

PORADA PIEŁĘGNIARSKA

SKRYPT DO PRZEDMIOTU
PORADNICTWO W PIEŁĘGNIARSTWIE

EWA CZECZELEWSKA



Od Autora

Funkcjonowanie zawodu pielęgniarki ulega współcześnie dużym zmianom. Zyskuje on nowy wymiar i rangę, stając się zawodem w pełni samodzielnym. Wzrasta jednocześnie odpowiedzialność za podejmowane działania. Zmienia się zatem rola zawodowa pielęgniarek. Na zmiany w pielęgniarstwie wpłynęło wiele czynników. Do najistotniejszych należy zaliczyć zmiany w organizacji i zadaniach ochrony zdrowia wraz z postępem nauk medycznych oraz rozwojem nowoczesnych technologii. Zwiększa się również świadomość społeczeństwa i wzrastają jego oczekiwania wobec kompetencji przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Determinuje to zwiększenie poziomu kształcenia pielęgniarek w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego. Zmianie ulegają standardy relacji międzyludzkich w coraz większym stopniu uwzględniające poszanowanie godności, jakości życia oraz okazywanie życzliwości klientom. Wśród nowych uprawnień dla pielęgniarek znalazły się m.in. możliwość wypisywania recept, samodzielnego leczenia ran, porada pielęgniarska, a w niej badanie fizykalne pacjenta.

O ile ważnym celem rozszerzenia kompetencji pielęgniarek jest zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla świadczeniobiorców i skrócenie okresu oczekiwania pacjenta na uzyskanie świadczenia lekarskiego, to sprawę kluczową stanowi zakres samodzielności wykonywania tego zawodu i nowe ukształtowanie relacji między pielęgniarkami a pacjentami w procesie udzielania im świadczeń zdrowotnych. Nabycie przez pielęgniarki nowych uprawnień i związana z tym odpowiedzialność za leczenie ludzi, wymusza konieczność zdobycia nowej wiedzy. Przygotowanie skryptu jest odpowiedzią na uzyskanie przez pielęgniarki od 1 sierpnia 2020 roku uprawnień do udzielania porady pielęgniarskiej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz wprowadzenie do kształcenia na kierunku pielęgniarstwo nowego przedmiotu jakim jest *Poradnictwo w pielęgniarstwie*.

Niniejszy skrypt kieruję do studentów pielęgniarstwa i głęboko wierzę, iż treści w nim zawarte, przygotowane w prosty wręcz schematyczny sposób ułatwią przygotowanie się do realizacji nowych kompetencji. Zawartość merytoryczna skryptu odzwierciedla rozkład tematów przewidzianych do realizacji w programie kształcenia na studiach drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Wartością dodaną opracowania jest zestaw 40 pytań testowych, które ułatwią utrwalenie wiadomości zawartych w skrypcie.

Autor

Ewa Czeczewska

Spis treści

1. [Porada pielęgniarska - obowiązujące regulacje prawne](#)
2. [Ocena stanu zdrowia pacjenta](#)
 - 2.1. [Badanie podmiotowe – wybrane elementy](#)
 - 2.2. [Badanie przedmiotowe – wybrane elementy](#)
3. [Predyktory funkcjonowania człowieka zdrowego i chorego](#)
4. [Pacjent w chorobie przewlekłej - ocena posiadanych zasobów i zagrożeń zdrowotnych](#)
5. [Narzędzia do oceny zasobów:](#)
 - 5.1. [Inwentarz Zachowań Zdrowotnych \(IZZ\)](#)
 - 5.2. [Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia \(MHLC\)](#)
 - 5.3. [Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności \(GSSE\)](#)
6. [Udzielanie porady osobom zagrożonym uzależnieniem i uzależnionym - transteoretyczny model zmiany \(Prochaska i DiClemente\)](#)
7. [Narzędzia służące do oceny uzależnienia w różnych sytuacjach zdrowotnych.](#)
 - 7.1. [Kwestionariusz Fagerstroma](#)
 - 7.2. [Kwestionariusz AUDIT](#)
 - 7.3. [Kwestionariusz CAGE](#)
8. [Wywiad motywujący](#)
9. [Przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielegnacji oraz adaptacji do choroby - Teoria Doroty Orem](#)
10. [Ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz określonych wyrobów medycznych](#)
11. [Zasady dobrej komunikacji terapeutycznej](#)
12. [Edukacja pacjenta w poradnictwie pielęgniarskim](#)
13. [Prosty sposób pielęgnowania ran przewlekłych](#)
 - 13.1. [Definicja rany przewlekłej](#)
 - 13.2. [Sposoby pielęgnacji i leczenia ran przewlekłych](#)
 - 13.3. [Preparaty antyseptyczne stosowane w leczeniu ran przewlekłych](#)

- 13.4. [Zestaw do pielęgnacji ran przewlekłych](#)
- 13.5. [Zasady zmiany opatrunku na ranie przewlekłej](#)
- 13.6. [Profilaktyka - najważniejszy element w pielęgnowaniu ran przewlekłych](#)
- 14. [Przykładowa porada pielęgnarska](#)
- 15. [Test](#)
- 16. [Piśmiennictwo](#)

1. Porada pielęgniarska - obowiązujące regulacje prawne

Od 1 sierpnia 2020 r. pielęgniarki i położne uzyskały zostały uprawnione do udzielania porady pielęgniarskiej i położniczej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i wybranych poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Pielęgniarka w ramach porady POZ, w zależności od posiadanych uprawnień zawodowych, może m.in. prowadzić profilaktykę chorób i promocję zdrowia, dobrać sposoby leczenia rany w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, przepisać leki zawierające określone substancje czynne, w tym wystawić na nie recepty, wystawić recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji, wystawić zlecenie lub recepty na wybrane wyroby medyczne (np. pieluchomajtki), wystawić skierowanie na wykonanie określonych badań diagnostycznych w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017; poz.497). – w porównaniu z obowiązującym poprzednio – zmiana uległa filozofia określenia zakresu czynności, do wykonywania których pielęgniarki i położne uprawnione są samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Zmiana ta polega na tym, że poprzednio obowiązujące rozporządzenie zawierało enumeratywne wyliczenie czynności, do wykonywania których pielęgniarki i położne uprawnione były samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Nowe rozporządzenie natomiast zawiera ogólny przepis, zgodnie z którym pielęgniarka może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, z uwzględnieniem § 3. Jednocześnie wspomniany przepis § 3 rozporządzenia wylicza świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarka/położna może udzielać samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, jednakże pod warunkiem ukończenia

właściwego – wskazanego w tych przepisach – rodzaju kształcenia podyplomowego (kursu specjalistycznego, kwalifikacyjnego lub specjalizacji) albo pod warunkiem posiadania tytułu magistra pielęgniarstwa, albo też w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.



Z dniem 1.08.2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 1255 z późn. zm.)[1].

Celem regulacji jest usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie świadczeniobiorcom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez wyodrębnienie porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej wraz z określeniem warunków ich realizacji.

Warunki realizacji porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:

Personel

- 1) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172), lub
- 2) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, posiadająca uprawnienia zawodowe określone w art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567 i 945), lub
- 3) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, uprawniona do samodzielnego doboru sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych bez zlecenia lekarskiego.

Zakres świadczenia

- 1) profilaktyka chorób i promocja zdrowia lub
- 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, lub
- 3) ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub
- 4) wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub
- 5) ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub

6) wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy.

Standard i organizacja udzielania świadczenia

1. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia w ramach świadczeń zapobiegawczych udzielanych przez pielęgniarkę obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu w celu zdefiniowania problemów zdrowotnych oraz ocenę stopnia przygotowania świadczeniobiorcy do samokontroli i samoopieki;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
- 5) opracowanie planu edukacji zdrowotnej;
- 6) przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi, w tym edukację dotyczącą przyjmowania leków i suplementów diety;
- 7) naukę technik samodzielnej obserwacji;
- 8) ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach);
- 9) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarstkich.

2. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;
- 5) opatrzenie ran;
- 6) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarstkich, w tym kierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego;
- 2) ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, i wystawienie recepty lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarstkich.

4. Wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wystawienie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarstkich.

5. Ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty obejmuje:

- 1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego;
- 2) ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarstkich.

6. Wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy obejmuje wykonanie następujących czynności:

- 1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego;
- 2) wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarstkich.

Miejsce udzielania świadczeń

- 1) gabinet pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej lub
- 2) miejsce pobytu świadczeniobiorcy.



POLECAMY!
Porada pielęgniarstwa
w podstawowej
opiece zdrowotnej

Szukaj na pzwł.pl

**PORADA PIELĘGNIARKI
W PODSTAWOWEJ OPIECE
ZDROWOTNEJ**
Redakcja naukowa
Mariola Piotrzak
Beata Ostrowska
Zofia Sienkiewicz

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej

opieki specjalistycznej (Dz.U. 2019 poz. 1864 z późn. zm.). Świadczenie jest udzielane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w następujących dziedzinach: chirurgia ogólna, kardiologia, diabetologia oraz przez położną w dziedzinie położnictwo i ginekologia [2].

Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad pielęgniarskich i porad położniczych oraz warunki ich realizacji

1. Porada pielęgniarska - chirurgia ogólna

Zakres świadczenia

- 1) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego lub
- 2) ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
- 3) wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub
- 4) ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
- 5) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe.

Personel

Pielęgniarka:

- 1) magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub

2) magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1.

Standard i organizacja udzielania świadczenia

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.

2. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran
- 5) opatrzenie ran;
- 6) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran;
- 7) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

3. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie badania fizykalnego;
- 3) przekazanie informacji o możliwości ordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;
- 5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

4. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod

diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
- 6) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

5. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie badania fizykalnego;
- 3) przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;
- 5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

6. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- 3) wykonanie badania fizykalnego;

4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

- 1) kozetka;
- 2) stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki;
- 3) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- 4) telefon;
- 5) zestaw do wykonywania iniekcji;
- 6) zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych;
- 7) pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
- 8) środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
- 9) zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. poz. 94 oraz z 2018 r. poz. 909);
- 10) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
- 11) stetoskop;
- 12) testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
- 13) glukometr;
- 14) termometry;
- 15) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.

2. Porada pielęgniarska – diabetologia

Zakres świadczenia

- 1) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia lub
- 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, lub
- 3) ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
- 4) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
- 5) ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
- 6) wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Personel

Pielęgniarka:

- 1) magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub
- 2) magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1.

Standard i organizacja udzielania świadczenia

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.

2. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu w celu oceny stopnia przygotowania pacjenta do samokontroli i samoopieki;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
- 5) opracowanie planu edukacji diabetologicznej;
- 6) przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi;
- 7) naukę technik samodzielnej obserwacji;
- 8) ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach);
- 9) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z edukacją diabetologiczną;
- 10) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

3. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;
- 5) opatrzenie ran;
- 6) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran;
- 7) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

4. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie badania fizykalnego;
- 3)

Darmowe e-booki



Szukaj na ebook.e-pzwl.pl

przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;

4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;

5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

5. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

1) przeprowadzenie wywiadu;

2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub

3) wykonanie badania fizykalnego;

4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;

5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia;

6) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

6. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:

1) przeprowadzenie wywiadu;

2) wykonanie badania fizykalnego;

3) przekazanie informacji o możliwości zaordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;

4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;

5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

7. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających

metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
- 6) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

- 1) kozetka;
- 2) stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki;
- 3) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- 4) telefon;
- 5) zestaw do wykonywania iniekcji
- 6) zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych;
- 7) pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
- 8) środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
- 9) zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie;

- 10) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
- 11) stetoskop;
- 12) testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
- 13) glukometr;
- 14) termometry;
- 15) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.

3. Porada pielęgniarska– kardiologia

Zakres świadczenia

- 1) wykonanie standardowego spoczynkowego badania elektrokardiograficznego;
- 2) ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
- 3) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
- 4) ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
- 5) wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub
- 6) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Personel

Pielęgniarka:

- 1) magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub

2) magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1.



Standard i organizacja udzielania świadczenia

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.
2. Wykonanie standardowego spoczynkowego badania elektrokardiograficznego obejmuje:
 - 1) przeprowadzenie wywiadu;
 - 2) wykonanie i ocenę badania pod kątem występowania stanów zagrożenia życia i zdrowia;
 - 3) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

3. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie badania fizykalnego;
- 3) przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;
- 5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

4. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia;
- 6) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

5. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie badania fizykalnego;
- 3) przekazanie informacji o możliwości zaordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;

- 4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;
- 5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
6. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:
 - 1) przeprowadzenie wywiadu;
 - 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - 3) wykonanie badania fizykalnego.
 - 4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - 5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
 - 6) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
7. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia obejmuje:
 - 1) przeprowadzenie wywiadu w celu oceny stopnia przygotowania pacjenta do samokontroli i samoopieki;
 - 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - 3) wykonanie badania fizykalnego;
 - 4) ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
 - 5) opracowanie planu edukacji kardiologicznej;
 - 6) przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi;
 - 7) naukę technik samodzielnej obserwacji;
 - 8) ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach);
 - 9) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z edukacją kardiologiczną;
 - 10) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

- 1) kozetka;
- 2) stół zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki;
- 3) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- 4) telefon;
- 5) zestaw do wykonywania iniekcji;
- 6) aparat do EKG;
- 7) pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
- 8) środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
- 9) zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie;
- 10) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
- 11) stetoskop;
- 12) testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
- 13) glukometr;
- 14) termometry;
- 15) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.

4. Porada położnej – położnictwo i ginekologia

Zakres świadczenia

- 1) ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub

- 2) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
- 3) ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
- 4) wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub
- 5) ocena akcji serca płodu, ocena zmian ciążowych, rozwoju ciąży, identyfikacji czynników ryzyka ciążowego, poradnictwo specjalistyczne (choroby współistniejące z ciążą, w szczególności cukrzyca, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą), lub
- 6) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Personel

Położna:

- 1) magister położnictwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub
- 2) magister położnictwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1

Standard i organizacja udzielania świadczenia

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z położną, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez położną na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.
2. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
 - 1) przeprowadzenie wywiadu;

- 2) wykonanie badania fizykalnego;
 - 3) przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - 4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;
 - 5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
3. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem, leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
- 1) przeprowadzenie wywiadu;
 - 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - 3) wykonanie badania fizykalnego;
 - 4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - 5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia;
 - 6) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
4. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:
- 1) przeprowadzenie wywiadu;
 - 2) wykonanie badania fizykalnego;
 - 3) przekazanie informacji o możliwości zaordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - 4) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;
 - 5) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

5. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
- 6) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

6. Ocena akcji serca płodu, ocena zmian ciążowych, rozwoju ciąży, identyfikacji czynników ryzyka ciążowego, poradnictwo specjalistyczne (choroby współistniejące z ciążą, w szczególności cukrzyca, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą), obejmuje:

- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
- 5) opracowanie planu opieki ginekologiczno-położniczej;
- 6) przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej;
- 8) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

7. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:

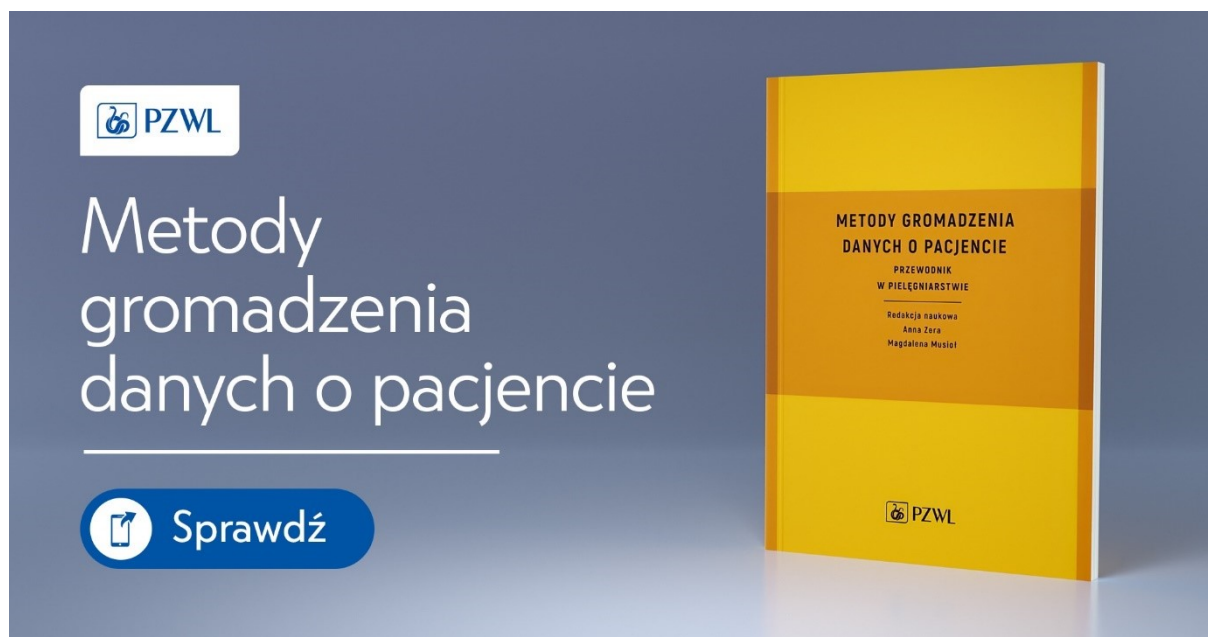
- 1) przeprowadzenie wywiadu;
- 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę,

- 3) wykonanie badania fizykalnego;
- 4) przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;
- 5) opatrzenie ran;
- 6) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran;
- 7) wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

- 1) kozetka;
- 2) stolik zabiegowy lub stanowisko pracy położnej – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań położnej;
- 3) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- 4) telefon;
- 5) zestaw do wykonywania iniekcji;
- 6) zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych;
- 7) pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
- 8) środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
- 9) zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie;
- 10) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
- 11) stetoskop, detektor tętna płodu;
- 12) testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
- 13) glukometr;
- 14) termometry;
- 15) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego;

16) fotel ginekologiczny [2].



