

**ELNEC**

END-OF-LIFE NURSING EDUCATION CONSORTIUM

*International Curriculum*

**РУКОВОДСТВО**

**ДЛЯ**

**ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

Модуль 6  
Общение

## Модуль 6

### Общение

#### Обзор модуля

В этом модуле подчеркивается важность эффективного общения в лечении в конце жизни. Сложности общения с пациентами и членами их семей в этот критический период жизни описаны наряду с предполагаемыми вариантами лечения .

#### Основные идеи

- Общение играет очень важную роль во всех ситуациях, связанных с медицинским обслуживанием, но имеет особое значение в конце жизни.
- Тесное сотрудничество и общение между медработниками является предварительным условием общения с пациентами и членами их семей.
- Паллиативное лечение требует наличия навыков вербального и невербального общения, слушания и присутствия.

#### Задачи

После завершения этого модуля участник сможет:

1. Определять важность постоянного общения с многопрофильным коллективом, пациентом и членами семьи в течение процесса окончания жизни.
2. Выделять три фактора, влияющих на общение в учреждении, предоставляющем паллиативное лечение.
3. Описывать важные факторы, связанные с сообщением плохих новостей.
4. Определять характеристики общения, которое пациент/члены семьи ожидают от медработников.

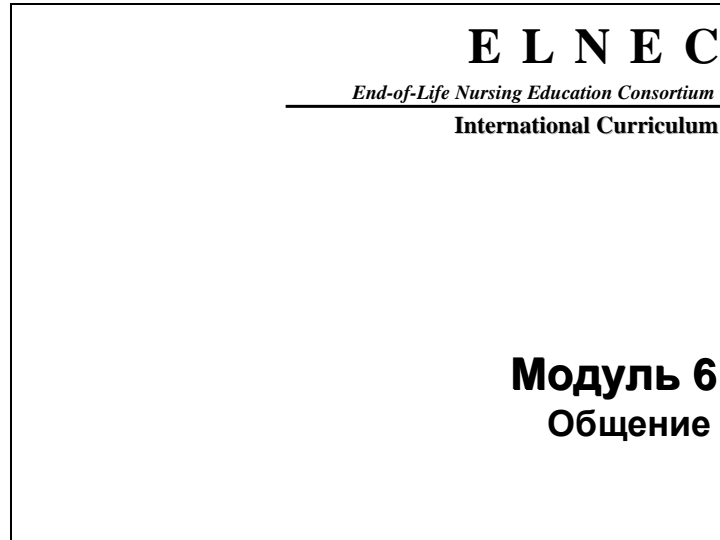
<b>Модуль 6. Общение</b> <b>Конспект курса обучения</b>
--

- I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ/ОБЗОР
  - A. **Эффективное общение**
  - B. Роль общения
    - 1. Потребности пациента
    - 2. Потребности семьи
  
- II. **ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ОБЩЕНИЮ**
  
- III. МИФЫ/ФАКТЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ОБЩЕНИЯ
  
- IV. **ПРОЦЕСС ОБЩЕНИЯ**
  - A. Планирование паллиативного лечения
  - B. Ожидания пациента/членов семьи
  - C. Вербальное и невербальное общение
  - D. Выслушивание/сохранение молчания
  - E. Указания для стимулирования беседы
  - F. Присутствие
  
- V. **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБЩЕНИЕ**
  - A. Семейная система
    - 1. Отсутствие постоянных лиц, осуществляющих уход
    - 2. Отсутствие поддержки (физической или эмоциональной) среди членов семьи
  - B. Финансовое положение/уровень образования
    - 1. Финансовая незащищенность
    - 2. Тревога, стресс, горе
    - 3. Перегрузка информацией
  - C. Специалист в области здравоохранения
    - 1. Поведение
    - 2. Факторы, препятствующие общению
    - 3. Сообщение плохой новости
    - 4. Стратегии общения для ускорения принятия решений, связанных с окончанием жизни
  
- VI. **ОБЩЕНИЕ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ГРУППЫ**
  - A. Многопрофильная группа
  - B. Разрешение конфликта
  
- VII. РЕЗЮМЕ

## Модуль 6 Общение

### Краткий конспект

Slide 1



*«Природа дала нам один язык и два уха, чтобы мы могли слышать в два раза больше, чем говорить».*  
*Эпиктет (55 н.э.-135 н.э.)*

- Общение — основа качественного паллиативного лечения. Общение — это ключевое условие для успешного паллиативного лечения (Dahlin & Giansiracusa, 2006 г.; Griffie и др., 2004 г.).
- В исследованиях, в рамках которых медсестер спрашивали, чему они хотят научиться в школе медсестер на курсе обучения по уходу за смертельно больными, на первом месте стоял ответ «Как говорить с пациентами/членами семей о смерти» (Coyne, 1999 г.; White и др., 2001 г.).
- Адекватная оценка и снятие симптомов зависит от эффективного общения. Эффективное общение важно для поддержки ваших пациентов и членов их семей.
- В данном модуле мы рассмотрим важность нормального общения между:
  - медсестрой и пациентом;
  - пациентом и членами его/ее семьи;
  - медсестрой и членами семьи пациента;
  - пациентом и многопрофильным коллективом, состоящим из представителей различных специальностей;
  - медсестрой и другими членами многопрофильного коллектива.

○  
○  
○

## Общение

- **Неизлечимая болезнь — это испытание для всей семьи**
- **Предоставление информации таким образом, чтобы люди могли принимать осознанные решения**
- **Требуется междисциплинарный подход**

Kimberlin et al., 2004

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

- **Неизлечимая болезнь — это испытание для всей семьи.**
- **Потребности пациента в общении:**
  - **потребность в информации (Kimberlin и др., 2004 г.);**
  - **стремление дать выход своим чувствам;**
  - **сохранение чувства контроля над ситуацией;**
  - **потребность в смысле (Vachon, 2004 г.);**
  - **ощущение надежды и общение, для того чтобы жизнь имела смысл и цель.**
- **Потребности в общении членов семьи:**
  - **потребность в информации;**
  - **нужно разрешение говорить;**
  - **потребность быть выслушанными (Wilkerson & Mula, 2003 г.).**
- **Общение также включает тесное сотрудничество между членами многопрофильного коллектива.**

○  
○  
○

## Факторы, препятствующие общению

- **Страх смерти**
- **Отсутствие опыта**
- **Сдерживание эмоций**
- **Нечуткость**
- **Чувство вины**



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

- Боязнь собственной смерти, как со стороны пациента, так и со стороны врача, приводит к уклонению от обсуждения смерти и умирания.
- Отсутствие личного опыта, связанного со смертью и умиранием, может усилить нежелание обсуждать эту тему.
- Боязнь врачей выражать эмоции, например показывать слезы, может привести к тому, что некоторые будут избегать трудных тем.
- Нечуткость врачей, выражающаяся в прерывании общения; высокомерном тоне; отказе пациентам/членам их семей в возможности выразить свое мнение.
- Чувство вины за неспособность вылечить пациента, страх быть обвиненным в причинении смерти или вина за неспособность изменить результаты являются настоящими проблемами. Люди часто возлагает нереалистичные надежды на лечение.

