



Сестринское обследование - первый этап сестринского ухода

Целью этого метода является сбор информации о больном.

Сестринское обследование
проводится двумя методами:

- субъективным
- объективным

Субъективное обследование:

- расспрос пациента
- беседа с родственниками
- беседа с работниками скорой помощи
- беседа с соседями и т. д.
- ознакомление с его медицинской документацией (выписками, справками, медицинской картой амбулаторного больного).

Расспрос

Субъективный метод обследования – расспрос. Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента.

Расспрос играет огромную роль в:

- предварительном заключении о причине болезни;
- оценке и течении заболевания;
- оценке дефицита самообслуживания.

Расспрос включает anamnesis. Этот метод внедрил в практику известный терапевт Захарин.

Анамнез – совокупность сведений о больном и развитии заболевания, полученных при расспросе самого пациента и знающих его лиц.

Расспрос складывается из пяти частей:

- паспортная часть
- жалобы пациента
- anamnesis morbe
- anamnesis vitae
- аллергические реакции

Жалобы пациента дают возможность выяснить причину заставившую обратиться к врачу.

Из жалоб пациента выделяют:

- актуальные (приоритетные)
- главные
- дополнительные

Главные жалобы - это те проявления заболевания, которые больше всего беспокоят пациента, более резко выражены. Обычно главные жалобы и определяют проблемы пациента и особенности ухода за ним.

Объективное обследование:

- физическое обследование
- знакомство с медицинской картой
- беседа с лечащим врачом
- изучение медицинской литературы по уходу

Объективный метод – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

Осмотр проводится по определенному плану:

- общий осмотр
- осмотр определенных систем

Методы обследования:

- основные
- дополнительные

К основным методам обследования относятся:

- общий осмотр
- пальпация
- перкуссия
- аускультация

- Аускультация – выслушивание звуковых феноменов, связанных с деятельностью внутренних органов; является методом объективного обследования.
- Пальпация – один из основных клинических методов объективного обследования пациента с помощью осязания.
- Перкуссия – постукивание по поверхности тела и оценка характера возникающих при этом звуков; один из основных методов объективного обследования пациента.

После этого медсестра готовит пациента к другим назначенным обследованиям.

При общем осмотре определяют:

1. общее состояние пациента:

- крайне тяжелое
- средней тяжести
- удовлетворительное

2. положение пациента в постели:

- активное
- пассивное
- вынужденное

3. состояние сознания (различают пять видов):

- ясное – пациент конкретно и быстро отвечает на вопросы
- помраченное – пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием
- ступор – оцепенение, пациент на вопросы не отвечает или отвечает не осмысленно
- сопор – патологический сон, сознание отсутствует
- кома – полное подавление сознания, с отсутствием рефлексов

4. данные антропометрии:

- рост
- вес

5. дыхание:

- самостоятельное
- затрудненное
- свободное
- кашель

6. наличие или отсутствие одышки:

различают следующие виды одышки:

- экспираторная
- инспираторная
- смешанная

7. частоту дыхательных движений (ЧДД)

8. артериальное давление (АД)

9. пульс (Ps)

10. данные термометрии и т. д.

- **Артериальное давление** - давление, оказываемое скоростью тока крови в артерии на ее стенку.
- **Антропометрия** – совокупность методов и приемов измерений морфологических особенностей человеческого тела.
- **Пульс** – периодические толчкообразные колебания (удары) стенки артерии при выбросе крови из сердца при его сокращении, связанные с динамикой кровенаполнения и давления в сосудах в течение одного сердечного цикла.
- **Термометрия** – измерение температуры тела термометром.
- **Одышка (диспное)** – нарушение частоты, ритма и глубины дыхания с ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания.

Anamnesis morbe

Anamnesis morbe – 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.

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
- перенесенные заболевания
- условия труда и быта
- интоксикация
- вредные привычки
- семейная и половая жизнь
- наследственность