

altenpflege.de Edition

Podręczniki skrótowe do kształcenia pielęgniarek - specjalizacja opieka nad osobami starszymi

Theo Ahrens

# Opieka paliatywna i zarządzanie bólem

presented by

**YES**  
**ARCH**  
**ITEC**  
**TURE.**

# Dane bibliograficzne

## Theo Ahrens – Krótka biografia

Theo Ahrens, urodzony w 1979 roku w pobliżu Monachium, jest nauczycielem zawodów pielęgniarских i zaangażowanym pedagogiem pielęgniarstwa. Po odbyciu Rocznego Dobrowolnego Roku Społecznego w szpitalu ukończył szkolenie na stanowisko pielęgniarza i zdobywał cenne doświadczenie zawodowe na oddziale intensywnej terapii. Napędzany pragnieniem przekazywania wiedzy, studiował pedagogikę pielęgniarską i od 2009 roku pracuje jako nauczyciel w szkole zawodowej w Monachium. Theo jest znany ze swojego praktycznego i empatycznego podejścia do nauczania, dzięki czemu przygotowuje przyszłych pracowników opieki na ich wymagającą pracę. Prywatnie mieszka z żoną i dwojgiem dzieci w Berlinie i angażuje się wolontariacko na rzecz poprawy warunków kształcenia w opiece.

Ten krótki podręcznik został sformułowany na podstawie planów nauczania z jego zajęć przy użyciu sztucznej inteligencji. Tłumaczenie zostało wykonane automatycznie.

Wydany przez altenpflege.de

Cena DE/AT: 3,90 € CH: 5 Fr

Copyright 2024 altenpflege.de

Uwagi i propozycje ulepszeń proszę kierować na [team@altenpflege.de](mailto:team@altenpflege.de).

