

**Вінницький медичний фаховий коледж  
ім. акад. Д.К. Заболотного**

**Навчальна дисципліна:**

**«Обстеження та оцінка стану здоров'я людини»**

**ц/к сестринської справи**

**Навчальна практика під керівництвом викладача №1**

**ТЕМА:** Сутність та характеристика моделей «здоров'я» та «хвороби». Медсестринський процес при обстеженні пацієнта.

**Викладач: Кучанська Г.Б.**

*Актуальність та обґрунтування теми:* тема «здоров'я» в Україні сьогодні здобуває все більшої популярності як серед професіоналів (науковців і практиків), так і серед широкого загалу населення. Питання профілактики розладів адаптації, збереження фізичного й психічного здоров'я сьогодні як ніколи є актуальним у професійній діяльності психологів. Проте, незважаючи на численну наукову літературу, публікації в ЗМІ, наявність теле- і радіопрограм із цього питання (одних тільки визначень поняття «здоров'я» налічується більше 80) однозначного розуміння, що таке здоров'я, які шляхи його досягнення і зміцнення - немає не тільки в пересічних громадян, але й у фахівців.

Одна з причин такої невизначеності - зростання кількості інформації, зокрема деструктивної, а з іншого - руйнування традиційних схем осмислення дійсності, розмивання меж між добром і злом, агресивне нав'язування засобами масової інформації нових культурних стандартів.

# Відповіді на контрольні запитання

Основним завданням медицини є збереження здоров'я людини й відновлення порушених фізіологічних функцій або корекція анатомічного пошкодження організму людини.

Питання здоров'я вивчають науки **санологія** та **валеологія**.

Санологія вивчає механізми процесів відновлення порушених функцій, процес одужання.

Валеологія – наука про здоров'я – вивчає механізми підтримання і збереження здоров'я, способи продовження тривалості життя та збереження працездатності.

Дискурсивний підхід дає можливість розглядати моделі «здоров'я» і «хвороби» «благополуччя» і «неблагополуччя», як продукт і основу певних оздоровчих систем, психотерапевтичних теорій та індивідуальних практик здоров'я.

- Опираючись на визначення *дискурсу* як поняття, що відображає основні принципи організації інформації в рамках певної мовно-мовленнєвої структури, тексту чи повідомлення, певні правила подачі і сприйняття інформації, *дискурс здоров'я* ми розглядаємо як набір традиційних для вітчизняної культури моделей здоров'я (інтерпретацій, еталонних уявлень, концепцій), зафіксованих у різноманітних мовленнєвих формах, що одночасно співіснують у сучасному інформаційному просторі, і складаються з уламків традиційних та запозичених систем здоров'я, які піддаються постійній трансформації.

У межах дискурсивної моделі здоров'я/хворобу ми визначаємо, як спосіб осмислення та інтерпретації суб'єктивних фізичних і психічних відчуттів, емоцій, станів, потреб, уявлень та об'єктивних даних (дані лабораторних досліджень, зовнішній вигляд, твердження інших, певних фактів) шляхом порівняння з еталонними моделями, що існують у соціумі. В результаті інтерпретації індивід визначає свій стан як неблагополуччя / хворобу чи благополуччя/здоров'я.

# ЗДОРОВ'Я

Формулювання визначення ВООЗ (1948):

«Здоров'я - це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або ушкоджень». Здоров'я складається:

- психосоматичного - соматичного, фізичного, тілесного здоров'я;
- психологічного - психічного, особистісного, емоційного здоров'я;
- соціального здоров'я - здоровий соціум, психосоціальне здоров'я;

Повноцінна особистість - це зріла особистість, здорова особистість, гармонійно розвинена особистість.

Таке розмаїття термінів вимагає детального аналізу й поглибленої роботи над визначенням станів і еталонів здоров'я та умовами здорового розвитку.

Загальноприйнято вікову норму здорового функціонування психіки визначати за показниками фізичного дозрівання, особистісного росту, соціальної ситуації розвитку. У взаємодії трьох процесів - соматичного, особистісного і соціального - домінуючим вважається особистісний розвиток.

За баченням О. Ф. Бондаренка, в історії науки ці три процеси належать трьом науковим дисциплінам - біології, психології і соціології, - кожна з яких вивчає те, що може ізолювати, перераховувати і розчленовувати: окремі організми, індивідуальні свідомості, соціальні агрегати.

*Фізичне (соматичне)* здоров'я відображає поточний стан органів і систем органів людського організму; рівень їх розвитку і функціональних можливостей, ступінь адаптації до різних факторів зовнішнього середовища. Воно являє основу пірамідальної системи структурної організації людини.

- Фізичне здоров'я - це стан організму, при якому показники основних фізіологічних систем лежать в межах фізіологічної норми і адекватно змінюються при взаємодії людини з зовнішнім середовищем.
- Основу фізичного здоров'я становить біологічна програма індивідуального розвитку людини, яка опосередкована базовими потребами (харчування, дихання, рух, пізнання навколишнього світу, сексуальне задоволення і т.д.), домінуючими у нього на різних етапах



## **Фактори, що впливають на фізичне здоров'я:**

- біологічні фактори (обтяжена спадковість, вади розвитку);
- соціально-економічні фактори;
- фактори навколишнього середовища (забруднення середовища, несприятливі клімато
- географічні умови);
- відсутність гігієнічних навичок;
- порушення режиму сну, навчальних занять, праці та відпочинку;
- неправильне харчування;
- шкідливі звички;
- неблагополучний психологічний клімат у колективі, сім'ї;
- недостатня рухова активність (гіпокінезія) та ін.

# МОДЕЛІ ЗДОРОВ'Я

1. Архаїчна модель (здоров'я як прихильність духів)
2. Патріархальна модель (здоров'я як наслідок чистоти роду)
3. Адаптаційна модель (здоров'я як пристосованість до соціуму)
4. Християнська модель (здоров'я як єдність із Богом)
5. Медична модель (здоров'я як відсутність хвороби)
6. Системна модель (здоров'я як благополуччя)
7. Антропоцентрична модель (здоров'я як особистісна зрілість)

## Медична модель (здоров'я як відсутність хвороби)

№ з/п	Категорії	Характеристика
1	Основна цінність	Хороше тілесне і психічне самопочуття
2	Людина	Машина, яку можна відремонтувати. Психіка і тіло розділені
3	Здоров'я	Відсутність хвороб
4	Хвороба	Порушення, ушкодження чи помилка у функціонуванні органа або системи органів
5	Причини здоров'я / хвороби	Зовнішні або органічні; вплив психіки, особистості на функціонування організму ігнорується
6	<b>Локалізація</b>	<b>Тіло і психіка окремого індивіда</b>
7	Шляхи зміцнення здоров'я	Усунення негативних симптомів
8	Роль людини у випадку захворювання	Пасивна, у випадку порушень у функціонування організму необхідно негайно звертатися до лікаря і виконувати всі його настанови
9	Психологічна допомога	Медична модель психотерапії спрямована на звільнення від негативних симптомів

Панівною у картині світу багатьох сучасників (особливо це стосується людей старшого віку) є *медична модель* здоров'я як відсутність хвороби: стан людини може визначити лікар, поставивши діагноз - психіатричний для нервово-психічних чи поведінкових розладів чи соматичний для фізичного стану. Ця модель найширше пропагувалася впродовж минулого століття, як єдино правильна і можлива. Значна частина досліджуваних нами саме так структурують свій досвід: здоров'я - це «*відсутність хвороби*», «*нічого не болить*», «*не болить голова*», «*немає температури*» тощо, а благополуччя - «*відсутність конфліктів і проблем*».

- Уявлення про здоров'я і благополуччя в досліджуваних здебільшого поверхневі, шаблонні, вичитані з підручників, неосмислені, і не зв'язані з реальним життям: *«позитивний стан»*, *«хороший настрій»*, *«щастя»* тощо; тоді як асоціації до слів *«хвороба»*, *«неблагополуччя»* значно колоритніші: *«сум»*, *«горе»*, *«біда»*, *«погано на душі»*, *«все дратує»*, *«зло»*, *«прокляття»*, *«чорна смуга в житті»* і т.д. Є інші моделі здоров'я

*Адаптаційна модель здоров'я як повноцінного функціонування в соціумі, необхідність слідувати традиціям, шанувати думку оточуючих, не виділятися в усі віки була яскраво виражена в національній картині світу (як заграють, так і танцюють). Між попами піп, між дяками дяк, між вовками вий по-вовчи, між свиньми хрюкай по-свинячи), проте панівною вона стала у ХХ столітті. Одна з причин цього - атеїзм та втрата визначальної української цінності «жити по правді». Скажи правду, та одного Бога (гріха) бійся. По правді живи, по правді й умреш. Хто по правді живе, тому й Бог дає тощо.*

Соціум в уявленнях українців завжди сприймався як несприятливий, ворожий людині, можливо, тому й необхідно було до нього пристосовуватися: *великий світ, та нема де дітися. При добрій годині і куми побратими, а при лихій нема й родини. Бідному ніхто не подарує тощо.*

Сьогодні домінує визначення понять «здоров'я» і «благополуччя» в контексті соціальних норм і цінностей. Благополучною вважається успішна в соціумі людина, котра адекватно діє і повноцінно реалізується в ньому. Основним параметром здоров'я є нормальність, відповідність нормам, притаманним певній культурі. Те, що виходить за межі соціальних уявлень про здоров'я, у соціумі отримує характеристику «ненормальний», «інвалід», «неповноцінний» тощо.

## Адаптаційна модель (здоров'я як пристосованість до соціуму)

№ з/п	Категорії	Характеристика	
1	Основна цінність	Соціум	
2	Людина	Продукт суспільних стосунків, соціальний конструкт	
3	Здоров'я	Пристосованість до соціуму, адекватне функціонування	
4	Хвороба	Непристосованість до соціуму, форма соціальної дезадаптації	
5	Причини здоров'я / хвороби	Нездоровий соціум, порушення міжособистісних стосунків	
6	Локалізація	У сфері стосунків і зв'язків індивіда з оточенням	
7	Шляхи зміцнення здоров'я	Успішна адаптація і всебічна гармонізація стосунків суб'єкта з оточуючим його світом	
8	Роль людини у випадку хвороби	Випробування різних систем оздоровлення, чудодійних препаратів і засобів	
9	Психологічна допомога	Біхевіоральна терапія, психотерапія А. Адлера, коучінг	



# Адаптаційна модель (здоров'я як спосіб життя відповідно з законами природи)

№ з /п	Категорії	Характеристика
1	Основна цінність	Природа
2	Людина	Продукт природного відбору
3	Здоров'я	Здатність підтримувати стабільність на психофізичному рівні, виживати в складних умовах
4	Хвороба	Спосіб адаптації організму в умовах екстремальної ситуації
5	Причини здоров'я / хвороби	Спосіб життя
6	Локалізація	Психофізичний вимір
7	Шляхи зміцнення здоров'я	Єдність із природою, тренування здатності довільно регулювати природні процеси, загартування
8	Роль людини у випадку хвороби	Мобілізація внутрішніх резервів організму шляхом зміни способу життя (очисні процедури, фізичні вправи, харчування тощо)
9	Психологічна допомога	Аутогенне тренування

- *Адаптаційна модель* (до природи) розглядає здоров'я як гармонійне співіснування з природним оточенням, відповідне біологічній природі людини, порушення якого спричиняє хвороби й екологічні біди. Найвищою цінністю є природа, єдність із нею, слідування її законам і розвиток у собі природних схильностей. Найбільш повно зазначена модель здоров'я подана в роботах нашого земляка Порфирія Іванова. Близькість до природи, до життя відповідно з її законами визначає світобачення українців. «Якщо приходить хвороба, це означає, що ми порушили якісь закони Природи. Учїться в Природі. Вона мудра. І організм мудрий, бо є частиною природи. Довкола багато вчителів - небо, ріка, дерева, квіти, гора, камінь, комаха».

