьи, близким людям, когда они умрут. (Callanan & Kelley, 1997 г.)</p>	<p>Попытка умирающего описать, что он испытывает, процесс умирания и смерть.</p> <p>Переход из жизни в иной мир.</p> <p>Попытка описать то, что им нужно сделать/достигнуть, перед тем, как они умрут, например, получить разрешение умереть от членов семьи, помириться, увидеться с кем-либо, заверить продолжающего жить в том, что у него будет все в порядке.</p>	<p>Не противоречьте, не оправдывайтесь, не приуменьшайте, не шутите и не спорьте с пациентом по поводу его переживаний.</p> <p>Внимательно и с сочувствием выслушайте пациента, подтвердите переживания и попытку определить, остались ли у него незавершенные дела.</p> <p>Поощряйте членов семьи/близких людей попрощаться, дать разрешение умереть, если необходимо.</p> <p>Поддержка семьи и тех, кто ухаживает.</p> <p>Просвещайте относительно различий между осознанием приближающейся смерти и смятением, наставляйте членов семьи и тех, кто ухаживает.</p>
<p>Пациенты могут отстраняться от членов семьи, друзей, медсестры и других специалистов в области здравоохранения.</p>	<p>Переход из жизни в иной мир, пациент прощается с жизнью, «отпуская» ее.</p>	<p>Обснуйте отчуждение, просвещая членов семьи относительно этапа перехода.</p> <p>Присутствие, мягкое прикосновение.</p> <p>Членам семьи может потребоваться наставление, воодушевление, чтобы дать разрешение пациенту умереть.</p> <p>Членам семьи может быть необходимо воодушевление, чтобы попрощаться.</p>

Заимствовано из:

Хоспис Florida Suncoast, февраль 1999 г. Переиздано с разрешения.

Список литературы:

Callanan, M. и Kelley, P. *Последние подарки: понимание особого осознания, потребностей и общения умирающего*. – New York, NY: Bantam Books. – 1997.

Дока, К. и Morgan, J. *Смерть и духовность*. – Amityville, NY: Baywood Publishing Co. – 1993.

Модуль 8

РИСУНОК 1: ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ УМИРАЮЩЕГО ЧЕЛОВЕКА

Иерархия потребностей умирающего человека



Источник:

Ebersole, P. и Hess, P. *Здоровая старость*. – 1994. – с. 752. – St. Louis, MO: Mosby, Inc. – Переиздано с разрешения.

Модуль 8

Рисунок 2: Осознание приближающейся смерти

(Пример письменного обучающего материала для пациента/членов семьи)

Осознание приближающейся смерти — это особое общение умирающего. Оно обычно приходит, когда пациент приближается к смерти или находится в процессе умирания. Большинство пациентов с признаками осознания приближающейся смерти становятся более спокойными после ее осознания. Однако, данное переживание характерно не для всех пациентов.

Признаки осознания приближающейся смерти

Люди, имеющие признаки осознания приближающейся смерти, могут:

- казаться смятенными или сбитыми с толку;
- утверждать, что они говорили с теми, кто уже умер;
- разговаривать с людьми или видеть места, невидимые вам;
- описывать духовные существа и яркий свет;
- громко разговаривать с людьми, умершими до них, такими как мать, отец или близкий друг;
- делать «нехарактерные» утверждения, жесты или высказывать нетипичные просьбы;
- описывать другой мир – мир спокойствия и красоты;
- говорить вам, когда они умрут;
- делать жесты руками, как будто они берут или держат невидимые предметы или машут невидимым существам.

Такое поведение не означает беспокойство, галлюцинации или реакцию на лекарства. Считается, что человек начинает переход из этой жизни в иной мир. Человек может пытаться описать опыт умирания или что-то, что ему нужно сделать, перед тем как он умрет. Такие сообщения об умирании могут являться символическим общением, чтобы спросить разрешения умереть или отреагировать на их потребность. Такие потребности могут включать разрешение прошлых конфликтов, встречу с другом либо приобретение уверенности в том, что у вас все будет в порядке без них. То, что они говорят, часто имеет значение для них и является звеном между этой жизнью и смертью.

