|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **СОГЛАСОВАНО**  на заседании ЦМК  «Профессиональные модули» | | Протокол № \_\_\_\_  от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | | **УТВЕРЖДАЮ**  Зам.директора ФГБПОУ  «Медицинский колледж» УДП РФ  по учебной работе  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.В.Головчанская  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. |

Учебно-методическая разработка по учебной дисциплине

«Оценка функционального состояния пациента»

По специальности 34.02.01 Сестринское дело

2 курс 4 семестр

Составители: Комиссарова О.Е., преподаватель первой квалификационной категории

Чемоданова А.Ф. преподаватель высшей квалификационной категории

Москва

2019 г.

**Литература:**

* Мухина С.А., Тарновская И.И. «Теоретические основы сестринского дела». Изд.: ГЕОТАР - Медиа, 2016
* Мухина С.А., Тарновская И.И. « Теоретические основы к предмету «Основы сестринского дела»» Изд.: ГЕОТАР - Медиа, 2016

*Основная учебная литература:*

* *Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., «Основы сестринского дела » курс лекций, сестринские технологии.* Изд.: Ростов-на-Дону Феникс 2012

**Оценка функционального состояния.**

1. Содержание объективных методов обследования пациентов.

Всю информацию о пациенте можно разделить на две большие группы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Методы сбора информации | | | | | |
| Субъективный | | Объективный | | | |
| Жалобы, расспрос пациента | Расспрос немедицинского окружения пациента | Медицинская документация | Наблюдение за пациентом | Специальная мед. литература | Расспрос мед. окружения |

1. Субъективная информация включает в себя оценку своего состояния самим пациентом и его немедицинским окружением: жалобы пациента на самочувствие, мнение пациента о том, как проявляются у него нарушение той или иной потребности, ощущения самого пациента относительно проблем с его здоровьем.
2. Объективная информация - это наблюдения или измерения, проводимые лицом, собирающим информацию с помощью специальных методов.

Ι. Субъективная информация собирается посредством интервьюирования пациента. Интервью начинается со знакомства с больным: выяснения его Ф.И.О., года рождения, места жительства и работы, образования и далее последовательно по схеме.

Интервью также дает возможность наблюдать за пациентом. Наблюдение также является одним из методов сбора информации. Наблюдая за поведением, внешним видом, взаимоотношениями с окружающими, м\с определяет, насколько данные, полученные при наблюдении, согласуются с данными , полученными при беседе.

Располагая информацией о пациенте, пользуясь его доверием и расположением его родственников, медицинская сестра не должна забывать о праве пациента на конфиденциальность информации.

**Схема субъективного обследования пациента:**

1. Причины обращения за мед.помощью (жалобы пациента в настоящий момент)
2. Источник информации.
3. Начало заболевания.
4. Перенесенные заболевания и операции.
5. Аллергоанамнез
6. Наследственность.
7. Эпидемиологический анамнез.
8. Вредные привычки.
9. Профессионально-производственные условия.
10. Способность к удовлетворению физиологических потребностей.
11. Способность к самообслуживанию.
12. Взаимодействие с членами семью.
13. Отношение к процедурам..

*1.Причины обращения (жалобы пациента в настоящий момент).*

А) Пациент самостоятельно излагает свои болезненные ощущения, жалобы.

Обычно больному задается вопрос: «Что Вас беспокоит?», «На что жалуетесь?»  
Необходимо фиксировать информацию, предоставляемую пациентом.

Б) Пациент отвечает на вопросы медсестры (студента).

М/с (студент) задает вопросы, позволяющие систематизировать и детализировать жалобы больного.

Например, при жалобах на боль необходимо выяснить у больного:

1) локализацию боли (где болит);

2) иррадиацию боли (распространение боли);

3) время появления болей;

4) длительность (постоянные, приступообразные);

5) интенсивность;

6) характер боли (колющая, тупая, давящая);

7) причины, вызывающие или усиливающие боль (движение, физическая нагрузка).

При жалобах на кашель м\с необходимо уточнить характер кашля (влажный, сухой), интенсивность, наличие мокроты (если есть, выясняют ее количество, характер, цвет, запах).

Жалобы могут носить общий характер (слабость, утомляемость, нарушение аппетита, нарушение сна, раздражительность, возбуждение, головная боль) и специфический характер (боли, одышка, изжога, тошнота, рвота, нарушение стула, нарушение мочеиспускания и др.)

**Одышка** - затруднение дыхания, характеризующееся нарушением ритма и силы дыхательных движений. Одышка является защитно-физиологическим приспособлением, при помощи которого восполняется недостаток кислорода и выделяется накопившийся избыток углекислоты.