- Землю, воду наші предки називали матір'ю, вважали святою (*будь здорова, як вода, а багата, як земля*); стійкі порівняння і прикметники, що характеризують здорову і хвору людину, запозичені з опису природних явищ (*чистий як вода, як роса, як небо; прямий як тополя; холодний як жаба, як крига, як лід; гарячий, як вогонь, як окріп; дужий, сильний, міцний, як бик, як тур, як ведмідь, як вода, як грім; сильний як комар; здоровий, як дубовий пеньок, як прогнилий пень; білий як сніг, як береза, як крейда, як сметана; гарний, хоч води з лиця напийся; червоний як буряк, як калина, як півонія, як рожка, як ягода, як мак; синій як терн, як бузина, як курячий пуп*).

На соціальному рівні функціонування людини норма і патологія (розлад) виступають в якості станів здоров'я і хвороби.

У науці існує два підходи до визначення стану здоров'я: негативний і позитивний.

- **Негативний** визначення здоров'я розглядає останню як проста відсутність патології та відповідність нормі. Тут норма розглядається як синонім здоров'я, а патологія - хвороби. Однак поняття норми і патології ширше понять здоров'я і хвороби. Норма і патологія завжди континуальні, оскільки охоплюють безліч взаємоперехідних станів. Здоров'я і хвороба являють собою дискретні, чітко окреслені у своїх межах стани. Вони пов'язані не з об'єктивними відхиленнями від норми, а з суб'єктивним станом хорошого або поганого самопочуття, що впливає на виконання нами повсякденних функцій у діяльності, спілкуванні і поведінці.
- Характеристика загального самопочуття виявляється центральною ланкою розмежування здоров'я і хвороби. Здорова людина благополучно себе почуває і тому може виконувати повсякденні соціальні функції. Хвора людина володіє поганим самопочуттям і тому не здатна виконувати повсякденні соціальні функції. При цьому дійсна наявність або відсутність різних відхилень від норми на біологічному рівні існування часто не стає визначальним для віднесення себе до здорового або хворого

*Позитивне* визначення здоров'я не зводить останнім до простого відсутності хвороби, а намагається розкрити його автономне від хвороби зміст.

**Загальне визначення здоров'я**, запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), включає такий стан людини, при якому:

- Збережені структурні та функціональні характеристики організму;
- Існує висока пристосованість до змін у звичному природному та соціальному середовищі;
- Зберігається емоційне і соціальне благополуччя.

Дослідники Г. С. Абрамова і Ю. Л. Юдчіц виділяють наступні критерії психічного здоров'я, засновані на поняттях "адаптація", "соціалізація" і "індивідуалізація".

- Поняття "*адаптація*" включає здатність людини усвідомлено ставитися до функцій свого організму (травлення, виділення і т.д.), а також його здатність регулювати свої психічні процеси (керувати думками, почуттями, бажаннями). Межі індивідуальної адаптації існують, але адаптована людина може жити в звичних для нього геосоціальних умовах.
- *Соціалізація* визначається за трьома критеріями, що пов'язані зі здоров'ям людини. Перший пов'язаний зі здатністю людини реагувати на іншу людину як рівного собі (інший такий же живий, як і "Я"). Другий визначається як реакція на факт існування певних норм у відносинах з іншими і як прагнення дотримуватися їх. Третій критерій як людина переживає свою відносну залежність від інших людей. Для кожної людини існує необхідна міра самотності, і якщо він цю міру переступає, то відчувається погано. Міра самотності - це своєрідна співвіднесеність необхідності в незалежності, відокремленості від інших і свого місця серед свого оточення.

- *Індивідуалізація*, за К. Г. Юнгом, дозволяє описувати становлення ставлення людини до самої себе. Людина сама створює у психічному житті свої якості, усвідомлює свою власну неповторність як цінність і не дозволяє зруйнувати її іншим людям. Здатність визнавати і зберігати індивідуальність в собі і інших - один з найважливіших параметрів психічного здоров'я.
- Можливості адаптації, соціалізації та індивідуалізації є у кожної людини, ступінь їх реалізації залежить від соціальної ситуації його розвитку, ідеалів нормальної людини даного суспільства в даний конкретний момент. Однак можна помітити і недостатність цих критеріїв для повного опису внутрішньої картини здоров'я. Вона, зокрема, пов'язана ще й з тим, що будь-яка людина потенційно має можливість подивитися на своє життя з боку і оцінити його (рефлексія).

**«Третій» стан** - це стан людини, проміжний між здоров'ям і хворобою, що сполучає в собі і те й інше, але в той же час ні тим, ні іншим не є.

- Ці стани можуть бути обумовлені різними факторами, пов'язаними переважно з сучасним ритмом життя, тривалим впливом гіподинамії, психоемоційних навантажень, поганих виробничих, екологічних, соціально-побутових умов, неправильного харчування та ін, що пред'являють підвищені вимоги до організму, виснажують його адаптаційні можливості, що знижують працездатність .. Такий стан характерний для «критичних» вікових періодів (статевого дозрівання, перед-і післяпологового, клімактеричного, старечого), для осіб, що зловживають алкоголем, тютюнопалінням та ін.
- Ці стани можуть проявлятися поруч загальних симптомів - погіршенням самопочуття, періодичними нездужаннями, зниженням працездатності, задишкою при помірному навантаженні, підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, головним болем, сухістю шкіри, втратою апетиту, схильністю до запорів, гіпотонією та ін Цих людей не буде лікувати жоден лікар (тому немає хвороби), але вони не можуть бути повноцінними працівниками та громадянами. У цьому стані організм витрачає енергію не так на творчу, творчу роботу, а на збереження життя. У такому стані витoki всіх хвороб, але є і можливість відновлення більш високого рівня здоров'я, як правило, за рахунок мобілізації можливостей самого організму. Саме тому «третій» стан



Ряд вітчизняних авторів (А. М. Громбах, А. Ш. Тхостов, В. В. Лебединський, Б. Д. Карвасарский) представили показники психічного здоров'я, причому по даному параметру (з урахуванням скарг на здоров'я самої людини) виділяються чотири групи людей:

- 1) абсолютно здорові (скарг немає);
- 2) легкі функціональні порушення, епізодичні скарги астено-невротичного характеру, пов'язані з конкретними психотравмуючими подіями, напруга адаптаційних механізмів під впливом негативних мікросоціальних факторів;
- 3) особи з доклінічними станами і клінічними формами в стадії компенсації, стійкі астено-невротичні скарги поза рамками важких ситуацій, перенапруження механізмів адаптації (в анамнезі у таких людей неблагополучна вагітність, пологи, діатези, травми голови і хронічні інфекції);
- 4) клінічні форми захворювання у стадії субкомпенсації, недостатність або поломка адаптаційних механізмів.

**Критерії психічного здоров'я** за визначенням ВООЗ:  
усвідомлення і відчуття безперервності, постійності  
свого "Я";

- Почуття сталості переживань в однотипних ситуаціях;
- Критичність до себе і до результатів своєї діяльності;
- Відповідність психічних реакцій силі і частоті середовищних впливів;
- Здатність управляти своєю поведінкою відповідно до загальноприйнятих норм;
- Здатність планувати своє життя і реалізовувати свої плани;
- Здатність змінювати поведінку залежно від життєвих ситуацій і обставин.

Норма – це біологічний оптимум, інтервал, у межах якого функціонування всіх внутрішніх органів та систем організму людини є найефективнішим і найузгодженішим.

- Для характеристики суспільного здоров'я можна використовувати 3 групи показників:
  - Демографічні (народжуваність, смертність, приріст населення, середня тривалість життя);
  - Показники фізичного розвитку населення;
  - Показники захворюваності, інвалідності, травматизму.

Комплексним показником оцінки стану здоров'я може бути середня очікувана тривалість майбутнього життя — величина, що акумулює повікові показники смертності і є надійнішим показником суспільного здоров'я порівняно з показником загальної смертності. *Середня тривалість майбутнього життя* — це число років, яке в середньому має прожити дане покоління народжених або певне число однолітків за умови, що протягом цього майбутнього життя при переході з однієї вікової групи в наступну коефіцієнти смертності будуть такими ж, як і на момент складання таблиць смертності.

.

# ХВОРОБА

**Хвороба** — порушення життєдіяльності організму під впливом шкідливих подразників зовнішнього чи внутрішнього середовища. При цьому знижується пристосованість живого організму до зовнішнього середовища й водночас мобілізуються його захисні сили.

У визначенні хвороби існують дві точки зору: **хвороба** є будь-який стан, діагностований професіоналом; хвороба є суб'єктивним відчуттям самого хворого. У першому випадку хвороба розглядається як оцінювана за об'єктивними ознаками розлад функціонування. Але з приводу багатьох хвороб люди не звертаються до професіоналів, та й об'єктивних стандартів функціонування людини не існує (у багатьох випадках професіонали не можуть прийти до єдиного розуміння хворобливого стану). Другий підхід теж має свої обмеження: повідомлення пацієнта про стан швидше відображає його проблеми, а не саме розлад. До того ж при ряді важких соматичних станів змін самопочуття може і не виникнути (наприклад, при туберкульозі).

Поняття хвороби не стільки являє собою відображення об'єктивного стану людини, скільки виступає загальним теоретичним і соціальним конструктом, за допомогою якого звичайні люди і фахівці намагаються визначити і зрозуміти виникаючі порушення здоров'я. Зміст цього конструкту визначає бачення причин і проявів хвороби, а також напрямок досліджень і лікування різних розладів. Іншими словами, спочатку лікарі визначають, що вважати хворобою, а потім починають досліджувати і лікувати її

У сучасній медицині існує дві **моделі хвороби: біомедична і біопсихосоціальна.**

В основі існуючої з XVII ст. *біомедичної* моделі хвороби лежить вивчення природних факторів як зовнішніх причин захворювання. Біомедичну модель хвороби характеризують чотири основних ідеї:

- Теорія збудника;
- Концепція трьох взаємодіючих сутностей - "господаря", "агента" і оточення;
- Клітинна концепція;
- Механістична концепція, згідно з якою людина - це насамперед тіло, а його хвороба - поломка якої-небудь частини організму.

