

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

ЛЕКЦИЯ

по ПМ Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больным
МДК 01 Теория и практика сестринского дела

Сестринский уход при боли

для специальностей:
31.02.01 Лечебное дело
31.02.02 Акушерское дело
34.02.01 Сестринское дело

Составили преподаватели:
Головко Д.А.
Шевченко Л.А.

Самара, 2018



БОЛЬ - неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или возможным повреждением ткани, а также с описанием такого повреждения. Боль является "маркером" неблагополучия в организме, "сообщает" о повреждающих факторах. Это сигнал к активизации защитных сил организма.

Боль — один из самых распространенных симптомов заболеваний и одна из основных причин обращения за медицинской помощью.

Боль — своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных или разрушительных раздражителей. Это серьезная проблема для человека, препятствие для обычной деятельности и профессиональных занятий.



Отсутствие знаний

Страх
Беспокойство
Гнев
Грусть
Депрессия
Апатия

Профилактика

Ранняя диагностика
Сестринская помощь
Умения и навыки
Заботливость
Опыт

Информация

Конфиденциальность
Понимание
Сочувствие
Сострадание
Религиозные убеждения
Отвлечение внимания

Усиление

БОЛЬ

Снижение

Устранение причины
Блокирование нервного
проводящего пути

Небрежный уход
Шум
Бессонница
Крайняя усталость
Воспаление
Недостаточное
питание
Обезвоживание

Устранение

Устранение симптомов
Улучшение настроения
Сон
Отдых
Расслабление
Теплота
Успокоенность
Аналгезия

Болевые нервные окончания расположены в организме неравномерно. Они опутывают весь кожный покров, их много в оболочках внутренних полостей (плевральной, брюшной, полости черепа), в полых и паренхиматозных органах. Некоторые ткани, например роговица, снабжены только волокнами данного типа. В меньшем количестве они присутствуют в мышцах, сухожилиях, эндотелии сосудов. Болевой иннервации совершенно нет в мозговой ткани и в хрусталике глаза.



Поведенческие реакции — фазы переживания боли:

- ***фаза ожидания*** — предшествует боли, пациент знает, что боль должна наступить (например, перед инъекциями). Роль сестры — успокоить пациента, уменьшить его тревожность;
- ***Фаза ощущения*** — возникает при наличии боли. Зависит от болевого порога. Люди с низкой толерантностью ощущают самую слабую боль, с высокой — воспринимают только сильную боль. Понять, какую боль может переживать пациент, медсестре помогает знание характера заболевания;
- ***Фаза последствий*** — наступает при исчезновении боли. Роль сестры — предвидеть последствия, оказать должное внимание.

Факторы, влияющие на ощущение боли:

- индивидуальные особенности человека — интроверт испытывает более интенсивную боль, чем экстраверт, но жалоб предъявляет меньше;
- состояния тревоги, страха, депрессии усиливают болевые ощущения;
- внушение облегчает страдания;



Компоненты боли:



Двигательный: рефлекс избегания (отдергивание руки, поиск вынужденного положения, снижение двигательной активности).



Вегетативный: повышение числа сердечных сокращений и артериального давления, увеличение частоты дыхания, расширение зрачков и т.д.

Аспекты боли

Физический – боль может быть одним из симптомов заболевания, осложнением одного заболевания, а так же являться побочным эффектом проводимого лечения.



Психологический – боль может быть причиной гнева пациента, его разочарования во врачах и в результате лечения. Боль может привести к отчаянию и изоляции, к появлению чувства беспомощности. Постоянный страх боли может привести к ощущению тревожности. Человек чувствует себя брошенным и никому ненужным, если друзья перестают навещать его, боясь потревожить.



Аспекты боли

Социальный – человек, постоянно испытывающий боль, уже не может выполнять привычную для него работу. Из-за независимости от окружающих человек теряет уверенность в себе и чувствует собственную бесполезность. Все это приводит к снижению самооценки и качества жизни.



Духовный – частая и постоянная боль, особенно у онкопациентов, может вызвать страх смерти и страх перед самим процессом умирания. Человек может чувствовать вину перед окружающими за причиняемые им волнения. Он теряет надежду на будущее.

Джон Джозеф Боника (1917-1994 гг.)



Джон Джозеф Боника описывал боль, как «полезную, бесполезную и опасную».

- **Полезная боль** - острая боль, поскольку она является сигналом тревоги.
- **Бесполезная боль** - хроническая боль, поскольку её источник уже известен.
- **Опасная** или потенциально опасная боль – это боль, не несущая никакой полезной информации и ведущая к серьезным осложнениям (шок кардиогенный, травматический и т.п.), при которых человек может умереть. Боль, испытываемая после травмы, ожога, хирургической операции, относится к разряду опасных и требует немедленного устранения.