Что вы можете сделать:

- Не противоречьте, не оправдывайтесь, не преуменьшайте и не спорьте с ними Эти переживания могут быть большим утешением для пациента.
- Находитесь рядом с умирающим. Просто сидите рядом и будьте открыты для общения.
- Слушайте внимательно и с сочувствием и признавайте их переживания.
- Мягко задавайте вопросы о том, что ваш близкий говорит или делает. Задавайте ему вопросы вроде: «Кого ты видишь?», «Что ты видишь?» и «Что ты чувствуешь?»
- Позвольте близкому поделиться этим переживанием с вами.
- Обсудите это общение с коллективом хосписа. Человек, непосредственно проводящий с пациентом много времени, может лучше понять, что тот говорит.

Когда пациенты испытывают осознание приближающейся смерти и описывают смерть как спокойную, они помогают другим людям лучше понять опыт смерти. Возможно, это и есть их последний подарок вам. Пожалуйста, обращайтесь к коллективу хосписа в любое время, если у вас есть вопросы по поводу осознания приближающейся смерти. Сотрудники помогут вам мобилизовать ваши собственные ресурсы или привлечь ресурсы хосписа, чтобы облегчить это тяжелое время. Вы не одиноки.

Чтобы получить более подробную информацию об осознании приближающейся смерти, вы можете прочитать книгу Maggie Callanan и Patricia Kelley *«Последние подарки»*.

Источник:

Lo, K. *Уход во время смерти*. – Largo, FL: Институт хосписа Florida Suncoast. – 1996. – Переиздано с разрешения.

Module 8: Final Hours

Key References

- Berry, P., & Griffie, J. (2006). Planning for the actual death. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 561-577). New York, NY: Oxford University Press.
- Brender, E., Burke, A., & Glass, R.M. (2005) Journal of the American Medical Association (JAMA) patient page. Palliative sedation. [Patient Education Handout]. *Journal of the American Medical Association*, 29(14), 1850.
- Byock, I. (1997). *Dying well: The prospects for growth at the end-of-life*. New York, NY: Riverhead Books.
- Davies, B. (2006). Supporting families in palliative care. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 545-558). New York, NY: Oxford University Press.
- deGraeff, A. & Dean, M. (2007). Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), 67-85.
- Emanuel, L.L., von Gunten, C.F., & Ferris, F.D. (Eds.). (1999). *The EPEC curriculum: Education for physicians on end-of-life care*. The EPEC Project. Retrieved on February 19, 2007 from: <http://www.epeconline.net/EPEC/Webpages/ph.cfm>
- Ersek, M. (2003). Artificial nutrition and hydration. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 5(4), 221-230.
- Fine, P. (2001). Total sedation in end-of-life care: Clinical considerations. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 3(3), 81-87.
- Fürst, C.J. & Doyle, D (2004). The terminal phase. In D. Doyle, G. Hanks, N.I. Cherny & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp. 1117-1133). New York, NY: Oxford University Press.
- Ganzini, L., Goy, E.R., Miller, L.L., Harvath, T.A., Jackson, A., & Delorit, M.A. (2003). Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *New England Journal of Medicine*, 349(4), 359-365.
- Golf, M., Paice, J.A., Feulner, E., O'Leary, C., Marcotte, S., & Mulcahy, M. (2004). Refractory status epilepticus. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 85-88.
- Hallberg, I.R. (2004). Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging-Clinical & Experimental Research*. 16(2), 87-103.