В рамках даної моделі немає місця для соціальних, психологічних і поведінковим причин розвитку хвороби.

Дефект (у тому числі і психічний), якими б факторами він не викликався, завжди має соматичну природу, тому й відповідальність за лікування тут цілком і повністю покладається тільки на лікаря, а не на хворого.

*Біопсихосоціальна* модель хвороби сформувалася наприкінці 1970-х рр. Вона ґрунтується на системній теорії, згідно якої будь-яка хвороба є ієрархічний континіум від елементарних частинок до біосфери, в якому кожен нижчележачий рівень виступає компонентом вищого рівня, включає його характеристики і відчуває на собі його вплив. У центрі цього континіуму знаходиться особистість з її переживаннями і поведінкою. Відповідальність за одужання в біопсихосоціальній моделі хвороби повністю або частково покладається на самих хворих людей.

В основі моделі лежить діада "діатез - стрес", де діатез - це біологічна схильність до певного хворобливого стану, а стрес - психосоціальні фактори, що актуалізують цю схильність. Взаємодія діатезу і стресу пояснює будь-яке захворювання (стрес дивись нижче).



# СТРЕС

Термін "стрес" використовується досить часто, оскільки багато хто переживає його з дня на день протягом усього життя. Як це не парадоксально, але він необхідний для нормального розвитку і виживання. Визначення "стресу" дав Г. Сельє в 1971 р.

- **«Це неспецифічна фізіологічна і психологічна реакція організму на будь-яку поставлену до нього вимогу (стресор)»** Люди реагують на життєві події, ґрунтуючись на особистому досвіді й особистій інтерпретації цих подій. Реакція людини на стрес залежить від характеру стресора, віку і статі особливостей характеру людини, навколишнього середовища. Посилення чи послаблення стресу залежить від того, як кожний з нас його сприймає.

- Реакція може бути *фізіологічною* на стрес, якщо ж стресор продовжує діяти, можливий розвиток важкого захворювання чи психічного розладу (*психологічна*). Людина втрачає здатність опиратись хворобі, рівень її енергії, що дозволяє їй підтримувати адаптацію, а точніше фізіологічні реакції, виснажуються і може наступити смерть.

# Особливості м/с процесу при адаптації до стресу

## *Оцінка стану пацієнта.*

Оцінюючи стан пацієнта потрібно вміти виявляти фізіологічні, психологічні і духовні показники стресу.

- **Фізіологічні показники стресу** – підвищення чи зниження артеріального тиску, прискорені пульс і дихання, розширені зіниці, спітнілі долоні, холодні кисті і стопи; поникла поза, утомля; плач; нудота, блювота, пронос, зміна апетиту, здуття живота, зміна маси тіла; зміна частоти сечовипускання; патологічні зміни при лабораторних, інструментальних і апаратних дослідженнях; занепокоєння; важке засипання і часте пробудження.
- **Психологічні показники стресу** тривога, депресія, млявість; зловживання лікарськими засобами; зміна звичок, пов'язаних з харчуванням, сном, улюбленим заняттям; психічне виснаження, втрата самоповаги, дратівливість, відсутність мотивації, емоційні спалахи і часта плаксивість; зниження працездатності і якості роботи, схильність до помилок, безпам'ятність, погіршення уваги до деталей, не уважність ("мрії наяву" чи "витання в хмарах"), нездатність зосередитися на виконанні завдання, прогули, частіші хвороби, апатія, втрата інтересів, схильність до нещасних випадків.
- Деякі автори відзначають і **духовні показники** стресу - гнів на Вищі сили; сприйняття агресора, як покарання "зверху", пошук сенсу життя.

## ***Можливі медсестринські діагнози***

- Тривога, хвилювання.
- Стан людини у зв'язку із втратою.
- Недостатнє пристосування до конфліктних ситуацій в сім'ї.
- Змінені процеси взаємовідносин у сім'ї при кризових станах.
- Порушені соціальні взаємозв'язки.
- Індивідуальна нездатність адаптуватися до стресів..
- Стрес-синдром внаслідок зміни навколишнього середовища

# Поради сестрі медичній бакалавру для зменшення рівня стресу при догляді за пацієнтом

- розмовляйте з кожним пацієнтом;
- слухайте його уважно;
- спостерігайте за його поведінкою;
- пояснюйте йому мету майбутніх обстежень, процедур плану догляду;
- заохочуйте пацієнта задавати питання з приводу його захворювання, прогнозу, догляду;
- допомагайте зрозуміти події, що відбуваються у відділенні;
- попереджайте можливу стурбованість;
- пропонуйте пацієнту висловлювати свою думка про догляд;
- залучайте членів його родини у процес догляду;
- складайте реальний план догляду.

В оцінці стану здоров'я в рамках біопсихосоціальної моделі провідну роль відіграють психологічні фактори. Суб'єктивно здоров'я виявляється в почутті оптимізму, соматичного і психологічного благополуччя, радості життя. Це суб'єктивний стан обумовлюють *психологічні механізми, що забезпечують здоров'я:*

- Прийняття відповідальності за своє життя;
- Самопізнання як аналіз своїх індивідуальних тілесних і психологічних особливостей;
- Саморозуміння і прийняття себе як синтез (процес внутрішньої інтеграції);
- Вміння жити в теперішній;
- Осмисленість індивідуального буття, як наслідок - усвідомлено вибудована ієрархія цінностей;
- Здатність до розуміння і прийняття інших;
- Довіра до процесу життя.

В рамках біопсихосоціальної парадигми хвороба розглядається як розлад, що загрожує дисфункцією -нездатністю психобіологічних механізмів виконувати свої функції в певному соціокультурному просторі. При цьому хворобою вважається не кожний розлад функціонування, але тільки той, який стає причиною значної для особистості загрози існуванню в конкретних умовах середовища. Отже, хвороба -це далеко не всякий розлад, а тільки такий, який потребує зміни ("є потреба в лікуванні"). *Потреба в лікуванні* вважається існуючою доти, доки наявні ознаки відхилень (розлади) наносять шкоду професійній працездатності, повсякденній діяльності, звичним соціальним відносинам або заподіє яскраво виражене страждання.

- Оскільки стан хвороби передбачає особливий соціальний статус людини, що не здатна виконувати соціальні функції в очікуваному обсязі, хвороба завжди виявляється пов'язаною з роллю хворого і обмеженнями рольової (соціальної) поведінки.
- Сьогодні більш кращим стає термін "*психічні, особистісні та поведінкові розлади*", що охоплює різні види порушень, включаючи хворобу у вузькому сенсі слова.

Одна з найважливіших біосоціальних категорій, інтегруючих уявлення про певний вид (тип) життєдіяльності людини – є *спосіб життя*. В даний час доведено, що із суми всіх факторів (екології 20%, спадковості 20%, рівня медицини 10%), що детермінують здоров'я людини, 50-55% припадає на *спосіб життя*. Спосіб життя включає три категорії: рівень життя, якість життя і стиль життя.

- *Рівень життя* - це ступінь задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб (в основному економічна категорія).
- *Якість життя* характеризує комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічний аспект).
- *Стиль життя* - поведінкова особливість життя людини, тобто певний стандарт, під який підлаштовується психологія і психофізіологія особистості (соціально-психологічна категорія).



## ГОМЕОСТАЗ

Всі органи, системи та апарати органів пов'язані між собою анатомічно і функціонально в єдине ціле - організм, головна функція якого - життя. Складна система людського організму має здатність регулювати своє існування. Саморегуляція людського організму спрямована на підтримання сталості внутрішнього середовища, що забезпечує оптимальне протікання процесів життєдіяльності, і на адаптацію організму до умов зовнішнього середовища, що забезпечує виживання людини як індивідуума і як біологічного виду. Системи саморегуляції діють на всіх рівнях організації цілісного організму. Організм є сумою складових його органів, тканин і клітин, і від їх оптимального функціонування залежить оптимальне функціонування організму як цілого. У той же час адаптивні можливості цілісного організму створюють найбільш сприятливі умови для життєдіяльності окремих структур.

Вперше думка про саморегуляцію як основі фізіологічної стабільності була сформульована французьким фізіологом Клодом Бернаром в 1857 р .: "Сталість внутрішнього середовища є обов'язковою умовою вільного життя". Сталість якісного і кількісного складу живої системи отримало найменування **гомеостазу** (від грец. **Homoios** - подібний, той же самий; **stasis** - стан, нерухомість), воно властиво не тільки біологічним, але і більшості соціальних систем.

У фізіології під **гомеостазом** розуміють відносно динамічну постійність внутрішнього середовища (обміну речовин, водно-електролітного і кислотно-лужної рівноваги), необхідне для сталого функціонування основних фізіологічних систем організму (кровообігу, дихання, терморегуляції, обміну речовин і т.д.). Внутрішні механізми регуляції, що забезпечують оптимальний рівень функціонування клітин, органів і систем цілісного організму, отримали найменування гомеостатических.

Однією з найважливіших систем підтримки гомеостазу є **серцево-судинна система**. Її функція полягає не тільки в підтримці заданого об'єму крові і розподілі її по судинах, а й у зміні кровопостачання відповідно до зміни потреб тканин у кисні при різних навантаженнях. **Система дихання** також виконує важливі гомеостатическіе функції: вентиляцію, легеневий кровообіг, дифузію газів через альвеолярно-капілярну мембрану, транспорт газів кров'ю і тканинне дихання. Забезпечення газообміну між організмом і навколишнім середовищем повинно бути адекватно змінюється швидкості обмінних процесів і пов'язаної з нею швидкості споживання клітинами кисню. Головна функція **ниркової системи** - екскреторна (видільна). Вона спрямована на збереження водно-електролітного (водно-сольового) балансу, кислотно-лужної рівноваги і видалення з організму продуктів обміну речовин. **Водно-електролітний баланс** займає у підтримці гомеостазу найважливіше місце. Вода становить основну масу більшості живих організмів, входить до складу клітин і міжклітинної простору, є розчинником більшості речовин, що беруть участь в обмінних процесах, і сама бере участь у біохімічних реакціях. Всі біохімічні рідини являють собою водні розчини солей і колоїдів, що володіють властивостями електролітів. Функції цих розчинів різноманітні: участь у біохімічних реакціях, збереження осмотичного тиску, підтримання кислотно-лужної рівноваги (збереження сталості рН рідких середовищ організму як основи для протікання біохімічних реакцій).

Процеси гомеостазу спрямовані насамперед на підтримання сталості внутрішнього середовища організму, а регуляція зовнішніх дій - на підтримку рівноваги організму з навколишнім середовищем. Разом вони утворюють складну систему, що дозволяє організму задовольняти свої потреби, жити і продовжувати свій біологічний вид.