○  
○  
○ **Факторы, препятствующие общению (продолжение)**

- **Страх незнания**
- **Несогласие с решениями**
- **Отсутствие понимания культуры или целей**
- **Личные проблемы, связанные с переживанием горя**
- **Вопросы этики**

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

- Страх незнания того, как ответить на вопрос или следует ли быть откровенным, отвечая на вопрос, является существенным препятствием для открытого общения.
- Несогласие с решениями пациента/членов семьи может отрицательно повлиять на дальнейшее общение.
- Отсутствие знаний/понимания культуры пациента/семьи может привести к неэффективному общению.
  - Отсутствие знаний и/или понимания целей пациента и членов семьи в конце жизни, желаний или потребностей может привести к принятию несоответствующих решений, которые не уважают ценности, культуру и цели пациентов и членов семьи.
- Личное горе медсестры (например, смерть члена семьи или домашнего животного; распавшийся брак, несбывшиеся мечты; совокупная потеря/горе, которое не получило утешения).
- Этические проблемы, связанные с лечением, которые могут привести к разногласиям между пациентами, членами семьи или врачами, трудно обсуждать, но их необходимо решать открыто и, если необходимо, с помощью консультационной команды/комитета по этике.

◦  
◦ **Мифы, касающиеся общения**

- **Общение происходит не спонтанно**
- **Слова обозначают одно и то же и для говорящего, и для адресата**
- **Вербальное общение является основным**
- **Общение имеет односторонний характер**
- **Нельзя предоставлять много информации**

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

- **Миф:** Общение происходит осознанно.  
**Факт:** Мы общаемся, когда мы не осознаем, что общаемся.
- **Миф:** Слова обозначают одно и то же и для говорящего, и для адресата.  
**Факт:** Слова сами по себе не имеют смысла; именно интерпретация слов влияет на то, как другие воспринимают общение.
- **Миф:** Вербальное общение является основным.  
**Факт:** Большинство сообщений, которые мы передаем — невербальные символы.
- **Миф:** Общение имеет односторонний характер.  
**Факт:** Общение — это двусторонняя деятельность.
- **Миф:** Информации никогда не бывает слишком много.  
**Факт:** Люди могут чувствовать себя перегруженными, когда они получают слишком много информации.



○  
○  
○ **Ожидания пациента/членов семьи**

- **Будьте честны**
- **Выясняйте ценности и цели**
- **Слаженное общение**
- **Старайтесь выслушивать не спеша**



Coyne & Drew, 2002; Quill, 2000

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

- Основываясь на ожиданиях, выраженных пациентами/семьями, которые столкнулись с заболеваниями, предполагающими преждевременную смерть, важно сообщить пациентам и семьям, что (Coyne & Drew, 2002 г.; Quill, 2000 г.):
  - Вы будете откровенными и честными.
  - Вы их не бросите.
  - Вы будете выяснять и спрашивать об их ценностях/целях и будете помогать им достичь их в той мере, насколько это возможно.
  - Вы будете помогать им рассматривать их реалистичные варианты.
  - Вы будете работать со всеми представителями многопрофильной команды и обеспечивать понимание ими плана лечения, сообщение целей лечения друг другу и внесение ими вклада в его разработку.
  - СЛУШАЙТЕ.
- Существуют важные культурные моменты, касающиеся сообщения правды и общения.

Slide 7



- Помогая семьям в принятии решений, рассматривайте общую ситуацию (системы поддержки, финансовые, технические аспекты, местоположение и другие вопросы).
- Отвечайте на их вопросы в течение приемлемого периода времени, а также поощряйте их задавать вопросы.
- Спрашивайте: «Что бы вы хотели, чтобы я сделал? Каковы ваши ожидания? Что вам нужно?»
- Если вы не знаете, что делать, обращайтесь за помощью.
- Задайте себе вопрос: «Что бы я сделал, если бы это был член моей семьи?»
- Старайтесь выслушивать не спеша (Coyne & Drew, 2002 г.; Quill, 2000 г.).

○  
○  
○

## Вербальное и невербальное общение

- Включает язык телодвижений, зрительный контакт, жесты, тон голоса
- 80% общения происходит невербально

Ersek, 1992

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

- Общение включает в себя вербальные и невербальные сигналы. Восемьдесят процентов (80%) общения происходит невербально (Ersek, 1992 г.).
- Примеры невербального общения:
  - язык телодвижений,
  - зрительный контакт,
  - жесты,
  - интонация,
  - физическая «комфортная зона».

○  
○  
○

## Общение

- **Спросите, как много хочет знать пациент/члены семьи**
- **Будьте инициатором встреч с семьей**
- **Болезнь может укрепить или ослабить взаимоотношения**
- **Стройте общение с детьми в соответствии с возрастом**

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

- Проводя непрерывную оценку, определите, как много пациент/члены семьи хотят знать.
- Иницируйте встречи семьи с многопрофильным коллективом.
- Болезнь может укрепить взаимоотношения в семье и/или неожиданным образом выявить их непрочность.
  - Семьи с противоречивыми взаимоотношениями (например, насилие, оскорбление, развод и разъединение) будут испытывать больше трудностей, справляясь с негативными чувствами, гневом и чувством вины.
  - Эти факторы осложняют общение с пациентом и членами семьи.
- Не забывайте общаться с детьми в соответствии с их возрастом.

○  
○

## Культурные различия в общении, связанные с:

- Сексуальной ориентацией;
- религией;
- возрастом;
- этнической принадлежностью;
- полом;
- принадлежностью к племени.



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

- Принимайте во внимание культурные различия, связанные с:
  - сексуальной ориентацией;
  - религией;
  - возрастом,
  - этнической принадлежностью,
  - полом,
  - принадлежностью к племени.
- Также учитывайте:
  - прошлый опыт, связанный с болезнью, пребыванием в больнице, общением с медицинским коллективом и т.д.;
  - социальный и экономический статус;
  - язык (основной и второстепенный). Помните о том, что некоторые люди лучше читают на иностранном языке, чем говорят на нем, и наоборот;
  - страну происхождения.



- Слушать — значит присутствовать не только физически, но также мысленно и эмоционально.
- Выслушивание/присутствие имеет пять разных уровней, каждый из которых требует больше сил и участия. Это как подниматься по ступеням....чем выше вы поднимаетесь, тем больше у вас сил и участия (Ray, 1992 г.).