2. Ocena stanu zdrowia pacjenta

Ocena stanu zdrowia stanowi jedną z podstawowych metod gromadzenia danych o pacjencie. Zakres informacji zebranych podczas badania fizykalnego powinien stanowić całościowe postrzeganie pacjenta z uwzględnieniem wszystkich sfer jego funkcjonowania (biologicznej, społecznej, kulturowej, psychologicznej) Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Zdrowie jest dobrostanem biopsychospołecznym a nie tylko brakiem choroby czy niepełnej świadomości”. Przeprowadzenie takiej całościowej oceny stanu zdrowia chorego pozwala poznać pacjenta, jego środowisko, zwyczaje, warunki materialne, wykształcenie, wartości i wiele, wiele innych czynników. Kształtują one indywidualny dla każdego człowieka sposób rozumienia zdrowia i choroby, pokazują stan wiedzy na temat chorób ich przyczyn, zapobiegania, profilaktyki. Często uwidaczniają postawę wobec choroby oraz wpływają na zachowania zdrowotne.

W celu zapewnienia osobie chorej profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, lekarskiej i socjalnej konieczne jest dobre rozpoznanie jej stanu bio-psycho-społecznego, ocena

stopnia sprawności ruchowej, psychicznej oraz samoobsługowej. Ocena ta pozwoli na zaplanowanie działań pielęgnacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które przyczynią się do poprawy sprawności oraz zaktywizowania osoby chorej w środowisku szpitalnym, domowym czy podczas pobytu w domu pomocy społecznej. Pozwoli to również na określenie zakresu koniecznej pomocy, jaka powinna być świadczona choremu. Aby ocena stanu była trafna i obiektywna, konieczne jest zastosowanie odpowiednich narzędzi czyli skal i kwestionariuszy.

Ocena stanu pacjenta powinna obejmować cztery główne dziedziny: ocenę stanu czynnościowego, ocenę stanu zdrowia fizycznego, ocenę funkcji umysłowych oraz ocenę socjalno-środowiskową.

Ocena czynnościowa - ma na celu określenie stopnia zdolności osoby chorej do samoopieki, samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym w zakresie czynności podstawowych i złożonych. Przykładowo, aby dokonać tej oceny, można posłużyć się skalą oceny podstawowych czynności życiowych - skalą Katza (ADL - activities of daily living). Ocenia ona takie parametry, jak zdolność utrzymywania higieny, umiejętność samodzielnego ubierania się i rozbierania, mobilność chorego (w najbardziej podstawowym zakresie, tj. czy jest w stanie wstać z łóżka i przesiąść się na fotel) oraz kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych (oddawanie moczu i stolca).

Ocena zdrowia fizycznego - pozwala ocenić wydolność organizmu lub poszczególnych układów w sytuacji wystąpienia choroby przewlekłej. Narzędziami używanymi w ocenie stanu fizycznego są skale pozwalające w obiektywny sposób ocenić stan chorego. Oprócz skal powszechnie stosowanych w medycynie (np. skala niewydolności krążenia wg NYHA, kanadyjska skala oceny choroby wieńcowej, skala oceny zaawansowania RZS czy skala nasilenia choroby Parkinsona) stosuje się inne skale dobrane do potrzeb oceny stanu chorego.

Ocena stanu umysłowego – pozwala ocenić funkcje umysłowe. Przykładowo stosuje się test MMSE (Mini-Mental State Examination) Folsteinów lub w wersji

skróconej, skrócony test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona. Przy pomocy tej skali można ocenić zarówno możliwości zapamiętywania nowych informacji, jak i odtwarzania z pamięci zdarzeń odległych oraz orientację pacjenta.

Ocena socjalna - celem oceny socjalno-środowiskowej, prowadzonej z udziałem pielęgniarki środowiskowej, a w szczególności z udziałem rodziny, jest określenie potrzeb w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej, jak i długoterminowej. Przykładowo na podstawie przeprowadzonej oceny za pomocą skali Barthel można zakwalifikować pacjenta do opieki domowej, opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach opiekuńczo pielęgnacyjnych bądź do zamieszkania w domu pomocy społecznej [3].

Rola badań fizykalnych w ocenie stanu zdrowia pacjenta

Już od 20 lat polskie pielęgniarki i położne posiadają uprawnienia do wykonywania badań fizykalnych. Pielęgniarka stosująca badanie fizykalne staje się pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, a dla pacjenta – bardziej kompetentnym i efektywnym opiekunem. Praktyka pielęgniarska obejmuje, bowiem nie tylko funkcje, do jakich pielęgniarka była tradycyjnie przygotowywana, lecz także szeroki zakres działań w przeszłości zarezerwowanych tylko dla lekarza. Obecnie, w celu ułatwienia procesu opieki, pielęgniarki muszą wykazywać się umiejętnościami obejmującymi zbieranie danych dotyczących pacjenta oraz posiadać umiejętności badania fizykalnego. Wiele pielęgniarek już wcześniej uznało, że umiejętność wykonania badania fizykalnego stanowi wyraz rozszerzenia roli pielęgniarki w zakresie oceny stanu, a także nadążania za zmianami zachodzącymi w opiece zdrowotnej. Jest też sposobem zapewnienia lepszej i skuteczniejszej opieki, wyrazem poszerzenia zakresu kompetencji i odpowiedzialności w praktyce pielęgniarskiej [4].

Zwrócono przy tym uwagę, że badanie fizykalne wykonywane przez personel pielęgniarski, jako narzędzie do gromadzenia danych o pacjencie, z powodzeniem

może być wykorzystywane przez innych członków zespołu terapeutycznego. Umiejętności, jakie pielęgniarka powinna posiadać do prawidłowego przeprowadzenia badania fizykalnego to: umiejętność przeprowadzenia wywiadu, oglądania, palpacji, opukiwania i osłuchiwania.

Zawód pielęgniarki, w pełni samodzielny, obecnie zyskuje nowy wymiar. Zmiany w systemie ochrony zdrowia, postępy nauk medycznych, rozwój świadomości społeczeństwa powodują, że zespół pielęgniarski jest bardziej świadomy zwiększającej się samodzielności, odpowiedzialności za podejmowane działania, pojawiających się nowych wyzwań, a także konieczności ciągłego doskonalenia zawodowego [5, 6].

Prawidłowo przeprowadzony wywiad (badanie podmiotowe) i badanie fizykalne (przedmiotowe) są podstawowymi elementami diagnozowania chorego. Celem badania fizykalnego jest dokonanie oceny stanu zdrowia pacjenta oraz rozpoznanie i zinterpretowanie objawów (patofizjologii). W praktyce pielęgniarskiej badanie przedmiotowe służy zidentyfikowaniu potrzeb zdrowotnych chorego, postawieniu właściwej diagnozy pielęgniarskiej, ustaleniu celu i odpowiednich interwencji pielęgniarskich.

Badania fizykalne na świecie

Pionierem wykorzystania badań fizykalnych w praktyce pielęgniarskiej były Stany Zjednoczone. Już w latach 60. XX wieku badanie przedmiotowe wprowadzono jako element szkolenia *Nurse Practitioner*. Na przełomie lat 70. i 80. włączono je w program szkolenia na poziomie wyższym (*baccalaureate program*), w a chwili obecnej realizowany jest w podstawowym programie kształcenia pielęgniarek. W Stanach Zjednoczonych badanie fizykalne wykorzystują pielęgniarki pracujące zarówno w szpitalu, środowisku domowym, jak i w podstawowej opiece zdrowotnej jako narzędzie do gromadzenia informacji o pacjencie, identyfikowania problemów zdrowotnych społeczeństwa oraz potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej [7, 8].

W Belgii kształcenie pielęgniarek zostało prawnie uregulowane w 1908 roku. W połowie lat 70. XX wieku rola i funkcja pielęgniarki zmieniła się definitywnie. Dotychczas zadania pielęgniarek polegały tylko i wyłącznie na wykonywaniu zaleceń

lekarskich. Zyskanie szacunku w społeczeństwie spowodowało, że pielęgniarka stała się pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego. Zawód pielęgniarki reguluje Ustawa o pielęgniarstwie (art. 21, część 5) zawarta w Dekrecie Królewskim 78 z 10 listopada 1967 roku (zmieniony 17.07.2001). Zgodnie z Dekretem funkcja pielęgniarki jest funkcją autonomiczną polegającą na dokonywaniu oceny stanu zdrowia chorych oraz asystowaniu lekarzowi podczas diagnozowania i leczenia choroby czy niepełnosprawności. Holistyczną ocenę stanu zdrowia belgijskie pielęgniarki realizują wykorzystując elementy badania fizykalnego. W Kanadzie i Australii w latach 90. XX wieku badanie fizykalne wprowadzono w ramach szkoleń pielęgniarek specjalistek *Advanced Practise* [6].

Badania fizykalne w Polsce, kształcenie i regulacje prawne

W Polsce badania fizykalne do praktyki pielęgniarstwa wdrożono na mocy rozporządzenia MZiOS z dnia 2 września 1997 roku *w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie* (Dz.U. Nr 116 poz. 750 z późn. zm.). Zapis zawarty w tym rozporządzeniu – wykonywanie badania fizykalnego pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa z zasady obowiązywał, aż do dnia 27 lutego 2017 r., kiedy to dokonano kolejnej nowelizacji tego rozporządzenia [9].

Na tym etapie wdrażanie badań fizykalnych do praktyki pielęgniarstwa nie było łatwe, mimo, że pod względem prawnym zostało ono uregulowane. Przede wszystkim nie było kadry pielęgniarstwa posiadającej wiedzę, umiejętności i uprawnienia do ich wykonywania. Powołane przez Ministerstwo Zdrowia w 1998 r. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPiP) zamieściło w programach specjalizacji moduł: ocena stanu zdrowia i badania fizykalne, którego realizacja przewidywała, aż 135 godz. dydaktycznych obejmujących zajęcia teoretyczne i praktyczne. Jednak dopiero w październiku 1999 r. zorganizowano pierwsze dwutygodniowe szkolenie dla polskich pielęgniarek. Szkolenie przyszłych trenerów w zakresie oceny stanu zdrowia i badania fizykalnego – było

przeprowadzone w Zakopanem przez pielęgniarki amerykańskie Buffy Blunt i Marry Ann Krisman-Scott z Uniwersytetu Hahnemanna w Filadelfii. Ukończyło je 38 pielęgniarek i położnych z całego kraju. Pozwoliło to na wprowadzenie kaskadowego nauczania pielęgniarek umiejętności wykonywania badań fizykalnych [5].

Transformacja kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Polsce oraz związane z nią zmiany w standardach kształcenia przeddyplomowego umożliwiły wprowadzenie zajęć przygotowujących studentów do badania fizykalnego. Od roku akademickiego 2007/2008, na mocy Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz.U. z 2007 r. Nr 164, poz. 1166), na kierunkach studiów pielęgniarstwo i położnictwo (studia I stopnia) uczelnie były zobowiązane do realizacji 45 godzin zajęć dydaktycznych z przedmiotu badanie fizykalne. Następnie w związku z wprowadzeniem Krajowych Ram Kwalifikacji od roku akademickiego 2012/2013 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo realizowany jest program zgodny ze standardami kształcenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku (Dz.U. z dnia 5.06.2012 poz. 631). Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarskiej i jej dokumentowania; rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu

noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym; wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo – szkieletowego i układu nerwowego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta; wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczy pacjentów samobadania piersi [10,11].

W 2018 r. minęło już dwadzieścia lat od wprowadzenia do nauki i praktyki pielęgniarek i położnych wykonywania badań podmiotowych (wywiad) i przedmiotowych (fizykalnych). Wiele się zmieniło zarówno w nauczaniu tych umiejętności jak i wykorzystaniu ich w praktyce zawodowej. Obecnie na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. *w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego*, pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń diagnostycznych obejmujących wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego *Advanced Physical Assessment* [7].

Dziś śmiało można stwierdzić, że już każda osoba wykonująca zawód pielęgniarki czy położnej posiada wiedzę i umiejętności w tym zakresie. Wiele się też zmieniło na gruncie wykorzystywania tych umiejętności w opiece nad chorym. Wszak w dobie kompetencji ordynowania leków i wystawiania recept przez pielęgniarki i położne są to umiejętności niezbędne.

2.1. Badanie podmiotowe – wybrane elementy

Badanie podmiotowe - jest to wywiad przeprowadzany z pacjentem. Pozwala skupić się na pacjencie i poznać, jak postrzega on swoją sytuację zdrowotną.

Zdobywanie odpowiednich informacji od pacjenta jest rzeczą trudną, dlatego pomocna jest wiedza na temat tego jak zbierać informacje, jak komunikować się z chorym, aby uzyskać jak najwięcej potrzebnych informacji. Stworzone zostały do tego różne schematy oraz narzędzia takie jak: schemat badania podmiotowego Calgary-Cambridge, schemat zbierania danych OLDCARD czy też schemat AMPLE.

Schemat badania podmiotowego Calgary-Cambridge dzieli wywiad na kilka etapów, z których każdy zakłada wykonanie pewnych zadań z użyciem szczególnych umiejętności.

Do etapów tych należą:

1. Rozpoczęcie wywiadu

- nawiązanie kontaktu,
- określenie aktualnego problemu/problemów.

2. Zbieranie informacji

- omówienie problemu/problemów,
- zrozumienie punktu widzenia chorego,
- usystematyzowanie informacji.

3. Budowanie zaufania

- uzyskanie informacji zwrotnej,
- aktywizowanie pacjenta.

4. Wyjaśnienia i planowanie

- dostarczenie informacji odpowiedniej pod względem jakości i ilości,
- pomoc we właściwym zrozumieniu i zapamiętaniu,
- uzyskanie wzajemnego zrozumienia przez poznanie punktu widzenia pacjenta,
- planowanie dalszego postępowania przez wspólne z pacjentem podejmowanie decyzji.

5. Zakończenie spotkania

Do prawidłowego zebrania wywiadu potrzebne są odpowiednie umiejętności. Do najważniejszych z nich należą:

- Uważne słuchanie, na które składa się między innymi: zachowanie kontaktu wzrokowego, odpowiednia postawa, wspomagające gesty i wyrażenia (kiwanie głową, wyrażenia np. „mhm”, „i co dalej”)

- Odpowiednie zadawanie pytań, korzystanie z ustalonych rodzajów pytań stosowanych w wywiadzie, takich jak:
- Pytanie zamykające – potrzebne do ustalania faktów, zwykle prowokują krótką odpowiedź składającą się z jednego słowa oraz zawężają możliwe do uzyskania informacje.
- Pytania otwarte – mniej ograniczające, ukierunkowują odpowiedź pacjenta, pozwalając mu na swobodniejszą wypowiedź.
- Pytania wyjaśniające lub „sondujące” np. „co Pan przez to rozumie”, „Proszę powiedzieć, kiedy ostatni raz występował taki ból”.
- Streszczenie, które polega na powtórzeniu w skrócie dotychczas zebranych informacji kilkakrotnie w trakcie wywiadu oraz po jego zakończeniu. Pozwala to zweryfikować czy to co przekazał pacjent zostało dobrze zrozumiane, pozwala zebrać dotychczasowe fakty oraz zweryfikować czy wszystkie możliwe pytania zostały już zadane. Dostarcza również pacjentowi możliwość kontynuowania relacji, a także jest dla niego sygnałem, że był uważnie słuchany [12,13].

Badanie podmiotowe powinno być prowadzone systematycznie, aby nie ominąć ważnych elementów sytuacji zdrowotnej chorego. Pomocne jest przy tym zadawanie pytań w odpowiedniej kolejności. Stworzono do tego system o nazwie OLD CARD, FIFE a także AMPLE, stosowany głównie w przypadkach zagrożenia życia pacjenta.

System OLD CARD – zebranie informacji o dolegliwościach, objawach:

O (onset) – kiedy rozpoczęły się dolegliwości?