# Етапи медсестринського процесу:

## ○ I. Медсестринське обстеження пацієнта та визначення стану його здоров'я.

*Включає: збір необхідної інформації, аналіз зібраної інформації, визначення явних і потенційних проблем пацієнта і його потреб в догляді.*

## ○ II. Медсестринська діагностика:

*Включає: обробку одержаних даних, встановлення сестринського діагнозу, підтвердження діагнозу, документація діагнозу.*

## ○ III. Планування медсестринських втручань по задоволенню потреб пацієнта.

*Включає: встановлення мети і завдань догляду, визначення типів сестринських втручань, які необхідні для задоволення кожної з потреб, обговорення з пацієнтом плану догляду, знайомство інших з планом догляду.*

- **IV. Виконання плану медсестринського догляду.**

*Включає: координацію роботи і надання сестринського догляду відповідно до узгодженого плану.*

- **V. Оцінка ефективності і якості медсестринського догляду.**

*Включає: порівняння досягнутого із запланованими результатами догляду, оцінку ефективності запланованого сестринського втручання, подальшу оцінку і планування, якщо очікувані результати не були досягнуті, критичний аналіз всіх стадій цього процесу і внесення необхідних поправок.*



## **Позитивні сторони медсестринського процесу.**

- Забезпечує індивідуальний догляд за пацієнтом.
- Безперервність догляду.
- Містить інформацію, необхідну для всіх членів сестринської бригади.
- Ставлення до пацієнтів, як до особистостей.
- Сприяє участі людини у її власному догляді.
- Дає загальну економію часу, шляхом відмови м/с від непотрібних рутинних маніпуляцій.
- Дає можливість підняти рівень медичної допомоги.
- Усвідомлення ефективності різноманітних видів сестринських втручань.
- Гарантуються якість надання допомоги, професіоналізм медичної сестри, безпека і надійність медичного обслуговування.

# Документація сестринського процесу:

- 1) сестринська історія хвороби – юридичний протокол, документ самостійної фахової діяльності медичної сестри в межах її компетенції.
- 2) листок медсестринської оцінки стану пацієнта.
- 3) план медсестринського догляду.
- 4) щоденник сестринського спостереження.





# Особливості роботи сестри бакалавра з пацієнтами похилого віку

Необхідно задовго до того, як людина досягне старості, познайомити її з поступовими змінами, які відбуваються в організмі, і дати рекомендації про перебудову способу життя – це робота медичних сестер, які контактують з пацієнтами на амбулаторному прийомі, в стаціонарі та вдома. Люди похилого віку по-різному сприймають настаючу старість з її обмеженнями. Одні продовжують вважати себе повними сил, і не вважають за потрібне змінювати спосіб життя. Повідомлення що фізичні недомогання, - прояв старіння організму, сприймають як особисту образу. Інші, критично аналізують зміни в своєму стані, приходять до висновку про наближення старості і прагнуть змінити режим праці, відпочинку і харчування. Деякі люди старіють навіть тоді, коли умови життя сприятливі для розвитку індивідуальності і творчого довголіття. Тож даючи рекомендації, медична сестра, повинна наголошувати, що передчасний фізичний і духовний спокій є одним з факторів, який наближає хворобливу старість, старіння і смерть. Необхідно боротись за людину, яка не бажає старіти, але правильно оцінює свої можливості.

Пацієнти похилого віку погано пристосовуються до нового, незвичайного середовища. Відомі випадки, коли у ппв, які раніше добре орієнтувались в просторі та часі, при госпіталізації в стаціонар значно погіршувався стан, незважаючи на адекватне лікування. Твердження про те, що старий, в тому числі хворий, який не потребує ургентної стаціонарної допомоги, повинен якомога довше знаходитися в родині, залишається незмінним, але до певної межі, тому що іноді вдома створюються надзвичайно важкі умови, через неможливість забезпечити відповідний догляд. Часто госпіталізація в лікарню необхідна після перенесеного гострого захворювання або ускладнення, такого як мозковий інсульт в підгострий період, для проведення реабілітаційної терапії тощо. Період очікування госпіталізації може бути використаний родиною пацієнта для його підготовки. Вони повинні переконати пацієнта, що госпіталізація проводиться тільки для усунення наявних у нього порушень, після чого він повернеться додому.

**Важливим пунктом при обстеженні похилого пацієнта є взаємовідносини між медичною сестрою і пацієнтом.** В центрі діяльності медичної сестри повинен бути сам пацієнт. Можна дуже добре виконувати різні лікувальні маніпуляції, вчасно давати ліки, вимірювати і записувати температуру пацієнта, але виконувати сестринські втручання за ним байдужо, оскільки в центрі уваги в таких випадках знаходиться робота, а не сам пацієнт, який чекає турботи і уваги особисто до себе. Надзвичайно важливими є спеціальні професійні знання.

I етап - Обстеження – це перш за все отримання інформації про стан здоров'я пацієнта і створення інформаційної бази - ретельне цілеспрямоване розпитування, яке включає виявлення скарг, історії теперішньої хвороби, перенесених захворювань, історії життя, алергологічного анамнезу, а також виявлення інших проблем, які турбують пацієнта. Джерелом інформації може бути не тільки сам пацієнт, а й члени сім'ї, друзі, колеги по роботі, медичні працівники, працівники соціальної служби, медична документація (амбулаторна картка, виписка із історії хвороби тощо) – вони дають інформацію про стан здоров'я пацієнта в минулому, методи лікування, про досягнуті результати. Спеціальна медична література допомагає медичній сестрі підвищити свій рівень знань по данному питанню і поповнити інформаційну базу про пацієнта. Робота з людьми похилого віку потребує від медичної сестри великого терпіння, поблажливості, гарного почуття гумору та досконалого володіння мистецтвом спілкування. При знайомстві з пацієнтом, що поступає в стаціонар необхідно завоювати його довіру – це часто буває важко зробити, тому що нерідко він забуває про неї відразу ж після спілкування з нею.

Медична сестра бакалавр при обстеженні пацієнтів похилого віку не повинна звертатись „бабуся”, „дідусь”, краще їх називати на ім'я та по батькові, щоб підкреслити цим свою повагу до них, враховувати особливості їх психіки: вони часто бувають капризними і дратівлими. Не потрібно ні в якому разі відповідати їм теж роздратовано, грубо чи прямолінійно: для зменшення їх дратівливості потрібно говорити м'яко і змінювати тему, яка викликає в них дратівливість. Пацієнти похилого віку в стаціонарі часто страждають на депресію - для боротьби з нею медична сестра повинна спробувати активізувати пацієнтів: можуть бути досягнуті хороші результати при розпитуванні його про родину, дитинство, місця де він жив в юності, про колишню роботу, хобі. Медичній сестрі потрібно якомога частіше підбадьорувати пацієнта, справа в тому, що пацієнти похилого віку страждають розладом короткочасної пам'яті, а події які відбувались давно пам'ятають дуже добре, і просто оживають при подібних розповідях. Але необхідно пам'ятати, що ці розповіді повинні бути насправді для медичної сестри цікавими, тому що коли пацієнт відчує, що це спілкування формальне він втратить до неї будь який інтерес. До інформації, яку розповідає пацієнт ставитись критично, тому що часто вони поєднують свої думки з різними видумками, тому сміливо при складанні плану догляду можна рекомендувати включити різні дитячі ігри, наприклад мозаїку, шахи, шахмати тощо, і побачите, що багато хто з них з радістю будуть в них грати. Медична сестра зобов'язана зберігати таємницю і не зловживати особливою довірою, якою вона користується у пацієнтів в силу свого положення. Не можна доводити до відома інших пацієнтів усе, що обговорюється медичним персоналом. Для недовірливого пацієнта часто досить необережного слова, жесту, щоб він зробив неправильні висновки про стан свого здоров'я. Недопустимим є обговорення інших пацієнтів або членів медичного колективу з пацієнтом. Важка травма може бути нанесена пацієнту, якщо він дізнається, що його таємні думки й особливості його життя, його організму, довірені лікареві або медичній сестрі, стали відомими іншим.

При розпитуванні медична сестра повинна з'ясувати також про:

- перенесені в минулому захворювання;
- шкідливі звички;
- психічні травми (старі люди більш вразливі при втраті близьких їм людей, вони не заводять нових друзів, замикаються в собі, ізолюються від суспільства, стають самотніми з неминучими думками про хвороби і смерть - для старої людини з його вразливою психікою втрата близької людини або психотравма іншого роду, вимушена зміна звичайної обстановки, так само як будь-яка інфекція, можуть стати причиною фізичної і психічної декомпенсації);
- умови праці і побуту в минулому (характер роботи – виробничі навантаження, шкідливості, харчування, сімейне життя).

Зробити відповідні записи в картці пацієнта.

В подальшому потрібно провести ретельний огляд пацієнта, при цьому визначити стан пацієнта, його положення в ліжку, стан свідомості, тілобудову, поведінку, контактність. При огляді шкіри та слизових оболонок звертати увагу на їх колір, еластичність, тургор шкіри, наявність висипки, рубців. Оцінити стан підшкірно - жирового шару, наявності варикозно розширених вен на нижніх кінцівках, черевній стінці, наявності рідини в черевній порожнині. Обстеження також включає і проведення фізичних методів обстеження: за допомогою пальпації визначають голосове тремтіння, резистентність грудної клітки, наявність болючих точок; за допомогою перкусії визначають перкуторні звуки над грудною кліткою: легеневий, коробочний, тимпанічний, тупий, притуплено - тимпанічний; нижню межу легень і рухливість легеневого краю, висоту стояння верхівок і ширину полів Креніга; методом аускультатії виявляють основні дихальні шуми, везикулярне і бронхіальне дихання і додаткові – хрипи, крепітацію, шум тертя плеври, визначають бронхофонію. При об'єктивному обстеженні пацієнтів похилого віку необхідно пам'ятати про вікові зміни в різних органах і системах, які, будуть розглядатись в відповідних розділах (наприклад – зміни шкіри, зниження зору і слуху, вікова емфізема легень, вікове підвищення артеріального тиску, порушення функцій в суглобах, погіршення здатності самотійно пересуватись).

# ПРАКТИЧНІ НАВИКИ



Методи обстеження пацієнта для збирання інформації можуть бути **суб'єктивними**, **об'єктивними** та **додатковими**

**Суб'єктивний метод обстеження** – це бесіда, під час якої м/с з'ясовує біографічні дані, необхідні для оцінки стану пацієнта, а також одержує інформацію про його самопочуття, про ті чи інші потреби, реакції, відчуття, особливості адаптації, тобто суб'єктивну інформацію, яку надає пацієнт щодо проблеми, пов'язаної з його здоров'ям (початок та перебіг хвороби, методи лікування, наслідки, анамнез життя, спадковість, алергологічний, сімейний анамнези, перенесені захворювання тощо ).

Джерелом такої інформації може бути не тільки пацієнт, але й члени його сім'ї або медичні працівники.



## **Мета бесіди під час проведення оцінки загального стану пацієнта:**

- Встановити відносини «сестра - пацієнт», у центрі яких стоїть здоров'я пацієнта;
- Виробити адекватну самооцінку пацієнта, сприяти зменшенню його хвилювань і тривоги;
- Визначити рівень надії пацієнта, що він очікує від системи надання медичної допомоги;
- Отримати необхідну інформацію для планування догляду.