**Изжога** - чувство жжения за грудиной по ходу пищевода, обусловленное попаданием кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода.

Тошнота - неприятное ощущение в подложечной области, чувство тяжести, сопровождающееся иногда побледнением лица, усилением потоотделения, сердцебиением, слюноотделением и замедлением дыхательных движений. Тошнота часто предшествует рвоте.

Рвота - сложный рефлекторный акт с участием мышц желудка, диафрагмы, передней брюшной стенки, а также надгортанника и мягкого неба, результатом которого является извержение содержимого желудка наружу через рот, носовые ходы (необходимо обратить внимание на наличии примесей в рвотных массах: крови, слизи, желчи, не переваренной пищи; рвота цвета «кофейной гущи» свидетельствует о желудочном кровотечении).

**Метеоризм** - вздутие, тягостное распирание живота из-за скопления газов в кишечнике.

**Поносы** - жидкий стул при частом опорожнении кишечника ( выявляют кратность и наличие примесей: крови, слизи).

**Запоры** - длительная задержка кала в кишечнике (выявляют длительность запора).

**Полиурия** - увеличение суточного количества мочи (более2-х литров).

**Олигурия** - уменьшение суточного количества мочи (менее 500 мл).

**Анурия** - полное прекращение выделения мочи.

**Никтурия** - преобладание ночного диуреза над дневным.

*2. Источники информации:* пациент, семья больного, медперсонал, медицинские документы (подчеркнуть нужное)

*3. Начало заболевания:*

С какого времени считает себя больным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда и как появились первые проявления болезни

Состояние пациента непосредственно перед заболеванием (имелись ли психические травмы, переутомление, переохлаждение, погрешности в еде) \_\_\_\_

Течение заболевания (последовательность проявления и развития отдельных симптомов; периоды обострения и ремиссии, исследования и способы лечения)\_\_

*4. Перенесенные заболевания и операции с указанием даты.*

*5. Аллергоанамнез:*

а) непереносимость лекарственных препаратов;

б) пищевые аллергены;

в) бытовые аллергены;

Необходимо выяснить характер аллергической реакции (крапивница, отек Квинке и др).

*6. Наследственность:* отмечается здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер; особое внимание уделяется патологии имеющей значение для заболевания данного пациента).

*7. Эпидемиологический анамнез:* перенесенные инфекционные заболевания, туберкулез, гемотрансфузии, инъекции, оперативное вмешательство, контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев.

1. *Вредные привычки:* привычные интоксикации (курение, употребление алкоголя, наркотиков, лекарств).
2. *Профессионально-производственные условия:* наличие производственных вредностей (пыль, газ, ионизирующее излучение, вибрация, высокая температура и др.)
3. *Способность к удовлетворению физиологических потребностей.*
4. *Способность к самообслуживанию.*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия | Варианты ответа |
| Общая подвижность | Подвижен; неподвижен; ограничен в движениях |
| Подвижность в кровати | Подвижен; неподвижен; ограничен в движениях |
| Способность питаться | Самостоятельно, с помощью, ч\з зонд, парентерально |
| Способность пользоваться туалетом | Самостоятельно; с посторонней помощью |
| Способность готовить пищу | Самостоятельно; с посторонней помощью |
| Способность делать инъекции | Может; не может |
| Вести домашнее хозяйство | Может, не может |

*12. Взаимодействие с членами семьи: поддержка больного родственниками (есть или нет).*

*13.Отношение к процедурам: переносит удовлетворительно, хорошо и т.п.*

**II. Объективная информация** - это наблюдения или измерения, проводимые лицом, собирающим информацию с помощью специальных методов.

Объективная информация о пациенте, полученная в результате:

1. осмотра пациента;
2. от медицинского окружения пациента (врачи, м/с, бригада скорой медпомощи);
3. изучения медицинской документации (амб.карта, история болезни, выписки об обследовании, анализы);
4. изучения специальной медицинской литературы (справочники по уходу, стандарты сестринской деятельности, атлас манипуляционной техники, перечень сестринских диагнозов, журнал «Сестринское дело»).

Объективный метод включает в себя:

1. наблюдение м/с за тем, как пациент удовлетворяет свои 14 основных жизненно-важных потребностей;
2. расспрос мед.окружения;
3. изучение мед.документации;
4. изучение специальной медицинской литературы в отношении данного пациента.

*Правила и техника внешнего осмотра.*

Объективное обследование пациента начинается с общего осмотра. Этот метод исследования даёт медсестре наиболее полную объективную информацию о пациенте. Поэтому м/с должна хорошо владеть этим методом исследования.