○  
○  
○

## Внимательное выслушивание

- **Призывайте их говорить**
- **Молчите**
- **Делитесь своими чувствами**
- **Избегайте недопонимания**

Buckman, 2001

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

- Не предугадывайте, о чем пойдет речь — СЛУШАЙТЕ!
- Не перебивайте.
- Терпеливо слушайте, пока в разговоре не наступит пауза.
- Подбадривайте говорящего:
  - кивая головой;
  - комментариями, например «понятно» или «расскажите еще»;
  - повторяя 2-3 слова из их последнего предложения: «...вы были шокированы поставленным диагнозом»;
  - размышляя «так значит, вы имеете в виду, что...» или «Если я вас правильно понимаю, вы чувствуете.....» (Buckman, 2001 г.).
- Слушайте так, как если бы вы уделяли внимание своему хорошему другу, который делится с вами своими беспокойствами, радостями и тем, что у него на сердце.

○  
○  
○

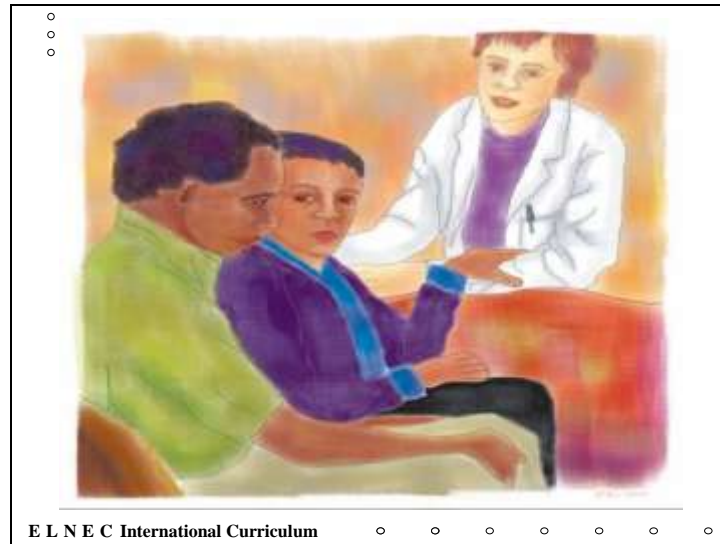
## Внимательное выслушивание

- Не меняйте тему разговора
- Не торопитесь, когда даете совет
- Поощряйте воспоминания
- Создавайте взаимосвязи

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

- Не меняйте тему разговора — это естественная реакция, которая часто используется нами, чтобы уйти от трудного разговора.
- Не торопитесь, когда даете совет.
  - По возможности, старайтесь вообще не давать советов, пока вас об этом не попросят.
  - Если вы все-таки даете совет, делайте это ненавязчиво.
    - ◆ «А вы думали о том, чтобы...»
    - ◆ «Мой друг однажды пробовал...»
    - ◆ «Когда у меня случилось подобное с моим другом, мамой, и т.д., я обнаружил, что это может оказаться полезным...».
- Поощряйте воспоминания, позвольте им рассказать свою историю — это сильное средство убеждения, вселяющее мысль о том, что их жизнь имела смысл.
- Создавайте наследие (например, письмо, которое должно быть прочитано по особому случаю, и т.д.).





**ДАВАЙТЕ ПОПРАКТИКУЕМСЯ.....Упражнение на обучение слушанию**

Длительность: 5 минут

- Два человека:
  - Один слушает, не перебивая.
  - Другой говорит об утрате (в течение 5 минут).

Вопросы для обсуждения:

После завершения этого пятиминутного упражнения можно использовать следующие вопросы для того, чтобы задать направление обсуждению между участниками:

- Для «говорящего»:
  - Что вы чувствовали, описывая свою утрату?
  - Какова была реакция слушателя?
  - Вы считаете, что он слушал внимательно?
  - Имелся ли какой-то конкретный признак, который дал вам понять, что человек действительно вас слушал?
- Для «слушающего»:
  - Что вы ощущали, слушая молча в течение пяти минут?
  - Пять минут показались вам коротким или длинным промежутком?
  - Какие аспекты рассказа были наиболее значимыми для вас?
  - Чему вас научил этот опыт внимательного слушания?
- Как в вашей культуре относятся к слушанию?

○  
○  
○

## Присутствие

**Требует:**

- **осознания уязвимости;**
- **интуиции;**
- **сочувствия;**
- **ощущения значения момента;**
- **спокойствия и тишины.**

Stanley, 2002

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

- Присутствовать и молчать — это ценные навыки общения (Stanley, 2002 г.):
  - знание себя и внутреннее согласие с самим собой;
  - знание другого человека;
  - связь;
  - подтверждение и оценка;
  - осознание уязвимости;
  - использование интуиции;
  - сопереживание и готовность быть уязвимым;
  - ощущение значения момента;
  - спокойствие и тишина.

○  
○  
○

## Указания для стимулирования беседы

- **Создание соответствующей атмосферы**
- **Хочет ли пациент/член семьи разговаривать?**
- **Внимательное выслушивание**

Duhamel & Dupris, 2003

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

- Создайте правильную атмосферу (Buckman, 2001 г.; Duhamel & Dupuis, 2003 г.).
  - Расслабьтесь и сообщите члену семьи, что вы хотите провести некоторое время с ним.
    - ◆ Сядьте так, чтобы ваши глаза были на одном уровне.
    - ◆ Наклонитесь вперед.
    - ◆ Непрерывный зрительный контакт — если уместно для данной культуры.
    - ◆ Отключите звуковые сигналы пейджеров или сотовых телефонов.
- Желают ли члены семьи разговаривать? (Buckman, 2001 г.; Duhamel & Dupuis, 2003 г.)
  - Возможно, что кто-то еще из членов многопрофильной группы поговорил с пациентом и/или членами семьи сегодня и ответил на все вопросы.
  - Спросите у них разрешения, прежде чем начинать длительную беседу.
  - Члены семьи могут почувствовать себя перегруженными информацией.
  - Пациент может испытывать боль и другие симптомы, в связи с чем ему будет трудно участвовать в разговоре.
  - Лица, осуществляющие уход, могут быть измождены и не готовы к разговору.
- Используйте вопросы, допускающие разные ответы.
  - Как у вас дела?
  - Что вам больше всего помогло?

