


Тип документа	СТАНДАРТ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР				Страница 1 из 4
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.V.NURA» в Республике Казахстан				 BBNURA Hospitals Group
Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД-VI/12	Редакция	
Название	Правила оценки уровня боли				
Разработано	Куратор региона		Отыншиев Б.Н.		
Согласовано	Руководитель отдела амбулаторного диализа		Стародубов А.Ю.		
	Медицинский директор		Канафина Ш.М.		
Утверждено	Приказом Исполнительного директора ТОО «B.V.NURA» № 56 от 15.07.2019 г.				
К внедрению с	01.08.2019 год.				




**Цель:**

Проведение оценки боли пациента с целью своевременного обезболивания.

№	Положения
1.	<p><b>Определение:</b></p> <p>Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения (определение Международной ассоциации по изучению боли - IASP). Пациенты имеют право на соответствующую оценку и контроль болевого синдрома.</p>
2.	<p><b>Ресурсы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лист оценки боли;</li> <li>2) лист медикаментозных назначений медицинской карты пациента;</li> <li>3) ЛС и ИМН для обезболивания (в случае необходимости проведения обезболивания).</li> </ol>
3.	<p><b>Документирование:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лист оценки боли;</li> <li>2) лист медикаментозных назначений медицинской карты стационарного больного.</li> </ol>
4.	<p><b>Правила оценки уровня боли:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) В Центрах внедрен процесс вовлечения пациентов в процесс лечения, одним из элементов образования пациентов является обучение пациентов оценке и контролю болевого синдрома;</li> <li>2) Данная процедура используется медицинскими сотрудниками для объективизации ощущения пациентом боли. Первичный скрининг боли проводится всем пациентам медицинской сестрой отделения при проведении первичного сестринского осмотра.</li> <li>3) Оценка боли может проводиться врачом или обученной медицинской сестрой с помощью одного из представленных листов оценки боли, в зависимости от конкретной группы пациентов. Активно медицинской сестрой оценка боли проводится не реже двух раз в день, при необходимости чаще;</li> <li>4) В листе оценки боли отмечается дата и время, уровень боли, характер и локализация боли, оказанная помощь, подпись медсестры.</li> <li>5) После оценки уровня боли медицинская сестра ставит в известность лечащего/дежурного врача для принятия решения о способе купирования боли (запись делается в Лист медикаментозных назначений);</li> <li>6) После обезболивания лекарственным средством медицинская сестра делает свою запись о выполненном назначении;</li> <li>7) Если обезболивающее средство введено парентерально или применены нелекарственные методы обезболивания (придание телу определенного положения, массаж, психологическая поддержка, приложение тепла или холода и другое), переоценку проводят через 30 минут, если обезболивающее средство в таблетированной форме – через 60 минут. Повторную оценку уровня боли отмечают в листе оценки боли с указанием времени, уровня и характера боли, а также подпись медсестры;</li> <li>8) Регулярная оценка боли с оценкой физиологических параметров может дать достаточную информацию лечащему врачу для внесения соответствующих изменений в лечение пациента;</li> <li>9) Для оценки интенсивности острой боли в Центрах используются <b>следующие виды оценки</b></li> </ol>



Тип	СОП	Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД-V1/12	Редакция	001	Страница 2 из 4	
Название	Правила оценки уровня боли								

**боли:**

**А) Цифровая рейтинговая шкала оценки боли**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки взрослых пациентов и детей старше 5 лет) состоит из делений, где 0 означает «боли нет», а 10 – «боль невыносимая». Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту что: 0 – боли нет, от 1 до 3 баллов – боль незначительная, от 4 до 6 баллов – боль умеренная, от 7 до 9 баллов – боль выраженная и 10 баллов – боль невыносимая. Пациент должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли (см. Приложение 1).

**Б) Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера**




Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых пациентов и детей старше 3 лет. Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). Специалист, оценивающий боль должен объяснить пациенту в доступной форме о необходимости выбрать, какое из представленных лиц описывает уровень его боли (см. Приложение 1).

**В) Поведенческая шкала оценки боли новорожденных NIPS** разработана для использования у новорожденных до года. Каждый из шести показателей этой шкалы (выражение лица, крик/плач, характер дыхания, руки, ноги, состояние возбуждения) оценивается от 0 до 1-2-3 баллов. Общая сумма по шести категориям может составлять от 0 (боли нет) до 7 баллов (результат в 3 балла указывает на боль) (см. Приложение 2).

