

Раздел 1. Осуществление сестринского процесса в рамках оказания медицинских услуг.

МДК 01. Технология оказания медицинских услуг

Группа 102ФК

ПМ07

Дата занятия 16.10.2020 год время 13.45-15.20

Преподаватель А.А.Мартынова

Методические рекомендации студентам по самоподготовке к теоретическому занятию.

Прежде, чем приступить к работе, ознакомьтесь с актуальностью данной темы и целями занятия, техникой безопасности.

1. Составьте тезисный конспект теоретического материала в своих лекционных тетрадях.

Сестринский процесс при боли.

Тема 1.6.

Содержание

1. Виды и характеристика боли. Эмоциональная и физическая сторона боли.
2. Первичная оценка боли.
3. Возможные проблемы пациента, связанные с болью.

1. Виды и характеристика боли. Эмоциональная и физическая сторона боли.

Сестринский процесс при боли

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.

Болевой синдром определен ВОЗ в качестве одной из первоочередных задач научных исследований в области сестрин с кого дела и его развития.

Реакция на боль — это физиологические и поведенческие изменения в организме в ответ на ее восприятие.

Физиологические реакции

Синтезируемые или освобождающиеся в результате повреждения тканей особые вещества — алгогены — стимулируют активность болевых нервных окончаний. *К алгогенам, или веществам, вызывающим чувство боли*, относят кинины (брадикинин), гистамин, ацетилхолин, адреналин и норадреналин в низких концентрациях, ряд простагландинов.

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.

ФИЗИЧЕСКАЯ СТОРОНА БОЛИ

Нервная система ответственна за возникновение ощущения боли. В том месте, где чувствуется боль, выделяются определённые химические вещества, вызывающие раздражение нервных окончаний, нервный импульс передаётся в спинной мозг, откуда он ретранслируется в головной мозг. Первые ощущения боли возникают при анализе сигнала в среднем мозге, более определённой боль становится при обработке сигнала в гипоталамусе, однако только при достижении коры головного мозга определяются тип, интенсивность и локализация боли.

Исследования, проводимые в последние годы, помогают найти ответы на такие вопросы, как:

- почему сила ощущаемой боли не обязательно связана с интенсивностью болевого раздражения;

- почему эмоциональное состояние оказывает влияние на процесс ощущения боли.

Ощущение боли является одним из самых важных аспектов теории боли. Ощущение боли зависит от следующих факторов:

- прошлого опыта. Отношение к боли детей часто зависит от примера родителей. Например, одни родители проявляют чрезмерное беспокойство даже при незначительных ушибах

своего ребёнка, другие обращают внимание только на более серьёзные случаи. В результате разные дети будут по-разному реагировать на боль;

- индивидуальных особенностей человека. Исследования, проводимые в области теории боли, свидетельствуют о том, что человек, сосредоточенный на своём внутреннем мире, испытывает более интенсивную боль, однако жалуется на неё меньше, чем человек, интересующийся только внешним миром;
- тревоги, страха и депрессии, которые усиливают болевое ощущение. При их отсутствии пациент меньше говорит о боли;
- внушения, с помощью которого можно уменьшить боль. Эту же роль могут играть безвредные лекарственные средства (плацебо). Давая их пациентам (по назначению врача), сестра внушает, что они снимают боль;
- религии и религиозных убеждений, оказывающих влияние на ощущение боли. Например, боль может расцениваться человеком, как кара за грехи;
- убеждений и отношения к боли, обусловленных социокультурными особенностями человека, причем и ощущение, и реакция на боль формируются в течение жизни. Так, например, в западных культурах роды обычно рассматриваются как болезненный процесс, требующий обезболивания. В то же время в некоторых странах женщины испытывают минимальную боль при родах. (Мы не рассматриваем здесь мнение некоторых людей, что «ребёнок должен родиться в муках»).