L (location) – gdzie jest miejsce odczuwania dolegliwości?

D (duration) – jak długo pacjent odczuwa daną dolegliwość/dolegliwości?

C (characteristic) – jak może opisać/ scharakteryzować swoje dolegliwości?

A (aggravating) – jakie są czynniki, które pogarszają dany objaw/objawy?

R (relieving factors) – jakie są czynniki, które łagodzą dolegliwości?

T (treatment) – jakie leczenie dotychczas zastosowano?

System AMPLE – gromadzenie informacji o stanie zdrowia pacjenta w sytuacji zagrożenia życia:

A (allergies) – na jakie leki lub inne substancje chory jest uczulony?

M (medication) – jakie leki pacjent przyjmuje/przyjmował?

P (past medical history) – na jakie choroby pacjent do tej pory się leczył (pytania koncentrują się na przeszłości chorobowej pacjenta)

L (last meal) – kiedy pacjent spożywał ostatni posiłek? (ma to istotne znaczenie zwłaszcza wtedy, gdy istnieje zagrożenie życia chorego i planowany jest zabieg operacyjny w trybie pilnym z zastosowaniem znieczulenia ogólnego; to ważne pytanie o ostatni posiłek dotyczy grupy między innymi chorych na cukrzycę, aby rozpoznać np. stan niedocukrzenia.

E (environment) – jakie były okoliczności zdarzenia, jak doszło do zdarzenia? (z odpowiedzi na pytania, o to co miało miejsce można poznać mechanizm urazu lub bezpośrednią przyczynę stanu chorobowego pacjenta).

System FIFE – strategia, która pozwala na lepsze poznanie pacjenta, jego choroby i doświadczeń z nią związanych:

F (feelings) – uczucia związane z chorobą, a zwłaszcza obawy, wątpliwości,

I (ideas) – idee, pomysły wyjaśnienia sprawy, przyczyn problemu zdrowotnego,

F (function) – funkcjonowanie pacjenta w chorobie, wpływ choroby na życie codzienne,

E (expectations) – oczekiwania dotyczące lekarza, pielęgniarki, choroby.

Sztuki zbierania wywiadów nie można nauczyć się tylko z podręczników. Konieczne jest również własne doświadczenie, zdobyte w bezpośrednim kontakcie z chorymi i korzystanie z uwag starszych kolegów. Niezbędne jest także opanowanie podstaw psychologii. W razie nieprzytomności lub ciężkiego stanu chorego powinno się uzyskać informacje od jego rodziny lub otoczenia. Dotyczy to również małych dzieci. Pielęgniarka lub lekarz nie powinien niczego sugerować choremu podczas zbierania wywiadu. Powinien zbierać go poważnie, cierpliwie i spokojnie, okazując choremu współczucie i zainteresowanie jego stanem zdrowia [12,13,14].

2.2. Badanie przedmiotowe – wybrane elementy

Badanie fizykalne pacjenta dzielimy na podmiotowe i przedmiotowe. Badanie fizykalne przedmiotowe polega na fizycznej ocenie stanu zdrowia pacjenta,

wykonując takie czynności jak: oglądanie, opukiwanie, badanie palpacyjne oraz osłuchiwanie.



Badania fizykalne klatki piersiowej i płuc

Przebieg badania klatki piersiowej i płuc odbywa się według ustalonego porządku:

Oglądanie (*inspectio*) – jest najistotniejsze z metod i należy zastosować ją, jako pierwszą.

Obmacywanie (*palpatio*) – w tej metodzie badający wykorzystuje zmysł dotyku. Za pomocą tej metody ocenia się m.in. ucieplenie, tkiwość, wilgotność, konsystencję, czy napięcie.

Opukiwanie (*percussio*) – metoda ta ocenia stan zdrowia na podstawie tzw. odgłosu opukowego. Przy pomocy opukiwania możliwe jest określenie czy tkanka znajdująca się w badanym miejscu wypełniona jest płynem, powietrzem, czy też ma charakter spoisty. Metodą tą można ocenić warstwę około 5–7 centymetrów w głąb ciała w miejscu opukiwania.

Osluchiwanie (*ascultatio*) – jest badaniem mającym na celu ocenę dźwięków, takich jak szmery, szumy czy też tony pochodzących z niektórych narządów wewnętrznych. Głównie z serca, jamy brzusznej, płuc, z tętnic, a także tętna

plodu. Do osłuchiwania wykorzystuje się przyrząd nazywany stetoskopem [15,12,13,10].

1. Oglądanie

Zniekształcenia klatki piersiowej

- klatka piersiowa beczkowata – stosunek średnicy przednio – tylnej do bocznej zbliża się do 1,0. Wynika ze starzenia się organizmu lub z rozedmy płuc,
- klatka piersiowa lejkowata (wydrążona) charakteryzuje się zagłębieniem w dolnej części mostka,
- klatka piersiowa kurza – mostek jest przemieszczony ku przodowi, zwiększając średnicę przednio-tylną,
- klatka cepowata (wiotka) – kształt ten wywołany jest nieprawidłowymi ruchami oddechowymi, które towarzyszą złamaniu żeber w kilku miejscach [13].

Zaburzenia częstości i rytmu oddechów

- Szybki powierzchowny oddech (*tachypnoe*) – występuje np. w restrykcyjnych chorobach płuc, w gorączce,
- Szybki głęboki oddech (*hyperpnoe*) – spowodowany jest np. wysiłkiem, lękiem, kwasicą metaboliczną,
- Oddech powolny (*bradyypnoe*) – wywołany jest wzrostem ciśnienia śródczaszkowego, polekowym zahamowaniem ośrodków oddychania,
- Oddech Cheynego-Stockesa – polega na cyklicznym nasileniu i splycieniu oddychania; okresy głębokiego oddechu zmieniają się z okresami oddechu coraz płytszego i bezdechu. U dzieci i osób starszych taki tor oddychania może pojawiać się podczas snu. Inne przyczyny: niewydolność krążenia, mocznica, uszkodzenie mózgu,
- Oddech Biota (bezład oddechowy) – charakteryzuje się zupełną nieregularnością. Przyczyny: toksyczna depresja nerwowej regulacji oddychania, i uszkodzenia mózgu,

- Oddech Kussmaula (oddech zgonionego psa) – występuje przy kwasicy ketonowej oraz w śpiączce cukrzycowej [12,13].

2. Obmacywanie (palpacja)

Badanie palpacyjne klatki piersiowej pozwala na ocenę:

- rozszerzalności klatki piersiowej,
- drżenia głosowego,
- oznaczania poziomu dolnych granic płuc,
- tarcia opłucnej,
- ustawienia tchawicy,
- skóry i tkanek podskórnych,
- bolesności klatki piersiowej.

Ruchomość klatki piersiowej

Najważniejsze jest badanie ruchów klatki piersiowej od tyłu. Umożliwia ono ocenę rozszerzalności dolnych płatów płucnych.

Technika badania – dłonie układa się na klatce piersiowej, tak aby kciuki stykały się na kręgosłupie nieco poniżej dolnych kątów łopatek, a pozostałe części dłoni przylegają do klatki piersiowej w symetrycznych miejscach po obu stronach. Między kciukami, a palcami wskazującymi wytwarza się kąt, który obejmuje środkową i boczną część łopatki. Badany oddycha głęboko. Obserwuje się zależne od ruchów klatki piersiowej przesuwanie się kciuków, jednocześnie dłonie wyczuwają zakres i symetrię ruchów oddechowych. Ruchy oddechowe są zmienione i niesymetryczne w chorobach opłucnej lub płuc [14,12,10].

Badanie drżenia głosowego

Drżenie głosowe są to wibracje i drgania powstające w czasie mówienia, przewodzone przez układ oskrzelowo-płucny na powierzchnię klatki piersiowej.

Technika badania – prosi się chorego o mówienie wielokrotne np. „czterdzieści cztery” W tym czasie obmacuje się kolejno symetryczne miejsca po obu stronach klatki piersiowej. W przypadku powstania zmian patologicznych na drodze przewodzenia głosu może dojść do:

- wzmożenia drżenia głosowego – w stanach zmniejszonej powietrzości płuc przy zachowanej, drożności oskrzela np. naciek zapalny, duży naciek nowotworowy. W pobliżu dużych oskrzeli wzmożenie drżenia głosowego jest fizjologiczne
- osłabienie lub zniesienie drżenia głosowego – spowodowane jest upośledzeniem drożności oskrzela z następową niedodmą (np. guz, ciało obce). Również wskutek izolacji przez: płyn w jamie opłucnej, odmę opłucnową, zrosty opłucnej, grubą warstwę tkanki tłuszczowej.

Badanie tarcia opłucnej

Tarcie opłucnej powstaje w sytuacji, gdy na obu blaszkach opłucnej w toku zapalenia powstają złogi włóknika. Ocierające blaszki płucnej wywierają drgania i wibracje.

Technika badania – badanie odbywa się poprzez przyłożenia wewnętrznej strony dłoni do badanego miejsca. Objaw oceny jest zwykle na szczycie wdechu [14,15,10].

3. Opukiwanie

Za pomocą opukiwania określić można, czy tkanki w zasięgu opukiwania są wypełnione powietrzem, płynem, czy mają spoisty charakter. Dotyczy to warstwy 5-7 cm w głąb od miejsca opukiwania.

Technika badania – środkowy palec lewej dłoni w pozycji maksymalnie wyprostowanej przyciska się silnie do powierzchni klatki piersiowej. Czubkiem prawego środkowego palca, częściowo zgiętego, uderza się w środkowy paliczek lewej dłoni, uprzednio przyłożony do powierzchni klatki piersiowej. Przy uderzeniu ruchy wykonuje się jedynie w stawie nadgarstkowym. W każdym miejscu opukiwania uderza się dla porównania podwójnie uderzenie wywołuje zjawisko akustyczne zwane w medycynie „odgłosem opukowym”.

Wyróżnia się dwa rodzaje opukiwania klatki piersiowej:

- opukiwanie porównawcze (orientacyjne) – ma na celu porównawcze ustalenie charakteru w typowych symetrycznych punktach klatki piersiowej,
- opukiwanie topograficzne (szczegółowe) – opukuje się kolejno od góry do dołu wszystkie międzyżebra w linii przymostkowej, środkowo-obojęzycznej, pachowej środkowej, oraz od tyłu w okolicy nadgrzebieniowej, międzyłopatkowej, i podłopatkowej.

Za pomocą opukiwania uzyskuje się 5 różnych rodzajów odgłosu opukowego, różniących się wysokością, nasileniem i czasem trwania:

- bardzo stłumiony – miękki, cichy, wysoki i krótki modelowo można uzyskać go na udzie,
- stłumiony – głośniejszy, umiarkowanie wysoki, o średnim czasie trwania modelowo można uzyskać go nad wątrobą,
- jawny – głośny, niski, długi modelowo można uzyskać go nad zdrowym płucem,
- nadmiernie jawny – bardzo głośny, niższy, dłuższy modelowo można uzyskać go nad płucem rozedmowym,
- bębnekowy – głośny, o innej barwie tonu opukowego, dłuższy modelowo można uzyskać go nad bańką gazową żołądka.

Za pomocą opukiwania uzyskuje się 5 różnych rodzajów odgłosu opukowego, różniących się wysokością, nasileniem i czasem trwania:

- bardzo stłumiony – miękki, cichy, wysoki i krótki modelowo można uzyskać go na udzie,
- stłumiony – głośniejszy, umiarkowanie wysoki, o średnim czasie trwania modelowo można uzyskać go nad wątrobą,
- jawny – głośny, niski, długi modelowo można uzyskać go nad zdrowym płucem,
- nadmiernie jawny – bardzo głośny, niższy, dłuższy modelowo można uzyskać go nad płucem rozedmowym,

- bębenkowy – głośny, o innej barwie tonu opukowego, dłuższy modelowo można uzyskać go nad bańką gazową żołądka.

[15,13].

4. Osluchiwanie

Osluchiwaniem badane są szmery/dźwięki powstające w narządach wewnętrznych układu oddechowego podczas wzburzonego przepływu powietrza poprzez układ oskrzeli, oskrzelików i pęcherzyków. Podczas osłuchiwania orientacyjnego sprawdza się rutynowe okolice. Są to:

- od przodu – w linii środkowo–obojczykowej, na poziomie II przestrzeni międzyżebrowej,
- w linii środkowo-pachowej, na poziomie V przestrzeni międzyżebrowej,
- od tyłu, w okolicach nadłopatkowych, ponad dolnymi polami płuc,
- w okolicach międzyłopatkowych ponad środkowymi polami płuc.

Pacjent podczas badania powinien oddychać spokojnie i głęboko, równo, przez nos a nie ustami (wtedy szmer pęcherzykowy zamienia się w szmer oskrzelowy). W niektórych przypadkach należy rozszerzyć zakres badania, osłuchuje się chorego po kaszlu lub po wykonaniu głębokich oddechów, na szczycie wdechu lub wydechu. Czasami osłuchuje się też mowę, zarówno szept jak i głośną.

Rozróżnia się 4 podstawowe typy szmeru: oddechowy pęcherzykowy, oddechowy oskrzelowy, szmer nieoznaczony i szmer oddechowy dodatkowy.

Szmer oddechowy pęcherzykowy otrzymuje się nad zdrowym płucem. W czasie wdechu jest on podobny w dźwięku do wypowiedzianej miękko szeptem głoski f. W czasie wydechu dźwięk ten jest znacznie krótszy i jego dźwięk przypomina głoski f oraz h. Szmer ten powstaje na skutek rozszerzenia się i wypełnienia powietrzem prawidłowych pęcherzyków płucnych i spowodowany jest wdechowym rozszerzeniem płuca. Spotyka się różne odmiany szmeru pęcherzykowego. są nimi:

- szmer pęcherzykowy zaostrowany (nieżyt oskrzeli, sąsiedztwo nacieków, nowotwory)
- powstaje on z powodu zwężenia światła oskrzeli,

- szmer pęcherzykowy osłabiony lub jego zanik (przeszkoda w oskrzelach, zrosty opłucnowe),
- szmer pęcherzykowy szorstki – powstaje w nieżytych oskrzeli,
- szmer pęcherzykowy z wydłużonym wydechem (zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, dychawica oskrzelowa),
- szmer pęcherzykowy przerywany – podczas nieżyty oskrzeli wywołany oporem w następstwie obrzęku błony śluzowej lub wydzieliny oskrzelowej.

Szmer oddechowy oskrzelowy wysłuchuje się w zdrowych płucach powyżej górnej części

mostka. Przypomina on swoim charakterem szmer powstający przy przedłużonej fonacji litery h. Jest on słyszany zarówno w fazie wdechu jak i wydechu. Wydech w oddechu oskrzelowym trwa dłużej i jest silniej zaznaczony niż wdech. W zależności od nasilenia oddechu oskrzelowego rozróżnia się kilka jego rodzajów:

- cichy – jak gdyby słyszany z głębi – wysłuchuje się w głęboko zlokalizowanych naciekach płuc,
- głośny – wysłuchuje się go nad zbitymi naciekami (zapalenie płatowe płuc),
- jamisty, dzbanowy – jest to oddech głęboki miękki, czasami bardzo głośny o oddźwięku metalicznym – wysłuchuje się go nad przestrzeniami zamkniętymi zawierającymi powietrze, duże rozstrzenie oskrzelowe, odma opłucna,
- metaliczny – zawiera wysokie, metaliczne tony. Powstaje on w jamach, rozstrzeniach oskrzelowych.

Szmery oddechowe dodatkowe – inna grupa dźwięków słyszanych na powierzchni klatki piersiowej przy pomocy stetoskopu. Są one zawsze oznaką nieprawidłowości w układzie oddechowym i nie występują u zdrowego pacjenta. Rozróżniamy takie fenomeny jak: trzeszczenia, furczenia, świsty, rżenia, pluskanie oraz tarcie opłucnej.

Świsty i furczenia są to dźwięki o charakterze ciągłym. Świsty są wysokiej częstotliwości około 500–700 Hz, furczenia zaś małej 100–200 Hz. Powstają one w wyniku turbulentnego przepływu powietrza poprzez zwężone światło oskrzeli. Efekt

Darmowe e-booki medyczne



Szukasz sprawdzonej wiedzy?

Specjalnie dla Ciebie wydawnictwo PZWL przygotowało **darmowe e-booki z kilkudziesięciu dziedzin**. Do wyboru masz bezpłatne publikacje dotyczące chorób wewnętrznych, dermatologii, kardiologii, pediatrii, medycyny rodzinnej, psychiatrii i wiele, wiele innych.



Wejdź na ebook.e-pzwl.pl,
znajdź darmową publikację dla siebie i bądź na bieżąco!

piszczalki organowej może być spowodowany takimi zaburzeniami jak skurcz, obrzęk błony śluzowej, płyn lub wydzielina śluzowa czy ropna, nacieki. Dźwięki te mogą być czasami słyszane tylko w jednym płucu a nawet płacie. Świsty i furczenia występują w dychawicy oskrzelowej, nieżycie oskrzeli, zapaleniu oskrzelików, obecności ciał obcych w oskrzelach, przekrwieniu biernym płuc, zapadnięciu się tchawicy [13,15,14,12].

