**Тема: "Сестринское обследование пациентов терапевтического профиля".**

1. Введение.

* Сбор информации очень важен, и должен осуществляться в соответствие с такой структурой, которая описывается в модели сестринского дела, рекомендованной Европейским Региональным бюро ВОЗ для сестер, которые планируют использовать сестринский процесс.
* Данные о пациенте должны быть полными и точными и носить описательный характер.
* Информацию о состоянии здоровья пациента можно собирать различными способами и из различных источников: от пациентов, членов их семей, членов дежурной смены, из медицинской документации, физических осмотров, диагностических тестов.
* Организация информационной базы начинается со сбора субъективной информации путем опроса пациента, в процессе которого медсестра получает представление о состоянии физического, психологического, социального, эмоционального, интеллектуального и духовного состояния пациента, его особенностях.
* Наблюдая поведение и оценивая внешний вид пациента и его взаимоотношения с окружающей средой, медицинская сестра может определить, соответствует ли рассказ пациента о себе данным, полученным в результате наблюдения.
* В процессе сбора информации медсестра использует факторы, способствующие общению (обстановка, время беседы, манера говорить и т.д.), которые помогут установить чувство доверия и конфиденциальные отношения.
* Наряду с ощущением профессионализма медицинской сестры это создает ту доброжелательную обстановку между сестрой и пациентом, без которой невозможен адекватный терапевтический эффект.

1. Сбор информации о пациенте.
2. **Цель**

Собрать информацию о пациенте.

1. **Показания**

Необходимость сбора информации о пациенте.

1. **Противопоказания**

Нет.

1. **Оснащение**

Учебная сестринская история болезни, медицинская документация.

1. **Возможные проблемы пациента**
2. Бессознательное состояние пациента.
3. Негативное отношение к беседе.
4. Недоверие к медсестре.
5. Агрессивно‑возбужденное состояние пациента.
6. Снижение или отсутствие слуха.
7. Нарушение речи.
8. **Последовательность действий медицинской сестры (м/с) для обеспечения безопасности**
9. Информируйте пациента о цели и ходе сбора информации.
10. Приготовьте учебную сестринскую историю болезни.
11. Обратитесь к пациенту по имени и отчеству.
12. Задавайте вопросы четко, спокойным голосом, не торопитесь.
13. Формулируйте вопросы правильно, чтобы они были понятны пациенту.
14. Задавайте вопросы последовательно, в соответствии со схемой учебной сестринской истории болезни, соблюдая деонтологические правила.
15. Записывайте ответы пациента четко в учебную сестринскую историю болезни.
16. **Оценка результатов**

Информация о пациенте собрана и записана в учебную сестринскую историю болезни.

1. Обработка полученной информации о пациенте.
2. Собрав необходимую субъективную и объективную информацию о состоянии здоровья пациента, сестра должна получить четкое представление о пациенте до начала планирования ухода.
3. Попытаться определить, что нормально для человека, как он видит свое нормальное состояние здоровья и какую помощь может себе оказать сам.
4. Определить нарушенные потребности человека и потребности в уходе.
5. Установить эффективное общение с пациентом и привлечь его к сотрудничеству.
6. Обсудить с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты.
7. Обеспечить условия, при котором сестринский уход учитывает потребности пациента, проявляются забота и внимание к пациенту.
8. Заполнить документацию с целью ее использования в качестве основы для сравнения в дальнейшем.
9. Не допускать возникновения новых проблем у пациента.

**СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

1. **Паспортная часть**

* ФИО;
* возраст;
* профессия
* семейное положение;
* пол;
* национальность.

1. **Причина обращения**

* мнение больного о своем здоровье;
* ожидаемый результат.

1. **Источники информации:** пациент, семья, медицинская документация, медицинский персонал, др. источники.
2. **Возможность пациента общаться:** *да, нет*

* речь: нормальная, нарушенная, отсутствует
* зрение: нормальное, сниженное, отсутствует
* слух: нормальный, сниженный, отсутствует

1. **Жалобы пациента:**

* при поступлении;
* на настоящий момент (основные и дополнительные).

*Все жалобы должны быть детализированы:*

* *точная локализация;*
* *характер болей;*
* *под влиянием чего возникают;*
* *сколько времени длятся;*
* *как снимаются;*
* *иррадиация.*

1. **Анамнез болезни** Anamnesis morbi

Anamnesis morbi – первоначальные проявления болезни, отличающиеся от тех, которые пациент предъявляет, обратившись за медицинской помощью, поэтому:

* уточняют начало заболевания (острое или постепенное);
* далее уточняют признаки заболевания и те условия в которых они возникли;
* затем выясняют, какое было течение заболевания, как изменились болезненные ощущения с момента их возникновения;
* уточняют, были ли проведены исследования до встречи с медсестрой и каковы их результаты; следует расспросить: проводилось ли ранее лечение, с уточнением лекарственных препаратов, которые могут изменить клиническую картину болезни; все это позволит судить об эффективности терапии;
* уточняют время наступления ухудшения.