На порог боли влияют разные факторы:

- **порог снижается** (восприятие боли быстрее) при дискомфорте, бессоннице, если человек устал, испытывает тревогу, страх, гнев, грусть, у него депрессия, скука, психологическая изоляция, социальная заброшенность. Творчество, релаксация, уменьшение тревожности, поднятие настроения снижают порог восприятия боли.
- **порог повышается** (восприятие боли медленней, стойкость к боли) если облегчить другие симптомы, человек хорошо выспится, если ему будут сопереживать, чувствовать понимание, он будет не одинок. Порог повышается, если использовать обезболивающие препараты, транквилизаторы и антидепрессанты.

Физиология боли

Болевые сигналы передаются нервной системой так же, как информация о прикосновении, надавливании или нагревании.

Болевые рецепторы –нервные окончания, при возбуждении которых возникает боль. Рецепторы боли у человека находятся

- ✓ в коже,
- ✓ в соединительнотканых оболочках мышц,
- ✓ во внутренних органах и в надкостнице.
- ✓ болевые рецепторы имеются также в роговице глаза, которая остро реагирует на всякую постороннюю частицу.

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.

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.

Виды боли

Боль	Характеристика боли
Поверхностная (кожная)	Результат воздействия на кожу, краткая, четкая локализация (укол иглой, порез, трещина)
Висцеральная (внутренних органов)	Боль, исходящая из внутренних органов (при стенокардии — сжимающего характера, язве желудка — жгучего)
Глубокая	Повреждение мышечной и костной тканей
Соматическая	Боль, исходящая из различных участков тела, кроме внутренних органов
Иррадиирующая— боль распространяется от места ее образования до другой части тела	Боль передается в область, удаленную от патологического очага (при остром инфаркте миокарда — в левую руку, левое плечо, челюсть, шею; при наличии камней в почках — в паховую область)
Фантомная	Ощущение интенсивной боли покалывающего характера в отсутствующих конечностях
Невралгия	Острая, интенсивная боль по ходу нерва
Артралгия	Боль в одном или нескольких суставах
Каузалгия	Приступообразная, интенсивная, жгучая боль в результате повреждения периферического нерва
Ишиалгия	Боль по ходу седалищного нерва
Психологическая	Реальная для человека при отсутствии видимых раздражителей

Виды боли

Физическая

Первичная - быстрая, колющая, острая, например, укол иглы в кожу

- точно локализована,
- быстро исчезает после удаления стимула,
- не вызывает эмоциональной реакции;

Вторичная - медленная, невыносимая, жгучая

- появляется через 0,5-1 с после ощущения первичной боли,
- не имеет четкой локализации,
- остается некоторое время после удаления стимула,
- сопровождается изменениями функций сердечнососудистой и дыхательной систем,
- может влиять на характер личности, ее образ мышления

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
<p>Картина боли хорошо определяется с помощью объективных и субъективных методов исследования.</p> <p>Объективно: - пульс учащается; - АД повышается; - ЧДД увеличивается; - кожа бледная и влажная; - напряжение мышц в области боли; - выражение тревоги на лице.</p> <p>Субъективно: - снижается аппетит; - может быть рвота; - раздражительность; - постоянная тревожность; - бессонница.</p>	<p>Начинается незаметно. Отсутствуют объективные признаки.</p> <p>Изменяются личные качества:</p> <ul style="list-style-type: none">- состояние тревоги;- раздражительность;- депрессия;- беспомощность;- усталость;- нарушение способности осуществлять все виды деятельности;- изменяется образ жизни.

Психогенная

- Боль – это не то, что физически ощущает человек, но еще и эмоциональное переживание. Восприятие боли может меняться в зависимости от того, какое значение ей придает человек, от его настроения и морального духа. Психогенный вид боли связан с эмоциональным состоянием личности, окружающей ситуацией, традициями. Имеет неопределенное начало, возникает без очевидной причины. Природа может быть неясна.



- **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 пациента, испытывающего такую боль, она является реальной, а не воображаемой.

Болевые ощущения усиливают:

- стресс;
- постоянная мысленная сосредоточенность на боли;
- усталость.



Сигналы о боли блокируют:

- физические упражнения;
- при использовании теплых и холодных компрессов;
- после массажа;
- в результате физиотерапии;
- если у вас хорошее настроение;
- если вы расслаблены.

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 пациентом;
- изучение возможной причины появления боли;
- наблюдение за реакцией пациента на боль.

Прежде всего следует определить:

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

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».**

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.