○  
○  
○

## Факторы, влияющие на общение

- **Изменения внутри семьи**
- **Финансовая неопределенность**
- **Физические ограничения**
- **Культурные особенности**

Friedrichsen et al., 2001;  
Rabow et al., 2004

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

- **Семейные системы** (Friedrichsen и др., 2001 г., Rabow и др., 2004 г.):
  - Отсутствие постоянных лиц, осуществляющих уход.
  - Постоянная нехватка обмена информацией между членами медицинского коллектива — передаются противоречивые сообщения.
  - Смерть в семье может быть новым опытом, и существующих навыков преодоления жизненных трудностей может оказаться недостаточно — могут потребоваться новые навыки.
  - Ощущаемое или реальное отсутствие поддержки среди членов семьи.
  - Неспособность осуществлять физический уход или эмоциональную поддержку в отношении члена семьи, может привести к расстройствам у тех, кто о нем заботится, и ощущению покинутости и изоляции у пациента.
  - Болезнь/умирание/смерть/горе все еще могут оставаться запретными темами для многих семей.
  - Молодые люди хотят получать полную и честную информацию.
  - Некоторые члены семьи играют активную роль, общаясь с медицинским коллективом, другие занимают менее активную позицию.
- **Финансовое положение/образование** (Friedrichsen и др., 2001 г., Rabow и др., 2004 г.):
  - Финансовые проблемы, возникшие в связи с оплатой медицинских расходов, потерянного рабочего времени и стоимостью других мероприятий, связанных с уходом, могут лишить семью чувства стабильного финансового положения.
  - Незащищенность в финансовом плане провоцирует тревогу, стресс и горе.
  - Учитывайте уровень образования человека и способность читать.
  - Перегрузка информацией — слишком много медицинской информации/специальных терминов, многочисленные поставщики медицинских услуг, быстро изменяющиеся сложные лечебные протоколы.
- **Физические ограничения** (Friedrichsen и др., 2001 г., Rabow и др., 2004 г.):
  - Пожилые люди могут иметь возрастные изменения сенсорного восприятия (т.е. плохое зрение и/или слух), что также приводит к недостаточно полному пониманию.
  - Недостаточный сон или физическое истощение.
  - Неспособность к пониманию и общению (например, метастазы в мозг, инсульт, болезнь Альцгеймера или Паркинсона).
- **Культурные особенности**

○  
○  
○

## **Специалисты в области здравоохранения оказывают влияние на результат общения**

- **Отдавайте отчет своему поведению и стилю общения**
- **Отсутствие личного опыта, связанного со смертью и умиранием**
- **Страх перед незнанием ответа**
- **Отсутствие понимания целей пациента и семьи, связанных с окончанием жизни**
- **Языковые барьеры**

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

- Поведение врача может повлиять на результат общения:
  - отсутствие личного опыта, связанного со смертью и умиранием, может усилить нежелание обсуждать эту тему;
  - страх перед незнанием ответа;
  - боязнь собственной смерти;
  - боязнь выражать эмоции (например, показывать слезы) может привести к тому, что некоторые будут избегать «тяжелых» тем;
  - несогласие с решениями пациента/членов семьи может отрицательно повлиять на дальнейшее общение с членами семьи;
  - недостаточное знание/понимание целей пациента/членов семьи, связанных с окончанием жизни;
  - нерешенные проблемы, связанные с личным горем;
  - вопросы этики;
  - профессиональная нечуткость, выражающаяся в прерывании общения; высокомерном тоне; отказе пациентам/членам их семей в возможности выразить свое мнение.
  - физическая и/или эмоциональная дистанция (например, когда медицинский работник стоит в стороне от пациента, уклоняется от зрительного контакта);
  - языковые барьеры;
  - сообщения могут быть не получены пациентом, особенно если существует языковой барьер;
  - Специалисты в сфере здравоохранения обучены нести ответственность за результат:
    - ◆ Общество часто возлагает нереалистичные надежды на лечение;
    - ◆ Страх быть обвиненным в причинении смерти представляет собой настоящую проблему.

○  
○  
○

## Встречи с семьей

- Пациент может присутствовать
- Члены семьи
- Соответствующие врачи клиники (лучше, если это будет основной лечащий врач наряду с персоналом, осуществляющим паллиативное лечение)
- Задача – расширение общения

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

- Встреча с семьей или обсуждение:
  - Если пациент в состоянии/заинтересован, он тоже может присутствовать.
  - Встреча с семьей — это собрание членов семьи, а также других членов многопрофильной группы, принимающих участие в лечении пациента.
  - **Цель** встречи — обсудить задачи лечения и провести предварительное планирование лечения, предоставить надежную информацию, определить области разногласий и другие стратегии (Tulsky, 2005 г.).
  - **Задача** — улучшить общение, связанное с вопросами лечения в конце жизни (Curtis и др., 2001 г.).

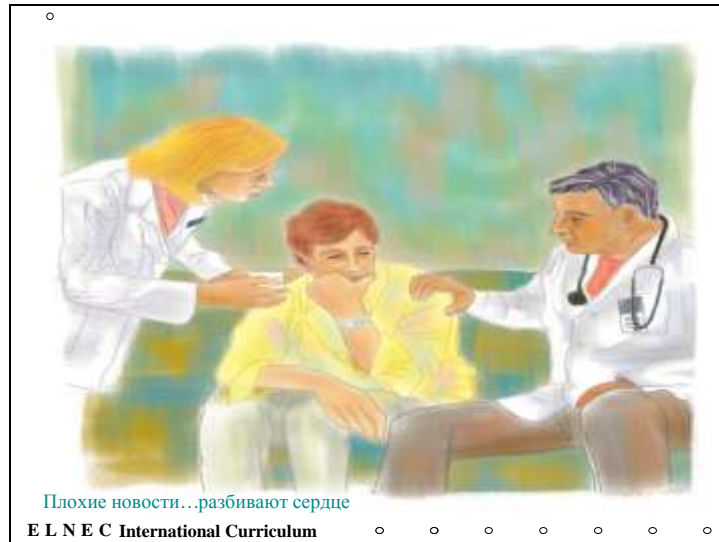
**Обсуждение:**

Являются ли обсуждения с участием семьи частью вашей культуры?

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 1. Шестиэтапный порядок для сообщения плохих новостей

Рисунок 3. Рекомендации для проведения встречи с членами семьи



- Обзор протокола SPIKES:

**S** ОБСТАНОВКА и умение слушать;  
**P** ОСОЗНАНИЕ пациентом своего состояния/его серьезности;  
**I** ПРЕДЛОЖЕНИЕ раскрыть информацию, полученное от пациента;  
**K** ЗНАНИЯ при предоставлении медицинских фактов;  
**E** ИССЛЕДУЙТЕ эмоции и выражайте сочувствие, когда пациент отвечает;  
**S** СТРАТЕГИЯ и резюме.

