**СЛАЙД № 1**

**«Болевой синдром у пациентов с ожоговой травмой.**

**Контроль боли»**

**Бочкарева Т.Н.,**

**старшая медицинская сестра ожогового отделения**

**БУЗОО «ГК БСМП № 1»**

**Научный руководитель: А.А. Ковалевский,**

**заведующий ожоговым отделением**

**БУЗОО «ГК БСМП № 1», к.м.н.**

**Здравствуйте, уважаемые коллеги!**

**СЛАЙД № 2**

Проблема боли и ее лечение занимает одно из центральных мест в медицине. Это обусловлено тем, что болевой синдром – одно из наиболее распространенных явлений при большинстве заболеваний человека. Источником боли у обожженных пациентов является поврежденная, обильно снабженная нервными рецепторами кожа на месте воздействия агента.

В «Словаре эпитетов» имеется около 30 определений видов боли: ноющая, колющая, сжимающая, жгучая и др. Из всех определений к пациентам с ожоговой травмой подходит «жгучая» боль. У таких пациентов острая боль возникает в начале, при получении травмы, и четко локализуется в месте травмы. Боль, вызванная повреждением ткани, имеет внезапное начало и продолжается в течение нескольких часов или дней. В последующем боль может повторяться при транспортировке, перевязках, операциях.

**СЛАЙД № 3**

Методами уменьшения болевого синдрома у ожоговых больных является снижение чувства тревоги и страха (назначение успокаивающих средств, применение транквилизаторов, адаптогенов, стресс-протекторов и психокорректоров); предварительное отмачивание повязок; подбор лекарственных препаратов для местного лечения, использование раневого покрытия, длительно находящегося на ране. Помочь пациенту справиться с болью, своевременно качественно ее купировать, облегчить его состояние – это задача медицинской сестры. Но чтобы её действия были эффективны, необходим контроль боли. Поэтому возникла необходимость в проведении сестринского исследования с целью разработки и применения наглядной шкалы интенсивности боли у пациентов с ожоговой травмой, с помощью которой медицинская сестра сможет вести контроль боли пациентов.

**СЛАЙД № 4**

Целью исследованияявляетсяуменьшение болевого синдрома у пациентов с ожоговой травмой путем контроля боли.

**СЛАЙД № 5**

Задачи исследования:

* Оценить эффективность и безопасность наглядной шкалы при купировании болевого синдрома у пациентов с ожоговой травмой.
* Оценить влияние применения исследуемых методик на качество жизни пациентов.
* Разработать методические рекомендации для применения наглядной шкалы интенсивности боли в комплексном уходе за пациентами.

**СЛАЙД № 6**

Объектом исследования послужили пациенты с диагнозом: термический ожог II – III А степени, площадью не более 10%, различной локализации.

Предметом исследованияявляется болевой синдром у пациентов с ожоговой травмой. Исследовательская работа проводилась на базеожогового отделенияГородской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1 с 11 июня 2011 г. по 31 января 2012 г.

**СЛАЙД № 7**

Размер выборки составил 10% от числа поступивших пациентов с данным видом травмы.

Критерии включения стали пациенты с термическим ожогом II – III А степени площадью не более 10%, мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 60 лет, способные дать письменное информированное согласие на участие в сестринском исследовании.

Критериями исключения сталипациенты с наличием сопутствующих заболеваний, неадекватно воспринимающие свое состояние, пациенты с термическим ожогом II – III А степени с локализацией ожоговой травмы на лице и кистях рук, с тяжелой степенью состояния.

**СЛАЙД № 8**

Специалисты по сбору данных объяснили пациентам контрольной группы цель исследования и получили от них письменное информированное согласие на участие в исследовании. Этим пациентам предлагалось использовать наглядную цифровую шкалу для самооценки собственной боли. У каждого из них была своя индивидуальна шкала.

**СЛАЙД № 9**

Для качественного и детального контроля боли в ходе исследования был разработан дневник наблюдения пациента за болью. Отметки в дневниках наблюдения делали медицинские сестры, специалисты по сбору данных, в конце суток они подводили итоги контроля боли и проводимых мероприятий по облегчению болевого синдрома. В течение семи дней каждые три часа медицинские сестры отмечали в дневнике наблюдения пациента степень интенсивности болевого синдрома, тем самым проводя контроль боли и эффективности назначенного обезболивания.

