

altenpflege.de Edition

Краткие учебники для обучения по уходу - специализация на уходе за
пожилыми людьми

Theo Ahrens

Паллиативный уход и управление болью

presented by

YES
ARCH
ITEC
TURE.

Библиографические сведения

Тео Аренс – Краткая биография

Тео Аренс, родился в 1979 году недалеко от Мюнхена, является учителем медицинских профессий и активным педагогом в сфере ухода. После добровольного социального года в больнице он прошел обучение на медицинского и уходового работника и получил ценный профессиональный опыт в отделении интенсивной терапии. Вдохновленный желанием передавать знания, он изучал педагогику ухода и в 2009 году начал работать преподавателем в профессиональной школе в Мюнхене. Тео известен своим практическим и эмпатическим подходом к преподаванию, с помощью которого он готовит будущих специалистов по уходу к их сложной профессии. В личной жизни он живет с женой и двумя детьми в Берлине и активно занимается волонтерской деятельностью для улучшения условий в обучении уходу.

Эта краткая учебная книга была сформулирована на основе учебных планов его уроков с использованием ИИ. Перевод выполнен автоматически.

Издано altenpflege.de

Цена DE/AT: 3,90 € CH: 5 Fr

Copyright 2024 altenpflege.de

Замечания и предложения по улучшению отправляйте на team@altenpflege.de.

1/1-2412181524

Содержание

1 Введение в паллиативную помощь 4	
1.1 Определение паллиативного ухода 4	
1.2 Цели и принципы паллиативного ухода 4	
1.3 Различия между куративным и паллиативным уходом 5	
1.4 Роль медперсонала в паллиативной помощи 6	
2 Основы менеджмента боли 8	
2.1 Определение и значение управления болью 8	
2.2 Виды боли 8	
2.3 Причины боли и возникновение боли 9	
2.4 Значение обезболивания в паллиативной помощи 10	
3 Этические и правовые аспекты паллиативного ухода 11	
3.1 Право на самоопределение и автономию пациентов 11	
3.2 Этические вызовы в паллиативной помощи 12	
3.3 Обращение с предписаниями пациентов и доверенностями на заботу 13	
3.4 Правовые предписания по паллиативной помощи и терапии боли 14	
4 Оценка и регистрация боли 15	
4.1 Значение выявления боли в уходе 15	
4.2 Методы оценки боли 16	
4.3 Инструменты для оценки боли 17	
4.4 Особенности оценки боли у людей с деменцией 18	
5 Медикаментозная терапия боли 19	
5.1 Основы медикаментозного лечения боли 19	
5.2 Группы лекарственных средств в терапии боли 20	
5.3 Действие и побочные эффекты обезболивающих средств (опиоиды, неопиоидные анальгетики) 20	
5.4 Дозировка, пути введения и формы применения обезболивающих средств 22	
5.5 Руководства по обращению с наркотическими средствами (BTM) 23	
6 Немедикаментозная терапия боли 25	
6.1 Основы немедикаментозного лечения боли 25	
6.2 Уходовые мероприятия по уменьшению боли 26	
6.3 Методы расслабления 26	
6.4 Терапии отвлечения 27	
6.5 Комбинированная медикаментозная и немедикаментозная терапия боли 28	
7 Уходовые мероприятия в паллиативной помощи 30	
7.1 Уход за телом и мобилизация в паллиативной помощи 30	
7.2 Питание и введение жидкости у тяжело больных и умирающих людей 31	
7.3 Наблюдение и поддержка дыхания 32	
7.4 Контроль симптомов при тошноте, рвоте, одышке и страхе 33	
7.5 Поддержка ухода за полостью рта и облегчение сухости во рту 34	
8 Коммуникация в паллиативной помощи 35	
8.1 Основы общения с умирающими людьми 35	
8.2 Ведение беседы с пациентами и родственниками 36	
8.3 Обращение со сложными разговорами 37	
8.4 Работа с родственниками и сопровождение в горе 38	
9 Самоуход и психологическая нагрузка медицинского персонала 40	
9.1 Значение самоухода для медицинского персонала в паллиативной помощи 40	
9.2 Стрессоустойчивость и профилактика выгорания у работников сферы ухода 41	
9.3 Супервизия, командные обсуждения и коллегиальная поддержка 42	
9.4 Рефлексия собственного отношения к смерти и умиранию 43	
10 Особые вызовы в палиативной помощи 45	
10.1 Паллиативная помощь людям с деменцией 45	
10.2 Паллиативный уход за людьми с миграционным прошлым 45	
10.3 Сопровождение умирающих людей с ограниченными возможностями 46	
11 Мультидисциплинарное сотрудничество в паллиативной помощи 48	
11.1 Взаимодействие с врачами, духовниками, терапевтами и социальными работниками 48	
11.2 Роли и задачи медперсонала в междисциплинарной команде 49	
11.3 Коммуникация и передача информации в команде паллиативной помощи 50	
11.4 Координация хосписов, амбулаторных служб ухода и учреждений по уходу 51	
12 Обеспечение качества в паллиативном уходе 53	
12.1 Критерии качества и руководящие принципы в паллиативной помощи 53	
12.2 Оценка паллиативного ухода и лечения боли 54	
12.3 Значение документации и отчетов по уходу 55	
12.4 Квалификация и повышение квалификации медперсонала в области паллиативного ухода 56	
13 Примеры случаев и практическое применение 58	
13.1 Практические примеры паллиативного ухода 58	
13.2 Клинические случаи и вызовы в паллиативной помощи 59	
13.3 Рефлексия решений по уходу при обезболивающей терапии 60	