Trzeszczenia są to krótkotrwałe, przerywane dźwięki, których powstanie zależy od nagłego wyrównywania się ciśnienia gazów w dwóch sąsiadujących ze sobą zbiornikach oraz drgań ścianki, w której to zjawisko powstaje. Dawniej, niektóre z zakwalifikowanych do tej grupy dźwięków nazywano rżeniami. Szmerzy wcześniej zwane rżeniami drobnobańkowymi zaliczone się do grupy trzeszczeń drobnych. Powstają one najczęściej na szczycie wdechu. Trzeszczenia grube, zaś spotyka się w obu fazach oddychania. Charakterystyczne dla rozstrzeni oskrzeli są trzeszczenia średnie i grube występujące we wstępnej i środkowej fazie wdechowej oraz fazie wydechowej. Trzeszczenia drobne są wynikiem rozklejenia i rozciągnięcia niedotlenionych pęcherzyków płucnych. Występują one w ogniskach niedodmy. Przyzapalne trzeszczenia są dźwięczne. Trzeszczenia słyszalne tylko u szczytu wdechu wskazują na niedodmę płuc, występują również często przy przekrwieniu biernym jak i przy obrzęku płuc. Pluskanie powstaje, gdy w opłucnej znajdują się równocześnie płyn i powietrze. Wywołuje je ruch chorego lub wstrząsanie klatki piersiowej. Dźwięk jest podobny do tego jaki powstaje przy wstrząśnięciu butelki do połowy napełnionej wodą. Szmer tarcia opłucnej przypomina odgłos pocieranych dwóch kawałków jedwabiu lub chrzęst ugniatanej kulki śniegu. Jest wynikiem pocierania o siebie blaszek opłucnej pokrytej włóknem (np. gruźlica, mocznica, zakażenie bakteryjne). Jest to objaw suchego zapalenia opłucnej. Najlepsze wyniki daje osłuchiwanie na szczycie wdechu.

W niektórych przypadkach stosuje się osłuchiwanie szeptu i mowy. Prawidłowe dźwięki mowy słyszy się jako względnie niskie szmerzy. Na powierzchnię klatki piersiowej przenoszą się drgania powstające w krtani (głos) [10].

Badanie fizykalne jamy brzusznej

Podstawą diagnostyki schorzeń jamy brzusznej jest badanie fizykalne. Oglądanie jamy brzusznej może ujawnić: zmiany na skórze, krwiaki, wzdęcie brzucha, obecność przepuklin ścian jamy brzusznej, blizny po poprzednich operacjach oraz oznaki współistniejących chorób (np. *caput medusae* – poszerzone podskórne żyły w okolicy pępka w nadciśnieniu wrotnym) czy też obecność widocznych przez powłoki guzów lub np. widocznego nad spojeniem łonowym nadmiernie wypełnionego pęcherza moczowego w zatrzymaniu moczu. W dalszym etapie należy osłuchiwać całą jamę brzuszną, poszukując szmerów perystaltycznych lub dźwięków patologicznych (np. przelewań metalicznych lub szmeru tętniaka). Opukiwaniem rozpoznaje się dodatkową zawartość jamy brzusznej (wzdęcie jelit gazami, obecność płynu śródtrzewnowego), a także ocenia wielkość niektórych narządów mięszzowych (stłumienie wypuku nad powiększoną wątrobą lub śledzioną). Dodatkowo opukiwanie jest bardzo czułym narzędziem oceny bolesności miejscowej i obecności objawów otrzewnowych [16].

Badanie palpacyjne rozpoczynamy od delikatnej palpacji płytkiej, nad całą jamą brzuszną, a następnie dokładniejszej palpacji głębokiej, rozpoczynając od obszarów, w których dolegliwości bólowe są najmniejsze, a kończąc w obszarze największej bolesności uciskowej. Każdorazowy ucisk jamy brzusznej pozwala nam ocenić stan napięcia powłok (miękkie/napięte), bolesność uciskową (niebolesne/tkliwe/silnie bolesne), obecność lub brak objawów otrzewnowych: obrony mięśniowej (brzuch deskowaty w rozlanym zapaleniu otrzewnej) oraz objawu Bloomberga (nasilenie bólu po oderwaniu ręki badającej uprzednio uciskane powłoki). Badanie palpacyjne pozwala także wykryć inne patologie: obecność patologicznych oporów (np. guzów wyczuwalnych przez powłoki), odprowadzanych lub nieodprowadzanych przepuklin pachwinowych, udowych lub brzusznych, ewentualnej obecności wolnego płynu w jamie otrzewnej (objaw chelbotania) lub wyraźnego tętnienia nad tętniakiem aorty brzusznej. Charakterystyczne dla poszczególnych schorzeń są objawy: Murphy'ego (bólowe ograniczenie wykonania przez chorego wdechu przy ucisku ręką w okolicy

pęcherzyka w jego zapaleniu), Chelmońskiego (ból przy uderzaniu w łuk żebrowy prawy w zapaleniu pęcherzyka żółciowego) czy też Goldflama (ból przy opukiwaniu grzbietu w rzucie nerek w ich stanie zapalnym) [12,10,16].

Badanie fizykalne jamy brzusznej należy przeprowadzić w dobrze oświetlonym pomieszczeniu, przy ułożeniu pacjenta na plecach, tak aby powłoki brzuszne były dobrze widoczne od wyrostka mieczykowatego mostka do spojenia łonowego. Mięśnie jamy brzusznej powinny być rozluźnione, obydwie pachwiny dostępne badaniu, a narządy płciowe przesłonięte.

Przed przystąpieniem do badania należy:

- poprosić badanego o oddanie moczu,
- umieścić poduszkę pod głową pacjenta,
- ułożyć ręce badanego wzdłuż ciała lub skrzyżować je na klatce piersiowej (umieszczenie rąk za głową powoduje wzrost napięcia mięśni brzucha),
- zająć pozycję po prawej stronie badanego,
- jeśli chory skarży się na dolegliwości bólowe, zapytać o umiejscowienie bólu i badać tę okolicę w ostatniej kolejności,
- w przypadku niskiej temperatury otoczenia ogrzać ręce i stetoskop poprzez pocieranie dłoni o dłoń oraz pocieranie stetoskopu o powierzchnię fartucha,

Badanie fizykalne wykonuje się w następującej kolejności: oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie i badanie palpacyjne (obmacywanie). Należy pamiętać, aby wszystkie czynności manualne w trakcie badania wykonywać delikatnie i obserwować twarz badanego (napięcie, grymas spowodowany bólem).

Brzuch jako obiekt badania dzieli się umownie na następujące regiony:

- nadbrzusze
- śródbrzusze
- podbrzusze
- podżebrze prawe i lewe
- okolica lędźwiowa prawa i lewa
- okolica pachwinowa prawa i lewa

lub na 4 kwadranty, tj. prawy i lewy kwadrant górny oraz prawy i lewy kwadrant dolny. Poszczególne kwadranty wyznaczają linie – pionowa ciągnąca się od wyrostka

mieczykowatego mostka do spojenia łonowego oraz pozioma przebiegającą przez pępek [15,13].

1. Oglądanie

Należy ocenić ogólny stan odżywienia pacjenta. Osoby źle odżywione z powodu choroby nowotworowej lub zespołu złego wchłaniania jelitowego mają głęboko osadzone galki oczne i uwypuklone kości policzkowe. Twarz blada i bez wyrazu jest objawem głębokiej niedokrwistości. W celu dokładnej oceny skóry brzucha i ruchomości powłok podczas oddychania należy pochylić się nad badanym lub usiąść na skraju łóżka.

Skóra brzucha. Ocenia się zabarwienie, wilgotność i napięcie skóry oraz odnotowuje obecność i lokalizację blizn, rozstępów skórnych, znamion, przebarwień lub linii pigmentacyjnych podbiegnięć krwawych i wykwitów skórnych. Niedawno powstałe rozstępy skórne mają odcień czerwony lub niebieski, natomiast starsze przybierają kolor srebrnobiały. Należy je odróżnić od rozstępów barwy purpurowoczerwonej pojawiających się na skórze ud, brzucha i pośladków w zespole Cushinga. Blizny mogą być konsekwencją przebytych zabiegów operacyjnych, np. wycięcia pęcherzyka żółciowego lub wyrostka robaczkowego albo następstwem oparzeń, samouszkodzeń, usuwania tatuaży itp. Świeża blizna ma kolor czerwony, a po około 6 miesiącach przybiera barwę skóry. Brunatnosine przebarwienia w okolicy pępka, tzw. objaw Cullena, występują u chorych z ciężką postacią ostrego zapalenia trzustki. U tych chorych mogą pojawić się podobne zmiany w okolicy lędźwiowej oraz na powierzchniach bocznych brzucha, zwłaszcza po stronie lewej (objaw Grey-Turnera). Przebarwienia są konsekwencją martwicy i wylewów krwi do podskórnej tkanki tłuszczowej.

Zmiany te uważa się za objaw rokowniczo niekorzystny. W chorobie Leśniowskiego-Crohna na skórze mogą być widoczne blizny po wygojonych przetokach lub ujścia czynnych przetok jelitowo-skórnych. Należy ponadto zwrócić uwagę na poszerzenie naczyń żylnych skóry; drobne naczynia żyłne bywają widoczne u osób zdrowych, natomiast obecność naczyń większego kalibru sugeruje nadciśnienie wrotne [10,13].

2. Osluchiwanie

Po dokładnym obejrzeniu brzucha, jeśli istnieją wskazania, przystępujemy do osłuchiwania jamy brzusznej, celem oceny: perystaltyki jelit– stwierdzając zwiększoną lub zmniejszoną motorykę (zaczynając zazwyczaj od prawego dolnego kwadrantu). Gdy brak ruchów perystaltycznych w przypadku całkowitego porażenia jelit, osłuchujemy wszystkie kwadranty bardzo dokładnie– może to być wynikiem zapalenia otrzewnej (po perforacji wrzodów żołądka), bogata tkanka tłuszczowa również wycisza znacznie odgłosy perystaltyki. Odgłosy motoryki jelit nie mają charakteru stałego, utrzymują tendencję nierytmicznego mieszania się. Powinny się pojawiać w odstępach 5-10 s. zwykle seriami. Średnia wartość ruchów robaczkowych to ok. 30 na min. 2. szmer tętniczy – osłuchujemy w kierunku buczeń nad aortą, następnie nad tętnicą biodrową, udową oraz nerkową 3. odgłosy tarcia – występują zawsze w patologiach, np. guza wątroby, wysłuchujemy szmer żylny nad wątrobą (buczenie żyłne), głośnie szmery perystaltyczne o zmiennym natężeniu, bez charakterystycznego dla mechanicznej niedrożności okresowego narastania, stwierdza się u chorych z ostrym nieżytem żołądka i jelit oraz w zatruciach pokarmowych. Tym szmerom nie towarzyszy ból. Ruchy perystaltyczne – przesuwanie treści jelit (bulgotanie) co 5-10 sekund. Zanik perystaltyki – niedrożność porażenna (zapalenie otrzewnej). Wzmoczona perystaltyka – biegunka, w świetle jelit duża ilość krwi, w zespole rakowiaka (bardzo głośnie fenomeny osłuchowe), niedrożność mechaniczna – (perystaltyka częstsza, głośniejsza i bardziej dźwięczna). Szmery naczyniowe – z aorty, czasem ze zwężonych tętnic nerkowych lub tętnicy kręzkowej. Nad pierwotnym ogniskiem guza wątroby Hepatoma – może być słyszalny szmer tętniczy. Buczenie żyłne – między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem – zawirowanie krwi w krążeniu obocznym przy nadciśnieniu wrotnym. Osluchiwanie daje możliwość rozróżnienia obecności w jamie brzusznej gazów, płynu, tworów torbielowatych lub litych [15,14,12,16].

3. Opukiwanie

Kierunek opukiwania – od miejsca odgłosu jawnego do ok. stłumienia. Palec, w który uderzamy, należy ustawić II w stosunku do kierunku przewidywanej zmiany odgłosu. Badanie tkanek powierzchniowych – opukiwanie delikatne, badanie tkanek głębiej leżących – opukiwanie silniejsze. Rozdęcie jamy brzusznej gazami – odgłos bębnekowy, dźwięczny. Duża torbiel jajnika – odgłos stłumiony w centrum jamy brzusznej, a wokół odgłos bębnekowy (gazy w jelitach). Wodobrzusze, płyn w jamie otrzewnej. Płyn wywołuje stłumienie odgłosu opukowego – może się przemieszczać. Gdy chory stoi – płyn spływa ku dołowi, gdy leży na wznak – płyn spływa na boki, gdy leży na boku – płyn spływa na jeden bok (grawitacja). Objaw chelbotania – dużego stopnia wodobrzusze lub duża torbiel. Śledziona, osłabienie odgłosu opukowego. Opukiwanie od przodu do tyłu, przy wstrzymaniu oddechu na szczycie wdechu. Wątroba stłumienie odgłosu opukowego. Częste błędy – wpływ płuc i opłucnej przy opukiwaniu górnego brzegu wątroby oraz gazów w jelicie grubym, przy opukiwaniu dolnego brzegu [10].

4. Palpacja (obmacywanie)

Badanie palpacyjne służy do oceny napięcia powłok i orientacyjnej wielkości narządów oraz poszukiwania tworów patologicznych w obrębie skóry, tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki) i jamy brzusznej.

Z punktu widzenia techniki badania palpacja może mieć charakter powierzchniowy lub głęboki. Badanie powierzchniowe pozwala na wstępną lokalizację nieprawidłowych struktur w obrębie jamy brzusznej, które dokładniej weryfikuje się podczas badania z użyciem silniejszego ucisku (palpacja głęboka). W przypadku wzmożonego napięcia mięśni brzucha można poprosić pacjenta o nieznaczne zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych, umieścić pod kolanami poduszkę lub zwinięty w rulon koc, polecając dodatkowo oddychanie przez otwarte usta. W badaniu należy posługiwać się powierzchnią dłoni i opuszkami palców, nigdy zaś

końcami palców (uwaga na paznokcie). Ponadto należy unikać gwałtownych pchnięć powłok brzucha oraz badania oziębionymi dłońmi [12,10].

Przebieg badania

Badanie rozpoczyna się od palpacji jelita grubego. Badający układa dłoń na powierzchni powłok brzusznych w okolicy lewego podbrzusza, tak by linia utworzona przez opuszki palców przebiegała równolegle do esicy. U pacjentów z grubą warstwą podskórnej tkanki tłuszczowej należy zwiększyć siłę nacisku posługując się techniką oburęczną, czyli kładąc dłoń ręki lewej na grzbiet dłoni badającej. Badanie polega na wykonywaniu opuszkami palców ruchów wahadłowych, przesuując dłoń badającą wzdłuż esicy. Po zakończeniu palpacji esicy badaniem obejmuje się pozostałe odcinki okrężnicy, która przypomina kształtem odwróconą literę U. Badanie kończy się w prawym dolnym kwadrancie, w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego. U osób szczupłych w rzucie esicy wyczuwa się zazwyczaj kilkucentymetrowy cylindryczny twór, który odpowiada odcinkowi jelita wypełnionego masami kałowymi. Silny ból towarzyszący palpacji esicy jest zwykle wynikiem zapalenia uchyłków. Długa poprzecznicą wypełniona masami kałowymi może przemieszczać się do podbrzusza i tam naśladować „patologiczny opór”. Okrężnica wstępująca i zstępująca u ludzi zdrowych nie są wyczuwalne, gdyż te fragmenty jelita leżą w przestrzeni zaotrzewnowej. Podczas badania poszukuje się oporów patologicznych mogących przemawiać za obecnością guzów nowotworowych lub zapalnych. Szczególną uwagę należy zwrócić na okolicę krętniczno–kątniczą (prawy dolny kwadrant). Guz tej okolicy może być wynikiem perforacji zapalnie zmienionego wyrostka robaczkowego oklejonego otrzewną, tzw. plastron, lub choroby Leśniowskiego–Crohna, w której dochodzi do powstania konglomeratu pętli jelitowych z odczynem ropno–włóknistym. Bolesność w miejscu odpowiadającym 2/3 odległości między pępkiem i prawym kolcem biodrowym miednicy (punkt McBurneya) może być objawem zapalenia wyrostka robaczkowego. Badanie jelita cienkiego ma znaczenie wyłącznie orientacyjne, ponieważ u osoby zdrowej nie jest ono wyczuwalne. W poszukiwaniu guzów jelita cienkiego dokonuje

się palpacji pola okołopępkowego które stanowi obszar rzutowania się jelita cienkiego na przednią ścianę jamy brzusznej. Po zakończeniu palpacji jelit uzupełnia się badanie palpacyjne o pozostałe obszary w poszczególnych kwadrantach brzucha. Jeśli stwierdzi się obecność patologicznego tworów, należy określić jego umiejscowienie, wielkość, kształt, spistość, stosunek do otaczających tkanek, ruchomość i bolesność [15,13].