Заимствовано из:

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. Последнее обращение 17 сентября 2007 г. через Интернет по адресу <http://www.TheOncologist.com>

○  
○  
○

## Стратегии общения для ускорения принятия решений, связанных с окончанием жизни

- **Будьте инициатором обсуждения вопросов, связанных с окончанием жизни**
- **Используйте такие слова, как «смерть» и «умирание»**
- **Сохраняйте надежду**
- **Проясняйте преимущества и тяготы**

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

- Коммуникационные стратегии, способствующие принятию вместе с пациентами решений, связанных с концом жизни:
  - Медсестра должна как являться инициатором обсуждения проблемных вопросов, связанных с медицинским обслуживанием в конце жизни, так и участвовать в нем.
  - Используйте такие слова, как «смерть» и «умирание» в беседах, проводимых с пациентом и членами его семьи.
  - Поддерживайте надежду и конкретизируйте ее (например, снятие боли/симптомов, спокойная смерть, возможность решить проблемные вопросы с членами семьи) (Bask и др., 2003 г.).
  - Проясняйте преимущества и тяготы варианта (ов) лечения.
  - Убедитесь, что все врачи предоставляют непротиворечивую информацию.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Рисунок 1. Упражнение по постановке целей, связанных с концом жизни

Рисунок 2. Вопросы, которые нужно задавать пациенту и членам семьи, чтобы определить их цели, относящиеся к концу жизни



○  
○  
○

## Общение между членами коллектива

- **Общение внутри коллектива крайне необходимо, особенно между дипломированной медсестрой и доктором**
- **Должно происходить часто**
- **Фиксируйте документально**
- **Ожидайте возникновение конфликтов**

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

- Общение в коллективе является жизненно важным.
  - Цели многопрофильной группы должны соответствовать целям пациента/семьи.
  - Общение среди участников группы должно происходить ежедневно.
  - Общение между медсестрой и врачом является абсолютно необходимым.
  - Документы в медицинской карте (письменный обмен информацией) должны отражать роли и цели членов коллектива для каждого случая.
  - Регулярно проводимые собрания коллектива являются подходящим средством эффективного общения — они **приносят пользу пациенту, членам семьи и коллективу**.
  - Ожидайте конфликтов — когда за пациентом ухаживают несколько человек, всегда будут возникать разногласия и потенциальные конфликты.

**Обсуждение:**

Специалисты каких профессий входят в состав медицинского коллектива в вашей ситуации?

°  
°  
°

## Разрешение конфликта

- **Попытайтесь отступить на шаг назад**
- **Определите собственные эмоции**
- **Определите конфликт**
- **Достигните соглашения в конфликте**
- **Поговорите об этом**
- **Интересы пациента должны всегда быть на первом месте**

Buckman, 1998

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

- Каждый раз, когда вы работаете в группе, будьте готовы к конфликту. Это не всегда будет отрицательным столкновением. Часто конфликты приводят к обсуждениям, которые не были бы запланированы.
- Сделайте шаг назад.
- Определите собственные эмоции и попытайтесь описать их, а не показывать.
  - убедитесь, что причиной конфликта не являетесь непосредственно “ВЫ” — то как вы «ищете свой собственный путь»;
  - будьте готовы к тому, что вы можете не согласиться с решениями пациента/членов семьи;
  - после предоставления всей информации/вариантов членам семьи, их обязанностью является принять решение, которое они считают наилучшим для пациента.
- Попытайтесь определить те моменты конфликта, которые не удалось разрешить.
- Попытайтесь прийти к соглашению относительно этих моментов, даже если их нельзя разрешить.
- Найдите наставника/коллегу и поговорите о конфликте.
- **Думайте об интересах пациента и его семьи.**
  - Когда медсестры и врачи не общаются, страдает пациент.
  - Негативные или мешающие работе взаимоотношения врача и медсестры характеризуются отрицательными результатами (Goulette, 2007 г.).

○  
○  
○

## Резюме

- **Общение является комплексным**
- **Конечная цель — интересы пациента**
- **Пациенты и члены их семьи должны быть вовлечены в процесс общения**
- **Медсестра должна способствовать общению членов коллектива, пациентов и семей**

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

- Общение — это процесс, являющийся сложным во всех ситуациях, но он становится особенно напряженным при поздней стадии болезни.
- Помните о том, что основной задачей каждого члена коллектива является **ЗАЩИТА** интересов пациента.
- Подлинная защита достигается, когда пациент и члены семьи играют основную роль в плане лечения.
- Роль медсестры — способствовать ясному открытому общению между членами коллектива, пациентом и семьей.
- Постоянная оценка результатов общения жизненно важна.



**РЕЗЮМЕ:**

*«Слова одновременно и лучше, и хуже мыслей; они выражают их и дополняют их; они дают им силу, чтобы творить добро или зло; они являются началом их бесконечного полета, для **наставления** и **утешения** и **благословения** либо для вреда и печали и разрушения».*

*Трайон Эдвардс (1809-1894 г.г.)*

- **Общение жизненно важно для эффективного паллиативного лечения.**
- Пусть ваши слова будут использованы для:
  - наставления,
  - утешения,
  - благословения.

## **Module 6: Communication**

### **Case Studies**

#### **Module 6**

#### **Анализ конкретного случая №1**

#### **Г-н Джоунз: Сообщение плохих новостей членам семьи**

Вы получили направление в хоспис для г-на Джоунза 54 лет, страдающего боковым амиотрофическим склерозом. Он и его семья (жена и 3 детей — 9, 16, 19 лет), находятся в оцепенении и с тревогой слушают вас, когда вы описываете то, что им следует ожидать от пребывания в хосписе. Семья, похоже, не понимает, зачем вы обсуждаете с ними вопросы, связанные с концом жизни. Вы звоните лечащему врачу г-на Джоунза, который говорит, что пациент заверил его, что он говорил с членами семьи о своем прогнозе. Вы устанавливаете, что г-н Джоунз в действительности не рассказал об этом своей семье. Вы разговариваете с г-ном Джоунзом, который признается в том, что он сказал своей семье, что у его состояние весьма стабильно, и он надеется прожить еще много лет. Он просит вас помочь ему сообщить правду о его плохом прогнозе членам его семьи.

#### Вопросы для обсуждения:

1. Какова ваша роль сейчас?
2. Какие пробелы в общении вы обнаружили?
3. Какие стратегии способствуют продолжению лечения и повышению эффективности общения в коллективе?
4. Каким образом встреча с семьей поможет в данном случае?
5. Как вы считаете, какие особые потребности имеются у детей в данный момент? Каким образом вы удовлетворите эти потребности?

**Module 6**  
**Анализ конкретного случая №2**  
**Синди: Разногласие**

Синди — 36-летняя пациентка с раком поджелудочной железы, находится в стационаре в течение двух недель. Она находится в отделении интенсивной терапии 5 последних дней. Ухудшение ее физического состояния и страдания мучительны для ее мужа и медицинского коллектива. Лечащий врач обсуждал с мужем вероятность того, что у его жены произойдет остановка сердца и/или дыхания, описал действия, которые предпримет коллектив для полной реанимации, а также различные уровни реанимации, соответствующие лечению, которые включали вариант «не реанимировать», и попросил мужа выразить его предпочтения относительно реанимации. Сначала муж выбрал для своей жены статус «не реанимировать» и заполнил все официальные документы для реализации данного решения. В течение следующих 12 часов он активно расспрашивал медсестринский и врачебный персонал, что значит понятие «не реанимировать». Затем он обратился к лечащему врачу с просьбой отменить его решение и заменить его на полную реанимацию. Он объяснил изменение своего решения так: «Когда я увидел, что медсестры и врачи определяют реанимацию не одинаково, я решил, что не позволю им заниматься этим. Я — муж своей жены и останусь им до конца.» Это решение было реализовано, и в течение следующих четырех дней у пациентки наблюдались явные признаки умирания. Ее муж оставался с ней в отделении интенсивной терапии и был свидетелем изменений физического состояния его жены. Он начал делать замечания относительно этих изменений и очевидного страдания его жены. После двух часов наблюдения за ее смертью муж сказал медсестре, что не хочет, чтобы его жену реанимировали. Эта информация была немедленно передана медицинскому коллективу, и было проведено короткое обсуждение с врачом, мужем и медсестрой, чтобы подтвердить это решение.

