

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«УЛЬЯНОВСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

«СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БОЛИ»

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: КЛЮЧНИКОВА Е. Д.

Ощущение боли

Зависит исключительно от индивидуальных особенностей каждого человека.

Так как боль — ощущение субъективное, её трудно измерить, и только сам человек, испытывающий боль, может передать нам свои ощущения и описать интенсивность боли.



Ощущение боли зависит от следующих факторов:

- *прошлого опыта*. Дети часто реагируют на боль так, как её воспринимают их родители;
- *индивидуальных особенностей* человека;
- *состояние тревоги, страха и депрессии*, увеличивают болевое ощущение;
- *внушения*, с помощью которых можно уменьшить боль;
- *религии и религиозных убеждений*, оказывающих влияние на ощущение боли;
- *убеждение и отношение к боли* человека.

Физическая сторона боли

Ощущение боли повторяется благодаря нервной системе.

Степень ощущения боли является результатом различных «болевых порогов»:

- *при низком болевом пороге человек ощущает даже сравнительно слабую боль,*
- *высокий болевой порог, воспринимает только сильные болевые ощущения.*



Виды и характеристика боли

Различия в реакции на острую и хроническую боль

Острая боль	Хроническая боль
Продолжительность боли относительно короткая	Продолжительность более 6 месяцев, можно установить момент начала боли
Обычно имеет четкую локализацию	Локализация в меньшей степени
Картина боли хорошо определяется с помощью объективных и субъективных методов исследования. Объективно: - пульс учащается; - АД повышается; - ЧДД увеличивается; - кожа бледная и влажная; - напряжение мышц в области боли; - выражение тревоги на лице. Субъективно: - снижается аппетит; - может быть рвота; - раздражительность; - постоянная тревожность; - бессонница.	Начинается незаметно. Отсутствуют объективные признаки. Изменяются личные качества: - состояние тревоги; - раздражительность; - депрессия; - беспомощность; - усталость; - нарушение способности осуществлять все виды деятельности; - изменяется образ жизни.

В зависимости от локализации, причины, интенсивности и продолжительности различают несколько видов боли

- **Поверхностная** боль часто появляется при воздействии высоких или низких температур, прижигающих ядов или механических повреждениях.
- **Глубокая** боль обычно локализуется в суставах и мышцах, и человек описывает её как «продолжительную тупую боль» или «мучительную, терзающую боль».
- **Боль во внутренних органах** часто связывается с конкретным органом: «болит желудок», «болит сердце» и т. п.

- **Боль при невралгии** – боль, появляющаяся при повреждении периферической нервной системы.
- **Иррадиирующая боль** – например, боль в левой руке или плече при стенокардии или инфаркте миокарда.
- **Фантомные боли**, ощущаемые как покалывание в конечности, которую ампутировали. Эта боль может продолжаться месяцами, но затем она проходит.
- **Психологическая боль** наблюдается при отсутствии видимых физических раздражителей для человека, испытывающего такую боль, она является реальной, а не воображаемой.

Первичная оценка боли

Боль – это субъективное ощущение, включающее в себя неврологические, физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты.

При первичной, текущей и итоговой оценке, проводимой с участием пациента, за отправную точку следует брать субъективные ощущения пациента. «Описание человеком боли и наблюдение за его реакцией на нее – основные методы оценки состояния человека, испытывающего боль».

Н. Роупер с соавторами приводит три основных метода проведения оценки:

- описание боли самим человеком;
- изучение возможной причины появления боли;
- наблюдение за реакцией человека на боль.

Прежде всего следует определить:

- локализацию боли;
- время;
- возможную причину появления;
- условия исчезновения боли;
- продолжительность боли;
- факторы, усиливающие или ослабляющие боль.

Интенсивность боли можно оценить исходя из ощущений этой боли самим пациентом и, не обязательно, определяется по его реакции на боль.