Obrona mięśniowa polega na silnym skurczu mięśni powłok brzusznych uniemożliwiającym przeprowadzenie badania. Pacjent może kontrolować ten objaw lub może on być niezależny od jego woli. W pierwszym przypadku wzrost napięcia mięśni jest wynikiem lęku i ustępuje po uspokojeniu pacjenta. W drugim przypadku wskazuje na podrażnienie/zapalenie otrzewnej lub jest wynikiem bardzo silnego bólu podczas palpacji. Mimowolny wzrost napięcia mięśni występuje zarówno w fazie wdechu, jak i wydechu.

Objawy otrzewnowe są bardzo ważne z uwagi na fakt, iż zapalenie otrzewnej stanowi zagrożenie dla życia chorego, jeśli jego przyczyna nie zostanie usunięta metodami chirurgicznymi. Pacjent z zapaleniem otrzewnej układa się zwykle na boku z podkurczonymi nogami, gdyż takie ułożenie ciała zmniejsza napięcie mięśni brzucha, powodując złagodzenie dolegliwości bólowych. W zapaleniu otrzewnej występuje miejscowa lub rozlana bolesność podczas ucisku powłok jamy brzusznej. Bólowi towarzyszy wzrost napięcia mięśni przedniej ściany brzucha, a w skrajnych przypadkach tzw. brzuch deskowaty, który pojawia się u chorych z perforacją przewodu pokarmowego lub pęcherzyka żółciowego. Chory nie oddaje gazów ani stolca wskutek niedrożności porażennej jelit (należy pacjenta o to zapytać). Podczas osłuchiwania nie stwierdza się motorycznej czynności jelit. Wyróżnia się cztery podstawowe objawy otrzewnowe, tj. Blumberga, Rovsinga, Jaworskiego i objaw kaszlowy oraz dwa objawy pomocnicze, tj. z mięśnia lędźwiowo–udowego i mięśnia zasłonowego.

Objaw Blumberga – badający układa opuszki palców na powierzchni powłok brzusznych i dokonuje powolnego, lecz głębokiego ucisku, a następnie nagle odrywa

dłoni. Pojawienie się zwiększonej bolesności bezpośrednio po oderwaniu dłoni wskazuje na podrażnienie (peritonismus) lub zapalenie otrzewnej (peritonitis). Należy również śledzić wyraz twarzy pacjenta podczas odrywania dłoni. Objaw Blumberga może występować lokalnie, np. u chorych z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego lub uchyłków esicy, ponieważ zapalnie zmienione struktury kontaktują się z otrzewną ścienną. W przypadku perforacji wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego lub uchyłku jelitowego dochodzi do rozlanego zapalenia otrzewnej, w którym objaw Blumberga jest obecny w każdym miejscu powłok brzusznych.

Objaw Rovsinga – badający układa dłoń w okolicy lewego dołu biodrowego, prostopadłe do okrężnicy esowatej, a następnie przesuwają ją w kierunku śledzionowego zagięcia okrężnicy. Taki manewr powoduje wzrost ciśnienia gazów w okrężnicy i rozciągnięcie kątnicy wraz z wyrostkiem robaczkowym. Wystąpienie objawu Rovsinga świadczy o zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Objaw Jaworskiego – badany unosi wyprostowaną w stawie kolanowym prawą kończynę dolną. Badający uciska delikatnie opuszkami palców okolice wyrostka robaczkowego, polecając badanemu opuszczenie uniesionej kończyny do pozycji horyzontalnej. Nasilający się ból podczas opuszczania kończyny przemawia za zapaleniem wyrostka robaczkowego. Objaw Jaworskiego ujawnia zapalenie wyrostka robaczkowego położonego za kątnicą (nieobecny objaw Blumberga).

Objaw kaszlowy – badający poleca badanemu leżącemu na plecach zakasłać. Kaszel powoduje wzrost napięcia mięśni brzucha i pojawienie się dolegliwości bólowych. Ból może lokalizować się w obrębie konkretnej okolicy w przypadku ograniczonego zapalenia otrzewnej lub przybierać charakter uogólniony w przypadku rozlanego jej zapalenia.

Objaw z mięśnia lędźwiowo–udowego – objaw ten najczęściej występuje po stronie prawej u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Badający uciska dłonią prawe kolano badanego leżącego na plecach, po czym poleca uniesienie kończyny wyprostowanej w stawie kolanowym. Pojawienie się bólu w okolicy

mięśnia lędźwiowo–udowego podczas unoszenia kończyny przemawia za objęciem procesem zapalnym tego mięśnia.

Objaw z mięśnia zasłonowego – objaw ten podobnie jak objaw z mięśnia lędźwiowo–udowego jest obserwowany najczęściej po stronie prawej u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Badany leży na plecach z prawą kończyną dolną zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym. Badający wykonuje delikatną rotację wewnętrzną w stawie biodrowym. Wystąpienie bólu w okolicy prawego podbrzusza wskazuje na objęcie stanem zapalnym mięśnia zasłonowego [15,10,13,14].



Badanie fizykalne serca i obwodowego układu naczyniowego

Badanie fizykalne układu krążenia składa się z następujących elementów:

- całościowej oceny chorego,
- badania żył i tętna żylnego,
- badania tętnic i tętna tętniczego,
- badania okolicy przedsercowej,
- osłuchiwania serca.

Pozycja, jaką przyjmuje pacjent podczas badania i jego zachowanie ułatwiają interpretację dolegliwości. Przy duszności pochodzenia sercowego pacjent stara się siedzieć wyprostowany, natomiast u chorych z zatorowością płucną

charakterystyczne jest to, że większą ulgę przynosi im leżenie na plecach. Chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych dużo czasu, nawet podczas snu, spędzają z opuszczonymi nogami. Ważnym objawem chorób serca i płuc jest sinica. Skóra jest miejscem odkładania się nieprawidłowo metabolizowanych substancji, które mogą działać szkodliwie również na naczynia. Taką substancją jest cholesterol, którego duże stężenia prowadzą do powstawania kępek żółtych. Zmiany te występują głównie na ścięgnach, najczęściej Achillesa i kolanowym, oraz na powierzchni stawów. Wiele wad wrodzonych serca współistnieje z deformacjami paliczków. Palce pałeczkowate wraz z paznokciami o typie szkiełka zegarkowego stwierdzamy w wadach serca z przeciekiem prawo-lewym, a także w infekcyjnym zapaleniu wsierdza. Objawem zapalenia wsierdza są również drzazgowate wybroczyny pod paznokciami [17,10].

1. Oglądanie

Oglądanie klatki piersiowej umożliwia zaobserwowanie zaburzeń jej budowy, które mogą mieć wpływ na czynność układu krążenia. Wady budowy klatki piersiowej, jak klatka piersiowa lejkowata lub kurza, są również częstym źródłem śmierci serca. Klatka lejkowata stanowi jedną z charakterystycznych cech zespołu Marfana. Zmniejszenie prawidłowej kifozy piersiowej (płaskie plecy) towarzyszy często wypadaniu płatka zastawki mitralnej. Asymetria bądź nieprawidłowe wybrzuszenia klatki piersiowej mogą świadczyć o występowaniu wady wrodzonej serca, wiodącej do przerostu poszczególnych jam serca, który wystąpił na tyle wcześnie, że doprowadził do odkształceń podatnej we wczesnym dzieciństwie klatki piersiowej. Wybrzuszenie górnej połowy klatki piersiowej może być wynikiem tętniaka aorty [12,10].

2. Obmacywanie (palpacja)

Obmacywanie okolicy przedsercowej pozwala na wykrycie nieprawidłowych tętnień. Unoszenie prawokomorowe po lewej stronie mostka, w jego 1/3 dolnej wysokości, występuje w przerostie prawej komory, głównie w przebiegu ubytku przegrody międzyprzedsionkowej lub tetralogii Fallota. U osób z rozedmą płuc wyrazem przerostu prawej komory jest tętnienie w dołku sercowym. Przy dużych tętniakach

lewej komory możemy stwierdzać skurczowe unoszenie lewokomorowe, przyśrodkowo od uderzenia koniuszkowego. Rzadko przy dużych tętniakach aorty stwierdzamy unoszenie górnej części mostka lub tętnienie w dolku jarzmowym. Badaniem palpacyjnym można również niekiedy stwierdzić głośną składową płucną drugiego tonu u chorych z dużym nadciśnieniem płucnym.

Mruki sercowe. Wyczuwalne mruki odpowiadają najgłośniejszym szmerom i powstają w ten sam sposób. Najczęstszą przyczyną mruku skurczowego u dorosłej osoby jest zwężenie zastawki aortalnej. Obecność mruku wskazuje na ciasne zwężenie zastawki, które w prawie każdym przypadku wymaga leczenia operacyjnego. Rzadszymi przyczynami mruków są zwężenie zastawki pnia płucnego oraz ubytek przegrody międzykomorowej.

Uderzenie koniuszkowe. Opukiwanie serca przez doświadczonego klinicystę dostarcza dość dokładnej informacji o sylwetce serca, ale rola tego badania znacznie zmalała. Wciąż ważnym elementem fizykalnego badania serca jest natomiast ocena uderzenia koniuszkowego. O ile jednak jest ono często wyczuwane u dzieci i młodzieży, o tyle wraz z wiekiem możliwość jego wyczuwania się zmniejsza. Prawidłowe uderzenie koniuszkowe jest wyczuwalne w pozycji pionowej w V międzyżebrowo, przyśrodkowo od linii środkowo-obojęzycznej. Przesunięcie uderzenia koniuszkowego w lewo wynika z przerostu prawej komory, natomiast przerost lewej komory powoduje przesunięcie w lewo i ku dołowi. W pozycji na lewym boku uderzenie koniuszkowe przemieszcza się naturalnie w lewo i jego lokalizacja traci znaczenie diagnostyczne. W warunkach prawidłowych obszar uderzenia koniuszkowego jest mniejszy niż 2 cm². Uderzenie wyczuwalne jest przez krótki czas, obejmujący 1/3 skurczu lewej komory. W warunkach nieprawidłowych zwiększa się zasięg oraz powiązane ze sobą siła i czas wyczuwania uderzenia koniuszkowego. Zwiększenie obszaru wyczuwania uderzenia koniuszkowego do ponad 3 cm² jest czułym i specyficznym objawem przerostu i powiększenia lewej komory [12,13,15].

Badanie tętnic. Badanie fizykalne tętnic jest źródłem wielu cennych informacji klinicznych. Służy ono ocenie zaawansowania chorób tętnic, głównie miażdżycy. W tym celu bada się obecność tętna na tętnicach szyjnych, udowych, piszczelowych tylnych, grzbietowych stopy oraz promieniowych. Najbardziej miarodajna jest ocena tętna na tętnicy udowej i piszczelowej tylnej. Tętno na tętnicy podkolanowej może

być słabo wyczuwalne u osób otyłych, a tętno na tętnicy grzbietowej stopy jest niewyczuwalne u ok. 10% zdrowych osób. Brak lub asymetria tętna na poszczególnych tętnicach pozwala na przybliżone określenie ich zwężeń lub niedrożności. W celu porównania siły tętna należy zmierzyć ciśnienie tętnicze metodą Korotkowa na obydwu ramionach. Dopuszczalna różnica w wartościach ciśnienia skurczowego nie przekracza 10 mm Hg. Większe różnice mogą wskazywać na zaburzenia przepływu wywołane przez miażdżycę zarostową, ucisk, rozwarstwienie aorty czy zapalenie tętnic. Zanik tętna na tętnicy promieniowej odwiedzonej i położonej na potylicy kończyny, przy jednoczesnym skręceniu głowy w jej stronę (objaw Adsona), występuje w zespołach uciskowych splotu barkowego (mięśni pochyłych, mięśniu żebrowo-obojczykowym bądź żebra szyjnego).

Badanie tętnic obejmuje również ich osłuchiwanie. Głównym celem takiego badania jest rozpoznanie zwężenia tętnic. Przepływ przez prawidłowe tętnice nie powoduje szmeru. Zwężeniu tętnicy przekraczającym 50% średnicy towarzyszy zazwyczaj szmer skurczowy, przy zwężeniach przekraczających 80% szmer obejmuje również okres rozkurczu. Przy zwężeniach przekraczających 90% szmer może ulec ściszeniu, a przy zamknięciu tętnicy – zanika. W czasie osłuchiwania tętnic należy zwrócić uwagę na niezbyt silny nacisk słuchawki na tętnicę, zbyt duży nacisk prowadzi bowiem do powstania szmeru skurczowego nawet w prawidłowej tętnicy. Szmer rozkurczowy, pojawiający się przy uciśnięciu tętnicy udowej, nosi nazwę szmeru Durozieza i towarzyszy dużej niedomykalności aortalnej. Szmer przenosi się wraz z biegiem krwi, dlatego przy jego stwierdzeniu należy zawsze osłuchać proksymalną część drzewa aortalnego. Szmer tętnicze mogą być również wyrazem zwężenia zastawki aorty, wtedy nad tętnicami podobojczykowymi i szyjnymi słyszalny jest szmer skurczowy. Szmer skurczowy nad tętnicami szyjnymi i udowymi jest również stwierdzany przy dużej niedomykalności zastawki aorty. Szmer nad tętnicami szyjnymi pochodzi w 90% ze zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej. Wzmacnia się przy osłuchiwaniu podczas krótkotrwałego bezdechu. Szmer nad tętnicami zaopatrującymi kończyny dolne może ulec osłabieniu wraz z rozwojem krążenia obocznego. Nasila się po krótkotrwałym wysiłku fizycznym [17,10].

3. Opukiwanie

Ma służyć ocenie wielkości serca przez ustalenie granic stłumienia sercowego na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Stłumienie bezwzględne zależy od części serca, która bezpośrednio przylega do wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej. Granice stłumienia bezwzględnego :

- górna – III żebro u młodszych dzieci i IV żebro u dzieci powyżej 5 roku życia,
- lewa – pomiędzy linią sutkową a przymostkową u dzieci młodszych bliżej linii sutkowej,
- prawa – lewy brzeg mostka [13,15].

4. Osłuchiwanie

Serce składa się z czterech jam, dwóch przedsionków i dwóch komór. Do przedsionka prawego uchodzi żyła główna górna i dolna. Przedsionek prawy z komorą prawą łączy się za pomocą zastawki trójdzielnej. Z komory prawej odchodzi pień płucny, którego początek również jest ograniczony zastawką półksiężycowatą pnia płucnego. Przedsionek lewy otrzymuje krew z żył płucnych. Między przedsionkiem lewym a komorą lewą występuje zastawka dwudzielna (mitralna). Z komory lewej wychodzi największe naczynie tętnicze organizmu, aorta, której ujście z komory ograniczone jest zastawką aortalną (półksiężycowatą).

Osłuchiwanie zastawek serca jest podstawową czynnością w badaniu przedmiotowym. Miejsca osłuchiwania zastawek rzutują się na klatkę piersiową w różnych miejscach:

- Zastawkę trójdzielną osłuchuje się po prawej stronie mostka w IV przestrzeni międzyżebrowej.
- Zastawkę półksiężycowatą pnia płucnego osłuchuje się po lewej stronie mostka w II przestrzeni międzyżebrowej.
- Zastawkę dwudzielną osłuchuje się w linii środkowo-obojęzycznej w V przestrzeni międzyżebrowej.

- Zastawkę półksiężycowatą aorty osłuchuje się po prawej stronie mostka w II przestrzeni międzyżebrowej.

Kolejność osłuchiwania zastawek nie ma większego znaczenia. Serce można osłuchiwać w pozycji stojącej, leżącej, w ułożeniu na lewym boku lub w pozycji siedzącej. Lekarz w trakcie badania może poprosić o wstrzymanie oddechu, o normalne lub głębokie oddychanie. Zmiana pozycji i oddech mają wpływ na zmianę tonów serca. Jeśli pacjent siedzi pochylony do przodu, mięsień sercowy przesuwa się bliżej przedniej ściany klatki piersiowej i jest lepiej słyszalny. Wyróżnia się dwa podstawowe tony serca. Ton pierwszy powstaje w wyniku zamknięcia zastawek przedsionkowo-komorowych – mitralnej i trójdzielnej. Zamykają się one praktycznie jednocześnie. Prawidłowo 1 ton jest słyszalny nad punktem Erba i nie jest zauważalne jego rozdwojenie. Za drugi ton odpowiada zamknięcie zastawek aortalnej i pnia płucnego. Prawidłowo zastawka aortalna zamyka się nieco wcześniej. Rozdwojenie drugiego tonu jest bardziej słyszalne na wdechu [15, 12,10].

Szmery na sercu wynikają ze zmiany laminarnego przepływu krwi na turbulentny (chaotyczny). Dzieje się tak, kiedy:

- znacznie rośnie przepływ krwi, np. w czasie gorączki, w ciąży, w nadczynności tarczycy;
- droga odpływu jest zwężona lub krew przepływa do poszerzonego naczynia;
- krew cofa się w wyniku niedomykalności którejś z zastawek;
- występują nieprawidłowe przecieki krwi, np. ubytek przegrody międzyprzedsionkowej.