1 Введение в паллиативную помощь

1.1 Определение паллиативного ухода

Паллиативный уход относится к активному, комплексному уходу за пациентами с прогрессирующим, неизлечимым заболеванием. Цель заключается в улучшении качества жизни пациента и его семьи путем облегчения боли и других тяжелых симптомов, а также в всесторонней поддержке в психологических, социальных и духовных аспектах.

Эта форма ухода ставит на первый план не ожидание выздоровления, а качество жизни. Следовательно, спектр паллиативного ухода охватывает как контроль боли и симптомов, так и поддержку в психосоциальных и духовных нуждах.

Важные характеристики паллиативного ухода включают: раннюю идентификацию и лечение симптомов, предложение непрерывного ухода на протяжении всего течения болезни и вовлечение многопрофильной команды. Уходовые работники играют здесь центральную роль, тесно сотрудничая с врачами, терапевтами и родственниками для обеспечения наилучшего ухода.

Еще один важный аспект паллиативного ухода — это учет индивидуальных желаний и потребностей пациента и его родственников. Здесь на передний план выходит право на самоопределение и автономию пациента. Акцент делается на содействии пациенту в организации оставшегося времени жизни в соответствии с его представлениями и интересами.

Паллиативный уход может предоставляться амбулаторно или стационарно в хосписах, специализированных учреждениях и больницах. Он не ограничивается последней фазой жизни, а может быть начат уже на ранней стадии заболевания, параллельно с лечебным лечением.

1.2 Цели и принципы паллиативного ухода

Паллиативный уход преследует прежде всего цель улучшения качества жизни тяжело больных и умирающих людей. В центре внимания находится облегчение физического и эмоционального страдания, а не продление жизни любой ценой. Основные принципы паллиативного ухода включают:

1. Управление симптомами: Комплексное облегчение болей и других тяжелых симптомов, таких как тошнота, одышка или страх. Это включает как медикаментозные, так и немедикаментозные подходы к лечению.

2. **Индивидуальный уход:** Уход приспосабливается к личным нуждам и условиям жизни каждого человека. Уважение автономии пациента играет здесь центральную роль.

3. **Целостный подход:** Учет всех аспектов человеческого существования — физического, эмоционального, социального и духовного. Междисциплинарная команда оказывает поддержку во всех областях.