Вопросы для обсуждения:

1. Каковы факторы, препятствующие эффективному общению в этом случае?
2. Каким образом можно было устранить эти препятствующие факторы?

**Module 6**  
**Анализ конкретного случая №3**  
**«Макс: Сообщение о внезапной смерти»**

Макс Кляйн — 84-летний водопроводчик на пенсии, который привел свою 83-летнюю жену, Мэри, в больницу с жалобами на боли в груди. Состояние Мэри ухудшается, она переносит остановку сердца, и ей проводят полную реанимацию. В это время Макс сообщает социальному работнику и священнику, что «этого просто не может быть. Мэри здорова, как бык.» Он не хочет уведомлять детей, которые живут за пределами города, «пока ее состояние не стабилизируется, потому что я знаю, что они вылечат ее». Макс выглядит обеспокоенным, но рассеянным и постоянно говорит о том, что Мэри и раньше часто болела, но «всегда тут же выздоравливала». После 2-часовых многочисленных процедур и попыток Мэри умирает.

Вопросы для обсуждения:

1. Какие полезные стратегии общения вы используете для того, чтобы сообщить о состоянии Мэри, пока она все еще получает агрессивное лечение?
2. Как следует сообщить Максиму о смерти Мэри?
3. Какова роль многопрофильного коллектива в общении в данной ситуации?

**Module 6**  
**Анализ конкретного случая №4**  
**«У г-на Куартера есть вопрос»**

Валенсио Куартера — 56-летний пациент с обширным метастатическим раком простаты. В настоящее время, он проходит курс лучевой терапии для лечения костных метастаз. Его жена умерла год назад от рака груди. Сейчас он живет дома со своими 15-летними дочерьми-близнецами. Когда вы, онкологическая медсестра, осуществляющая лучевую терапию, входите в процедурный кабинет, г-н Куартера спрашивает вас: «Сюзь, вы ведь не считаете, что я умру?» «Что будет с моими дочерьми, если я умру?»

Вопросы для обсуждения:

1. Как вы ответите?
2. Как вы отреагируете на его беспокойство, связанное с дочерьми?
3. Что бы вы порекомендовали ему обсудить с дочерьми на данном этапе?
4. К каким еще членам междисциплинарного коллектива следует обратиться, чтобы помочь г-ну Куартера с его дочерьми?



## Module 6

### Анализ конкретного случая №5

#### «Г-н Ахмед: Активное лечение и паллиативное лечение?»

Г-н Ахмед — 49-летний пациент с повторной опухолью мозга, в настоящее время госпитализированный после припадков. Г-н Ахмеду диагноз был поставлен в возрасте 44 лет, после чего он перенес обширную хирургическую операцию, прошел химиотерапию и лучевую терапию. Три месяца назад коллектив, осуществляющий его онкологическое лечение, сообщил ему и его семье, что вариантов дальнейшего лечения больше нет, и порекомендовал паллиативное лечение. Семью не заинтересовало паллиативное лечение, они потребовали, чтобы медики «сделали все возможное». У него наблюдается потеря веса, все более сильные головные боли, тошнота, а сейчас и припадки. После сильного припадка на прошлой неделе его жена опять привела его в онкологический центр в надежде получить новое лечение, она также спрашивает, может ли он одновременно получать и паллиативное лечение. Пока г-н Ахмед ожидает томографического обследования в отделении рентгенологии, вы, онкологическая медсестра, навещаете его, так как вы слышали, что он находится в отделении рентгенологии. Он говорит вам, что очень устал от лечения и дальних поездок и хочет, чтобы его семья «бросила это все и просто позволила мне остаться дома, поиграть с собакой и побыть с друзьями».

#### Вопросы для обсуждения:

1. Как вы ответите г-ну Ахмеду?
2. Может ли г-н Ахмед получать лечение и паллиативное лечение одновременно? Если это так, как вы опишите это г-ну и г-же Ахмед?
3. Каким образом можно использовать внимательное выслушивание и присутствие в случае с этим пациентом и его женой?
4. Разыграйте по ролям ситуацию того, как бы вы ответили на последнее заявление г-на Ахмеда. Кроме того, разыграйте по ролям ситуацию того, как бы вы описали паллиативное лечение этой семье. В заключение, разыграйте по ролям ситуацию того, как бы вы установили цели г-на Ахмеда, связанные с концом жизни (см. Рисунок 1: Упражнение для постановки целей, связанных с концом жизни и Рисунок 2: Вопросы, которые нужно задавать, чтобы определить цели пациента и членов семьи в конце жизни).

## **Модуль 6: Общение**

### **Дополнительные учебные материалы/содержание учебных мероприятий**

Таблица 1	Шестиэтапный порядок сообщения плохих новостей	М6-37
Рисунок 1	Упражнение по постановке целей, связанных с концом жизни	М6-38
Рисунок 2	Вопросы, которые нужно задавать пациенту и членам семьи, чтобы определить их цели, относящиеся к концу жизни	М6-39
Рисунок 3	Рекомендации для проведения встречи с членами семьи	М6-41

## Модуль 6: Общение

### Дополнительные учебные материалы/учебные мероприятия

#### Модуль 6

#### Таблица 1: Шестиэтапный порядок сообщения плохих новостей

1. Правильное понимание физического контекста.
2. Определение того, как много знает или подозревает пациент.
  - Фактическое содержание утверждений пациента.
  - Стиль утверждений пациента.
  - Эмоциональное содержание утверждений пациента.
3. Определение того, как много хочет знать пациент.
4. Сообщение медицинской информации.
  - Равняйтесь на пациента (используйте слова и текущие знания пациента).
  - Просвещайте.
  - Предоставляйте информацию в небольших количествах.
  - Употребляйте английский язык (не медицинский жаргон).
  - Часто проверяйте отклик (проверяйте, доходит ли сообщение).
  - Часто подкрепляйте информацию фактами.
  - Смешивайте беспокойства и страхи пациента со своими.
5. Реагирование на чувства пациента.
6. Планирование и подведение итогов.
  - Определите стратегии преодоления пациента и поощряйте их.
  - Определите другие источники поддержки для пациента.

Заимствовано из:

Kastenbaum, R. *Общение в паллиативном лечении: Практическое руководство*. – 1998. // D. Doyle, G. W. C. Hanks и N.