## Об'єктивне обстеження пацієнта:

Огляд (загальний і місцевий) – спостереження за виразом обличчя, диханням, положенням у ліжку, вимірювання АТ, температури, визначення пульсу, наявності набряків, частоти дихальних рухів тощо, проведення перкусії, пальпації, аускультації в межах компетенції м/с

### Правила огляду:

- Бажано проводити при прямому денному освітленні (при штучному маскується жовтяниця) та боковому легше побачити пульсацію судин, перистальтику кишечника;
- В теплому приміщенні послідовно оголюючи пацієнта, оглядають всі частини тіла;
- Всі виявлені ознаки записують в карту сестринського обстеження пацієнта.

Оцінка загального стану пацієнта ґрунтується на комплексній оцінці його свідомості, рухової активності, положенні в ліжку.

**Свідомість** пацієнта оцінюється як ясна, ступор, сопор, кома, делірій, сутінковий стан.

*Ясна* – якщо хворий адекватно відповідає на питання, орієнтується в місцевості, часі і в своїй особі.

*Ступор* (стан оглушення) – часткове виключення свідомості із збереженням словесного контакту на фоні підвищеного порога сприйняття всіх зовнішніх подразників і зниження власної активності.

*Сопор* – виключення свідомості з відсутністю словесного контакту при збереженні

координованих захисних реакцій на больові подразники. Рефлекси зіничні, рогівкові,

ковтальні збережені, порушується контроль над сфінктерами.

*Кома* – повне виключення свідомості з тотальною втратою сприйняття довкілля і самого себе.

*Марення* – гостре різке потьмарення свідомості з грубою дезорієнтацією в оточуючому середовищі і власній особі.

*Сутінковий стан* – дезорієнтація, поява страшних галюцинацій, злість, страх, агресія

Для швидкого і якісного визначення ступеня порушення свідомості використовують спеціальні шкали (табл. 1).

Так, за шкалою Глазго визначають стан коми. Стан свідомості визначають залежно від реакції потерпілого на звук, больові подразники. Відповідь оцінюють за відкриванням очей, руховим і вербальним контактами. На кожну відповідь за визначеним подразником вираховують певну кількість балів. Бали за кожним із трьох критеріїв додаються і виводиться загальна оцінка.

- Максимальна сума балів - 15. Мінімальна - 3.
- При травмі легкого ступеня стан свідомості - 13-15 балів.
- При травмі середнього ступеня тяжкості, або тяжкій без загрози життю - сума дорівнює 8-12 балів.
- При травмах тяжкого ступеня із загрозою для життя - сума дорівнює 3-7 балів.

### ШКАЛА ГЛАЗГО (оцінка свідомості)

Критерії	Характеристика	Бали
Відкривання очей	Спонтанно	4
	На голос	3
	На біль	2
	Без відповіді	1
Вербальна відповідь	Орієнтований, може розмовляти	5
	Дезорієнтований, може розмовляти	4
	Сплутані відповіді	3
	Відповіді невпопад	2
	Без відповіді	1
Рухові реакції	Адекватно по команді	6
	На біль цілеспрямовано	5
	На біль нецілеспрямовано	4
	Згинання на біль	3
	Розгинання на біль	2
	Немає рухів	1

## Положення в ліжку



- вимушене положення хворого в ліжку при загостренні виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки

Оцінюють **мову** пацієнта – її порушення частіше бувають при паралічі.

Спостерігають за **ходою** пацієнта (хиткість, кульгавість тощо).

Якщо пацієнт лежачий, то звертають на його **положення в ліжку**: активне, пасивне чи вимушене.

На основі повного обстеження пацієнта оцінюють його загальний стан:

- задовільний;
- середньої тяжкості;
- тяжкий;
- надміру тяжкий

- Оцінюють будову тіла людини, визначають конституційний тип – сукупність
- функціональних і морфологічних особливостей організму, що склалися на основі спадкових та набутих властивостей і визначають його реакцію на вплив екзо- і ендогенних факторів .
- За класифікацією М.В. Чорноручького розрізняють нормостенічний, астеничний і гіперстенічний конституційні типи. Частіше визначається змішаний тип.





# Шкіра та її похідні.

- колір (в нормі тілесний, видимі слизові рожевого або блідо - рожевого забарвлення);
- вологість шкіри визначається функцією потових залоз;
- еластичність шкіри;
- волосся, нігті;
- ступінь розвитку підшкірної основи;
- набряки;
- лімфовузли (більш детально при пальпації);
- оцінюють ступінь розвитку м'язів, при пальпації їх болючість;

## Огляд

Огляд шкіри: жовтяниця (огляд при природному освітленні або при освітленні лампою денного світла). У жовтий колір забарвлюються склери, нижня поверхня язика, піднебіння, долоні, підошви.



Зовнішній вигляд пацієнта з механічною жовтяницею

**Огляд рук і ніг (О і Х-подібні ноги);**

**Обстеження суглобів і локомоторного апарату;**

**Огляд голови:**

- обличчя (червоне, набрякле, з синюшним відтінком);
- очі (екзофтальм, енофтальм, косоокість, «мішки» під очима, западання очних яблук при зневодненні тощо);
- ніс – оцінюють форму, розміри, місцеве забарвлення шкіри, стан носового дихання;
- вуха – має значення їх забарвлення (ціанотичне);
- рот – (сухі губи, герпетичні висипання, ціаноз), кровоточивість ясен, виразки при огляді язика звертають увагу на величину і форму, стан сосочків



### Огляд шиї:

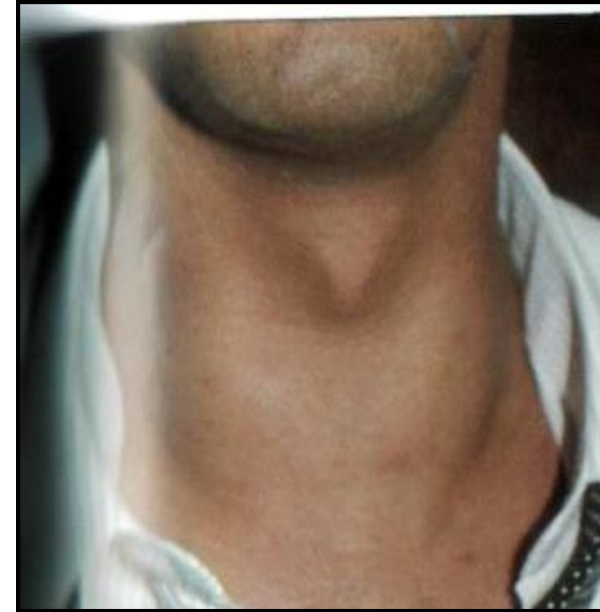
- її висота (коротка, довга);
- судини шиї (вени набухші, «танок каротид»);
- стан щитоподібної залози

### Огляд грудної клітки:

- симетричність (асиметрія спостерігається при пневмотораксі, ексудативному плевриті, «серцевий горб»);
- участь в акті дихання;
- особливо у жінок - стан молочних залоз з подальшою їх пальпацією;

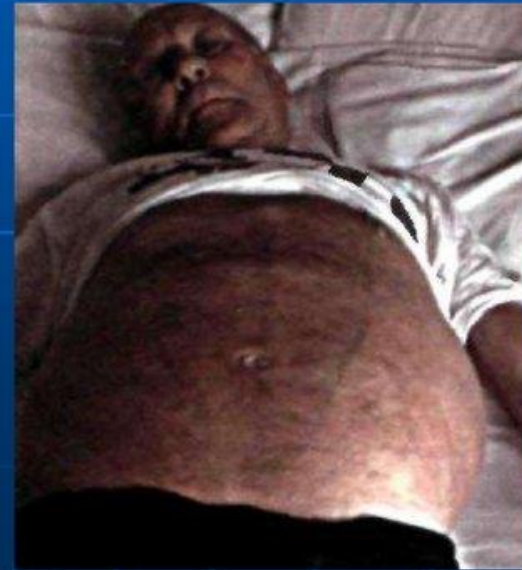
### Огляд живота:

В лежачому і вертикальному положенні: оглядають шкіру, визначають форму і величину, наявність випинань, рухи черевної стінки при диханні



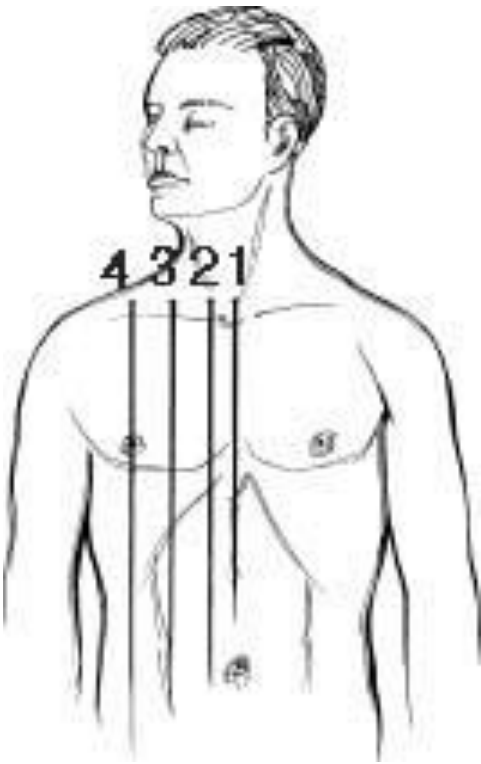
## Огляд живота

- асцит,
- розширення вен навколо пупка ("голова медузи"),
- випин правого підребер'я і епігастральної ділянки (при значному збільшенні печінки і виснаженні).
- випин в ділянці лівого підребер'я (збільшена селезінка).



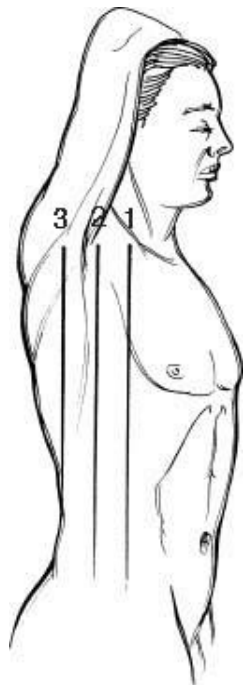
## Топографія грудної клітки та живота.

На грудній клітці і животі умовно розрізняють лінії, завдяки їм визначають місцезнаходження та межі органів .



*На передній поверхні:*

1. Передня середина (непарна) – проходить по середині грудини.
2. Грудинна (парна) – по правому і лівому краю грудини.
3. Білягрудинна (парна) – між грудиною і середньо-ключичною лініями (рис. 1).
4. Серединно-ключична (парна), у чоловіків – соскова, проходить через середину ключиці.