Сестринский уход при боли

1. Первичная оценка

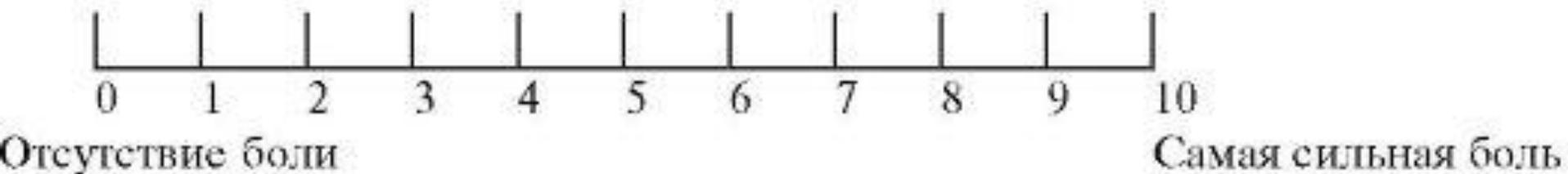
Описание боли самим человеком	Локализация и характер боли
□ Изучение возможной причины появления боли	□ Время □ Возможная причина появления боли □ Условия исчезновения □ Продолжительность
Наблюдение за реакцией человека на боль	Внешняя реакция на боль может отсутствовать
Определение интенсивности боли	Интенсивность боли должна быть оценена, исходя из ощущения боли самим пациентом

Сестринский уход при боли

Реакция на боль

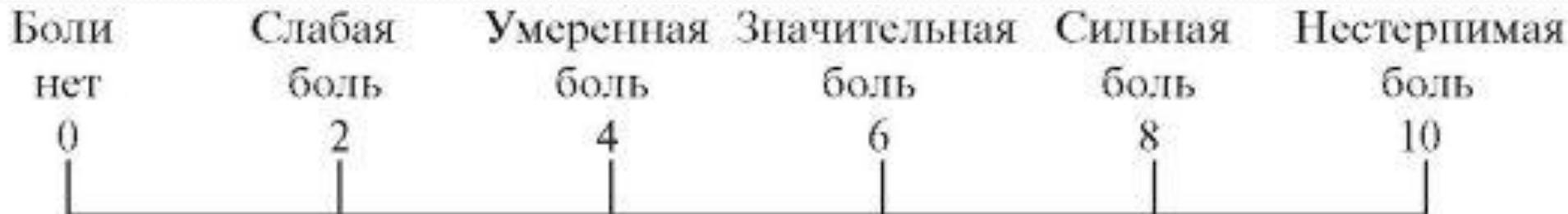
Выражение лица	<ul style="list-style-type: none">• гримасы, стиснутые зубы, наморщенный лоб, крепко зажмуренные или широко раскрытые глаза, крепко стиснутые зубы, широко раскрытый рот, прикусанные губы
Телодвижения	<ul style="list-style-type: none">• беспокойство, неподвижность, напряжение мышц, покачивание, почесывание, движение защиты• Голосовые реакции• болезненной части тела.
Ограничение социальных взаимодействий	<ul style="list-style-type: none">• избегает разговоров и социальных контактов, осуществляет те формы активности, которые облегчают боль, сужение круга интересов

Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли



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

Шкала интенсивности боли

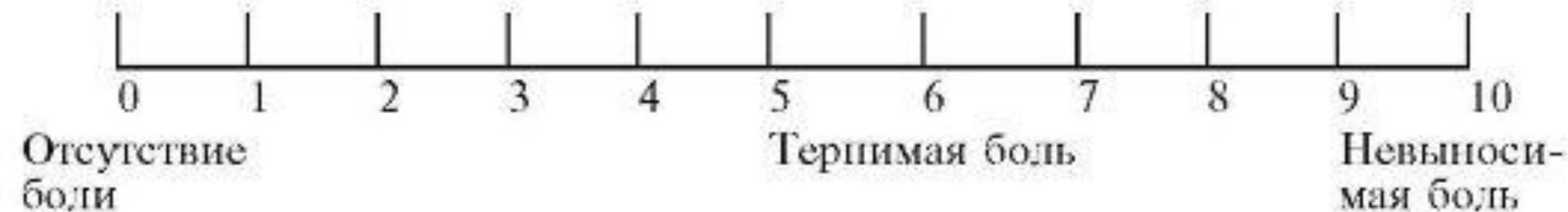


Примеры линеек со шкалой для определения интенсивности боли

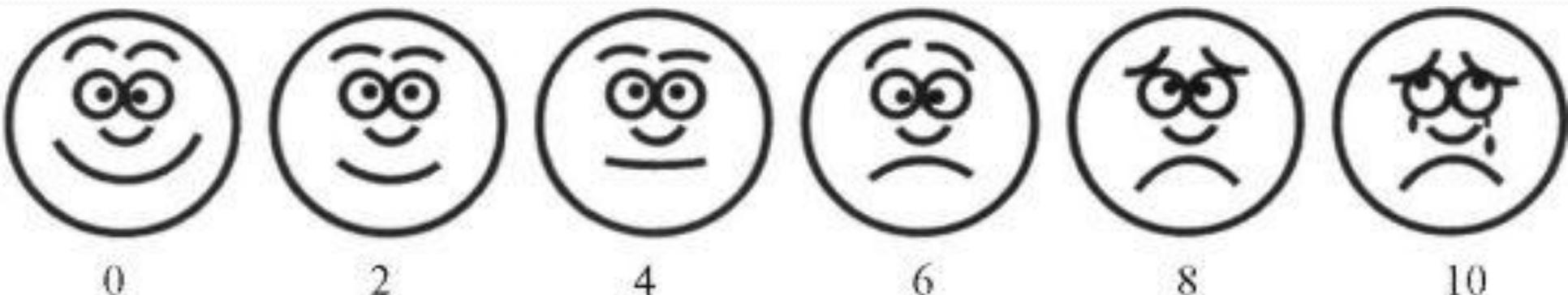
Простейшая описательная шкала интенсивности боли



Цифровая шкала интенсивности боли от 0 до 10



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.	

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Описание степени боли с помощью слов	боль отсутствует		лёгкая боль		умеренная боль		умеренная боль		сильная боль		невыносимая боль
Шкала лиц Вонга-Бэкера											
Шкала переносимости боли	боль отсутствует		боль можно игнорировать		мешает деятельности		мешает концентрироваться		мешает основным потребностям		необходим постельный режим

Градация боли	Выраженность боли, баллы	Характеристика боли
Мучительная, нестерпимая боль	10–9	<ul style="list-style-type: none"> Нестерпимая Ноющая Раздавливающая Стискивающая Сдавливающая Пронизывающая
Крайне сильная боль, затрудняющая повседневную деятельность	8	<ul style="list-style-type: none"> Стреляющая Острая Жгучая
Умеренная боль	7	<ul style="list-style-type: none"> Ощущение, как при электрошоке Пульсирующая Судорожная Спастическая
Лёгкая боль	6	<ul style="list-style-type: none"> Тупая Терзающая Грызущая
Отсутствие боли	5	<ul style="list-style-type: none"> Ощущение, как будто раздавлен большим весом
Отсутствие боли	4	<ul style="list-style-type: none"> Держащая в напряжении Доставляющая неудобство Причиняющая беспокойство

Сестринский уход при боли



Для достижения поставленных целей и оценка эффективности обезболивания сестра должна точно представить себе весь цикл явлений, связанных с болью.

Сестринский уход при боли



Цель считается достигнутой, если боль уменьшилась, и пациент стал менее зависим в удовлетворении повседневных потребностей.

Для проведения итоговой оценки необходимы объективные критерии. Для этого могут использоваться примеры линеек для определения интенсивности боли, объективной оценке уменьшения боли.



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 преодолеть боль.

Сестринский процесс при боли

● 3. Определение целей и планирование ухода

Проблема	Цель сестринского ухода
Невозможность (нежелание) проводить личную гигиену ежедневно из-за боли. Трудности с осуществлением личной гигиены из-за боли	Пациент ежедневно проводит личную гигиену с помощью медицинской сестры (родственников, самостоятельно)
Снижение аппетита (снижение массы тела) из-за боли	<input type="checkbox"/> Снижение аппетита нет <input type="checkbox"/> Масса тела пациента не отличается от идеальной более чем на 10% или снижения массы тела нет <input type="checkbox"/> Пациент съедает весь суточный рацион
Снижение самооценки из-за изменения внешнего вида из-за боли	<input type="checkbox"/> Снижение самооценки не будет (будет минимальной) <input type="checkbox"/> Пациент способен следить за своим внешним видом

3. Определение целей и планирование ухода

Нарушение сна из-за ночных болей	Пациент спит всю ночь
Снижение двигательной активности	Пациент может самостоятельно осуществлять повседневную двигательную активность
Трудности с осуществлением физиологических отправления из-за боли	Пациент осуществляет физиологические отправления с помощью сестры (родственников, самостоятельно)
Трудности с осуществлением способности одеваться (раздеваться)	Пациент принимает помощь сестры
Трудности с общением из-за боли	Общение будет в прежнем объеме
Невозможность трудиться и отдыхать.	Пациенту предоставлена возможность приблизить свой образ жизни к привычному.

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.