1/1-2412181524

## Spis treści

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1   Wprowadzenie do opieki paliatywnej . . . .                                                                       | 4  |
| 1.1   Definicja opieki paliatywnej . . . .                                                                           | 4  |
| 1.2   Cele i zasady opieki paliatywnej . . . .                                                                       | 4  |
| 1.3   Unterschiede zwischen kurativer und palliativer Pflege . . . .                                                 | 5  |
| 1.4   Rola personelu pielęgniarskiego w opiece paliatywnej . . . .                                                   | 6  |
| 2   Podstawy zarządzania bólem . . . .                                                                               | 7  |
| 2.1   Definicja i znaczenie zarządzania bólem . . . .                                                                | 7  |
| 2.2   Rodzaje bólu . . . .                                                                                           | 7  |
| 2.3   Przyczyny bólu i powstawanie bólu . . . .                                                                      | 8  |
| 2.4   Znaczenie leczenia bólu w opiece paliatywnej . . . .                                                           | 9  |
| 3   Etyczne i prawne aspekty opieki paliatywnej . . . .                                                              | 10 |
| 3.1   Prawo do samostanowienia i autonomii pacjenta . . . .                                                          | 10 |
| 3.2   Etyczne wyzwania w opiece paliatywnej . . . .                                                                  | 11 |
| 3.3   Postępowanie z dyspozycjami pacjentów i pełnomocnictwami na wypadek niezdolności do czynności prawnych . . . . | 12 |
| 3.4   Wymogi prawne dotyczące opieki paliatywnej i terapii przeciwbólowej . . . .                                    | 13 |
| 4   Ocena i kontrola bólu . . . .                                                                                    | 14 |
| 4.1   Znaczenie oceny bólu w opiece . . . .                                                                          | 14 |
| 4.2   Metody oceny bólu . . . .                                                                                      | 15 |
| 4.3   Narzędzia do oceny bólu . . . .                                                                                | 15 |
| 4.4   Szczegółowości oceny bólu u osób z demencją . . . .                                                            | 16 |
| 5   Farmakologiczna terapia bólu . . . .                                                                             | 18 |
| 5.1   Podstawy leczenia bólu lekami . . . .                                                                          | 18 |
| 5.2   Grupy leków w terapii przeciwbólowej . . . .                                                                   | 18 |
| 5.3   Właściwości i działania niepożądane leków przeciwbólowych (opioidy, nieopiodowe leki przeciwbólowe) . . . .    | 19 |
| 5.4   Dawkowanie, sposoby podawania i formy stosowania leków przeciwbólowych . . . .                                 | 20 |
| 5.5   Wytyczne dotyczące postępowania z substancjami odurzającymi (BTM) . . . .                                      | 22 |
| 6   Niefarmakologiczna terapia bólu . . . .                                                                          | 23 |
| 6.1   Podstawy niefarmakologicznego leczenia bólu . . . .                                                            | 23 |
| 6.2   Pielęgnacyjne działania na rzecz redukcji bólu . . . .                                                         | 23 |
| 6.3   Techniki relaksacyjne . . . .                                                                                  | 24 |
| 6.4   Terapie odwracające uwagę . . . .                                                                              | 25 |
| 6.5   Kombinacja farmakologicznej i niefarmakologicznej terapii bólu . . . .                                         | 25 |
| 7   Działania pielęgnacyjne w opiece paliatywnej . . . .                                                             | 27 |
| 7.1   Pielęgnacja ciała i mobilizacja w opiece paliatywnej . . . .                                                   | 27 |
| 7.2   Odżywianie i podawanie płynów osobom ciężko chorym i umierającym . . . .                                       | 28 |
| 7.3   Obserwacja i wsparcie oddychania . . . .                                                                       | 29 |
| 7.4   Kontrolle der Symptome bei Übelkeit, Erbrechen, Atemnot und Angst . . . .                                      | 30 |
| 7.5   Wspomaganie pielęgnacji jamy ustnej i łagodzenie suchości w jamie ustnej . . . .                               | 31 |
| 8   Komunikacja w opiece paliatywnej . . . .                                                                         | 32 |
| 8.1   Podstawy komunikacji z umierającymi ludźmi . . . .                                                             | 32 |
| 8.2   Prowadzenie rozmów z pacjentami i ich rodzinami . . . .                                                        | 33 |
| 8.3   Radzenie sobie z trudnymi rozmowami . . . .                                                                    | 34 |
| 8.4   Praca z rodzinami i towarzyszenie w żałobie . . . .                                                            | 35 |
| 9   Samopielęgnacja i obciążenie psychiczne personelu pielęgniarskiego . . . .                                       | 36 |
| 9.1   Znaczenie samopielęgnacji dla personelu opiekuńczego w opiece paliatywnej . . . .                              | 36 |
| 9.2   Radzenie sobie ze stresem i zapobieganie wypaleniu zawodowemu u pracowników opieki . . . .                     | 37 |
| 9.3   Superwizja, rozmowy zespołowe i wzajemne wsparcie . . . .                                                      | 38 |
| 9.4   Refleksja nad własnym stosunkiem do umierania i śmierci . . . .                                                | 39 |
| 10   Szczególne wyzwania w opiece paliatywnej . . . .                                                                | 40 |
| 10.1   Paliatywna opieka nad osobami z demencją . . . .                                                              | 40 |
| 10.2   Paliatywna opieka nad osobami z migracyjnym pochodzeniem . . . .                                              | 40 |
| 10.3   Opieka w umieraniu osób z niepełnosprawnościami . . . .                                                       | 41 |
| 11   Współpraca multidyscyplinarna w opiece paliatywnej . . . .                                                      | 43 |
| 11.1   Zusammenarbeit mit Ärzten, Seelsorgern, Therapeuten und Sozialarbeitern . . . .                               | 43 |
| 11.2   Role i zadania personelu pielęgniarskiego w zespole interdyscyplinarnym . . . .                               | 44 |
| 11.3   Komunikacja i przekazywanie informacji w zespole opieki paliatywnej . . . .                                   | 45 |
| 11.4   Koordynacja usług hospicyjnych, ambulatoryjnych usług pielęgniarskich i placówek opiekuńczych . . . .         | 46 |
| 12   Zarządzanie jakością w opiece paliatywnej . . . .                                                               | 48 |
| 12.1   Standardy jakości i wytyczne w opiece paliatywnej . . . .                                                     | 48 |
| 12.2   Ewaluacja opieki paliatywnej i leczenia bólu . . . .                                                          | 49 |
| 12.3   Bedeutung von Dokumentation und Pflegeberichten . . . .                                                       | 50 |
| 12.4   Kwalifikacje i szkolenia dla personelu pielęgniarskiego w opiece paliatywnej . . . .                          | 51 |
| 13   Studia przypadków i zastosowania w praktyce . . . .                                                             | 53 |
| 13.1   Przykłady praktyczne opieki paliatywnej . . . .                                                               | 53 |
| 13.2   Studia przypadków dotyczące wyzwań w opiece paliatywnej . . . .                                               | 54 |
| 13.3   Refleksja nad decyzjami opieki w terapii bólu . . . .                                                         | 55 |