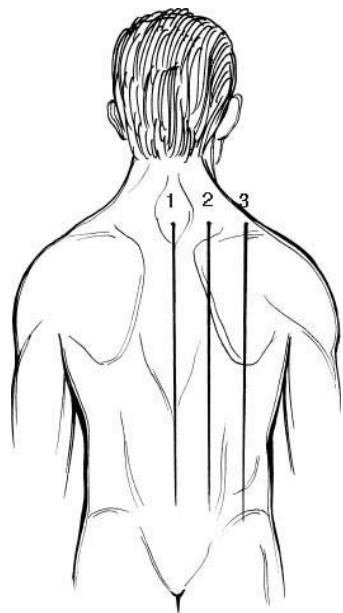


*На бокових поверхнях:*

5. Передня пахвова (парна) – по передньому краю пахвової ямки.

6. Середня пахвова (парна) – через саму вищу точку пахвової ямки.

7. Задня пахвова (парна) – по задньому краю пахвової ямки.



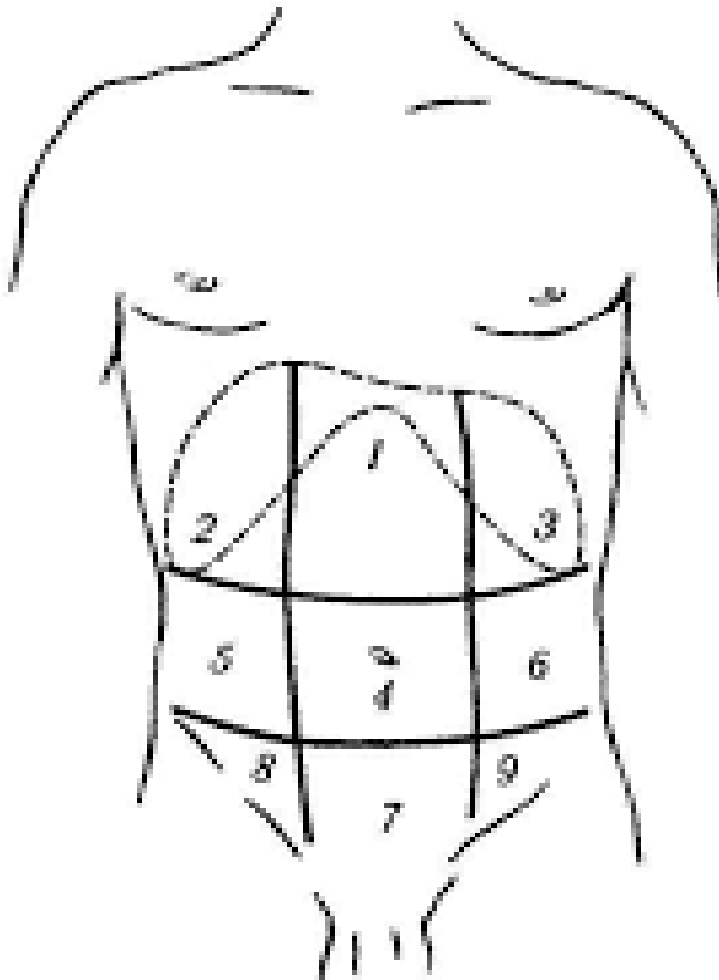
*На задній поверхні:*

8. Лопаткова (парна) – через нижній кут лопатки при опущених руках.

9. Задня серединна (непарна) – по остистих відростках хребців.

10. Біляхребтова (парна) – по середині між задньою серединною і лопатковою лініями

Умовні лінії і весь **живіт** ділять на ряд ділянок:



- 1 – надчеревна;
- 2,3 – підребер'я;
- 4 – пупкова;
- 5,6 – бічні;
- 7 – лобкова (підчерев'я);
- 8,9 - пахвинні

## Пальпація:

Дозволяє визначити болючість, місцеву температуру, вологість шкіри, рухомість та величину лімфовузлів. Положення пацієнта залежить від того, у якій ділянці проводять пальпацію. М/с повернена обличчям до пацієнта, що дозволяє контролювати реакцію хворого на обмацування, руки повинні бути теплими, нігті коротко обстрижені, без сильного натискування, послідовно, легко дотикаючись до поверхні всіх частин тіла.

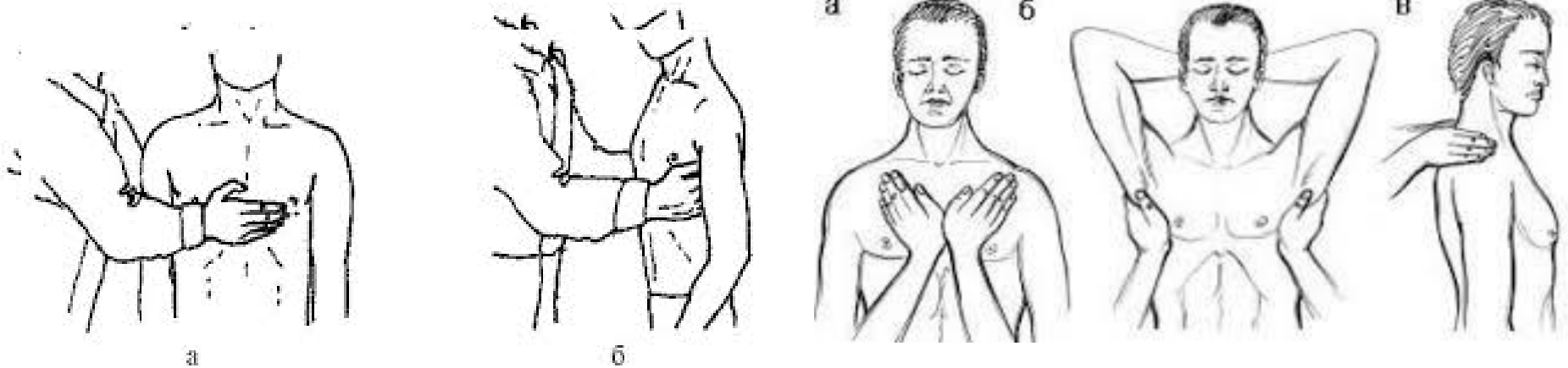
Балотуюча пальпація виявляє наявність асцити, збільшені орган, пухлини.

Пальпацією досліджують всі зовнішні структур, кістки, зчленування, м'язи, сухожилля, суглоби, поверхневі судини, нерви, набряки, гематоми.



## Пальпація грудної клітки:

визначає місцеву болючість, голосове тремтіння (2а,б,в) , еластичність грудної клітки (1а,б), серцевий поштовх, наявність тертя плеври.



Серцевий поштовх визначають в п'ятому міжребер'ї до середини від соскової лінії, площа випинання до 2 см. в діаметрі.

# Пальпація живота

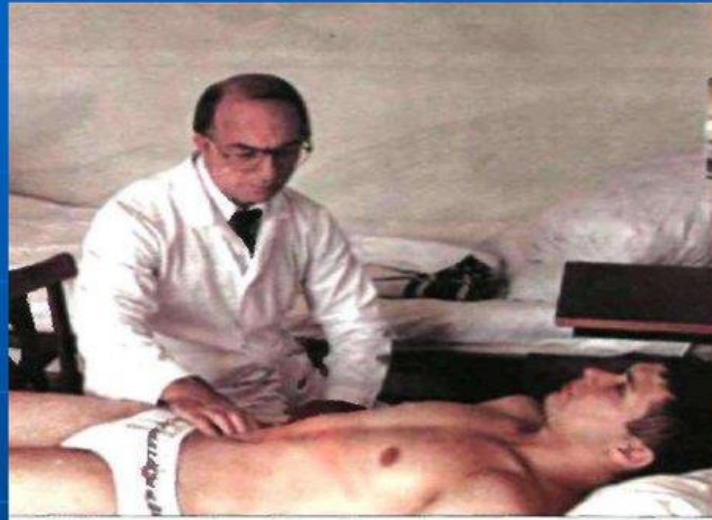
```
graph TD; A[Пальпація живота] --- B[Поверхнева]; A --- C[Глибока  
Методична коззна  
за методом  
Образцова і Стражеско];
```

**Поверхнева**

**Глибока**  
Методична коззна  
за методом  
Образцова і Стражеско

# Пальпація

## Правила пальпації живота



### Положення пацієнта при пальпації живота

1. Сісти праворуч від хворого, на рівні його ліжка.
2. Хворий лежить на невисокій подушці, руки покласти вздовж тулуба, ноги витягнуті.
3. Хворий неглибоко дихає.
4. Живіт хворого оголюють від мечоподібного відростка до лона.
5. Руки пальпуючого повинні бути теплими, сухими, з короткими нігтями.

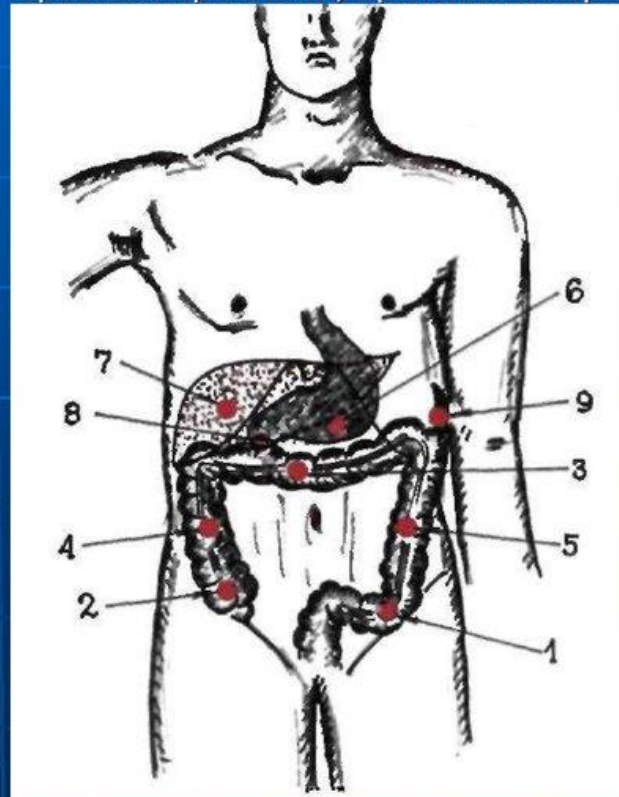
## Поверхнева пальпація дає змогу:

- виявити напруження черевної стінки, її резистентність,
- болісність,
- виявити наявність асциту, грижі,
- пухлини передньої черевної стінки

б/ Глибока методична ковзна пальпація за методом Образцова і Стражеско - топографічне розташування органів черевної порожнини, орієнтовно характер вмісту