Часто говорят, что степень ощущения боли является результатом различных болевых порогов: при низком болевом пороге человек чувствует даже сравнительно слабую боль, при высоком болевом пороге — только сильную боль. Именно порог болевого восприятия — та точка, при которой ощущается боль, — является тем, что отличает одного человека от другого. Способность ощущать боль зависит от уровня функционирования нервной системы. Поэтому любое повреждение нервных окончаний, проводящих путей или участвующих в анализе информации областей коры головного мозга будет влиять на уровень ощущения боли. Например, при нижней параплегии пациент может не чувствовать боль в нижних конечностях. В то

же время при таких воспалительных процессах, как неврит и миозит, ощущение боли усиливается. При нарушениях сознания (от спутанности до бессознательного состояния) порог восприятия боли снижается.

На порог боли влияют разные факторы

- порог снижается (восприятие боли быстрее): дискомфорт, бессонница, усталость, тревожность, страх, гнев, грусть, депрессия, скука, психологическая изоляция, социальная заброшенность;
- порог повышается (восприятие боли медленнее): стойкость к боли, облегчение других симптомов, сон, сопереживание, понимание, компания (с другими людьми), творчество, релаксация, уменьшение тревожности, поднятие настроения, обезболивающие, транквилизаторы и антидепрессанты.

Естественной защитной реакцией человека, испытывающего боль, является желание избавиться от неё или по крайней мере облегчить её. Когда боль становится нестерпимой и продолжительной, человек теряет способность осуществлять повседневную деятельность.

D. Vonica описывал боль как «полезную, бесполезную и опасную».

Полезной он считал острую боль, поскольку она является сигналом тревоги. Хроническую боль он считал **бесполезной**, поскольку источник боли уже известен.

Опасной или потенциально опасной он назвал боль, не несущую никакой полезной информации и ведущую к серьёзным 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.

Сестринскому персоналу следует помнить, что не всегда человек способен сообщить о боли окружающим. Он может быть глухонемым, заикаться, не знать языка страны, трудности могут возникнуть также у детей и пожилых людей и т.д. Избавить таких пациентов от боли помогут знания и навыки медицинской сестры.

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;

- болевой порог и интервал болевой переносимости.

Болевой порог — первое, очень слабое чувство боли от физического воздействия.

Переносимость боли — самое сильное болевое воздействие, которое выдерживает человек. Интервал болевой переносимости — промежуток между этими двумя величинами.

Способность ощущать боль зависит от уровня функционирования нервной системы. Поэтому любые повреждения нервных окончаний, проводящих путей или участвующих в анализе информации областей коры головного мозга будут влиять на уровень ощущения боли.

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

- поверхностная боль, часто появляется при воздействии высоких или низких температур, прижигающих ядов, а также при механических повреждениях;

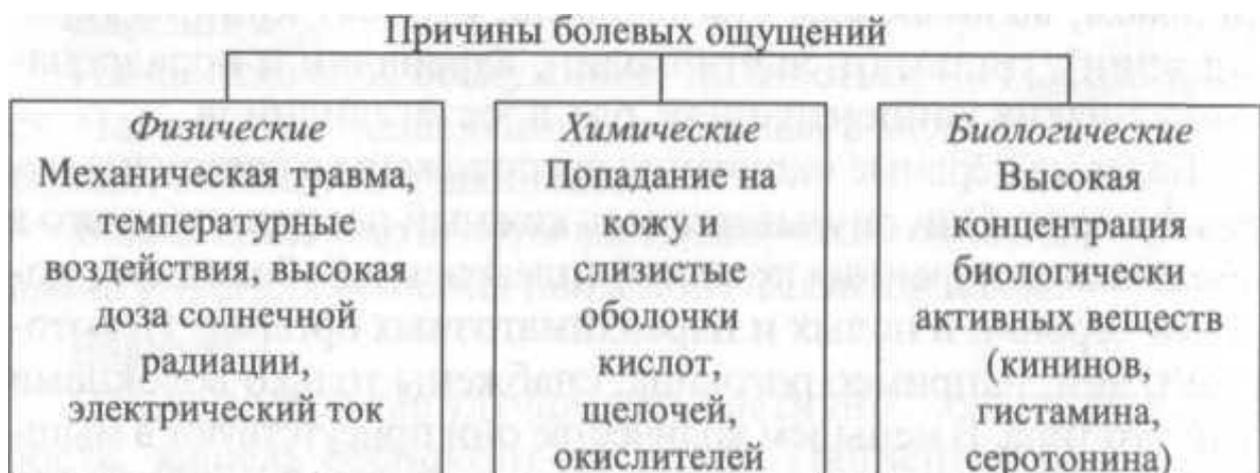
- глубинная боль—обычно локализуется в суставах и мышцах, человек описывает ее как продолжительную тупую боль или мучительную, терзающую боль;