- Hanks-Bell, M., Paice, J., & Krammer, L. (2002). The use of midazolam hydrochloride continuous infusions in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(6), 367-369.
- Heyland, D.K., Frank, C., Groll, D., Pichora, D., Dodek, P., Rocker, G., & Gafni, A. (2006). Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: Perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. *Chest*, 130(2), 419-428.
- Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA) Position Paper (2003a). Artificial nutrition and hydration in end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 5(4), 231-234.
- Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA) Position Paper (2003b). Palliative sedation at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 5(4), 235-237.
- Huang, Z.B., & Ahronheim, J.C. (2000). Nutrition and hydration in terminally ill patients: An update. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(2), 313-325.
- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D. B., Riker, R. R., Fontaine, D., Wittbrodt, E. D., et al. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30(1), 119-141.
- Johnston-Taylor, E. (2006). Spiritual Assessment. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 581-592). New York, NY: Oxford University Press.
- Kehl, K.A. (2004). Treatment of terminal restlessness: A review of the evidence. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 18(1); 5-30.
- Lipson, J.G., & Dibble, S.L. (2005). *Culture & clinical care*. San Francisco, CA: UCSF Nursing Press.
- Liu, L., & Gropper, M. (2003). Postoperative analgesia and sedation in the adult intensive care unit. *Drugs*, 63(8), 756-767.
- Lunney, J.R., Lynn, J., Foley, D.J. Lipson, S., & Guralnik, J.M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *Journal of the American Medical Association*, 289(18), 1387-2392.
- Matzo, M.L. (2006). Peri-death nursing care. In Matzo, M.L. & Sherman, D.W. (Eds.), *Palliative care nursing: Quality care to the end of life* (2nd ed., pp. 443-469). New York, NY: Springer Publishing Company.
- O’Gorman, M.L. (2002). Spiritual care at the end of life. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14(2), 171-176.
- Plonk, W.M., Jr, Arnold, R.M. (2005). Terminal care: The last weeks of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5), 1042-1054.

- Prendergast, T.J. (2000). Withholding or withdrawal of life-sustaining therapy. *Hospital Practice* (Office Edition), 35(6), 91-92, 95-100, 102.
- Quigley, C., Joel, S., Patel, N., Baksh, A., & Slevin, M. (2003). Plasma concentrations of morphine, morphine-6-glucuronide and morphine-3-glucuronide and their relationship with analgesia and side effects in patients with cancer-related pain. *Palliative Medicine*, 17(2), 185-190.
- Rousseau, P. (2002). Management symptoms in the actively dying patient. In A. M. Berger, R. K. Portenoy, & D. E. Weissman (Eds.), *Principles and practice of supportive oncology* (2nd ed., pp. 789-798). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers.
- Rousseau, P. (2004). Palliative sedation in the management of refractory symptoms. *Journal of Supportive Oncology*, 2(2), 181-186.
- Smith, M.T. (2000). Neuroexcitatory effects of morphine and hydromorphone: Evidence implicating the 3-glucuronide metabolites. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 27(7), 524-528.
- Sykes N., & Thorns, A. (2003a). The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncology*, 4(5), 312-318.
- Sykes, N., & Thorns, A. (2003b). Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. [Case Reports] *Archives of Internal Medicine*, 163(3), 341-344.
- Thwaites, D., McCann, S., Broderick, P. (2004) Hydromorphone neuroexcitation. *Journal of Palliative Medicine*, 7(4), 545-550.
- Truog, R.D., Cist, A.F., Brackett, S.E., Burns, J.P., Curley, M.A., Danis, M., et al. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2332-2348.
- Tsai, E. (2002). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? *New England Journal of Medicine*, 346(13), 1019-1021.
- Wallace, K., Ewer, M.D., Price, K.J., & Feeley, T.W. (2002). Outcome and cost implications of cardiopulmonary resuscitation in the medical intensive care unit of a comprehensive cancer center. *Supportive Care in Cancer*, 10(5), 425-429.

Cross Reference with ELNEC Course Texts for Module 8:

Ferrell, B.R., & Coyle, N. (Eds.). (2006). *Textbook of palliative nursing* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

<u>Chapter</u>	<u>Author</u>	<u>Title</u>
12	Kedziera	Hydration, Thirst, and Nutrition
13	Dudgeon	Dyspnea, Death Rattle, and Cough
20	Kuebler, English, Vena & Heidrich	Delirium, Confusion, and Agitation
27	Corless	Bereavement
28	Davies	Supporting Families in Palliative Care
29	Berry & Griffie	Planning for the Actual Death
31	Kemp	Spiritual Care Interventions
39	Bookbinder	Improving the Quality of Care Across All Settings
40	Wilson	Long Term Care
41	Milone-Nuzzo & McCorkle	Home Care
42	Bakitas & Darentany	Hospital-Based Palliative Care
43	Puntillo & Stannard	The Intensive Care Unit
44	DuPen & Robison	The Outpatient Setting
45	Michael	Rehabilitation and Palliative Care
46	Campbell & Zalenski	The Emergency Department