4. **Коммуникация и вовлечение:** Открытое и понимающее общение с пациентами и родственниками является основополагающим. Все затронутые стороны должны быть достаточно информированы и вовлечены в процессы принятия решений.

5. **Поддержка для родственников:** Родственникам предлагается профессиональная поддержка как во время ухода, так и в период траура. Эти сопровождающие предложения являются неотъемлемой частью паллиативного ухода.

6. **Раннее вмешательство:** Паллиативный уход может начинаться уже при постановке диагноза неизлечимого заболевания, чтобы заблаговременно минимизировать физическую и душевную нагрузку.

7. **Непрерывность и безопасность ухода:** Обеспечение непрерывного ухода и сопровождения на протяжении всего течения болезни, независимо от места оказания помощи.

Этические и культурные аспекты также тщательно учитываются, чтобы гарантировать уважительное и достойное обслуживание. Паллиативный уход придает значение уважительному обращению и поддерживает право на самостоятельную жизнь до самой смерти.

1.3 Различия между куративным и паллиативным уходом

Куративный уход направлен на излечение или уменьшение заболевания. Целью является восстановление здоровья, часто с использованием агрессивных и интервенционных методов терапии для непосредственной борьбы с причинами болезни. Диагностические мероприятия и хирургия часто находятся на переднем плане.

Паллиативный уход, напротив, сосредоточен на облегчении и качестве жизни. Он применяется при неизлечимых заболеваниях, когда излечение уже невозможно. Основное внимание уделяется лечению симптомов и поддержке пациента во всех сферах жизни.

В куративном уходе медицинское вмешательство находится на переднем плане. Диагностика, терапия, контроль за течением болезни, а также профилактика и последующий уход играют ключевую роль. Цели пациента сосредоточены на излечении и выздоровлении.

В паллиативной помощи на первый план выходит целостный подход. Помимо облегчения симптомов, психологическая, социальная и духовная поддержка являются существенными элементами. Права пациента и автономия имеют высокую значимость.

Еще одно отличие заключается в команде, занимающейся лечением. Куративный уход в основном проводится врачами и медицинским персоналом. В паллиативной помощи участвует мультидисциплинарная команда, включающая врачей, медсестер, терапевтов и духовных наставников. Уход осуществляется в тесном взаимодействии с пациентами и их родственниками.

Подытоживая, куративный уход нацелен на выздоровление, в то время как паллиативный уход направлен на обеспечение благополучия и автономии пациента в конце жизни. Каждый из них имеет свою специфическую роль и применение в ходе заболевания.

1.4 Роль медперсонала в паллиативной помощи

Медицинский персонал в паллиативной помощи играет решающую роль в обеспечении непрерывного ухода и поддержки тяжело больных пациентов. Они действуют как связующее звено между пациентами, их семьями и многопрофильной командой. Их обязанности разнообразны и включают комплексный уход за физическими, эмоциональными, социальными и духовными потребностями пациентов.

Важным аспектом работы медицинского персонала является контроль симптомов. Это включает в себя мониторинг и оценку физических симптомов, таких как боль, тошнота и одышка. Медицинские работники ответственны за реализацию управления болью и участвуют в разработке и корректировке индивидуальных планов ухода. При этом они тесно сотрудничают с врачами и терапевтами для оптимальной настройки медикаментозной и немедикаментозной терапии.

В коммуникации медицинский персонал играет центральную роль. Они поддерживают диалог между пациентами, родственниками и командой лечения. Открытые и чуткие беседы необходимы для снятия страхов и понимания потребностей пациентов. Медицинские работники также занимают консультативную роль для пациентов и их семей и помогают в принятии решений в отношении заболевания и терапевтических желаний.

Медицинский персонал также несет ответственность за психосоциальное сопровождение. Они оказывают эмоциональную поддержку и заботятся о некотором уровне нормальности в повседневной жизни пациентов, заботясь об их благополучии. Также к их обязанностям относится поддержка в период траура родственников как в процессе заболевания пациента, так и после него.