MacDonald (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*. – 1998. – (2-е изд. – с. 141–156). – New York, NY: Oxford University Press. – Переиздано с разрешения.

## Модуль 6

### Рисунок 1: Упражнение по постановке целей, связанных с концом жизни (30 минут)

Это упражнение дает возможность участникам сфокусироваться на важности общения с пациентами и членами их семей, так как это помогает им определить, что для них важно в этот период жизни. Это упражнение помогает им определить ценности и задачи, связанные с окончанием жизни, которые будут служить ориентирами междисциплинарного лечения.

#### 1. Создавайте триады: Медсестра, пациент, наблюдатель 8 минут

**Все участники:** Прочтите «Вопросы для определения целей (Модуль 6: Рисунок 2)» и обсудите, какие вопросы будут для них наиболее полезны с позиции пациента, которому задают вопросы, и с позиции медсестры, которая эти вопросы задает.

#### 2. Ролевая игра: Попросите участников разыграть это общение в их триадах. Сообщите им, что в конце предусмотрено время на обсуждение качества и результатов этого общения. 8 минут

**Медсестра:** Постройте диалог, используя «Вопросы для определения целей» или подобные вопросы, чтобы помочь пациенту определить, что для него важно в этот период жизни. Ваш пациент осознает ограниченность своей вероятной продолжительности жизни.

**Пациент:** Вы – пациент, который осознает ограниченность своей вероятной продолжительности жизни, и вы начинаете думать о том, что бы вы хотели, чтобы случилось в этот ограниченный период вашей жизни. Вступите в диалог с медсестрой.

**Наблюдатель:** Наблюдайте за вербальным и невербальным общением между медсестрой и пациентом. Будьте готовы описать качество и результаты диалога.

#### 3. Обсуждение в группе: Способствуйте обсуждению в группе качества и интенсивности этого диалога. Укажите, как диалог может помочь пациентам и членам их семей определить, что важно для них, и как мы, кто профессионально осуществляет уход, можем потом использовать сообщенные данные в качестве ориентиров лечения. 10 минут

Вопросы, которые следует задавать для того, чтобы способствовать обсуждению в группе.

**Пациент:** Что вы чувствовали, отвечая на эти вопросы? Они помогли вам сфокусироваться или сообщить свои приоритеты?

**Наблюдатель:** Обсудите качество общения, включая вербальное и невербальное общение между медсестрой и пациентом.

**Медсестра:** Что вы чувствовали, участвуя в этом диалоге?

Источник:

Хоспис Florida Suncoast, февраль 2001 г. Переиздано с разрешения.

## Модуль 6

### Рисунок 2: Вопросы, которые нужно задавать пациенту и членам семьи, чтобы определить их цели, относящиеся к концу жизни

Являются ли эти вопросы частью вашей оценки?

- Что беспокоит вас больше всего в вашей болезни?
- Как проходит лечение?
- Что наиболее трудно для вас в этой болезни?
- Каковы ваши надежды на будущее?
- Каковы ваши страхи относительно будущего?
- Что наиболее важно для вас?
- Как вы хотите, чтобы члены вашей семьи вспоминали о вас?
- Что придает вам силы преодолевать эту ситуацию?
- Как вы считаете, что наиболее важно для вашей семьи?
- Каковы ваши потребности сейчас?
- Что вас беспокоит сейчас/и в будущем?
- Чего вы хотите достичь или что вы хотите сделать?
- Что бы вы хотели все еще сделать?
- Что приносит вам радость/утешение?
- Над чем вам важно сохранять контроль?
- Над чем вы сохраняете контроль? Болезнью, болью или решениями?
- Что вы знаете о своей болезни/заболевании? Есть ли что-нибудь еще, что бы вы хотели знать?
- Как вы относитесь к своему лечению (лекарства, лучевая терапия, химиотерапия, «не проводить реанимацию»)?
- Если вы испытываете боль, то какой уровень боли был бы наиболее приемлем для вас по шкале 0–10?
- Какие виды деятельности, такие как музыка, искусство, чтение, массаж, прикосновение приносят вам спокойствие или утешение?
- Каковы самые важные взаимоотношения в вашей жизни?
- Есть ли кто-нибудь, кого бы вы хотели увидеть/поговорить/навестить?

- Чем вы гордитесь? Каковы ваши самые великие достижения?
- Как и где вы хотели бы жить в течение оставшейся жизни?
- Где (в каком окружении) вам наиболее комфортно?
- На что вы надеетесь?
- Какие духовные или религиозные традиции приносят вам успокоение?
- Важно ли для вас душевное спокойствие? Что помогает вам достичь душевного спокойствия?

Заимствовано из:

Хоспис Florida Suncoast, февраль 2001 г. Переиздано с разрешения.

## Модуль 6

### Рисунок 3: Рекомендации для проведения встречи с членами семьи

---

#### Подготовьтесь к встрече

- Изучите медицинские вопросы и историю.
- Скоординируйте медицинский коллектив.
- Обсудите задачи встречи с коллективом.
- Определите лидера встречи среди членов медицинского коллектива.
- Обсудите, какие члены семьи будут присутствовать.
- Найдите уединенное тихое место с сидячими местами для всех.
- Постарайтесь свести возможность помех к минимуму: назначьте подходящее время и место, выключите пейджер, если возможно.

#### Начните встречу

- Представьте всех присутствующих друг другу.
- Изучите медицинскую ситуацию.
- Поставьте общую цель встречи, сказав что-нибудь вроде: *«Сегодня я хочу убедиться, что каждый из вас понимает, как [пациент] чувствует себя, и ответить на все ваши вопросы»* или *«Мы собрались здесь сегодня, чтобы обсудить, как о [пациент] будут заботиться дома»*.
- Будьте готовы к тому, что цели встречи могут измениться по желанию семьи.

#### Выясните степень понимания членов семьи

- Задавайте членам семьи вопросы, такие как: *«Что вам сказали о состоянии [пациент]?»*
- После получения ответа в качестве следующего вопроса полезно спросить: *«Есть ли что-нибудь еще, что вам не ясно и что мы можем объяснить вам?»*

#### Выясните ценности и цели пациента и членов семьи

- Выясняйте цели всех присутствующих, особенно если они придерживаются различных точек зрения.
- Начните с открытого вопроса, такого как: *«Если основываться на том, что вам известно, каковы ваши надежды относительно [пациент]?»* После этого членам семьи можно задавать более конкретные вопросы: *«Для кого-то важная цель — приехать домой. Иногда встреча с определенным членом семьи или другом — важная цель. Есть ли что-то подобное, что может быть важным для [пациент]?»*
- Определите этническое и культурное влияние, оказываемое на стиль общения, взаимоотношения в семье, медицинское лечение и лечение в конце жизни, высказав следующую просьбу: *«Помогите мне, пожалуйста, понять то, что мне необходимо знать об убеждениях и традициях [пациент] для того, чтобы обеспечить лучшее лечение [пациент]»*.
- Делайте акцент на перспективах пациента. Часто это помогает облегчить чувство вины, которое могут испытывать члены семьи в связи с тем, что они принимают решения. Такие вопросы могут включать: *«Как вы думаете, что [пациент] делал бы или хотел в этой ситуации?»*, — или: *«Наша задача — не выяснять, что бы вы хотели или не*