# 1 Wprowadzenie do opieki paliatywnej

## 1.1 Definicja opieki paliatywnej

Pielęgnacja paliatywna odnosi się do aktywnej, całościowej opieki nad pacjentami z postępującą, nieuleczalną chorobą. Celem jest poprawa jakości życia pacjenta i jego rodziny poprzez łagodzenie bólu oraz innych uciążliwych objawów, a także wszechstronne wsparcie w kwestiach psychologicznych, społecznych i duchowych.

Ta forma opieki podkreśla nie oczekiwanie na wyleczenie, lecz jakość życia. Zakres pielęgnacji paliatywnej obejmuje zatem zarówno kontrolę bólu i objawów, jak i wsparcie w potrzebach psychospołecznych i duszpasterskich.

Ważne cechy pielęgnacji paliatywnej obejmują: wczesne rozpoznawanie i leczenie objawów, zapewnienie ciągłej opieki przez cały przebieg choroby oraz włączenie multidyscyplinarnego zespołu. Personel pielęgniarstwa odgrywa tu kluczową rolę, współpracując ściśle z lekarzami, terapeutami i rodzinami, aby zapewnić jak najlepszą opiekę.

Innym istotnym aspektem pielęgnacji paliatywnej jest uwzględnienie indywidualnych życzeń i potrzeb pacjenta oraz jego bliskich. W tym kontekście na pierwszy plan wysuwa się prawo do samostanowienia i autonomii pacjenta. Skupienie się na wspieraniu pacjenta w kształtowaniu pozostałego czasu życia zgodnie z jego wyobrażeniami i zainteresowaniami.

Pielęgnacja paliatywna może być świadczona ambulatoryjnie lub stacjonarnie w hospicjach, wyspecjalizowanych placówkach opiekuńczych oraz szpitalach. Nie jest ona ograniczona do ostatniej fazy życia, lecz może być wprowadzona już we wczesnym stadium choroby, równoległe z leczeniem kuratywnym.

## 1.2 Cele i zasady opieki paliatywnej

Opieka paliatywna ma na celu przede wszystkim poprawę jakości życia ciężko chorych i umierających osób. W centrum uwagi znajduje się łagodzenie cierpienia fizycznego i emocjonalnego, a nie przedłużanie życia za wszelką cenę. Zasady opieki paliatywnej obejmują:

1. **Zarządzanie objawami:** Kompleksowe łagodzenie bólu i innych dolegliwych objawów, takich jak nudności, duszność czy lęk. Obejmuje to zarówno podejścia farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne.
2. **Indywidualna opieka:** Opieka jest dostosowana do indywidualnych potrzeb i warunków życiowych jednostki. Szacunek dla autonomii pacjenta odgrywa tutaj kluczową rolę.
3. **Holistyczne podejście:** Uwzględnienie wszystkich aspektów ludzkiego bytu – fizycznego, emocjonalnego, społecznego i duchowego. Zespół interdyscyplinarny oferuje wsparcie we wszystkich obszarach.

4. **Komunikacja i zaangażowanie:** Otwarte i pełne zrozumienia komunikowanie się z pacjentami i ich rodzinami jest niezbędne. Wszyscy zainteresowani powinni być dostatecznie poinformowani i zaangażowani w procesy decyzyjne.
5. **Wsparcie dla bliskich:** Bliscy otrzymują profesjonalne wsparcie zarówno podczas opieki, jak i w fazie żałoby. Te oferty towarzyszące są integralną częścią opieki paliatywnej.
6. **Wczesna interwencja:** Opieka paliatywna może rozpocząć się już w momencie postawienia diagnozy nieuleczalnej choroby, aby jak najwcześniej zminimalizować obciążenia fizyczne i psychiczne.
7. **Ciągłość i bezpieczeństwo opieki:** Zapewnienie ciągłej opieki i wsparcia przez cały przebieg choroby, niezależnie od miejsca udzielania opieki. Również aspekty etyczne i kulturowe są starannie uwzględniane, aby zapewnić szanującą i godną opiekę. Opieka paliatywna kładzie nacisk na szacunek i promuje prawo do samodzielnego życia aż do śmierci.