Istnieje wiele rodzajów szmerów, w zależności od tego, w którym momencie pracy serca powstają i kiedy zanikają. Najprościej można je podzielić na skurczowe i rozkurczowe. Niektóre szmery skurczowe są normalnym zjawiskiem u młodych osób. Zwłaszcza u dzieci i noworodków. Są to tzw. szmery niewinne. Natomiast szmery rozkurczowe są zawsze patologiczne.

Do najczęstszych przyczyn patologicznych szmerów skurczowych należą: zwężenie zastawki aortalnej, niedomykalność zastawki mitralnej, ubytek przegrody

międzykomorowej lub kardiomiopatia przerostowa z upośledzeniem odpływu lewej komory. Z kolei szmery rozkurczowe są najczęściej spowodowane przez zwężenie zastawki mitralnej lub niedomykalność zastawki aortalnej. Poszczególne szmery skurczowe i rozkurczowe można różnicować według miejsca najlepszej słyszalności i czynników, które wpływają na ich głośność. Np. szmer skurczowy przy niedomykalności zastawki mitralnej jest najlepiej słyszalny w punkcie Erba, staje się głośniejszy przy ćwiczeniach izometrycznych (np. uścisk ręki) i cichnie w pozycji stojącej [15,10,13].

3. Predyktory funkcjonowania człowieka zdrowego i chorego

Predyktory funkcjonowania człowieka

1. poczucie koherencji,
2. kontrola zdrowia oraz poczucie własnej skuteczności,
3. percepcja choroby,
4. akceptacja choroby,
5. poczucie posiadanego wsparcia.

Poczucie koherencji (spójności) – oznacza globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim ma on trwale, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

1. bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny (**zrozumiałość**);
2. dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce (**zaradność**);
3. wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (**sensowność**). Termin wprowadzony przez Aarona Antonovskyego

Wymienione składniki poczucia koherencji, pozostają z sobą w określonych związkach. Zakłada się, że **najważniejszym z nich jest poczucie sensowności**, gdyż jego siła, wpływa na wzrost lub spadek pozostałych składników. Gdy poczucie sensowności jest silne, również pozostałe elementy mają tendencję do wzrostu. Natomiast, gdy poczucie sensowności jest słabe, wtedy wszystkie składniki mają tendencję spadkową.

Poczucie zrozumiałości – występuje gdy człowiek spostrzega napływające informacje jako uporządkowane, spójne i dające się zrozumieć. Dzięki niemu, człowiek wytwarza poczucie, że wydarzenia można przewidzieć i zrozumieć. Poczucie zrozumiałości jest zmienną poznawczą.

Poczucie zaradności – określa stopień, w jakim człowiek postrzega dostępne mu zasoby jako wystarczające aby sprostać stawianym wymaganiom. Stanowi przekonanie o tym, że człowiekowi dostępne są zasoby zaradcze. Nie muszą one być własnością i właściwością człowieka, często są to zasoby zewnętrzne. Antonovsky mocno podkreśla rolę zasobów zewnętrznych, do których ludzie się odwołują, takich jak np. sieci wsparcia, autorytety, Bóg, sacrum.

Dzięki poczuciu zaradności, człowiek nie czuje się bezradną ofiarą zdarzeń, lecz ma poczucie, że może sprostać wszelkim trudnościom i niespodziankom życia. Ten składnik poczucia koherencji jest składnikiem poznawczo-instrumentalnym.

Poczucie sensowności – określa ono, na ile człowiek czuje, że jego życie ma sens, że warto wkładać wysiłek i zaangażowanie, aby sprostać wymaganiom życia. Człowiek którego cechuje wysokie poczucie sensowności, chętnie podejmuje wyzwania, oraz wysiłek rozwiązywania problemów i radzenia sobie z nimi. Ten składnik poczucia koherencji jest motywacyjno-emocjonalny [18].

Poczucie koherencji diagnozuje się na podstawie testu SoC (Sense of Coherence Scale), czyli kwestionariusza orientacji życiowej. Istnieje wersja dla dorosłych oraz dla młodzieży.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (Sense of Coherence – SOC-29). Opracowano go na podstawie założeń teoretycznych sformułowanych przez Antonovsky'ego, celem oceny nasilenia poczucia koherencji. Narzędzie składa się z trzech skal. Pierwsza bada natężenie zrozumiałości, będącej poznawczym aspektem sytuacji, w jakiej znalazła się osoba. Zrozumiałość jest zdolnością zrozumienia rzeczywistości zewnętrznej, jak i wewnętrznej, postrzegania napływających bodźców jako zrozumiałych, posiadających sens. Jest to konieczne dla prawidłowej oceny znaczenia zdarzeń, przewidywania i dobrej orientacji w sytuacjach społecznych. Drugą ze skal kwestionariusza jest wymiar zaradności, który odzwierciedla poczucie dysponowania przez jednostkę zasobami do radzenia sobie z wymaganiami życia. Dostęp do zasobów oznacza dysponowanie tymi środkami, którymi zawiaduje jednostka, jak i tymi, które są w dyspozycji osób z nią związanych – przyjaciół, rodziny, organizacji społecznych. Osoba wykazująca się wysokim poczuciem zaradności, wobec trudnych sytuacji nie czuje się ofiarą zdarzeń, ani też nie ma poczucia niesprawiedliwości. Rozumiejąc, że życie codzienne niesie pozytywne, jak i niepomyślne doświadczenia, potrafi radzić sobie z nimi, nie uciekając w podsycanie poczucia klęski i rozpacz. Wymiar ten oddaje komponentę motywacyjną. Skala sensowności bada składową emocjonalną, która wyraża poczucie, że warto angażować się w życie, inwestować posiadaną energię w wyzwania, jakie ono niesie. Dla osób osiągających wysokie wyniki tej skali, życie z emocjonalnego punktu widzenia posiada sens, stąd warto angażować się w jego sprawy. Jest to ściśle związane z poczuciem wartości życia, przynajmniej pewnych jego obszarów, jako wartych zaangażowania się. Kiedy zdarzy się coś negatywnego, osoba z wysokim poczuciem sensowności podejmuje wyzwanie, jej obroną jest poszukiwanie sensu dziejących się zdarzeń. Poszukując sensu, podejmuje wszelkie wysiłki, aby się uporać z przeciwnościami. Wysokie wyniki uzyskane w tym kwestionariuszu świadczą o nasileniu poczucia koherencji u osób badanych. Większa liczba punktów świadczy o ogólnie zwiększonych umiejętnościach zaradczych osób

badanych. Zakres skali poczucia koherencji mieści się w obszarze od 29 do 203 punktów [19].

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)

Poniższy zestaw pytań odnosi się do różnych aspektów naszego życia. Przy każdym pytaniu podano 7 możliwych odpowiedzi. Proszę przekreślić znakiem X cyfrę, która wyraża Twoją odpowiedź, przy czym cyfry 1 i 7 oznaczają odpowiedzi skrajne. Jeśli określenie umieszczone pod 1 uważasz za właściwe przekreśl 1; jeśli odpowiada Ci określenie umieszczone pod 7, przekreśl cyfrę 7. Jeśli masz inne odczucia, przekreśl tę cyfrę, która najbardziej wyraża to, co czujesz. Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

1. Gdy rozmawiasz z ludźmi, czy masz poczucie że nie rozumieją Cię?

1 2 3 4 5 6 7

 nigdy nie mam takiego poczucia zawsze mam takie poczucie

2. W przeszłości, kiedy musiałeś zrobić coś, co zależało od współpracy z innymi ludźmi, czy miałeś poczucie, że to:

1 2 3 4 5 6 7

 na pewno nie będzie zrobione na pewno zostanie zrobione

3. Pomyśl o ludziach, z którymi kontaktujesz się na co dzień, przy czym nie chodzi tu o Twoich najbliższych. Jak dobrze znasz większość z nich?

1 2 3 4 5 6 7

 czujesz, że to obcy ludzie znasz ich bardzo dobrze

4. Czy masz poczucie, że tak naprawdę nie obchodzi Cię to, co dzieje się wokół Ciebie?

1 2 3 4 5 6 7

pełne zmian i nie wiedziałeś, co się
za chwilę przydarzy

całkowicie
uporządkowane i jasne

11. Większość tego, co będziesz robił w przyszłości będzie prawdopodobnie:

1 2 3 4 5 6 7

niezwykle fascynująca

śmiertelnie nudna

12. Czy miewasz wrażenie, że jesteś w nieznannej Ci sytuacji i nie wiesz, co
robić?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo często

bardzo rzadko lub nigdy

13. Co najlepiej opisuje Twój sposób patrzenia na życie?

1 2 3 4 5 6 7

zawsze można znaleźć wyjście z
przykrych sytuacji życiowych

nie ma wyjścia z przykrych
sytuacji życiowych

14. Kiedy myślisz o swoim życiu, bardzo często:

1 2 3 4 5 6 7

czujesz, jak dobrze jest
żyć

zadajesz sobie pytanie, po co w ogóle
żyjesz

15. Kiedy stajesz przed trudnym problemem, wybór rozwiązania jest:

1 2 3 4 5 6 7

zawsze zagmatwany i trudno go
dokonać

zawsze zupełnie
jasny

16. Wykonywanie codziennych zajęć jest dla Ciebie źródłem:

1	2	3	4	5	6	7
dużej przyjemności i zadowolenia				przykrości i nudy		

17. Twoje życie w przyszłości będzie prawdopodobnie:

1	2	3	4	5	6	7
pełne zmian i nie będziesz wiedziała, co się za chwilę wydarzy				całkowicie uporządkowane i jasne		

18. Kiedy coś nieprzyjemnego zdarzało się w przeszłości, byłeś skłonny:

1	2	3	4	5	6	7
gryźć się tym i zamartwiać				mówić sobie: "w porządku, muszę jakoś z tym żyć" i dalej robić swoje		

19. Czy miewasz mieszane uczucia i myśli?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często				bardzo rzadko lub nigdy		

20. Kiedy robisz coś, co wprawia Cię w dobry nastrój:

1	2	3	4	5	6	7
z pewnością pozostaniesz w dobrym nastroju				z pewnością zdarzy się coś, co zepsuje Ci dobry nastrój		

21. Czy zdarza się, że masz w sobie uczucia, których wolałbyś nie mieć?

27. Kiedy myślisz o trudnościach, które możesz napotkać w ważnych dziedzinach swego życia, czy masz poczucie, że:

1	2	3	4	5	6	7
zawsze uda Ci się pokonać te trudności				nie uda Ci się pokonać tych trudności		

28. Jak często masz wrażenie, że to, co robisz na co dzień, jest niezbyt sensowne?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często				bardzo rzadko lub nigdy		

29. Jak często doznajesz uczuć, nad którymi nie wiesz, czy potrafisz zapanować?

1	2	3	4	5	6	7
bardzo często				bardzo rzadko lub nigdy		

METRYCZKA

1. PŁEĆ

kobieta

mężczyzna

2. WIEK

60 – 74 lat

75 – 89 lat

90 i więcej lat

3. WYKSZTAŁCENIE

podstawowe

zawodowe

średnie

wyższe

4. MIEJSCE ZAMIESZKANIA

wieś

miasto

5. STAN CYWILNY

Panna/kawaler

Mężatka/żonaty

Wdowa/wdowiec

Osoba samotna

Osoba pozostająca w związku nieformalnym

7. PROBLEMY ZDROWOTNE (CHOROBY, DOLEGLIWOŚCI CHOROBOWE, DYSFUNKCJE)

.....
.....
.....
.....

Kontrola zdrowia oraz poczucie własnej skuteczności

Pojęcie **własnej skuteczności** (*self-efficacy*), – wprowadził Albert Bandura (1977), który zajmował się modyfikacją zachowań ludzi. Okazało się, że wyższe poczucie własnej skuteczności zwiększa motywację do działania i wiąże się z lepszymi osiągnięciami jednostki. Dzisiaj pojęcie własnej skuteczności stało się kluczowe w wielu dziedzinach psychologii, zwłaszcza zaś w psychologii zdrowia, gdzie stanowi podstawowy wyznacznik podejmowania i wprowadzania zmian w zachowaniach zdrowotnych. Koncepcja własnej skuteczności, zwanej także samoskutecznością, zajmujący się modyfikacją zachowań ludzkich. Koncepcja dotyczy przekonania jednostki o możliwości działania zgodnie z obranym celem niezależnie od pojawiających się przeszkód na drodze do jej realizacji i mieści się w nurcie społeczno-poznawczym podejścia do człowieka. Bandura w jednej ze swoich książek pisze: „Teoria społecznego uczenia się wyjaśnia ludzkie zachowania w kategoriach

stałych, wzajemnych interakcji między determinantami poznawczymi, behawioralnymi i środowiskowymi. Ten proces wzajemnego determinizmu kryje w sobie możliwość wpływu przez ludzi na swój los, ale także określa granice samokierowania. Zatem ta koncepcja funkcjonowania człowieka ani nie przypisuje ludziom roli bezsilnych pionków, kontrolowanych przez siły środowiska, ani też roli panów samych siebie, mogących stać się, kim tylko zechcą. Zarówno ludzie, jak i czynniki środowiskowe wzajemnie się determinują” [20].

Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się :

- z lękiem,
- poczuciem bezradności,

Wysoki poziom poczucia własnej skuteczności sprzyja:

- podejmowaniu wyzwań,
- formułowaniu celów,
- osiąganiu sukcesów w ich realizacji.

Teorię poczucia **kontroli zdrowia** po raz pierwszy w obszar zdrowia wprowadzili Melvin Seeman i Jonathan W. Evans.

Zewnętrzne umiejscowienie kontroli przypisuje się czynnikom zewnętrznym, niepodlegającym kontroli konkretnej jednostki. Jednostki o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli wyrażają przekonanie o dominującym wpływie czynników od nich niezależnych na ich poziom zdrowia. Charakteryzuje je poczucie braku wpływu na otoczenie oraz tendencja do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań.

Wewnętrzne umiejscowienie kontroli kładzie natomiast nacisk na własny wysiłek w działaniu, odpowiedzialność za to działanie, poszukiwanie odpowiednich informacji w tym zakresie, uczenie się i podejmowanie autonomicznych decyzji.

Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które określa źródła wpływu na stan zdrowia, ma istotne znaczenie w modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem.

Unikanie zachowań ryzykownych jest tym skuteczniejsze, im bardziej osoba jest przekonana o swoim wpływie na zdrowie. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest wypadkową oddziaływań środowiska rodzinnego, szkoły, rówieśników, mediów i ochrony zdrowia. Uważa się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest korzystniejsze, gdyż osoby je prezentujące są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywności prozdrowotne, posiadają duże poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz dążą do jego utrzymania i poprawy [21].

Poczucie posiadanego wsparcia

Wsparcie to działanie lub inna forma pomocy skierowana do człowieka lub do grupy, umożliwiająca im przezwycięzenie własnych problemów, trudności, konfliktów, trudnych sytuacji. Wsparcie jest specyficzną formą pomagania, która polega na umiejętności wyzwolenia wiary we własne siły, mobilizowania sił, aktywności i możliwości osoby wspieranej do działań na rzecz własnej samodzielności w pokonywaniu trudności lub we własnym rozwoju.

Głównym natomiast zadaniem wspierania jest ułatwienie wspieranemu, usunięcie cierpienia oraz wzmocnienie jego sił, samodzielności i zdolności wypełniania różnych funkcji. Osoby osamotnione, izolowane czy izolujące się, dyskryminowane zwykle nie uzyskują wsparcia, mimo że znajdują się nieraz w ekstremalnie trudnych sytuacjach.

Istnieje wiele różnych typologii wsparcia

Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu w toku interakcji emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywne ustosunkowania do wspieranej osoby.

Wsparcie informacyjne (nazywane poznawczym) jest wymianą w toku interakcji takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego i problemu.

Wsparcie instrumentalne to rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania.

Wsparcie rzeczowe (materialne) to świadczona pomoc materialna, rzeczowa i finansowa, ale także bezpośrednie fizyczne działanie na rzecz osób potrzebujących; przekazywanie środków do życia, dożywianie, itp.

Wsparcie duchowe dotyczy zwłaszcza opieki hospicyjnej, w której pomoc wobec cierpienia i bólu duchowego związanego z sensem życia i śmierci wymaga odniesienia się do sfery sensu i ducha [22].

Poczucie akceptacji choroby ma istotny wpływ na przystosowanie się do ograniczeń związanych z chorobą, wpływa na relację z innymi osobami, na poczucie własnej wartości, a także na jakość życia. Im większa akceptacja, tym lepsza adaptacja i mniejsze poczucie dyskomfortu wynikające z choroby. Akceptacja pozwala na podejmowanie działań dotyczących utrzymania korzystnego funkcjonowania mimo istniejącej choroby. Najbardziej pożądaną postawą wobec choroby jest postawa adekwatna do stanu chorobowego, kiedy pacjent w racjonalny sposób reaguje na objawy choroby i leczenie. Chorzy, którzy akceptują chorobę, wykazują optymistyczne, pełne nadziei podejście do życia, zaufanie do lekarzy, do metod leczenia, a także biorą aktywny udział w terapii. Im większy stopień akceptacji, tym lepsze przystosowanie i mniejsze nasilenie negatywnych emocji.