### Послідовність:

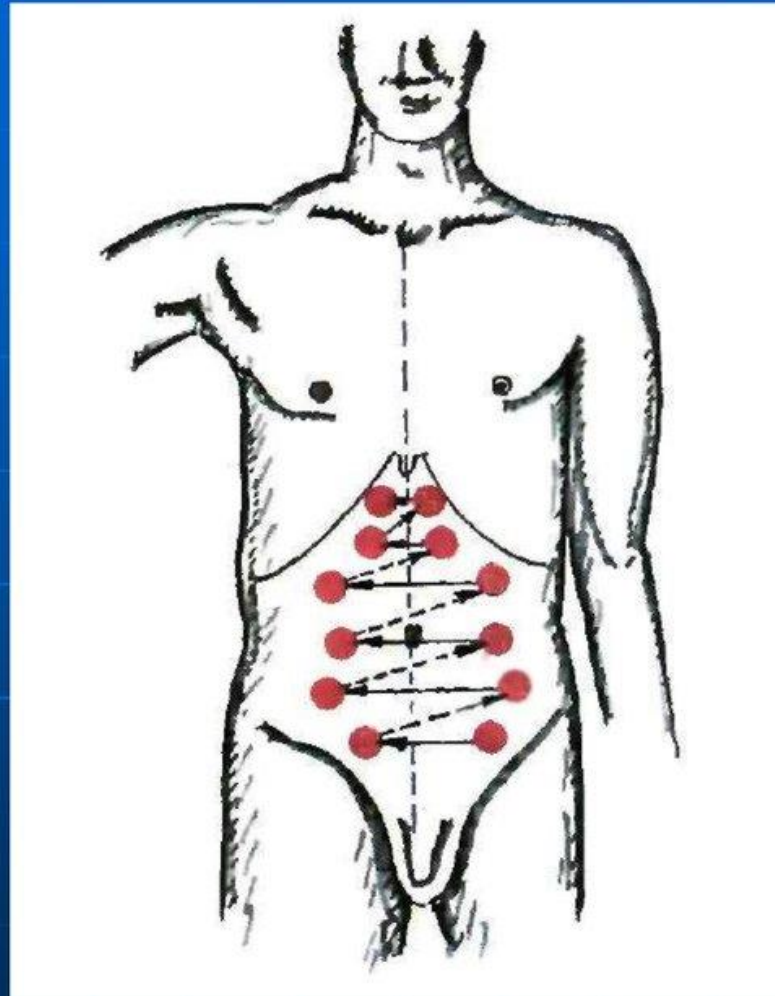
1. Сигмоподібна к-ка.
2. Сліпа к-ка.
3. Висхідна к-ка.
4. Низхідна к-ка.
5. Шлунок.
6. Воротар (пілорус).
7. Поперечна к-ка.
8. Печінка.
9. Жовчний міхур.
10. Підшлункова залоза.
11. Селезінка.
12. Нирка.



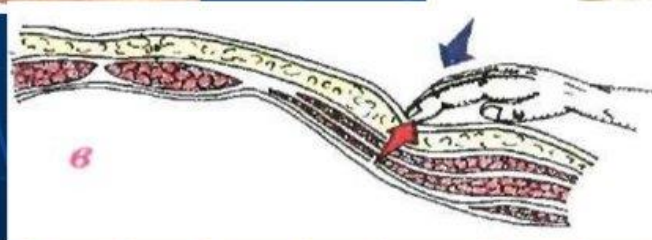
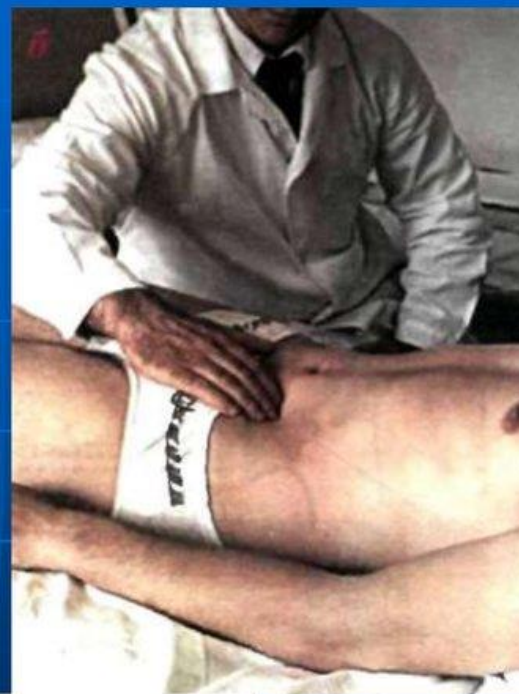
**Послідовність:**

- ліва пахвинна (здухвинна) ділянка,
- потім симетричні ділянки зліва і справа, поступово підіймаючись до епігастральної ділянки (догори)

**Послідовність проведення  
поверхневої пальпації живота**



а/ Для проведення поверхневої пальпації руки кладуть на оголений живіт і м'яким обережним натискуванням обстежують його



**Сигмоподібна к-ка** - гладкий, ущільнений циліндр товщиною в великий чи вказівний палець, не болісний, не бурчить, в'яло і рідко перистальтує.

**Сліпа кишка** - помірно напружений, дещо розширений донизу циліндр із закругленим дном. Д 2-3см, бурчить при надавлюванні на нього.

**Кінцевий відділ клубової кишки** - м'який, легко перистальтуючий, пасивно рухомий циліндр товщиною з олівець, бурчить.

**Поперечно-ободова кишка** - ще дугоподібно і поперечно, має вигляд циліндра помірної щільності, товщиною 2-2,5см, легко пересувається догори і донизу, не бурчить, не болісний



**Пальпація сигмоподібної кишки**



**Пальпація сліпої кишки**





**Пальпація висхідного відділу ободової Кишки**



**Пальпація нисхідного відділу ободової кишки**



**Пальпація поперечного відділу ободової кишки**

## Визначенням меж великої кривини шлунка

1. Перкуторне визначення (за різними відтінками тимпанічного звуку).



Пальпація вороторя (пілоруса)

2. Пальпаторно ( у вигляді складки – валу, яка розташована по обидва боки від хребта) на 2-3см вище пупка.



Потім проводять пальпацію надлобкової ділянки, прямої кишки

# Перкусія (постукування)

При постукуванні різних ділянок тіла виникають звуки, на основі яких можна судити про стан органів, що лежать під перкутованим місцем. Перкусія є безпосередня (постукують м'якушем кінця вказівного пальця, посередня (палець по пальцю). Перкусія буває топографічна (має на меті визначити межі органа) і порівняльна (порівняння звуку на симетричних ділянках, що змінюється при наявності патології

# Проводять перкусію легень, серця, печінки, селезінки, живота.

Границі	Відносної тупості	Абсолютної тупості
Ліва	По серединно-ключичній лінії в V міжреб.	По серединно-ключичній лінії в V міжреб.
Верхня	III ребро	Верхній край IV ребра
Права	IV міжреб. на 1,5 см назовні від правого краю грудини	В IV міжреб. по лівому краю грудини
Судинний пучок		9см

Перкусія серця

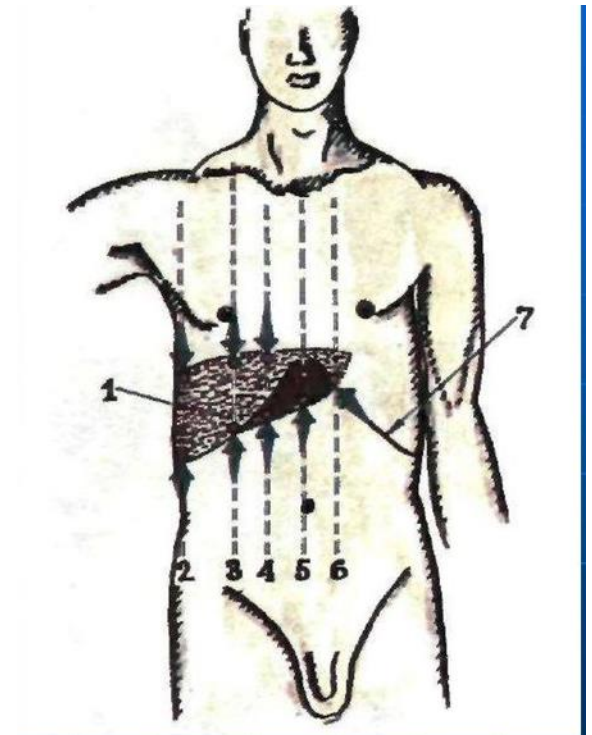


Схема визначення меж абсол.печінкової тупості за В.П. Образцовим

# Перкусія печінки

1. Використовуємо тиху перкусію.
2. Верхня межа абсолютної печінкової тупості збігається з нижнім краєм правої легені.
3. Нижня межа абсолютної печінкової тупості. Починають перкусію з правої передньої аксиллярної лінії. Палець-плесиметр розташовують паралельно положенню нижнього краю печінки, на рівні пупка, чи нижче. Перкутуємо від тимпанічного до абсолютно тупого звуку.
4. Для визначення лівої межі печінкової тупості палець-плесиметр встановлюємо перпендикулярно краю лівої реберної дуги на рівні VIII-IX ребер і перкутуємо вправо безпосередньо по краю реберної дуги до ділянки переходу тимпанічного звуку в тупий

## Норма

1. Пр. передня аксиллярна лінія - X ребро.
2. Пр. середньоключична лінія - нижній край реберної дуги.
3. Пр. білягрудинна лінія - на 2см нижче краю реберної дуги.
4. Передня серединна лінія - на 3-6см нижче мечоподібного відростка,
5. Зліва - не заходить за ліву білягрудинну лінію і збігається по цій лінії з краєм реберної дуги.

## Висота печінкової тупості (розміри по Курлову)

1. По пр. передній аксиллярній лінії- 10-12см.
2. По правій середньоключичній лінії - 9- 11 см.
3. По пр. білягрудинній лінії - 8-11см.



**Визначення нижнього краю печінки по  
правій середньоключичній лінії,  
передній серединній лінії по лівій  
ребровій дузі**





## Пальпація

Поверхнева пальпація може виявити болісність в ділянці пр. підребер'я і епігастральній ділянці.

### Пальпація печінки за методом Образцова і Стражеско

1. Сісти праворуч від хворого.
2. Покласти чотири пальці лівої руки на поперекову ділянку, а великим пальцем натискувати збоку і спереду на реберну дугу, що наближає печінку до пальпуючої руки.
3. Долоню правої руки кладуть плазом, - на черевну стінку по середньоключичній лінії (пальці злегка зігнуті, розташовані нижче реберної дуги) і не сильно тиснути на черевну стінку.
4. Хворий глибоко дихає животом, Печінка змішується вниз, її край ковзає вздовж пальців, тобто пальпується.
5. Край незміненої печінки пальпується в кінці глибокого вдиху на 1-2см нижче реберної дуги. Він м'який, гострий, легко підвертається, рівний і не чутливий.
6. Жовчний міхур у здорових людей не пальпується, оскільки мало вирізняється з-під печінки.



# Аускультация (вислуховування)

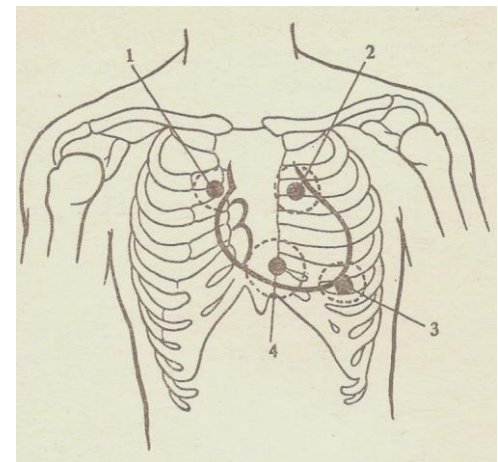
Завдяки вислуховуванню звуків, що утворюються в організмі людини і їх змін можна дійти до висновків про стан і функціонування органів, що вислуховуються.