Обследование пациента проводится медсестрой последовательно, начиная с наблюдения за удовлетворением низших физиологических потребностей. Наблюдение необходимо проводить при рассеянном дневном свете или ярком искусственном освещении, причём источник света должен находиться сбоку, так более рельефно выделяются контуры различных частей тела.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наблюдение за тем, как пациент удовлетворяет свои физиологические потребности**  **Наличие отёков и оценка физиологических отправлений**  **Состояние кожи и слизистых**  **Рост и масса тела**  **Состояние сознания, выражение лица**  **Температура**  **тела**  **ЧДД**  **Ps, АД**  **Положение в кровати, движение в суставах** | | | |
| 1. | Сознание | а) Ясное  б) Спутанное (помрачённое, неясное)  в) Ступор (оглушение)  г) Сопор  д) Кома | Пациент полностью ориентируется в окружающей обстановке, чётко отвечает на вопросы.  Равнодушное безразличное отношение пациента к своему состоянию, на вопросы отвечает правильно, но с некоторым опозданием.  Пациент плохо ориентируется в окружающем, вяло, медленно отвечает на вопросы, иногда не по существу, впадает в оцепенение.  Глубокое помрачение сознания. Пациент в состоянии «спячки». Сильный раздражитель (окрик, укол) могут вывести его из этого состояния на короткое время.  Полная утрата сознания. Нет реакции пациента на болевые и звуковые раздражители, отсутствуют рефлексы. Может развиться при тяж. течении сахарного диабета, почечной, печёночной недостаточности, отравлении алкоголем.  При некоторых заболеваниях наблюдаются расстройства сознания, в основе которых лежит возбуждение центральной нервной системы. К ним относят бред, галлюцинации (слуховые и зрительные). | |
| 2. | Положение пациента в постели | а) активное  б) пассивное  в) вынужденное | Такое положение больного, когда больной в состоянии самостоятельно повернуться, сесть, встать (лёгкое течение заболевания).  Пассивным называется положение, когда больной очень слаб, истощен, находится в бессознательном состоянии, обычно находится в постели и без посторонней помощи не может изменить своего положения (тяжелое течение заболевания).  Пациент занимает для улучшения своего самочувствия. Например: У больных, страдающих язвенной болезнью желудка, боли облегчаются при коленно-локтевом положении. При заболевании сердца больной вследствие одышки стремится принять сидячее положение со свешенными ногами.  При некоторых заболеваниях наблюдаются расстройства сознания, в основе которых лежит возбуждение центральной нервной системы. К ним относят бред, галлюцинации (слуховые и зрительные). | |

**Типы дыхания**

Внешнее дыхание.

Дыхание состоит из фаз вдоха и выдоха, которые осуществляются в определенном постоянном ритме - 16-20 в минуту у взрослых и 40-45 в минуту у новорожденных.

*Ритм дыхательных движений* - это дыхательные движения через определенные промежутки времени. Если эти промежутки одинаковые - дыхание ритмичное, если нет - аритмичное. При ряде заболеваний дыхание может быть поверхностным или наоборот очень глубоким.

Различают три типа дыхания:

* 1. Грудной тип - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения межреберных мышц. При этом грудная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, а в время выдоха сужается и незначительно опускается. Такой тип дыхания характерен для женщин.
  2. Брюшной тип - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения мышц диафрагмы и мышц брюшной стенки. Движение мышц диафрагмы повышает внутрибрюшное давление и при вдохе брюшная стенка смещается вперед. При выдохе диафрагма расслабляется и поднимается, что смещает брюшную стенку назад. Этот тип дыхания еще называют диафрагменным. Он встречается преимущественно у мужчин.

3) Смешанный тип - дыхательные движения совершаются одновременно при помощи сокращения межреберных мышц и диафрагмы. Такой тип чаще всего встречается у спортсменов.

При нарушении удовлетворения потребности ДЫШАТЬ может появиться одышка, то есть, нарушение ритма, глубины или частоты дыхательных движений.

**Виды одышки.**

В зависимости от затруднения той или иной фазы дыхания различают три вида одышки:

1) Инспираторная - затруднен вдох. Это бывает например, при попадании в дыхательные пути инородного тела или любого механического препятствия.

2) Экспираторная - затруднен выдох. Такой тип одышки характерен для бронхиальной астмы, когда происходит спазм бронхов и бронхиол.

3) Смешанная - затруднен и вдох, и выдох. Такой тип одышки характерен для заболеваний сердца.

Если одышка резко выражена, это заставляет пациента занимать вынужденное сидячее положение - такая одышка называется удушьем. Кроме описанных выше видов патологической одышки различают физиологическую одышку, возникающую при значительной физической нагрузке.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может изменяться частота дыхательных движений. Если частота дыхательных движений больше 20, такое дыхание называют ТАХИПНОЭ, если меньше 16 - БРАДИПНОЭ.