Percepcja choroby

Czynnikiem determinującym zachowania osoby chorej jest także **percepcja choroby**. Na podstawie funkcji percepcyjnych tworzona jest umysłowa reprezentacja choroby (schemat). W strukturze schematu choroby wyróżnić można element wiedzy obiektywnej, opierający się zazwyczaj na informacjach uzyskanych od personelu medycznego, oraz element subiektywny, stanowiący tzw. „samorozpoznanie” pacjenta, jego własną operacjonalizację doświadczanych trudności somatycznych oraz ich kontekst. Przekonania dotyczące choroby tworzą

się przez całe życie i mogą istotnie wpływać na przebieg i efekt leczenia. Wiedza o chorobie i jej akceptacja zmienia się także wraz z czasem jej trwania. Na podstawie oceny elementów obrazu choroby można szacunkowo określić ich wpływ na dalsze funkcjonowanie pacjenta. Można również do pewnego stopnia modyfikować niekorzystne przekonania, zwiększając w ten sposób szanse na powrót do prawidłowego funkcjonowania [20].

4. Pacjent w chorobie przewlekłej - ocena posiadanych zasobów i zagrożeń zdrowotnych

Choroby przewlekłe – (choroby przewlekłe niezakaźne, chronic non-communicable diseases, noncommunicable diseases – NCDs) według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) są nieuleczalne, mogą wiązać się z częściową niepełnosprawnością pacjenta. W ich przebiegu często występują nieodwracalne zmiany patologiczne, chorzy wymagają edukacji, rehabilitacji oraz wieloletniej obserwacji, w związku z czym system opieki zdrowotnej nad tą grupą chorych powinien opierać się na modelu biopsychospołecznym. Zgodnie z danymi WHO u 75% populacji ogólnej występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, a niemal połowa pacjentów chorych przewlekłe ma rozpoznane co najmniej dwie choroby wymagające stałego kontaktu z opieką zdrowotną.

Potrzeby pacjentów z jedną chorobą przewlekłą różnią się od pacjentów z wielochorobowością, a wystąpienie jednej choroby przewlekłej zwiększa ryzyko kolejnych. Stąd u pacjentów z wielochorobowością wykazano większe ryzyko nagłego pogorszenia się stanu zdrowia i niepełnosprawności. Poziom hospitalizacji z powodu zaburzeń, którym można zapobiegać został więc uznany za wrażliwy wskaźnik adekwatnej opieki podstawowej nad pacjentami z wielochorobowością. Ta populacja pacjentów staje się najbardziej znaczącym elementem systemu opieki zdrowotnej przyszłości, w którym istoty nabiera nie – paternalistyczny wzorzec

kontaktu, ale współpraca prowadząca do przestrzegania procedur długoterminowej terapii i okresowej diagnostyki, a przede wszystkim ukierunkowana na promocję zdrowia, profilaktykę powikłań aktualnych chorób przewlekłych i współwystępowania kolejnych, jak również zogniskowana na opiekę nad sferą socjalną i psychiczną pacjentów [23].

WHO wspiera Model Opieki nad Chorymi Przewlekle (Chronic Care Model – CCM) zarówno na poziomie mikro (pacjent i jego rodzina), mezzo (organizacja opieki zdrowotnej i lokalna społeczność), jak i makro (ustawodawstwo). Nowoczesna koncepcja zdrowia wskazuje dodatkowo na konieczną dynamiczną równowagę między sferą somatyczną, psychiczną i społeczną. Proponuje się, aby systemy opieki zdrowotnej modelować na strukturze wspierającej „zarządzanie chorobami przewlekłymi” – zależnie oczywiście od lokalnych możliwości oraz potrzeb i oczekiwań pacjentów. Od wielu lat wskazuje się na potrzebę określenia systemu opieki w ramach środowiska domowego pacjentów, ukierunkowanej na indywidualne potrzeby chorych. Wykazano, że opieka domowa charakteryzuje się dużą efektywnością kliniczną z obniżeniem ryzyka hospitalizacji i podwyższeniem ocen satysfakcji. Stwierdzono, że jest o 44% tańsza od opieki szpitalnej.

Coraz szersze zainteresowanie wiąże się z próbą kształtowania opieki zdrowotnej w stronę spełniania oczekiwań chorych przewlekle z jednoczesną ewolucją systemu reaktywnego (reagującego, gdy zgłasza się osoba już chora) w proaktywny (dążący do utrzymania wysokiego poziomu jakości życia). Model Opieki nad Chorymi Przewlekle (Chronic Care Model – CCM) zakłada: partnerstwo pomiędzy współdecydującymi pacjentami i profesjonalistami opieki zdrowotnej, współpracę w ramach opieki oraz edukację uzupełnioną wsparciem dla pacjentów w osiąganiu najwyższej możliwej jakości życia. Według teorii Wagnera prawidłowo prowadzona opieka dla chorych przewlekle powinna obejmować źródła środowiskowe, uwarunkowania prawne, odpowiednią reorganizację systemu opieki zdrowotnej z ukierunkowaniem na opiekę nad chorymi przewlekle poprzez wsparcie dla

„zarządzania chorobą” przez samych pacjentów i pomoc przy podejmowaniu biopsychospołecznych decyzji dotyczących choroby przewlekłej, a także kompleksowy system informacji klinicznej dla pacjentów i członków wielodyscyplinarnego zespołu.

Akceptacja choroby

Asymptomatyczny charakter chorób przewlekłych, diagnostyka skierowana na analizę istniejących objawów i odsunięte w czasie efekty leczenia sprawiają, że chorzy często nie podejmują lub przerywają terapię, nie zgłaszają się na wizyty kontrolne, nie wykonują badań diagnostycznych. Skutkiem jest opóźniony proces terapii oraz pojawianie się przedwczesnych powikłań. Poprawę w tej sferze można osiągnąć przez zwiększanie u pacjentów poziomu akceptacji choroby, co bezpośrednio wpływa na podwyższenie poziomu jakości życia przewlekle chorych. Najczęściej zgłaszane bariery obejmują: niski poziom wiedzy u pacjentów, w tym na temat powikłań chorób przewlekłych, brak przekonania co do skuteczności wytycznych, przekonanie profesjonalistów o braku chęci przeprowadzenia przez pacjentów zmian w stylu życia. Na podstawie obserwacji klinicznych wykazano, że programy edukacyjne z wykorzystaniem zasobów własnych pacjentów są bardziej efektywne w pokonywaniu powyższych barier niż samo przekazywanie informacji. Nie jest to jednak możliwe bez odpowiedniego poziomu akceptacji choroby przewlekłej, który wynika z odpowiedniego poziomu edukacji. Wysoki poziom akceptacji choroby uznaje się za czynnik sprzyjający zdrowiu, świadczy bowiem o przystosowaniu do ograniczeń spowodowanych chorobą i akceptacji niesprawności wywołanej chorobą. Ma to ogromne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, które wymagają od pacjenta stałego pozostawania w strukturach opieki zdrowotnej. Akceptacja choroby jest związana ze zmniejszeniem negatywnych reakcji i emocji wynikających z choroby przewlekłej oraz jej terapii. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym mniejsze nasilenie destrukcyjnych reakcji i emocji wynikających z choroby przewlekłej.

Adaptacja do stanu choroby przewlekłej jest kluczowa dla wysokiego poziomu akceptacji i kontroli choroby, w tym pełnego udziału pacjenta w samokontroli, co jest krytycznym elementem opieki nad chorymi przewlekłe. Poziom akceptacji choroby wiąże się z samooceną pacjenta, która wynika z możliwości przystosowania się do ograniczeń związanych z chorobą przewlekłą oraz określa stopień zależności od innych osób. Składowe te bezpośrednio wpływają na poziom jakości życia (Quality of Life, QoL) pacjenta chorego przewlekłe, określając poziom jego funkcjonowania biopsychospołecznego. W badaniach analizujących QoL u pacjentów przewlekłe chorych, poziom akceptacji choroby pozostaje w korelacji dodatniej z przestrzeganiem zaleceń dotyczących diagnostyki i terapii oraz – ujemnej z poziomem powikłań. Poziom akceptacji choroby i QoL są statystycznie istotnie wyższe u pacjentów z chorobą przewlekłą bez powikłań niż u pacjentów z obecnymi powikłaniami. Pacjenci z wyższym poziomem akceptacji choroby przewlekłej pozytywnie reagują na zalecenia dotyczące terapii, łatwiej przychodzi im przyjęcie roli pacjenta, konstruktywniej i wykorzystując własne zasoby radzą sobie z ograniczeniami stawianymi przez chorobę przewlekłą [23].

5 komponentów poznawczej reprezentacji choroby według Leventhal i wsp.:

1. przyczyny choroby (cause) — ten element zawiera przekonania na temat czynników odpowiedzialnych za pojawienie się danego schorzenia: czynniki biologiczne (geny, wirusy, system immunologiczny) emocjonalne (stres, depresja) czy środowiskowe (zanieczyszczenie środowiska);

2. konsekwencje choroby (consequences) — są to przekonania pacjenta na temat tego, jak choroba wpłynie na fizyczną, psychologiczną i społeczną jakość życia, codzienne funkcjonowanie oraz sprawność;

3. tożsamość, identyfikacja choroby (identity) — ten element poznawczej reprezentacji choroby stanowi wiedzę, czym jest dana choroba oraz jakie wiążą się z nią objawy;

4. przebieg choroby (timeline) — są to oczekiwania dotyczące sposobu, w jaki dane schorzenie będzie przebiegać, oraz czasu jego trwania;

5. możliwość wyleczenia/kontroli choroby (cure/control) — ten element zawiera przekonania na temat możliwości kontrolowania schorzenia i pojawiających się objawów oraz skuteczności działań medycznych podejmowanych w związku z chorobą.

W badaniach nad czynnikami moderującymi proces adaptacji i radzenia sobie z chorobą somatyczną z powodzeniem wykorzystywano Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (Health Locus of Control Scale), opracowaną przez Wallstona i wsp. Konstrukcja umiejscowienia kontroli zdrowia zawiera 3 dymensje:

1. kontrola wewnętrzna (osobista) — stopień, w jakim jednostka wyraża przekonanie, że jej stan zdrowia stanowi rezultat własnych działań; — kontrola medyczna (znaczący inni, wpływ innych)

2. stopień, w jakim jednostka wyraża przekonanie, że na jej zdrowie wpływają działania innych osób, na przykład służb medycznych;

3. kontrola zewnętrzna (przypadek, los) — stopień, w jakim jednostka wyraża przekonanie, że na stan jej zdrowia wpływają głównie przypadek i okoliczności zewnętrzne [23].

Geneza poznawczej reprezentacji choroby

Poznawczy obraz własnej choroby kształtuje się w procesie przetwarzania dopływających informacji, spośród których znaczenie mają zarówno te dotyczące roli pacjenta, jak i schorzenia jako takiego. **Do konstruowania obrazu własnej choroby przyczyniają się szczególnie 3 źródła informacji.** Najbardziej ogólnym źródłem jest **wiedza o samej chorobie** — często potoczna, przyjęta w danej kulturze, zawierająca gotowe poglądy i wierzenia dotyczące określonych problemów zdrowotnych. Drugie źródło informacji Leventhal i wsp. **określają jako nieformalną komunikację społeczną**, czyli informacje o stanie zdrowia, których

dostarczają choremu lekarz, inni pracownicy ochrony zdrowia oraz niefachowe otoczenie społeczne. Są to również wiadomości pochodzące ze środków masowego przekazu, z akcji oświaty zdrowotnej, z własnych obserwacji pacjenta, do których okazją są kontakty z innymi osobami cierpiącymi na tę samą chorobę. Często chorzy w poszukiwaniu informacji sięgają także po literaturę fachową. Wreszcie trzecim, najważniejszym źródłem informacji o chorobie są **własne doświadczenia i odczucia płynące z organizmu**, które pojawiają się w przebiegu danego schorzenia, samopoczucie pacjenta oraz rodzaj, nasilenie i dynamika towarzyszących mu objawów. Geneza obrazu własnej choroby jest złożona i wielorako determinowana, a w jego kształtowaniu uczestniczą także liczne czynniki podmiotowe w charakterze zmiennych pośredniczących. Sposób wykorzystania przez pacjenta dopływających do niej informacji o chorobie w dużej mierze zależy od posiadanej już wiedzy medycznej oraz ukształtowanych poprzednio schematów poznawczych dotyczących zdrowia, choroby i terapii. Można zakładać, że zgodnie z prawidłowościami dysonansu poznawczego opisanego przez Festingera za: powyższe schematy zadecydują, które z dopływających informacji chory będzie skłonny odrzucić, które przyjąć, a które zniekształcić. Oprócz istniejących schematów poznawczych dla odbioru bieżących informacji niebagatelne znaczenie ma także stan emocjonalny pacjenta w momencie ich dopływu. Decyduje on o gotowości ich odbioru i może wpływać na ewentualne zniekształcenie. Wreszcie, w kształtowaniu się obrazu własnej choroby znaczącą rolę odgrywa osobowość pacjenta. Niektóre cechy, jak neurotyczność i wpisany w nią podwyższony poziom lęku, mogą sprzyjać nadmiernej koncentracji na negatywnych informacjach związanych z chorobą, a tym samym decydować o formowaniu jej zniekształconej reprezentacji, zawierającej w sobie wyolbrzymianie ciężkości schorzenia i zagrożeń, jakie może wywołać. W związku z tymi zależnościami przestaje dziwić fakt, że często analizując poznawczą reprezentację choroby, którą wykształcił dany pacjent, można stwierdzić brak zgodności jej treści z obiektywnym stanem rzeczy [24].

5. Narzędzia do oceny zasobów:

Narzędzia te wykorzystywane są przez specjalistów zajmujących się promocją zdrowia, edukacją zdrowotną, profilaktyką i terapią.



5.1. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych - IZZ

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyński IZZ

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań? Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

1- prawie nigdy; 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5- prawie nigdy

1	Jem dużo warzyw, owoców	
2	Unikam przeziębień	
3	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	
4	Wystarczająco dużo odpoczywam	
5	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	
6	Mam zanotowane numery telefonów służ pogotowia	
7	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	
8	Unikam przepracowania	
9	Dbam o prawidłowe odżywianie	
10	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	
11	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć	
12	Kontroluję swoją wagę ciała	
13	Unikam spożywania żywności z konserwantami	
14	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	
15	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	
16	Wystarczająco dużo śpię	
17	Unikam soli i silnie solonej żywności	
18	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	
19	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	
20	Ograniczam palenie tytoniu	
21	Jem pieczywo pełnoziarniste	
22	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	
23	Myszę pozytywnie	
24	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	
25	Inne, jakie?.....	

Interpretacja

Jego wartość mieści się w granicach od 24 do 120 pkt. Im wyższy wynik tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych [25].

5.2. Umiejscowienia kontroli zdrowia - MHLC

MHLC - wersja A

K. A. Wallston, B. S. Wallston i R. De Vellis

Adaptacja: Z. Juczyński

Skala przedstawia poglądy różnych ludzi na pewne istotne zagadnienia związane ze zdrowiem. Każde stwierdzenie wyraża pogląd, z którym można się zgodzić lub nie. Chodzi tu o osobiste przekonanie i nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniem, przekonaniem nie z tym - co powinno się sądzić.

Poniżej znajdują się odpowiedzi od „zdecydowanie nie zgadzam się” (1) - do „zdecydowanie zgadzam się” (6). Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody. Należy podać jedną odpowiedź dla każdego stwierdzenia. Poszczególne liczby oznaczają.