## ***Способи:***

1. Безпосередня (вухом);
2. Посередня або інструментальна – за допомогою стетоскопа

# Аускультация серця:

При прослуховуванні серця визначають серцеві тони, які бувають підсилені або ослаблені. I та II тони прослуховуються на верхівці серця, аорті, легеневій артерії. Можуть прослуховуватись внутрішньосерцеві шуми (систолічний, діастолічний) і шум тертя перикарда.



### Точки вислуховання серця:

- 1-а - точка верхівкового поштовху (точка вислуховування мітрального клапана і лівого атріовентрикулярного отвору);
- 2-а - точка в II міжребрі безпосередньо у правого краю груднини (точка вислуховування клапанів аорти і гирла аорти);
- 3-а - точка в II міжребрі безпосередньо у лівого краю груднини (точка вислуховування клапанів легеневої артерії);
- 4-а - нижня третина груднини у основи мечоподібного відростка і місця прикріплення V ребра до правого краю груднини (точка вислуховування трьохстулкового клапана і правого атріовентрикулярного отвору);
- 5-а - на рівні III міжребрія у лівого краю груднини (додаткова точка вислуховання аортальних клапанів).

## Аускультація легень

- Проводять у симетричних точках спереду і ззаду, зверху донизу. В нормі вислуховують основні дихальні шуми (везикулярне дихання). При патологічних процесах – додаткові, або побічні дихальні шуми. Везикулярне дихання виникає внаслідок коливання стінок альвеол. Може змінюватись в бік посилення або послаблення. Ці зміни бувають фізіологічними і патологічними. Фізіологічне посилення везикулярного дихання спостерігають у дітей, а послаблення – при потовщенні грудної стінки. Патологічне послаблення везикулярного дихання буває при запаленнях, а патологічне підсилення везикулярного дихання обумовлене змінами фаз дихального шуму при видиху і вдиху. Бронхіальне дихання – це дихальні шуми, що виникають у гортані і трахеї. Нормальне бронхіальне дихання добре прослуховують над гортанню, трахеєю, біфуркацією трахеї. Патологічне бронхіальне дихання прослуховується при ущільненні легеневої тканини і заповненні альвеол запальним ексудатом.
- Побічні дихальні шуми – хрипи, виникають при розвитку патологічного процесу в трахеї, бронхах, у паренхімі легені - сухі хрипи – основною умовою їх виникнення є тотальне або вогнищеве звуження просвіту бронхів; вологі хрипи виникають у результаті скупчення в просвіті бронхів рідкого секрету, крепітація – тріск, який на відміну від хрипів, виникає в альвеолах, шум тертя плеври – прослуховують при патологічних станах, які призводять до змін властивостей листків плеври, внаслідок чого при їх рухах виникає додатковий шум – “шум тертя плеври”.

**Практичні навички. Проведення антропометричних вимірів.  
Визначення зросту дорослої людини.**

Попередня підготовка:

- привітатись з пацієнтом, представитись;
- запропонувати пацієнту зняти верхній одяг і взуття;
- пояснити мету і хід обстеження, отримати згоду.

Основні етапи виконання:

- 1.Руки обробити антисептиком за стандартною методикою.
- 2.Постелити на площину ростоміра одноразову паперову серветку.
- 3.Стати збоку від ростоміра і підняти планку вище від передбачуваного зросту пацієнта.
- 4.Запропонувати (допомогти) пацієнтові стати на площину ростоміра так, щоб п'яти, сідниці, потилиця щільно торкалися планки ростоміра; голову розмістити в таке положення, щоб козелок вуха і зовнішній кут ока знаходились на одній горизонтальній лінії.
- 5.Опустити планку ростоміра на тім'я пацієнта і визначити зріст за показником нижнього краю планки.
- 6.Повідомити пацієнтові результат виміру.
- 7.Дозволити зійти з площини ростоміра.
- 8.Надягнути рукавички, викинути паперову серветку, яка лежала на площині ростоміра у промаркірований контейнер. Зняти рукавички. Руки обробити антисептиком.
- 9.Отриманий результат занести у відповідну медичну документацію.

Довжина тіла дорослої людини мало змінюється, тому немає потреби визначати її частіше, ніж один раз на півроку — рік. При визначенні довжини тіла слід пам'ятати, що вранці після сну вона на 1-3 см більша, ніж наприкінці дня. Після важкої фізичної праці довжина тіла може зменшуватись на 3-5 см. Це відбувається внаслідок ущільнення міжхребцевих дисків і збільшення природних вигинів хребта — лордозів та кіфозів.

## Визначення маси тіла.

Попередня підготовка:

-привітатись з пацієнтом, представитись;

-пояснити пацієнту порядок підготовки до процедури: вранці, натще, після відвідування туалету. у звичному одязі;

-отримати згоду на виконання процедури.

Основні етапи виконання:

1.Руки обробити антисептиком за стандартною методикою.

2.Постелити на площину ваг одноразову паперову серветку.

3.Відкрити затвор, розміщений над панеллю ваг і врівноважити ваги нульовим положенням гир. Закрити затвор.

4.Запропонувати пацієнтові обережно стати (без взуття) у центр площини ватів обличчям до шкали. Ослабленому пацієнту допомогти стати і набути стійкого положення, тому що стоячи на зігнутих ногах він може втратити рівновагу та впасти. Якщо пацієнтові важко стояти, його садять на табурет, попередньо встановлений на вагах і врівноважений.

5.Відкрити затвор і перемішувати гирю на нижній планці коромисла вліво доти, доки приблизно не буде визначена маса тіла.

Перемістити малу гирю верхньої планки до досягнення рівноваги і визначити масу тіла з точністю до 100г.

7 Закрити затвор. Дозволити (допомогти) пацієнту зійти з площини ваг.

8. Підсумувати показники нижньої (одна поділка відповідає 1 кг) і верхньої (одна поділка відповідає 100 г) планок.

9.Відрахувати приблизну масу одягу пацієнта із загальної маси (у разі використання табурета - масу табурета).

10.Повідомити пацієнтові результат зважування.

11.Надягнути рукавички, викинути паперову серветку, яка лежала на площині ваг у промаркований контейнер.

Зняти рукавички. Руки обробити антисептиком.

12.Отриманий результат занести у відповідну медичну документацію.

Як правило, стаціонарних пацієнтів зважують один раз на тиждень. Частіше (двічі на тиждень, щодня) зважують пацієнтів з набряками, яким призначена сечогінна терапія, пацієнтів з ожирінням чи виснаженням з метою спостереження за динамікою лікування.

## Визначення окружності грудної клітки

Попередня підготовка:

- привітатись з пацієнтом, представитись;
- пояснити мету і хід обстеження, отримати згоду;
- запропонувати пацієнту зняти одяг з верхньої частини тулуба, за необхідності допомогти йому.

Основні етапи виконання:

1. Руки обробити антисептиком за стандартною методикою.
  2. Попросити пацієнта стати обличчям до вас, опустити руки, дихати спокійно.
  3. Сантиметрову стрічку накласти на грудну клітку так, щоб ззаду вона проходила під нижніми кутами лопаток, а спереду — на рівні IV ребра {у чоловіків, лід сосками}.
  4. Виміряти окружність грудної клітки: у стані спокою, при максимальному вдиху і після повного вадко. Зафіксувати три показники. Різницю двох останніх вимірів називають екскурсією грудної клітки.
- Показники в межах 8-10-12 см свідчать про добрий розвиток дихального апарату. У людей, які не займаються фізичною працею і фізкультурою, а також у людей із захворюваннями органів дихання екскурсія грудної клітки становить не більше ніж 5-7 см.
5. Повідомити пацієнтові результати виміру.
  6. Продезінфікувати сантиметрову стрічку засобом для швидкої дезінфекції методом зрошення (відповідно до рекомендованого виробником режиму).
  7. Руки обробити антисептиком для зниження ризику інфекції після процедури.



## Тестові завдання

1. Стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або ушкоджень це:
  - А Здоров'я
  - В Хвороба
  - С Міміка
  - D Поза
  - E Манера говорити, логіка.
  
- 2. Стан організму, при якому показники основних фізіологічних систем лежать в межах фізіологічної норми і адекватно змінюються при взаємодії людини з зовнішнім середовищем це:
  - А фізичне здоров'я
  - В соматичне здоров'я
  - С психічне здоров'я
  - D гомеостаз
  - E гомеорез.
  
- 3. Порушення життєдіяльності організму під впливом шкідливих подразників зовнішнього чи внутрішнього середовища. При цьому знижується пристосованість живого організму до зовнішнього середовища й водночас мобілізуються його захисні сили. Це:
  - А здоров'я
  - В хвороба
  - С перехідний стан
  - D адаптація
  - E гомеостаз.

- 4. У сучасній медицині існують моделі хвороби:
  - А біотична і біопсихологічна
  - В біоетична і біосоціальна
  - С біомедична і біопсихосоціальна.
  - D адаптаційна і архаїчна
  - E регуляційна і адаптаційна
- 
- 5. Назвіть фізіологічні показники стресу:
  - А тривога, депресія
  - В прискорені пульс і дихання
  - С надмірне вживання ліків
  - D порушення сну
  - E дратівливість
- 
- 6. Назвіть психологічні показники стресу:
  - А тривога, депресія
  - В прискорені пульс і дихання
  - С підвищення чи зниження артеріального тиску
  - D розширені зіниці
  - E спітнілі, холодні долоні,

- 7. Назвіть види огляду пацієнта:
  - А тимчасовий
  - В постійний
  - С загальний
  - D органічний
  - E механічний
- 
- 8. За шкалою Глазго визначають стан коми. При травмах тяжкого ступеня із загрозою для життя - сума балів дорівнює
  - А 1-2
  - В 2-4
  - С 0-5
  - D 1-7
  - E 3-7
- 
- 9. Положення в ліжку у пацієнта буває:
  - А пасивне
  - В фізіологічне
  - С ембріона
  - D Фауста
  - E «жабки»
- 
- 10. При огляді шиї визначають стан:
  - А щитоподібної залози
  - В виличкової залози
  - С шкіри
  - D придатків шкіри
  - E еластичність шкіри

## СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ 1.

- Проведіть оцінку свідомості пацієнта: часткове виключення свідомості із збереженням словесного контакту на фоні підвищеного порога сприйняття всіх зовнішніх подразників і зниження власної активності.

## СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ 2.

- Проведіть оцінку свідомості: виключення свідомості з відсутністю словесного контакту при збереженні координованих захисних реакцій на больові подразники. Рефлекси зіничні, рогівкові, ковтальні збережені, порушується контроль над сфінктерами.

## СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ 3.

- Проведіть оцінку свідомості: у пацієнта виникла дезорієнтація, поява страшних галюцинацій, злість, страх, агресія.