Другим важным направлением является помощь в повседневной деятельности. Это включает помощь в личной гигиене, мобилизации, питании и потреблении жидкости. Точность в документировании процессов ухода здесь необходима, чтобы обеспечить безупречную прослеживаемость оказываемых мер и немедленно сообщать команде об изменениях в состоянии здоровья пациента.

В паллиативной помощи медицинский персонал должен иметь возможность оценивать этические вопросы и находить творческие решения в сложных ситуациях. При этом всегда на первом плане находится учет автономии пациента и его индивидуальных желаний.

Подводя итог, можно сказать, что медицинский персонал в паллиативной помощи обеспечивает комплексный уход, который выходит далеко за рамки чисто медицинского обслуживания. Их роль требует эмпатии, профессиональных знаний и междисциплинарного сотрудничества для наилучшей поддержки пациентов и их родственников.

preview

2 Основы менеджмента боли

2.1 Определение и значение управления болью

Управление болью относится к систематическому учету, оценке и лечению болей, которые могут возникнуть у пациентов. В паллиативной помощи управление болью имеет решающее значение для улучшения качества жизни людей с неизлечимыми заболеваниями и облегчения страданий.

Цель управления болью — это полное контроль или, по крайней мере, значительное уменьшение боли. При этом речь идет не только о физических, но и о психологических, социальных и духовных аспектах боли. Необходим целостный подход, чтобы учесть все компоненты боли.

Эффективное управление болью требует междисциплинарного сотрудничества. Медицинские сестры играют центральную роль, так как благодаря постоянному мониторингу и тесным отношениям с пациентами они могут быстро распознавать изменения в картине боли. Они поддерживают выполнение медицинских предписаний и являются важным связующим звеном между пациентами, родственниками и остальной командой лечения.

В каждой профессиональной заботе и терапии должна существовать пациент-центрированная коммуникация. Это помогает пациентам учиться говорить о своей боли и выражать страхи или дискомфорт. Это необходимо для адаптации и оптимизации индивидуальных планов лечения.

Эффективное управление болью предотвращает ненужные страдания, позволяет лучше контролировать другие симптомы и значительно способствует достоинству и автономии затронутых лиц. В паллиативной помощи оно незаменимо для выполнения гуманитарных требований, ставящих человека в центр заботы.

2.2 Виды боли

Боль сложна и многогранна. В паллиативной помощи она разделена на различные категории, чтобы обеспечить целенаправленное лечение.

Острая боль возникает внезапно и обычно является следствием конкретной травмы или заболевания. Она, как правило, имеет явную причину и ограничена по времени. Примеры причин - операции или переломы. Острая боль часто служит предупреждающим сигналом организма.

Хроническая боль длится более трех-шести месяцев или продолжается после процесса заживления. Она может быть постоянной или повторяющейся. Хроническая боль требует долгосрочной терапии и значительно влияет на качество жизни. Примеры - артроз или боль в спине.

Соматическая боль возникает в коже, мышцах, суставах или костях. Обычно она хорошо локализована. Ее характеризуют колющая или тупая боль. Классическим примером является боль при ушибе.

Висцеральная боль исходит из внутренних органов. Ее часто трудно локализовать, и она распространяется в другие области тела. Типичны спазматическая или давящая боль, как при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Невропатическая боль возникает из-за повреждений или изменений в нервной системе. Эти боли часто жгучие, колющие или стреляющие. Причинами могут быть диабет или грыжи дисков.

Дифференцированное понимание боли помогает медперсоналу более индивидуально подходить к потребностям пациентов и разрабатывать соответствующую терапию боли. Такие терапевтические планы часто являются междисциплинарными и учитывают как физические, так и психологические аспекты восприятия боли.

2.3 Причины боли и возникновение боли

Боль возникает в результате сложного взаимодействия биологических, неврологических и психологических факторов. С патофизиологической точки зрения центральную роль играют ноцицептивные, невропатические и психогенные процессы.