1. **Анамнез жизни** Anamnesis vitae

Anamnesis vitae – позволяет выяснить, как наследственные факторы, так и состояние внешней среды, что может иметь прямое отношение к возникновению заболевания у данного пациента.

Anamnesis vitae собирается по схеме:

* биография пациента (условия, в которых рос и развивался - бытовые условия);
* перенесенные заболевания, операции;
* условия труда, проф. вредности, окружающая среда;
* семейная и половая жизнь (с какого возраста, предохранение);
* гинекологический анамнез (у женщин):

1. во сколько начались менструации;
2. периодичность;
3. болезненные, безболезненные;
4. обильность;
5. длительность;
6. дата последних менструаций;
7. количество беременностей;
8. аборты;
9. роды;
10. менопауза.

* отношение к алкоголю, наркотикам (не употребляет, умеренно и т.д.);
* курит ли больной (со скольких лет, сколько в день);
* образ жизни, духовный статус (культура, моральные ценности);
* социальный статус (роль в семье, на работе, финансовое положение);
* наследственность.

1. **Эпидемиологический анамнез**

* гепатит, туберкулез, малярия, венерологические заболевания;
* переливания крови и инфузии за последние полгода;
* выезд за границу в последние 2 года.

1. **Аллергологический анамнез**

* переносимость пищи и лекарственных средств, вид аллергии (как проявляется).

1. **Страховой анамнез:** ОМС, ДМС.

**ОБЪКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Производится при опросе пациента, наблюдение за выражением лица, дыханием, положением, при измерении АД, температуры, исследовании пульса, подчсчете ЧДД, а также определении сухости или вялости кожи.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ОБЬКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ** | | | |
| ***Основное (физикальное)*** состоит из:   * осмотра (inspectio) * ощупывания (palpatio) * выстукивания (percussio) * выслушивания (auscultation) | ***Дополнительное***  ***(лабораторно-инструментальное)*** | ОБЩЕЕ  (положение, сознание, состояния кожных покровов) | ЧАСТНОЕ  (по системам органов: ССС, ЖКТ, дыхательная система и т.д.) |

**Физикальное обследование**

1. **Состояние:**

* удовлетворительное;
* средней тяжести (отклонение от нормы, но нет угрозы для жизни);
* тяжелое (имеется непосредственная угроза для жизни).

1. **Сознание:**

* ясное;
* спутанное;
* отсутствует (*кома* - бессознательное состояние, отсутствие реакции на внешний раздражители).

Степени угнетения сознания:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *ступор (оцепенение)*   * может быть при психических заболеваниях | *сомноленция (помрачнение)*   * легкое помрачнение сознания; * отвечает, но медленно; * больной в сознании; * можно легко вывести настойчивым обращением ; * бывает при инсульте и при черепно-мозговой травме. | *сопор (спячка)*   * бессознательное состояние, близкое к коме; * рефлексы сохранены, но угнетены; * больного можно разбудить, если сделать укол. |

1. **Поведение:**

* адекватное;
* неадекватное.

1. **Настроение (эмоциональное состояние):**

* спокойное;
* печальное;
* замкнутое;
* сердитый.

1. **Положение:**
2. *активное* (сам встает, сам обслуживает себя);
3. *пассивное* (без помощи не может изменить положение);
4. *вынужденное* (принимает для облегчения своего состояния), например:

* прижав колени к животу (перитонит);
* положение легавой собаки (менингит);
* дышать в вертикальном положении (ортопноэ);
* положение на больном боку (при воспалении плевры);
* положение молящегося мусульманина (при скоплении жидкости в области перикарда).

1. **Рост**
2. **Вес**
3. **Температура**
4. **Конституция** - определяется по эпигастральному углу; это определенная организация строения человеческого организма, проявляется внешним обликом и характером внутренних органов, а главное - ЦНС, функциональными свойствами. От конституции зависит характер той или иной реакции организма в ответ на внешние воздействия среды, а ,следовательно - течение заболевания.

* нормостеник;
* астеник (дыхательная система, ЖКТ);
* гиперстеник (ССС, эндокринная система).

1. **Телосложение:**

* правильное;
* неправильное (непропорциональное, деформация).

1. **Походка:**

* неизмененная;
* спастическая (при поражении ЦНС - как робот);
* атактическая (при поражении периферической нервной системы);
* утиная походка.

1. **Состояние кожи и слизистых оболочек:**

* цвет, окраска (гиперемия - краснота, бледность, иктеричность - желтушность, цианоз – синюшность;
* цианоз может быть: акроцианоз, диффузный – распространенный);
* тургор - это степень эластичности;
* влажность: неизмененная, сухая, влажная;
* дефекты: ожоги, рубцы, пролежни, высыпания.

1. **Подкожно-жировая клетчатка:**

* в норме 1-3 см у пупка;
* отеки: местные (почечные – утром, на лице; сердечные – вечером – на ногах), общие (водянка, отек всего тела – анасарка), пастозность (отечность), в полостях (гидроцефалия, гидроторакс, асцит), скрытые, при истощении (кахетсические), микседематозный отек (не оставляет ямки).