Иногда одышка носит определенный характер и соответствующее название:

• дыхание Куссмауля;

• дыхание Биота;

• дыхание Чейн-Стокса.

|  |  |
| --- | --- |
| Виды патологического дыхания | Изменения при патологическом дыхании |
| Дыхание Куссмауля | Равномерные редкие дыхательные циклы с глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом. |
| Дыхание Чейн-Стокса | Характеризуется периодическими задержками на выдохе длительностью от нескольких секунд до минуты, поверхностным дыханием в фазе [диспноэ](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/901426), нарастающим по глубине и достигающим максимума на пятый-седьмой вдох, затем убывающим в той же последовательности и переходящим в очередную дыхательную паузу. Чаще всего встречается как следствие нарушения функции нервных центров, повышенном внутричерепном давлении, сердечной недостаточности. |
| Дыхание Биота | Характеризуется чередованием равномерных ритмических дыхательных движений и длительных (до полуминуты и более) пауз. Наблюдается при органических поражениях мозга, расстройствах кровообращения, интоксикации, шоке и др. тяжёлых состояниях, сопровождающихся глубокой [гипоксией](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F) головного мозга. |

Таким образом, критерием (признаком) внешнего дыхания является частота и ритм. В норме дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 16-20 в минуту.

*Артериальный пульс (Ps)* - это колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему в течение одного сердечного цикла (систола, диастола) .

*Оценка состояния пульса по его качествам*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| РИТМ | ЧАСТОТА | ВЕЛИЧИНА | | СИММЕТРИЧ­НОСТЬ |
| Это чередование пульсовых волн через определенные интервалы  времени. Если  интервалы времени одинаковые-Ps ритмичный.  Если интервалы  времени не одинаковые - Рs  неритмичный  (неправильный. Нарушения сердечного  ритма называется  аитмиями:  а) экстрасистолия – вне очередное сокращение  6) мерцательная  Аритмия-беспорядочное хаотическое сокращение сердца | Это число пульсовых волн в минуту.  N = 60-80; больше  80 - тахикардия;  меньше 60 - брадикардия | напряжение | наполнение |  |
| Это сила, с  которой кровь  давит на стенки сосудов.  Определяется  степень усилия, необходимого для сдавления  лучевой артерии, чтобы прекратить  полностью  прохождение  пульсовой волны. Зависит от величины АД. При повышенном  АД - Ps твердый или напряженный.  При понижен-  ном АД -Рs  мягкий. При  нормальном АД - умеренного напряжения. | Это заполненность кровью  сосудов.  Характеризуется величиной сердечного выброса  (т.е. тем количеством крови, которое поступает в кровяное русло), зависит от сокра-  тительной  силы сердца в  период систолы; определяется объемом  крови, посту-  пившим в  артерию.  Рs полный -  при достаточном сердечном выбросе.  Рs пустой -  при уменьшении объема  циркулирующей крови, уменьшении  сердечного  выброса  (кровопотеря). | В норме качества  пульса симмет-  ричны на правой  и левой стороне  тела. |

Величина пульса определяется степенью напряжения и напол­нения. Рs больший - хорошего наполнения, достаточного напряже­ния; Рs малый - малого наполнения, достаточного напряжения; Рs нитевидный - едва прощупывается.

**Физиологические нормы артериального давления.**

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ - (АД) - это давление крови на стенки артерий. Оно зависит от:

- величины и скорости сердечного выброса

- периферическое сопротивление стенок артерий

Кроме этих основных факторов, на величину АД оказывает влияние также количество циркулирующей крови, ее вязкость, колебания давления в брюшной и грудной полостях и многие другие факторы.

Максимального уровня АД достигает во время сокращения (систолы) левого желудочка сердца. При этом из сердца выталкивается около 70 мл крови. Давление это называется систолическим. В норме оно достигает 100-140 мм рт. ст. АД выражается в миллиметрах ртутного столба (мм рт. ст.).

Во время паузы между сокращениями желудочков сердца (то есть диастолы), стенки аорты и крупных артерий начинают сокращаться и проталкивать кровь в капилляры. Давление крови постепенно падает и к концу диастолы достигает минимальной величины: 60-90 мм рт. ст. Это давление называется диастолическим.

Разница между систолическим и диастолическим АД - это ПУЛЬСОВОЕ давление.

|  |
| --- |
| СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД, максимальная величина АД |
| ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ АД, минимальная величина АД |

НОРМАЛЬНЫЕ показатели АД - верхняя граница 140/90,нижняя граница 100/60 мм рт. ст.

Повышение АД называется артериальной гипертензией. Понижение АД называется артериальной гипотензией.