Ноцицептивная боль возникает из-за возбуждения специфических болевых рецепторов, ноцицепторов, которые расположены в тканях, таких как кожа, мышцы и органы. Они активируются повреждающими раздражителями. Передача раздражения происходит по нервным волокнам в спинной мозг, где сигналы модифицируются. Оттуда они поступают по проводящим путям в мозг, где воспринимаются и интерпретируются как боль.

Невропатическая боль возникает в результате повреждения или заболевания нервной системы, а не вследствие прямого воздействия на ноцицепторы. Классическими примерами являются боли после герпетической инфекции или при диабетической невропатии. Здесь нарушена обработка раздражения внутри структуры нервной системы. Это приводит к аномальным, часто усиленным болевым ощущениям, которые могут возникать даже при отсутствии внешнего раздражителя.

Психогенная боль возникает в результате психических или эмоциональных стрессоров, которые могут усиливать или даже вызывать боль. Хотя нет первичного повреждения ткани или нервного нарушения, пострадавшие испытывают очень реальную боль из-за интенсивных психологических механизмов.

Возникновение боли также подвержено влиянию различных **биохимических процессов**. При повреждении ткани высвобождаются медиаторы, такие как простагландины, которые способствуют воспалению и повышают чувствительность ноцицепторов. Это может привести к усиленной передаче боли.

Особое внимание уделяется **восприятию боли**, которое может значительно варьироваться у разных людей. Факторы, такие как болевая память, предыдущий опыт и культурный контекст, влияют на то, как боль ощущается и как на нее реагируют. В паллиативной помощи это субъективное восприятие боли имеет особое значение. Чуткое общение и индивидуальная оценка боли поддерживают эффективную адаптацию терапевтических мероприятий к соответствующим потребностям пациента.

2.4 Значение обезболивания в паллиативной помощи

Эффективное лечение боли является важным для обеспечения качества жизни в паллиативной помощи. Пациенты не могут полностью погрузиться в оставшиеся этапы своей жизни, если их доминирует боль. Отсутствие боли позволяет поддерживать эмоциональные и социальные отношения даже на последнем этапе жизни.

Нелеченная боль часто усугубляет другие симптомы, такие как тошнота, одышка или бессонница. Это дополнительно ухудшает качество жизни и затрудняет уход. Снижение болевых ощущений является необходимым условием для симптомоориентированного ухода и качества жизни.

Другое значение лечения боли заключается в психологическом облегчении. Боль часто вызывает страх и депрессию. Воздействие на восприятие боли связано с снижением психологической нагрузки, что часто позволяет пациенту лучше подготовиться к процессу умирания и найти покой.

Важные функции в болевой терапии выполняют медицинские работники, которые, благодаря своей близости к пациенту, могут наблюдать изменения и корректировать лечение. Они способны обучить пациентов и их близких правильному применению медикаментов и распознаванию побочных эффектов.

В контексте паллиативной помощи лечение боли является правом человека, которое уважает достоинство пациента. Однако использование болеутоляющих мер всегда требует учета индивидуальных пожеланий и ценностей пациента, включая их духовные и культурные убеждения.

Значение лечения боли в паллиативной помощи выходит за рамки ее медицинского аспекта. Речь идет о уважительном уходе, который учитывает пациента как целое и отвечает на каждую потребность. Это позволяет прожить жизнь максимально полно и без боли до самого конца.

7 Это только предварительный просмотр

Полная версия книги доступна на <https://www.altenpflege.de> для зарегистрированных пользователей. Регистрация и использование бесплатны. Те, кто не хочет регистрироваться, могут перевести сумму, указанную на странице 2, через PayPal на адрес buchhaltung@factsoft.de и указать как название книги, так и адрес электронной почты. После этого PDF-версия будет отправлена по электронной почте.

Помимо бесплатного доступа к кратким учебникам, регистрация на [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) позволяет напрямую подавать заявки на вакансии. А также, размещать собственные бесплатные объявления о работе. Станьте и вы частью комьюнити [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de).