- боль во внутренних органах—часто связывается с конкретным органом: «болит сердце», «болит желудок» и т.д.;

- невралгия—боль, появляющаяся при повреждении периферической нервной системы; иррадиирующая боль—например, боль в левой руке или плече при стенокардии или инфаркте миокарда;

- фантомная боль—боль в ампутированной конечности, часто ощущается как покалывание. Эта боль может продолжаться месяцами, а затем она проходит;

- психогенная боль—боль без физических раздражителей. Для человека, испытывающего такую боль, она является реальной, а не воображаемой



Понятие «суммарная боль» включает различные вредные физические, психические, духовные, социально-бытовые факторы, способствующие появлению, поддержанию и усилению боли.

Различают острую и хроническую боль.

Характерные признаки боли

Острая боль	Хроническая боль
<p>Часто возникает внезапно. Относительно короткая по продолжительности. Обычно локализована.</p> <p>Картину боли определяют субъективными и объективными методами исследования: тахикардия, тахипноэ, гипертензия, кожа бледная и влажная, тревожный взгляд, локальный гипертонус мышц.</p> <p>При отсутствии купирования боли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - потеря аппетита, тошнота; - тревожность, раздражительность; - бессонница 	<p>Начало незаметное. Длительность — более 6 месяцев (может сохраняться и после заживления раны).</p> <p>Локализована в меньшей степени. Отсутствие объективных признаков</p> <p>Изменения индивидуальных качеств:</p> <ul style="list-style-type: none"> - появление тревоги, ощущения безнадежности; - депрессия; - раздражительность; - дефицит самоухода; - новое качество жизни.

Виды боли

Боль	Характеристика
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
Каузапгия	Приступообразная, интенсивная, жгучая боль в результате повреждения периферического нерва
Ишиалгия	Боль по ходу седалищного нерва
Психологическая	Реальная для человека при отсутствии видимых раздражителей

Д.Д. Боника разделил боль на:

- полезную — острая боль является сигналом защиты для организма;
- бесполезную (с точки зрения биологической защиты) — хроническая боль — источник боли в организме уже известен;
- опасную (или потенциальную) — боль не несет никакой полезной информации и может способствовать развитию серьезных патологических реакций, которые могут привести к смерти (кардиогенный, травматический шок).

2. Первичная оценка боли. Возможные проблемы пациента, связанные с болью.

Этапы сестринского процесса при боли

1-й этап — оценка состояния человека, испытывающего боль

Цель оценки — выявление всех факторов, влияющих на восприятие боли. Пациенты часто не сообщают о боли либо делают это неадекватно, а

медсестры часто переоценивают облегчение боли в результате анальгезирования медикаментозными средствами.

Н. Роупер приводит три основных метода проведения оценки (Методы проведения оценки боли):

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

Прежде всего нужно определить локализацию боли.

В начале, как правило, человек указывает на достаточно большой участок, затронутый болью. Однако при более детальном расспросе этот участок оказывается меньшего размера и более локализованным.