### 1.3 Unterschiede zwischen kurativer und palliativer Pflege

Kuracyjna opieka jest ukierunkowana na leczenie lub zmniejszenie choroby. Celem jest przywrócenie zdrowia, często z użyciem agresywnych i interwencyjnych terapii, aby bezpośrednio zwalczać przyczyny choroby. Środki diagnostyczne i chirurgia często są na pierwszym planie.

Opieka paliatywna natomiast koncentruje się na łagodzeniu objawów i jakości życia. Znajduje zastosowanie w nieuleczalnych chorobach, w których wyleczenie nie jest już możliwe. Skupia się na leczeniu objawów i wspieraniu pacjenta we wszystkich obszarach życia.

W opiece kuracyjnej najważniejsza jest interwencja medyczna. Diagnoza, terapia, monitorowanie przebiegu choroby oraz profilaktyka i opieka pooperacyjna są kluczowe. Cele pacjenta są ukierunkowane na wyleczenie i powrót do zdrowia.

W opiece paliatywnej najważniejsze jest holistyczne podejście. Oprócz leczenia objawowego istotne są wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe. Prawa pacjentów i ich autonomia mają ogromne znaczenie.

Kolejną różnicą jest skład zespołu terapeutycznego. Opieka kuracyjna jest głównie prowadzona przez lekarzy i personel pielęgniarski. W opiece paliatywnej uczestniczy wielodyscyplinarny zespół złożony z lekarzy, pielęgniarek, terapeutów i duszpasterzy. Opieka jest w ścisłej współpracy z pacjentami i ich rodzinami.

Podsumowując, opieka kuracyjna dąży do zdrowia, podczas gdy opieka paliatywna ma na celu zapewnienie dobrostanu i autonomii pacjenta na końcu życia. Każda ma swoje specyficzne zastosowanie i moment w przebiegu choroby.

## 1.4 Rola personelu pielęgniarskiego w opiece paliatywnej

Personel medyczny w opiece paliatywnej odgrywa kluczową rolę w zapewnianiu ciągłej opieki i wsparcia dla ciężko chorych pacjentów. Działają jako łącznik między pacjentami, ich rodzinami a zespołem multidyscyplinarnym. Zakres ich obowiązków jest zróżnicowany i obejmuje całościową opiekę nad fizycznymi, emocjonalnymi, społecznymi i duchowymi potrzebami pacjentów.

Istotnym aspektem pracy personelu medycznego jest kontrola objawów. Obejmuje to monitorowanie i ocenę objawów fizycznych, takich jak ból, nudności i duszności. Personel medyczny odpowiada za wdrażanie zarządzania bólem oraz przyczynia się do opracowywania i dostosowywania indywidualnych planów opieki. W tym celu ściśle współpracują z lekarzami i terapeutami, aby optymalnie dostosować terapię farmakologiczną i niefarmakologiczną.

Komunikacja odgrywa kluczową rolę w pracy personelu medycznego. Wspierają dialog między pacjentami, członkami rodziny a zespołem terapeutycznym. Otwarte i empatyczne rozmowy są niezbędne, aby zredukować lęki i zrozumieć potrzeby pacjentów. Personel medyczny pełni również rolę doradczą dla pacjentów i ich rodzin, pomagając w podejmowaniu decyzji związanych z radzeniem sobie z chorobą i życzeniami dotyczącymi terapii.

Personel medyczny odpowiada również za wsparcie psychospołeczne. Oferują wsparcie emocjonalne i dbają o pewien stopień normalności w codziennym życiu pacjentów, troszcząc się o ich dobrostan. Obowiązki obejmują również towarzyszenie w żałobie dla członków rodziny, zarówno podczas choroby pacjenta, jak i po niej.