*хотели, а использовать ваше знание [пациент] для того, чтобы понять, чего бы он или она хотел (а) в этой ситуации».*

## **Модуль 6**

### **Рисунок 3: Рекомендации для проведения встречи с членами семьи (прод.)**

---

#### **Рассматривайте решения, которые необходимо принять**

- Добейтесь общего понимания вопросов.
- Узнайте, выразил ли пациент свои желания относительно решения, задав вопрос: *«Обсуждал ли [пациент] когда-либо то, что он хотел бы или не хотел бы в такой ситуации?»*
- Убедите членов семьи в том, что они принимают решение в интересах пациента и совсем не обязательно в своих собственных интересах.
- Начните с открытых оценок, а потом перейдите к специфическому вмешательству, если необходимо.
- Давайте четкие рекомендации с учетом целей пациента и членов семьи, например: *«Исходя из нашего понимания медицинской ситуации и того, что вы сказали нам о целях [пациент], я бы не рекомендовал продолжение диализа».*
- Старайтесь достигнуть единодушия, соглашаясь с решением или с необходимостью получить больше информации.
- Делайте заключения, такие как: *«Похоже, мы приходим к пониманию, что [пациент] не хотел бы продолжать искусственную вентиляцию легких. Ведь так все понимают его или ее желания?»*
- Относитесь к возможностям принятия решения как к «терапевтическому испытанию» или рекомендации медицинского коллектива, которая требует согласия только членов семьи.
- Убедитесь, что все поняли принятые решения, сказав что-нибудь вроде: *«Я хочу быть уверен, что все поняли, что мы решили...»*

#### **Завершите встречу**

- Кратко изложите то, что вы обсудили.
- Спросите, есть ли у кого-нибудь вопросы.
- Выразите благодарность и уважение семье: *«Я понимаю, как это трудно, но я уважаю всех за то, что вы так старались принять правильное для [пациент] решение», — или: «Я хочу поблагодарить всех за то, что вы были здесь и помогли принять трудные решения».*
- Составьте четкий план последующего ухода, включая план следующей встречи с членами семьи и способы связи с медицинским коллективом.

#### **Отслеживайте встречу**

- Представьте встречу в виде схемы.
- Отслеживайте любую информацию или повторную оценку, с которой вы согласились во время встречи, спрашивая: *«Когда мы последний раз встречались, вы собирались поговорить со своим братом о нашей встрече. Как все прошло?»*



Источник:

Rabow, M.W., Hauser, J.M. и Adams, J. *Поддержка членов семьи, ухаживающих за пациентом в конце жизни: «Они не знают того, что они не знают».*// Журнал Американской медицинской ассоциации. – 2004. – № 291(4). – с. 487. – Переиздано с разрешения.

## Module 6: Communication

### Key References

- Back, T., Arnold, B., & Quill, T. (2003). Hope for the best, prepare for the worst. *Annals of Internal Medicine*, 138(5), 439-443.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES- A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Buckman, R. (1998). Communication in palliative care: A practical guide. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. MacDonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (2<sup>nd</sup> ed., pp.141-156). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142.
- Coyne, P. (1999). *What nurses wish they were taught in their nursing education related to the care of dying or terminally ill patient/family unit*. Presented at the 18<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting of the American Pain Society, Ft. Lauderdale, FL.
- Coyne, P. J., & Drew, J. (2002). Palliative care. In B. St. Marie (Ed.), *Core curriculum for pain management nursing* (pp. 439-455). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Curtis, J. R., Patrick, D. L., Shannon, S. E., Treece, P. D., Engelberg, R. A. & Rubenfeld, G. D. (2001). The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. *Critical Care Medicine*, 29(2Suppl), N26-33.
- Dahlin, C. M., & Giansiracusa, D. F. (2006). Communication in palliative care. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 67-93). New York, NY: Oxford University Press.
- Duhamel, F., & Dupuis, F. (2003). Families in palliative care: Exploring family and healthcare professionals' beliefs. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(3), 113-119.
- Ersek, M. (1992). Examining the process and dilemmas of reality negotiation. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(1), 19-25.
- Friedrichsen, M. J., Strang, P. M., & Carlsson, M. E. (2001). Receiving bad news: Experiences of family members, *Journal of Palliative Care*, 17(4), 241-247.

- Goulette, Candy (2007). Doctors and nurses: Professional relationships make for better patient care. *Advance for Nurses*, July 9, 2007, 21, 22, 36.
- Griffie, J., Nelson-Marten, P., & Muchka, S. (2004). Acknowledging the 'elephant': Communication in palliative care. *American Journal of Nursing*, 104(1); 48-57.
- Kimberlin, C., Brushwood, D., Allen, W., Radson, E., & Wilson, D. (2004). Cancer patient and caregiver experiences: Communication and pain management issues. *Journal of Pain & Symptom Management*, 28(6), 566-578.
- Quill, T.E. (2000). Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: Addressing the "Elephant in the room." *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2502-2507.
- Rabow, M. W., Hauser, J. M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life. "They don't know what they don't know." *Journal of the American Medical Association*, 291(4), 483-489.
- Ray, M. C. (1992). *I'm here to help: A hospice worker's guide to communicating with dying people and their loved ones*. New York, NY: Bantam Books.
- Stanley, K. J. (2002). The healing power of presence. *Oncology Nursing Forum*, 29(6), 935-940.
- Tulsky, J. A. (2005). Beyond advance directives: Importance of communication skills at the end of life. *Journal of the American Medical Association*, 294(3), 359-365.
- Vachon, M. L. S. (2004). The emotional problems of the patient in palliative medicine. In D. Doyle G. Hanks N. Cherny, & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 961-985). Oxford, UK: Oxford University Press.
- White, K. R., Coyne, P. J., & Patel, U. B. (2001). Are nurses adequately prepared for end-of-life care? *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 147-151.
- Wilkerson, S., & Mula, C. (2003). Communication in care of the dying. In J. Ellershaw & S. Wilkerson (Eds.), *Care of the dying: A pathway to excellence*. New York, NY: Oxford University Press.

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

<u>Chapter</u>	<u>Author</u>	<u>Title</u>
3	Glass, Cluxton, & Rancour	Principles of Patient & Family Assessment
4	Dahlin & Giansiracusa	Communication in Palliative Care
26	Ersek	The Meaning of Hope in the Dying
52	Hinds, Oakes, & Furman	End-of-Life Decision-Making in Pediatric Oncology
67	Steeves & Kahn	Understanding a "Good Death": James's Story