Далее следует выяснить возможную причину и время появления боли, условия исчезновения боли, а также ее продолжительность, факторы, усиливающие или ослабляющие боль.

Интенсивность боли должна быть оценена, исходя из ощущения этой боли самим пациентом, и не обязательно определяется по реакции его на боль. Для этого может быть использована шкала оценки боли в баллах (вербальная сравнительная шкала рейтинга боли):

Оценка боли:

- 1— подтверждение пациентом наличия болевого синдрома;
- 2— локализация;
- 3— иррадиация;
- 4— интенсивность (использование шкал или карт);
- 5— продолжительность;
- 6— характер (острая, тупая);
- 7— факторы, способствующие боли (связь с приемом пищи, перемещением, физическими воздействиями);
- 8— факторы, облегчающие боль (термическое, механическое щажение);
- 9— меры анальгезии;
- 10— реакция человека на боль.

Карта оценки боли

Карта помогает правильно оценить характер, интенсивность, продолжительность болей и подобрать адекватное обезболивание; служит приложением к листу сестринского наблюдения.

Ф.И.О. _____

ВОЗРАСТ

Критерии оценки боли (со слов	Дата
-------------------------------	------

пациента)							
1. Продолжительность боли							
2. Характер боли (жгучая, режущая, колющая, тянущая)							

Критерии оценки боли (со слов пациента)	Дата						
3. Локализация боли							
4. Иррадиация боли							
5. Интенсивность (шкала от 0 до 10 по оценке пациента)							
6. Факторы, провоцирующие боль (физическая нагрузка, перемещение, нарушение сна, чувство тревоги и волнения)							
7. Развитие болей на фоне медикаментозного лечения (через какое время после введения лекарственных препаратов)							
8. Отношение пациента к боли (описание со слов больного и со слов родственников)							
9. Самочувствие ночью							
10. Продолжительность сна (днем, ночью)							

Подпись м/с _____

Оценку уровня боли проводят по различным шкалам:

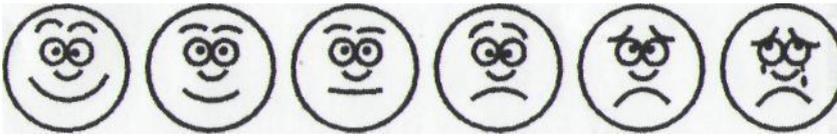
Простейшая описательная шкала интенсивности боли

Отсутствие боли	Средняя боль	Терпимая боль	Сильная боль	Очень сильная боль	Невыносимая боль
-----------------	--------------	---------------	--------------	--------------------	------------------

Цифровая шкала интенсивности болей от 0 до 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Отсутствие боли	Терпимая боль	Невыносимая боль
-----------------	---------------	---------------------



0 2 4 6 8 10

Рис. 11-1. Визуальная шкала интенсивности боли.

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

и причины возникновения. Так, боль в области желудка может возникать до, во время и после еды, боль в суставах может быть в покое и/или при движении и т.д. Шум, яркий свет, а также чувство страха, тревога, также могут быть причиной боли. Человек, как правило, легко указывает на факторы, вызывающие боль.

И наконец, следует выяснить у человека, как он переносил подобную боль ранее. Для самооценки боли пациенту может быть предложена одна из описательных шкал.

Визуально-аналоговая шкала

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Отсутствие боли									Самая сильная боль

Определение целей сестринского ухода.

При наличии боли у пациента главной целью сестринского ухода являются: устранение причин ее возникновения и облегчение страданий пациента. Следует учитывать, что устранение хронической боли является трудноразрешимой задачей и часто цель может заключаться только в том, чтобы помочь человеку преодолеть боль.

2-й этап — определение проблем пациента.