Kolejnym ważnym aspektem jest wsparcie w codziennych aktywnościach. Obejmuje to pomoc w pielęgnacji ciała, mobilizacji, odżywianiu i dostarczaniu płynów. Dokładność w dokumentacji procesów opieki jest tutaj niezbędna, aby zapewnić pełną śledzenie działań opiekuńczych i natychmiastowe przekazywanie zmian w stanie zdrowia pacjenta do zespołu.

W opiece paliatywnej personel medyczny musi być w stanie oceniać kwestie etyczne i znajdować twórcze rozwiązania w trudnych sytuacjach. Uwzględnienie autonomii pacjentów i indywidualnych życzeń jest zawsze priorytetem.

Podsumowując, można powiedzieć, że personel medyczny w opiece paliatywnej świadczy całościową opiekę, która wykracza daleko poza samą opiekę medyczną. Ich rola wymaga empatii, fachowej wiedzy i współpracy interdyscyplinarnej, aby jak najlepiej wspierać pacjentów i ich rodziny.

## 2 Podstawy zarządzania bólem

### 2.1 Definicja i znaczenie zarządzania bólem

Zarządzanie bólem odnosi się do systematycznego gromadzenia danych, oceny i leczenia bólu, który może wystąpić u pacjentów. W opiece paliatywnej zarządzanie bólem jest kluczowe, aby poprawić jakość życia osób z nieuleczalnymi chorobami i łagodzić cierpienia.

Celem zarządzania bólem jest całkowita kontrola lub przynajmniej znaczące zmniejszenie bólu. Dotyczy to nie tylko aspektów fizycznych, ale także psychicznych, społecznych i duchowych aspektów bólu. Konieczne jest holistyczne podejście, aby sprostać wszystkim komponentom bólu.

Skuteczne zarządzanie bólem wymaga współpracy interdyscyplinarnej. Pielęgniarki odgrywają centralną rolę, ponieważ dzięki ciągłemu monitorowaniu i bliskim relacjom z pacjentami mogą szybko rozpoznawać zmiany w obrazie bólu. Wspierają wdrażanie zleceń lekarskich i są ważnym ogniwem między pacjentami, ich bliskimi a resztą zespołu terapeutycznego.

W każdej profesjonalnej opiece i terapii musi istnieć komunikacja zorientowana na pacjenta. Dzięki temu pacjenci uczą się mówić o swoich bólach oraz wyrażać lęki lub dyskomfort. Jest to niezbędne do dostosowywania i optymalizacji indywidualnych planów leczenia.

Efektywne zarządzanie bólem zapobiega niepotrzebnemu cierpieniu, umożliwia lepszą kontrolę innych objawów i w dużym stopniu przyczynia się do godności i autonomii dotkniętych osób. W opiece paliatywnej jest nieodzowne dla spełnienia humanitarnego postrzegania, które stawia człowieka w centrum opieki.

### 2.2 Rodzaje bólu

Ból jest złożony i wielowarstwowy. W opiece paliatywnej są one podzielone na różne kategorie, aby umożliwić ukierunkowane leczenie.

**Bóle ostre** pojawiają się nagle i zazwyczaj są wynikiem określonego urazu lub choroby. Zwykle mają jasną przyczynę i są czasowo ograniczone. Przykładowe przyczyny to operacje lub złamania. Bóle ostre często służą jako sygnał ostrzegawczy ciała.

**Bóle przewlekłe** utrzymują się dłużej niż trzy do sześciu miesięcy lub trwają ponad proces gojenia. Mogą być ciągłe lub nawracające. Bóle przewlekłe wymagają długoterminowej terapii przeciwbólowej i silnie wpływają na jakość życia. Przykładami są artroza lub bóle pleców.

**Bóle somatyczne** powstają w skórze, mięśniach, stawach lub kościach. Zwykle są dobrze lokalizowane. Charakteryzuje je odczucie kłującego lub tępego bólu. Klasycznym przykładem jest ból przy stłuczeniu.

**Bóle trzewne** pochodzą z narządów wewnętrznych. Często są trudne do zlokalizowania i promieniują na inne obszary ciała. Typowe są bóle skurczowe lub uciskające, jak te występujące w chorobach żołądkowo-jelitowych.