1. **Лимфатические узлы:**

* величина (увеличены, не увеличены);
* консистенция;
* подвижные или неподвижные;

1. **Отдельные части тела**

**Исследование по системам:**

1. **Костно-мышечная система:**

* деформация скелета;
* деформация суставов;
* атрофия мышц;
* мышечная сила.

1. **Дыхательная система:**
2. изменение голоса;
3. характер дыхания;
4. характер одышки:

* экспираторная;
* инспираторная;
* смешанная;

1. наличие и характер мокроты;
2. кашель.
3. **Сердечно-сосудистая система:**

* Пульс (от 60 до 80 ударов в минуту);
* АД на обеих руках 110-140/60-90 мм.рт.ст.;
* наличие отеков.

1. **ЖКТ**

* аппетит;
* глотание (нормальное, затрудненное);
* съемные зубные протезы ( да, нет).

1. Осмотр полости рта:

* язык (обложен, не обложен, налет);
* зев (чистый, красный, зернистость);
* наличие кариозных зубов.

2) Рвота, характер рвотных масс.

3) Живот:

* участие в дыхании;
* форма;
* симметричность;
* увеличен в объеме особенности кожи живота.

4) Пальпация живота (болезненность, напряжение).

5) Пальпация печени и определение степени увеличения.

6) Стул (оформлен, запор, понос, недержание, примеси).

1. **Мочевыделительная система:**

* мочеиспускание (свободное, затрудненное, болезненное, учащенное);
* цвет мочи;
* прозрачность.

1. **Нервная система:**

* сон;
* психическое состояние.

1. **Половая система:**

* половые органы (наружный осмотр, характер оволосения);
* молочные железы (размеры, асимметрия, деформация).

**ПАЛЬПАЦИЯ**

**Пальпация** (от лат. palpatio — ощупывание).

* Метод исследования основанный на осязании, ощущении при ощупываниями пальцами.
* Правило – руки д. б. тёплыми, чистыми, с короткими ногтями, движения д. б.

мягкими и осторожными – проводят одной рукой или двумя руками (бимануально).

* Она м. б. поверхностная – ладонь лежит плашмя и глубокая – проводится

пальцами.

* Проводят с целью изучения физических свойств тканей и органов, определяют

их расположение и патологические процессы.

**ПЕРКУССИЯ**

**Перкуссия** (от лат. percussio, буквально — на­несение ударов, здесь — постукивание), высту­кивание, — один из основных методов физии, исследования внутренних органов больного, заключающийся в постукивании по поверхности тела.

* Она м. б. громкая (с нормальной силой перкуторного звука) и тихая (для определения границ и размеров органа).
* Перкуторный звук зависит от количества воздуха в органах, эластичности,

напряжения.

Правила перкуссии :

1. Больной раздет по пояс.
2. Помещение д. б. тёплым, руки тёплыми.
3. Третий палец левой руки плотно прижат к телу, соседние пальцы расставлены в стороны и также плотно прижаты.
4. Третий палец правой руки согнут под углом 90.
5. Сгибание только в лучезапястном суставе.
6. Удары наносят перпендикулярно в область 2 фаланги 3 пальца левой руки.
7. Удары д.б. короткие и отрывистые, одинаковой силы.

Перкуссия м.б. :

1. *топографическая* – с целью определения границ органа – идут от ясного звука к тупому; палец расположен параллельно искомой границе; границу тупости определяют по наружному краю пальца;
2. *сравнительная* – перкутируются симметричные участки тела.

Перкуторные звуки:

1. Ясный, лёгочный звук - в норме под лёгкими или органом, содержащим

газ или воздух. Он м. б. укорочен или притуплён, когда в плевральной

полости жидкость или раке лёгкого, т. е. уменьшение или исчезновение

воздуха на участке лёгких.

1. Коробочный – при эмфиземе лёгких.
2. Тимпанический – в норме над кишечником и желудком, где газ и вода.
3. Тупой в норме над органами без воздуха – печень, селезёнка.

**АУСКУЛЬТАЦИЯ**

**Аускультация** (выслушивание) — метод исследования и диагностики, основанный на анализе звуковых явлений (тоны, ритм, шумы, их последовательность и продолжительность), которыми сопровождается работа внутренних органов (аускультация сердца, легких, органов брюшной полости).

Различают два вида аускультации: **непосредственную**(производится путем прикладывания уха к грудной клетке и др.) и**посредственную** (производится при помощи стетоскопа или фонендоскопа).

**Правила аускультации:**

1. тёплое помещение;
2. больной раздет по пояс;
3. выслушивают стоя, сидя, лёжа в положении, когда удобно больному и врачу;
4. в помещении тишина;
5. выслушивают вдох, выдох;
6. прикладывают фонендоскоп к телу плотно.

**Контрольные вопросы**

1. Назовите основные методы сестринского обследования.
2. Как проводится субъективное обследование?
3. Назовите основные методы объективного обследования.