**СЛАЙД № 10**

Научной новизной исследования является то, что впервые в условиях стационара неотложной помощи больницы на базе ожогового отделения применена и изучена эффективность и безопасность применения шкалы боли для купирования болевого синдрома у пациентов с ожоговой травмой, а также проведен детальный контроль боли пациентов.

**СЛАЙД № 11**

**Результаты исследования.** На основании данных дневников наблюдений и применяемых шкал проведен анализ проделанной работы. Следует отметить, что в исследуемую группу входит 67% пациентов с термическим ожогом кипятком II – III А степени и 33% с термическим ожогом пламенем II – III А степени.

**СЛАЙД № 12**

Пациенты с термическим ожогом кипятком, проводя самоконтроль боли, показали, что при помощи наглядной шкалы, они фиксировали характер боли, её интенсивность и обращались за помощью к медицинской сестре. Результат: болевой синдром уменьшился на вторые – третьи сутки.

**СЛАЙД № 13**

Пациенты с термическим ожогом пламенем зафиксировали порог снижения болевого синдрома на шестые-седьмые сутки. Это связанно с глубиной поражения ожоговой раны (ожоги пламенем распространенные и глубокие, ожоги кипятком носят поверхностный характер). По данным дневников наблюдений, результатов шкал, видно, что пациенты исследуемой группы, контролируя боль, указывали ее характер и интенсивность и обращались за помощью к медицинской сестре.

Медицинская сестра, в свою очередь, анализировала имеющиеся у нее данные: характер боли, ее интенсивность, причину возникновения, частоту возникновения и предоставляла эти сведения лечащему врачу. По предоставленным данным, пациенту было назначено либо отвлекающая терапия, либо эффективное обезболивание.

**СЛАЙД № 14**

Проводя анализ данных, можно сказать, что 75% пациентов отметили пик болевого синдрома в часы перевязок, 25% из этой группы – при движениях. Боль, которую приносил дискомфорт, отметили 92% пациентов, 8% испытывали легкую боль во время сна.

**СЛАЙД № 15**

Частота возникновения боли прослеживается по данным дневников наблюдения пациентов за болью. По приведенным данным видно, что в первые сутки пребывания в стационаре пациенты испытывают боль в течение всех суток. Снижение частоты возникновения болевого синдрома приходится на вторые-третьи сутки у 34% пациентов, у 42% частота возникновения болевого синдрома приходится на пятые сутки, и у 24% пациентов снижение происходит лишь на шестые-седьмые сутки. Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что пациенты по - разному реагируют на болевые ощущения, и что для одних боль может быть раздражающей, а для других она мучительна.

**СЛАЙД № 16**

В составе исследуемой группы находились 7 мужчин (58%) и 5 женщин (42%). Анализируя данные исследования, можно сказать, что женщины наиболее остро воспринимают боль, чаще преувеличивая характер и интенсивность своей боли. Но с другой стороны, именно женщины охотно шли на контакт с медицинскими сестрами, активно принимали участие в исследовании. Данное исследование проводилось без учета индивидуального порога чувствительности пациента.

**СЛАЙД № 17**

По результатам исследования пациенты оценили применение наглядной шкалы и пришли к выводу, что в течение исследуемого срока у них уменьшился болевой синдром, благодаря психоэмоциональной поддержке со стороны медицинских сестер.

Пациентами отмечено, что участие в исследовании помогло им более спокойно и стойко преодолеть свое состояние и не остаться один на один со своей болью.

Ежедневное общение с медицинским персоналом, внимание его к боли настроило пациентов на позитив, пропала удрученность и замкнутость, тем самым улучшилось качество жизни в стационаре.

В ходе исследования были разработаны методические рекомендации для пациентов по применению наглядной шкалы интенсивности боли.

На протяжении всего проекта была заметна заинтересованность медицинских сестер в этом нововведении, прослеживалось четкая взаимосвязь пациент – медицинская сестра – врач.

**СЛАЙД № 18**

Благодарю за внимание!