**Bóle neuropatyczne** powstają na skutek uszkodzenia lub zmian w układzie nerwowym. Te bóle są często palące, kłujące lub przeszywające jak elektryczne impulsy. Przyczynami mogą być cukrzyca lub wypadnięcie dysku. Zróżnicowane zrozumienie bólu pomaga personelowi pielęgnarskiemu indywidualnie odpowiadać na potrzeby pacjentów i opracowywać odpowiednie terapie przeciwbólowe. Takie plany terapeutyczne są często interdyscyplinarne i uwzględniają zarówno fizyczne, jak i psychologiczne aspekty doświadczeń bólowych.

## 2.3 Przyczyny bólu i powstawanie bólu

Ból powstaje w wyniku złożonej interakcji czynników biologicznych, neurologicznych i psychologicznych. Z patofizjologicznego punktu widzenia, procesy nocyceptywne, neuropatyczne i psychogenne odgrywają kluczową rolę.

**Ból nocyceptywny** powstaje w wyniku pobudzenia specyficznych receptorów bólu, tzw. nocyceptorów, które znajdują się w tkankach takich jak skóra, mięśnie i narządy. Aktywują się one pod wpływem szkodliwych bodźców. Przekazywanie bodźców odbywa się za pośrednictwem włókien nerwowych do rdzenia kręgowego, gdzie są one modulowane. Następnie sygnały docierają drogami przewodzącymi do mózgu, gdzie są odbierane i interpretowane jako ból.

**Ból neuropatyczny** jest wynikiem uszkodzenia lub choroby samego układu nerwowego, a nie bezpośredniego oddziaływania na nocyceptory. Klasycznymi przykładami są bóle po infekcjach wirusem opryszczki czy neuropatia cukrzycowa. W tym przypadku przetwarzanie bodźców w strukturze układu nerwowego jest zaburzone. Prowadzi to do nietypowych, często wzmocnionych doznań bólowych, które mogą występować nawet przy braku zewnętrznego bodźca.

**Ból psychogenny** ma swoje źródło w stresorach psychicznych lub emocjonalnych, które mogą nasilać ból lub nawet go wywoływać. Choć nie występuje pierwotne uszkodzenie tkanki ani zaburzenie nerwowe, dotknięte osoby doświadczają bardzo realnego bólu z powodu intensywnych mechanizmów psychologicznych.

Powstawanie bólu jest dodatkowo pod wpływem różnych **procesów**

**biochemicznych**. Przy uszkodzeniu tkanki uwalniane są mediatory, takie jak prostaglandyny, które wspomagają stany zapalne i zwiększają wrażliwość nocyceptorów. Może to prowadzić do wzmocnionego przewodnictwa bólu.

Szczególne uwagę zwraca się na **postrzeganie bólu**, które może silnie różnić się indywidualnie. Czynniki takie jak pamięć bólu, wcześniejsze doświadczenia i kontekst kulturowy wpływają na to, jak ból jest odczuwany i nań reaguje się. W opiece paliatywnej subiektywne odczuwanie bólu ma szczególne znaczenie. Empatyczna komunikacja i indywidualna ocena bólu wspierają skuteczne dostosowanie działań terapeutycznych do poszczególnych potrzeb pacjenta.

## 2.4 Znaczenie leczenia bólu w opiece paliatywnej

Skuteczne leczenie bólu jest kluczowe, aby zapewnić jakość życia w opiece paliatywnej. Pacjenci nie mogą w pełni zaangażować się w swoje pozostałe fazy życia, gdy dominuje ból. Wolność od bólu umożliwia pielęgnację emocjonalnych i społecznych relacji nawet w ostatniej fazie życia.

Nieleczony ból często pogarsza inne objawy, takie jak nudności, duszność czy bezsenność. To dodatkowo obniża jakość życia i utrudnia opiekę pielęgniarzką. Redukcja bólu jest warunkiem koniecznym do zorientowanej na objawy opieki i jakości życia.

Kolejne znaczenie leczenia bólu polega na psychicznym odciążeniu. Ból często wywołuje lęk i depresję. Wpływ na odczuwanie bólu wiąże się z redukcją psychicznego obciążenia, co często pozwala pacjentowi lepiej zaangażować się w proces umierania i odnaleźć spokój.