**Г) Поведенческая шкала оценки боли (FLACC)** разработана для использования у детей с 2 месяцев до 7 лет. Этот метод оценивает боль по пяти поведенческим признакам, соответственно - выражению лица, двигательному возбуждению, мышечному тону, психоэмоциональному состоянию, успокоаемости. Оценивается от 0 до 2 баллов. Общая сумма по пяти категориям может составлять от 0 (боли нет) до 10 баллов (боль невыносимая) (см. Приложение 3).

**Д) Оценки боли невербальных пациентов (CPOP-- Critical-Care Patient Observation Tool)** разработана для оценки боли у пациентов в бессознательном состоянии. Этот метод оценивает боль по четырем поведенческим признакам (выражением лица, движение тела, толерантность к ИВЛ или издавание звуков, напряжение мышц). Боль оценивается в покое (П), наблюдая за пациентом в течение 1 минуты два раза в сутки (утром и вечером). Повторно боль оценивается во время болезненных манипуляций (М): смена трахеостомической трубки, установка/смена назогастрального зонда, установка/смена мочевого катетера, чтобы обнаружить изменения в поведении пациента при боли. Результат оценки 0-8 баллов: 0-1 – нет боли, покой / выжидательная тактика; 2-5 – боль есть, но медикаментозная помощь не обязательна (решает врач); 6-8 – боль есть, рассмотреть медикаментозную терапию (решает врач) (см. Приложение 4).

5. **Обезболивание:** с помощью данных шкал определяется вид обезболивающего средства, путь введения, кратность введения. Например:
- Умеренная боль – может быть купирована путем введения периферических анестетиков (кетотоп, кеторолак, анальгин, диклофенак, парацетамол).
  - выраженная боль – центральные ненаркотические анальгетики (трамадол) в сочетании с периферическими.
  - невыносимая боль – наркотические анальгетики (промедол, морфин, фентанил).
6. **Переоценка боли:** эффект проведенного обезболивания оценивается повторно по ранее использованной шкале оценки боли. Снижение интенсивности боли расценивают как:
- Снижение на 10 – 20% – минимальный эффект обезболивания;
  - Снижение на 30% – умеренный эффект обезболивания;
  - Снижение 50% – существенное снижение боли.


Тип	СОП	Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД-В1/12	Редакция	001	Страница 3 из 4	
Название	Правила оценки уровня боли								

	Результаты проведенной переоценки должны быть подписаны в соответствующей графе медицинским сотрудником, проводившим переоценку боли.
7.	<p><b>Обучение пациента управлению болью:</b> эффективное обезболивание является частью лечения. Центр берет на себя обязанность при необходимости обучить пациента по следующим темам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обучение пациента безопасному и эффективному использованию лекарственных средств;</li> <li>• обучение пациента безопасному и эффективному использованию медицинского оборудования;</li> <li>• обучение пациента в отношении их роли в оценке боли и важности эффективного управления болью;</li> <li>• последующая реабилитация.</li> </ul>

Составлено на основании:	
1)	Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года), Приложение 2. Глава 4: Лечение и уход за пациентом, Параграф 3: Лечение и уход за пациентом;
2)	Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 5: Оказание медицинской помощи, 2017 г., США.
3)	Ballantyne H. Developing nursing care plans. NursStand. 2016 Feb 24;30(26):51–57.
4)	Agency for Healthcare Research and Quality. Care Coordination. Jul 2016. Accessed Nov 11, 2016.
5)	Bonnell S, Macauley K, Nolan S. Management and handoff of a deteriorating patient from primary to acute care settings: A nursing academic and acute care collaborative case. Simul Healthc. 2013 Jun;8(3):180–182.
6)	Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS). May 13, 2015. Accessed Nov 13, 2016.
7)	Subbe CP, Welch JR. Failure to rescue: Using rapid response systems to improve care of the deteriorating patient in hospital. AVMA Medical & Legal Journal. 2013; 19(1):6–11. Accessed Nov 13, 2016.
8)	Ulin K, et al. Person-centered Care— an approach that improves the discharge process. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016 Apr; 15(3):e 19–26.

Список изменений:			
№ ред.	дата	№ приказа	перечень изменений
001	15.07.2019	56	«Правила оценки уровня боли» введен впервые



Тип	СОП	Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД-В1/12	Редакция	001	Страница 4 из 4	 <b>BENURA</b> Hospital Group
Название	Правила оценки уровня боли								

**Список ознакомления с документом**

№	ФИО	Должность	Дата	Подпись
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				