Несмотря на то, что сестры не назначают медикаментозного лечения их роль в проведении лекарственной терапии огромна. Лекарственная терапия, проводимая сестринским персоналом по назначению врача, осуществляется разными путями: через рот, под язык, внутримышечно, внутривенно. Очень важно, чтобы сестра понимала, как «работает» то, или

иное болеутоляющее средство. В этом случае она сможет совместно с пациентом проводить текущую оценку адекватности обезболивания. Помимо лекарственной терапии, проводимой сестрой по назначению врача, в пределах её компетентности имеются и другие способы обезболивания. Уменьшить боль могут отвлечение внимания, изменение положения тела, применение холода или тепла, обучение пациента различным методикам расслабления, растирание или лёгкое поглаживание болезненного участка. Люди, обречённые жить, испытывая хроническую боль, нуждаются в особом комплексном лечении, которое многие из них могут получить в специальных лечебных учреждениях - хосписах. В хосписе пациента обучают, как совладать с болью и жить с ней, а не как излечить эту боль. Человеку помогают максимально возможно повысить качество своей жизни.

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

Физиологические: боль острая или хроническая, нарушение сна/отдыха в связи с болью, снижение массы тела в связи с отсутствием или снижением аппетита, нарушение дыхания, двигательной активности.

Психологические: страх боли, госпитализации, потери работы, возможной инвалидности, смерти, наркотической зависимости при применении обезболивания, беспокойство в связи с отсутствием положительного результата лечения, беспокойство о семье и её будущем.

Социальные: утрата социального положения, роли в семье, недоступность медицинской помощи, беспокойство о финансовом положении.

3-й этап — планирование сестринского ухода.

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

Цель этапа: уменьшение, отсутствие или минимизация боли, облегчение страданий человека; при хронической — превозмочь боль.

При хронической боли у многих людей возникает зависимость от окружающих, привычная жизнь становится затруднительной. В таких случаях необходимо научить пациентов контролировать боль. Регулирование боли — это управление человеком своей реакцией на боль с использованием медикаментозных и немедикаментозных методик.

4-й этап — реализация сестринских вмешательств:

- лекарственная терапия;
- массаж, обучение методикам расслабления;
- термическое воздействие;
- максимальная из возможных физическая активность.

5-й этап - оценку результата сестра проводит, используя следующие шкалы.

Шкала для характеристики ослабления боли

Боль полностью исчезла	Боль почти исчезла	Боль значительно уменьшилась	Боль уменьшилась слегка	Нет заметного уменьшения боли
А	Б	В	Г	Д

Шкала успокоения

0	1	2	3	4
Успокоение отсутствует	Слабое успокоение, дремотное состояние, быстрое (легкое) пробуждение	Умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое пробуждение (легкое пробуждение)	Сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента	Пациент спит, легкое пробуж- дение

Оценка результатов сестринского вмешательства. Для проведения итоговой оценки успешности сестринских вмешательств необходимы объективные критерии. Во многих странах постоянно ведутся научные исследования в этой области. Приведённые выше примеры линеек и шкал для определения интенсивности боли могут служить одним из критериев как при текущей, так и при итоговой оценке. Следует признать, что медицинская сестра не единственный человек, помогающий пациенту достичь эффекта обезболивания. Две шкалы, приведённые ниже, тоже помогут объективной оценке уменьшения боли:

1. Шкала для характеристики ослабления боли:

- А -боль полностью исчезла;
- Б -боль почти исчезла;
- В -боль значительно уменьшилась
- ;Г-боль уменьшилась слегка;
- Д -нетзаметного уменьшения боли.

2. Шкала успокоения:

0 -успокоение отсутствует;

1 -слабое успокоение; дремотное состояние, быстрое (лёгкое) пробуждение;

2 -умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое (лёгкое) пробуждение;

3 -сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента;

4 -пациент спит, глубокий сон.

Боль и желание её уменьшить -основные причины обращения людей за медицинской помощью. Многие понимают, что полностью снять боль не всегда возможно. Однако каждый пациент имеет право на адекватное обезболивание, декларированное ему в «Законе РФ об охране здоровья граждан».