Для этого можно использовать шкалу оценки боли в баллах - **вербальная сравнительная шкала рейтинга боли:**

- 0 – боль отсутствует в состоянии покоя и при движении;*
- 1 - боль отсутствует в состоянии покоя, лёгкая боль при движении;*
- 2 - лёгкая боль в состоянии покоя, умеренная боль при движении;*
- 3 - умеренная боль в состоянии покоя, сильная боль при движении;*
- 4 - сильная боль в состоянии покоя и при движении.*

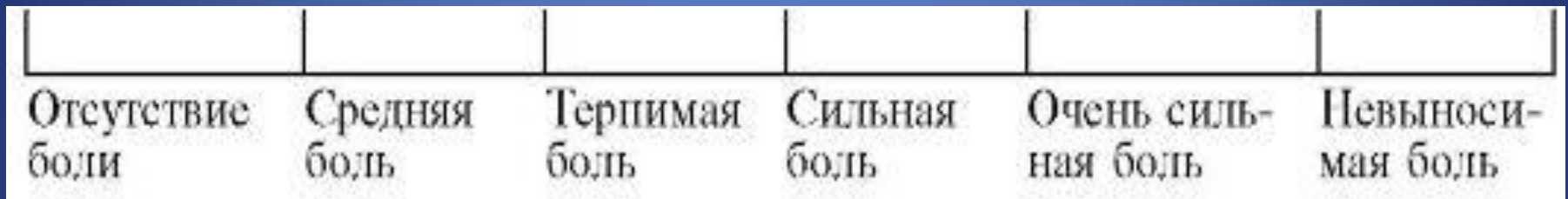
Наиболее эффективный способ, позволяющий установить интенсивность боли у пациента и как она изменяется после аналгезии - это линейки со шкалой, по которым оценивается сила боли в баллах.

Эти линейки представляют собой прямую линию, на одном конце которой отмечена точка отсутствия боли «0», а на другом конце находится точка, соответствующая нестерпимой боли «10».

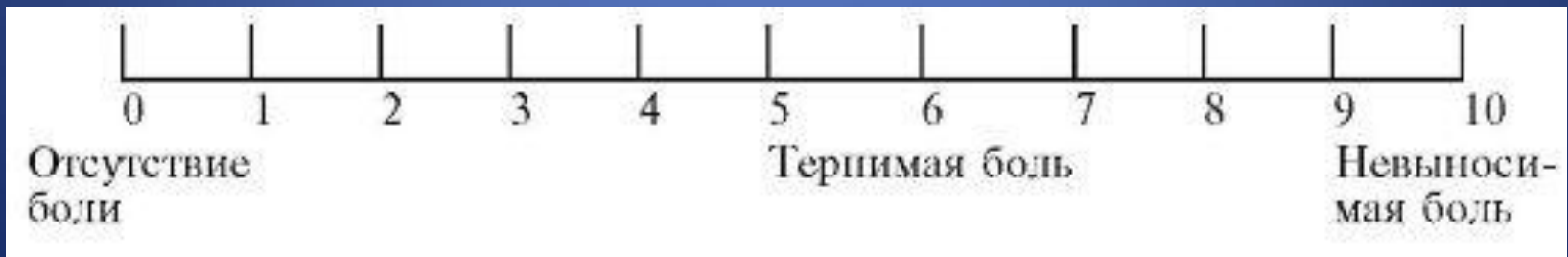
Медсестра объясняет пациенту, что означает «сила» боли в 10 баллов, 8 баллов и т.д. Затем пациент отмечает на линейке точку, соответствующую его ощущению боли.

Примеры линеек со шкалой для определения интенсивности боли

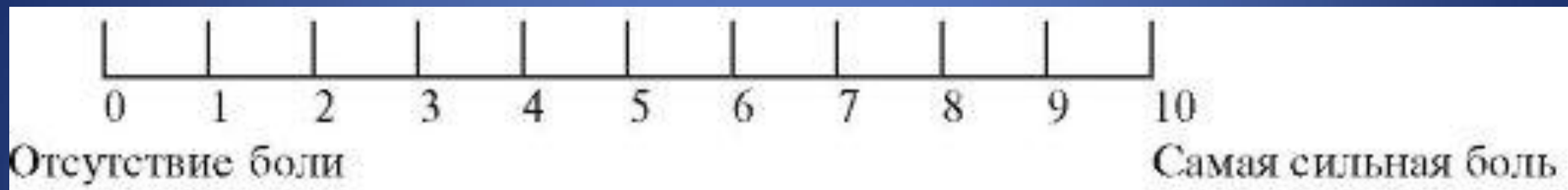
Простейшая описательная шкала интенсивности боли