Ważną rolę w terapii bólu odgrywają pielęgniarki, które dzięki bliskości pacjenta mogą zauważać zmiany i dostosować terapię. Są w stanie szkolić pacjentów i ich bliskich, by leki były prawidłowo stosowane i reakcje uboczne rozpoznawane.

W kontekście opieki paliatywnej leczenie bólu jest prawem człowieka, które szanuje godność pacjenta. Niemniej, stosowanie środków przeciwbólowych zawsze wymaga uwzględnienia indywidualnych życzeń i wartości pacjenta, również ich przekonań duchowych i kulturowych.

Znaczenie leczenia bólu w opiece paliatywnej wykracza poza medyczny wymiar. Chodzi o opiekę, która szanuje pacjenta jako całość i spełnia każde jego potrzeby. To umożliwia możliwie pełne i bezbolesne życie aż do końca.

## 3 Etyczne i prawne aspekty opieki paliatywnej

### 3.1 Prawo do samostanowienia i autonomii pacjenta

Pacjenci mają prawo do decydowania o swoim leczeniu medycznym. Prawo do samostanowienia jest kluczowe w opiece paliatywnej. Personel pielęgniarstwa musi respektować wolę pacjenta i pomagać mu w podejmowaniu świadomych decyzji.

Autonomia pacjenta obejmuje zdolność do podejmowania decyzji bez zewnętrznych nacisków. Aby to zapewnić, niezbędne są pełne informacje i edukacja. Personel pielęgniarstwa powinien informować pacjenta o przebiegu choroby, możliwych opcjach leczenia i oczekiwanych wynikach. Należy również wyjaśnić możliwość rezygnacji z określonych terapii.

Rola personelu pielęgniarstwa polega na stworzeniu zaufania, na podstawie którego pacjenci mogą swobodnie wyrażać swoje życzenia. Decyzja pacjenta powinna być dokumentowana i uwzględniana we wszystkich aspektach planowania opieki. Dotyczy to także poszanowania dokumentów takich jak dyspozycje na wypadek niezdolności do samodzielnego wyrażenia woli i pełnomocnictwa, aby upewnić się, że decyzje pacjenta są realizowane nawet wtedy, gdy nie jest on w stanie ich zakomunikować.

Praktyka autonomii pacjenta wymaga od personelu pielęgniarstwa poszanowania indywidualnych wartości i preferencji pacjenta. Może to być sprzeczne z zaleceniami medycznymi, co stanowi wyzwanie nawet dla doświadczonych pielęgniarzek. Niemniej jednak realizacja woli pacjenta jest kluczowa, aby zapewnić szacunek i humanitarne podejście w opiece paliatywnej.

Personel pielęgniarstwa musi również zapewnić, że zespół multidyscyplinarny jest poinformowany o życzeniach pacjenta. Wspiera to skoordynowaną opiekę i zapobiega nieporozumieniom. Ciągły dialog między personelem pielęgniarstwa, zespołem lekarskim i rodziną wspiera ten proces.

Podsumowując, zawsze skupiamy się na zachowaniu godności pacjenta i szanowaniu go jako aktywnej i autonomicznej osoby. Przy tym etyczne zasady opieki i ochrony muszą być zawsze zgodne z prawem do samostanowienia, przy czym wola pacjenta ma zawsze pierwszeństwo.

## 7 To tylko podgląd

Pełna książka jest dostępna na <https://www.altenpflege.de> dla zarejestrowanych użytkowników. Rejestracja i korzystanie są bezpłatne. Osoby, które nie chcą się rejestrować, mogą przekazać kwotę podaną na stronie 2 za pomocą Paypala na adres [buchhaltung@factsoft.de](mailto:buchhaltung@factsoft.de), podając zarówno tytuł książki, jak i adres e-mail. Następnie otrzymają PDF wysłany e-mailem.

Oprócz bezpłatnego dostępu do podręczników rejestracja na [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) umożliwia bezpośrednie aplikowanie na oferty pracy. Można także samemu zamieścić bezpłatne ogłoszenie o pracy. Dołączcie również do społeczności [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de).