Цифровая шкала интенсивности боли от 0 до 10



Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли

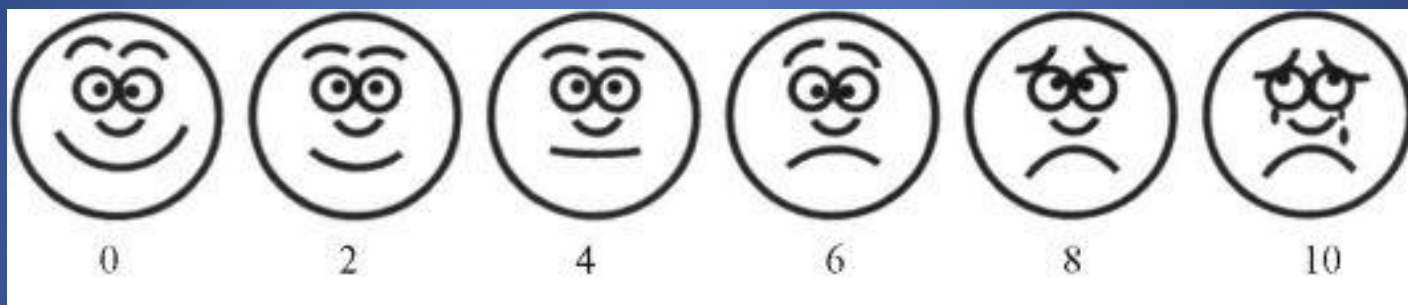


Примечание: при использовании цифровой и визуально-аналоговой шкалы рекомендуется использовать базовую линию в 10 см.

Шкала интенсивности боли



Для оценки интенсивности боли у детей может быть использована шкала, на которой изображены лица, выражающие разные эмоции .



0 – Пациента боль не беспокоит.	8 – Боль значительна, сознание пациента сконцентрировано на боли.
2 – Боль беспокоит незначительно.	
4 – Боль немного беспокоит.	10 – Боль настолько сильна, насколько пациент может ее представить; он еле сдерживается.
6 – Боль существенно беспокоит.	

Наблюдая за **реакцией на боль**, можно понять состояние пациента, особенно если нет вербального общения или помутнение сознания. **О сильной боли свидетельствует** бледность, учащение дыхания, повышение АД, повышенное потоотделение; скрежет зубами, прикусывание нижней губы, сморщивание лба; изменение поведения, снижение (потеря) аппетита, снижение активности повседневной деятельности; вынужденное положение пациента, беспокойство, плач, стон, пронзительный крик. **«Некоторые пациенты нуждаются в том, чтобы медсестры говорили им о том, что их поведение, связанное с болью, является нормальным и уместным, и что другие люди так же реагируют на боль».**

Возможные проблемы пациента, связанные с болью

- Если пациент утверждает, что у него боль/дискомфорт или меняется поведение, свидетельствующие о боли (мимика, напряжение мышц), или симптомы, обусловленные болевой стимуляцией вегетативной нервной системы (потливость, частый пульс, подъём АД, изменение ЧДД), то сестринская проблема звучит - **ОСТРАЯ БОЛЬ**.
- Если пациент ощущает боль более 6 месяцев, то сестринская проблема записана - **ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ**.
- Если пациент говорит, что ощущает боль, чувство страха, дистресс, и демонстрирует симптомы поверхностной вазоконстрикции, расширение зрачка, беспокойство, мышечное дрожание или другие симптомы тревожности, то сестринский диагноз звучит - **ТРЕВОЖНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ БОЛЬЮ**.

Определение целей сестринского ухода при боли

- При наличии боли у пациента главной целью сестринского ухода является устранение причин боли, облегчение ощущений боли и страдания пациента.
- Следует учитывать, что устранение хронической боли является трудноразрешимой задачей и часто цель может заключаться только в том, чтобы помочь человеку превозмочь боль.



Возможные сестринские вмешательства при боли

- Для достижения поставленных целей и оценки эффективности обезболивания медсестра должна точно представить себе весь цикл явлений, связанных с болью, изображенных на рисунке.



Способы обезболивания, используемые в хосписах,
можно разделить на три группы:

- **физические:** изменения положения тела, применение тепла/холода; массаж и вибрация, акупунктура;
- **психологические:** общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления и снятия напряжения, гипноз;
- **фармакологические:** анальгетики (местные и общие), транквилизаторы.



Оценка результатов сестринского ухода при боли

- Для проведения итоговой оценки успешности сестринских вмешательств необходимы объективные критерии.

Шкала для характеристики ослабления боли:

боль полностью исчезла — А

боль почти исчезла — Б

боль значительно уменьшилась — В

боль уменьшилась слегка — Г

нет заметного уменьшения боли — Д

Шкала успокоения:

- 0 – успокоение отсутствует;
- 1 – слабое успокоение; дремотное состояние, быстрое (легкое) пробуждение;
- 2 – умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое пробуждение(легкое пробуждение);
- 3 – сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента;
- 4 – пациент спит, легкое пробуждение.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