NIE Zdecydowanie nie zgadzam się 1	W pewnym stopniu nie zgadzam się 2	W małym stopniu nie zgadzam się 3	W małym stopniu zgadzam się 4	W pewnym stopniu zgadzam się 5	TAK Zdecydowanie zgadzam się 6
--	---	--	---	--	---

1. Kiedy choruję, to od mego zachowania zależy, jak szybko wyzdrowieję	1, 2, 3, 4, 5, 6
2. Jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie co zrobię	1, 2, 3, 4, 5, 6
3. Utrzymywanie regularnych kontaktów z lekarzem jest najlepszym sposobem uniknięcia choroby	1, 2, 3, 4, 5, 6
4. Większość tego, co wpływa na moje zdrowie, zdarza się przez przypadek	1, 2, 3, 4, 5, 6
5. Kiedy tylko poczuję się źle, konsultuję się z lekarzem	1, 2, 3, 4, 5, 6
6. Ja sam decyduję o swoim zdrowiu	1, 2, 3, 4, 5, 6
7. Inni ludzie (np. lekarze, pielęgniarki, rodzina, przyjaciele) mają wpływ na to, czy zachoruję, czy pozostanę zdrowy	1, 2, 3, 4, 5, 6
8. Kiedy choruję wina leży po mojej stronie	1, 2, 3, 4, 5, 6
9. To jak szybko wyzdrowieję, zależy w dużym stopniu od szczęścia	1, 2, 3, 4, 5, 6
10. lekarze decydują o moim zdrowiu	1, 2, 3, 4, 5, 6
11. Moje dobre zdrowie jest w dużym stopniu wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności	1, 2, 3, 4, 5, 6
12. Moje zdrowie zależy głównie od tego co ja sam zrobię	1, 2, 3, 4, 5, 6
13. Jeśli sam będę dbał o siebie to mogę uniknąć choroby	1, 2, 3, 4, 5, 6
14. Kiedy powracam do zdrowia, to zwykle dzięki innym ludziom (np. lekarzom, pielęgniarkom, rodzinie, przyjaciołom) którzy zapewniają mi dobrą opiekę	1, 2, 3, 4, 5, 6
15. Niezależnie od tego co zrobię i tak prawdopodobnie zachoruję	1, 2, 3, 4, 5, 6
16. Jeżeli mam pozostać zdrowy to pozostanę	1, 2, 3, 4, 5, 6
17. Jeżeli podejmę właściwe działania, to pozostanę zdrowy	1, 2, 3, 4, 5, 6
18. Dla swojego zdrowia mogę jedynie zrobić to, co poleci mi lekarz	1, 2, 3, 4, 5, 6

W	I	P
---	---	---

Interpretacja

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia MHLC-A składa się z 18 stwierdzeń odnoszących się do przekonań dotyczących oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie; wpływ innych (I) – własne zdrowie jest czynnikiem oddziaływania innych, np. pracowników ochrony zdrowia; przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek oraz inne czynniki zewnętrzne. W sytuacji gdy respondent zdecydowanie nie zgadza się ze stwierdzeniem, przyznaje 1 pkt, natomiast przyznanie 6 pkt wyraża odpowiedź: zdecydowanie się zgadzam. Liczba punktów dla każdego stwierdzenia możliwa do osiągnięcia wynosi 6–36. W analizie im większa liczba punktów, tym większy wpływ danego czynnika na stan zdrowia. Poszczególne odpowiedzi przyporządkowane są do trzech podskal. Im wyższa punktacja każdej z nich, tym większy wpływ na zdrowie mają: przypadek (P), personel medyczny i oddziaływania innych osób (I) lub jednostki (W). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja podejmowaniu prozdrowotnych zachowań. Osoby przejawiające w dominacji wewnętrzną kontrolę zdrowia są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji i cechuje je większa odpowiedzialność za własne zdrowie. Częściej osoby te podejmują profilaktyczne zachowania zdrowotne [25].

5.3. Poczucia własnej skuteczności GSSE

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)

Wg R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych. Po przeczytaniu ich, proszę odnieść stwierdzenie do siebie i określić czy są one prawdziwe czy nie, wpisując odpowiedź w czterostopniowej skali:

1 – nie 2 – raczej nie 3 – raczej tak 4 – tak

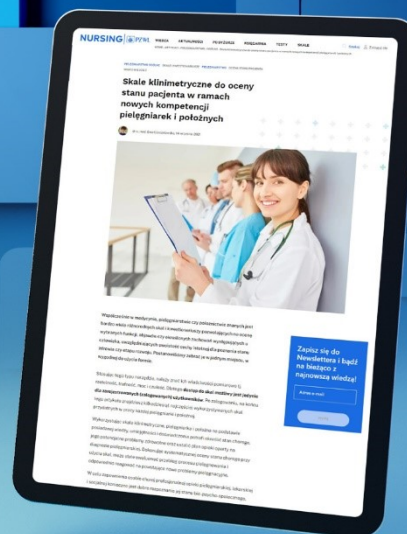
1.	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram	1	2	3	4
2.	Jeśli ktoś mi się sprzeciwia, mam sposoby, aby osiągnąć to co chcę	1	2	3	4
3.	Łatwo jest mi trzymać się swoich celów	1	2	3	4
4.	Jestem przekonany, że skutecznie poradziła/poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami	1	2	3	4
5.	Dzięki swojej pomysłowości dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach	1	2	3	4
6.	Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	1	2	3	4
7.	Potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenie sobie	1	2	3	4
8.	Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań	1	2	3	4
9.	Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić	1	2	3	4
10.	Niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić	1	2	3	4

Interpretacja

Na każde pytanie możliwe są do wyboru 4 odpowiedzi, od „NIE” – oceniane 1 punktem, do „TAK” – oceniane 4 punktami. Suma wszystkich ocen daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Im wyższa ocena, tym większe poczucie własnej skuteczności [25].

Skale klinimetryczne do oceny stanu pacjenta w ramach nowych kompetencji pielęgniarek i położnych

 Sprawdź

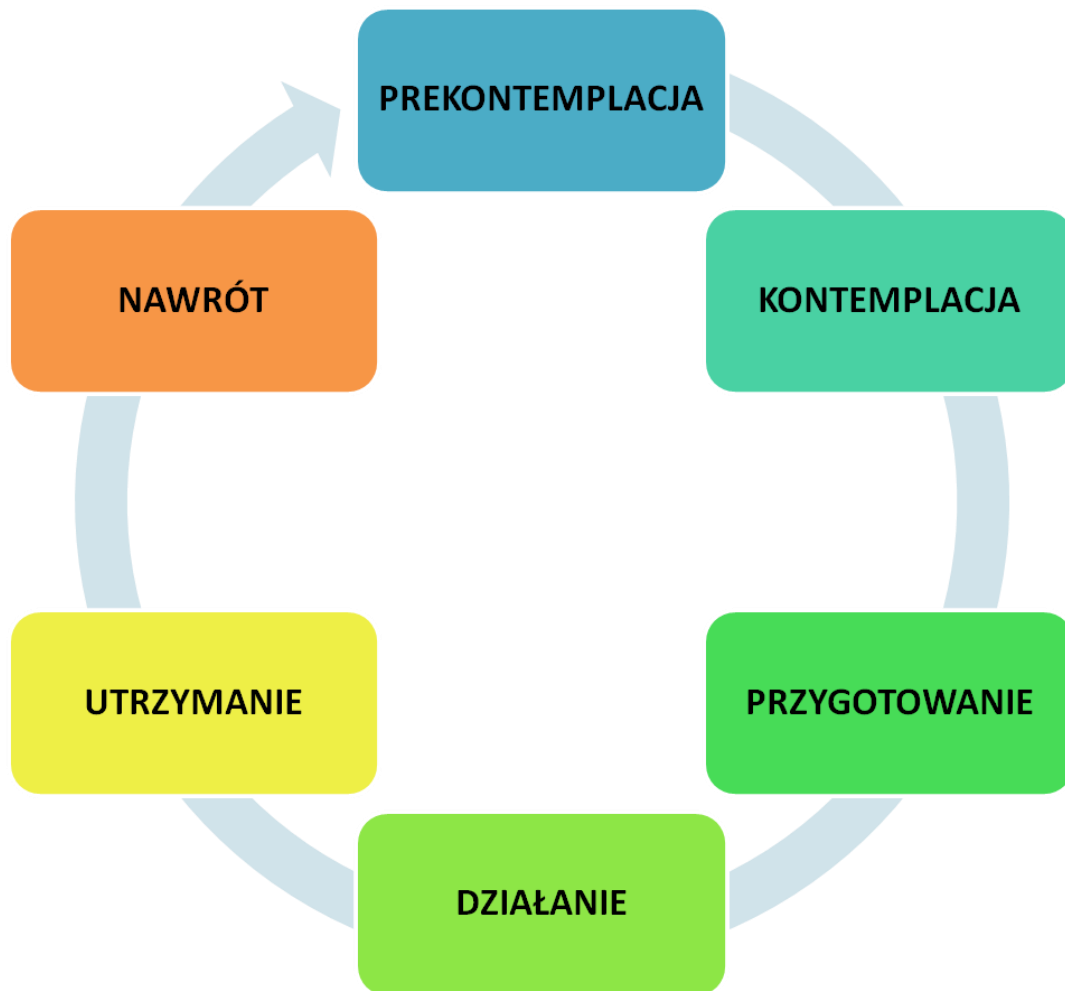


6. Udzielanie porady osobom zagrożonym uzależnieniem i uzależnionym - transteoretyczny model zmiany (Prochaska i DiClemente)

Prochaska i DiClemente opracowali **model transteoretyczny** - zakładający, że zmiana zachowania zachodzi w pięciu stadiach. Model wyjaśnia kolejność etapów i relacje czasowe pomiędzy nimi:

- 1. faza pierwsza: prekontemplacji** – dotyczy stanu jednostki pozostającej w niepełnej lub pełnej świadomości istniejących zagrożeń, ale nie planującej jeszcze w przyszłości podejmować zmiany swoich zachowań, często zaprzeczającej istnieniu problemu;
- 2. faza druga: kontemplacji** – jednostka dokonuje namysłu, uświadamia sobie istnienie problemu i rozważa zmianę zachowania;
- 3. faza trzecia: przygotowania** – jednostka podejmuje decyzję o tym, jakich zmian będą dotyczyły dotychczasowe zachowania – pojawia się intencja;
- 4. faza czwarta: działania** – osoba dokonuje zmiany w swoim zachowaniu i otoczeniu, otrzymuje też wsparcie społeczne;
- 5. faza piąta: utrzymania** – osoba zbiera korzyści z dokonanej zmiany, aktywnie zapobiega ryzyku nawrotu, utrzymuje prozdrowotne zmiany w zachowaniu, które utrwała. Nowe zachowanie staje się trwałym elementem życia jednostki [20].

Transteoretyczny model zmiany ma kilka etapów, które zawsze poruszają się w kółko. Ktoś, kto chce zmienić uzależnienie **przejdzie przez te etapy na swój własny sposób**, dopóki w końcu nie zdoła utrzymać zmiany.



Ryc. 1. Transteoretyczny model zmiany Prochaska i DiClemente (opracowanie własne)

7. Narzędzia służące do oceny uzależnienia w różnych sytuacjach zdrowotnych

7.1. Kwestionariusz Fagerstroma

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 pod kodem F17 figuruje zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania wynikające z palenia tytoniu (przewlekły nikotynizm). Definicję uzależnienia od nikotyny określono w latach 90. jako występowanie minimum 3 spośród 7 kryteriów:

- 1) zwiększającej się tolerancji na nikotynę,
- 2) występowania zespołu objawów odstawienia tytoniu, silnej potrzeby zapalenia papierosa (tak zwany głód tytoniowy),
- 3) większego niż zamierzone używanie tytoniu, potrzeby coraz częstszego sięgania po papierosa w celu uzupełnienia zapotrzebowania na nikotynę – trudności w kontrolowaniu zachowań dotyczących palenia (np. ilości wypalanych papierosów),
- 4) kontynuowania palenia tytoniu pomimo chęci zaprzestania tego zachowania,
- 5) poświęcania znacznej (coraz większej) ilości czasu na palenie tytoniu i na czynności związane z paleniem,
- 6) przedkładania używania tytoniu ponad inne zajęcia, stopniowym zaniedbywaniu alternatywnych zainteresowań oraz źródeł przyjemności,
- 7) przymusowego, uporczywego kontynuowaniu palenia, pomimo nabytej wiedzy na temat szkodliwości tego nałogu, problemów zdrowotnych i psychologicznych, zależnych od tytoniu. Odstawienie nikotyny u osób uzależnionych powoduje nikotynowy zespół abstynencyjny, którego najbardziej charakterystyczne objawy to:

- nieodparta potrzeba zapalenia papierosa – głód nikotynowy złe samopoczucie lub osłabienie, uczucie zmęczenia,
- drażliwość i niepokój (lęk), nerwowość, wahania nastroju,
- wzmożony apetyt,
- zaburzenia snu (bezsenność), trudności w koncentracji,
- bóle i zwroty głowy, bóle mięśniowe,
- owrzodzenia jamy ustnej, zaparcia,
- zwiększony kaszel, ból gardła [26].

Test Fagerströma

Test Fagerströma pozwala na orientacyjną ocenę głębokości fizycznego uzależnienia od nikotyny. Jest przydatnym narzędziem do opracowania ewentualnego dalszego planu pracy z pacjentem w celu wyeliminowania z życia papierosów.

Pytanie	Odpowiedź	Punkty
1. Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan/Pani swego pierwszego papierosa?	a) w ciągu 30 min.	1
	b) po 30 min.	0
2. Czy sprawia Panu/Pani trudność powstrzymanie się od palenia tytoniu w miejscach publicznych, w których obowiązuje zakaz palenia (np. kościół, biblioteka, kino)?	a) Tak	1
	b) Nie	0
3. Z którego papierosa byłoby Pani/Panu najtrudniej zrezygnować?	a) z pierwszego rano.	1
	b) z każdego innego.	0
4. Ile papierosów wypala Pan/Pani dziennie?	a) mniej niż 15	0
	b) 16-25	1
	c) ponad 25	2
5. Czy częściej pali Pan/Pani papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu, czy w pozostałej części dnia?	a) Tak	1
	b) Nie	0
6. Czy pali Pan/Pani podczas choroby, która zmusza Pana/Panią do	a) Tak	1
	b) Nie	0

pozostawania w łóżku przez większą część dnia?

	a) mniej niż 0,9 mg	0
7. Jaka jest zawartość nikotyny w papierosach, które Pan/Pani zwykle pali?	b) 1,0 - 1,2 mg	1
	c) ponad 1,3 mg	2
8. Czy zaciąga się Pan/Pani dymem tytoniowym?	a) Nigdy	0
	b) Czasami	1
	c) Zawsze	2

Komentarz do kwestionariusza:

- Maksymalna liczba punktów wynosi 11.
- Od 0 do 7 pkt. - wskazuje na niski poziom uzależnienia od nikotyny.
- Wartość 7 pkt. i powyżej wskazuje na wysoki poziom uzależnienia od nikotyny [27].

7.2. Kwestionariusz AUDIT

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, zaburzenia związane z alkoholem umieszczone są w dziale wszystkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zależnych od używania substancji chemicznych (grupa oznaczona literą F), pod symbolem F10. Szkodliwe picie alkoholu (F10.1) określono tu jako sposób jego picia niekorzystnie wpływający na zdrowie, przy czym owo szkodliwe działanie może mieć charakter somatyczny lub psychiczny. Uzależnienie od alkoholu (F10.2) natomiast stwierdza się, gdy u osoby występują trzy lub więcej z poniżej wskazanych objawów przez co najmniej miesiąc lub utrzymujących się krócej niż jeden miesiąc, ale powtarzających się w ciągu ostatnich 12 miesięcy: silna, natrętna potrzeba spożywania alkoholu (głód alkoholu); upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu; objawy abstynencyjne; picie alkoholu w celu złagodzenia albo zapobieżenia alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu; zmieniona tolerancja alkoholu; zawężenie repertuaru zachowań związanych z piciem alkoholu do 1-2 wzorców; postępujące zaniedbywanie

alternatywnych do picia przyjemności, zachowań i zainteresowań; picie alkoholu pomimo wiedzy o jego szkodliwości dla zdrowia pijącego [28].

Na drodze od picia kontrolowanego do picia patologicznego wyróżnić można pewne stadia. Znajomość symptomów charakterystycznych dla każdego z nich pozwala na wykrycie niepokojących objawów. Takiego wyszczególnienia faz choroby alkoholowej podjął się ponad pół wieku temu Elvin M. Jellinek, który wyróżnił cztery fazy jej przebiegu:

1. Faza wstępna (inaczej: „przedalkoholiczna”; objawowa; tzw. picie towarzyskie) – alkohol jest spożywany przez osobę, ponieważ dostarcza jej przyjemności, łagodzi napięcia psychiczne, uśmierza lub usuwa przykre stany emocjonalne oraz ułatwia nawiązywanie kontaktu z innymi ludźmi. W tej fazie następuje powolny wzrost tolerancji na wypijany alkohol, a także tworzy się związek pomiędzy napięciem a alkoholem, aż jego używanie staje się zwyczajowym zachowaniem w sytuacji napięcia (w wyniku powtarzanego doświadczenia łagodzenia napięć psychicznych wywoływanego po spożyciu alkoholu). Uruchamia to proces obniżania się poziomu odporności na napięcia psychiczne, wzmacnia nieumiejętne radzenie sobie ze zdarzeniami stresowymi w sposób inny niż spożycie wówczas alkoholu oraz wygaszanie dotąd nabytych i stosowanych, a także potencjalnie możliwych do wykształcenia jeszcze innych strategii radzenia sobie ze stresem. Szacuje się, że faza ta trwa od kilku miesięcy do około dwóch lat.

2. Faza ostrzegawcza (inaczej: zwiastunowa, wstępna) – coraz silniejszej koncentracji na alkoholu (picie łapczywe, pośpieszne, po kryjomu, ciągle, natrętne myślenie o alkoholu, organizowanie okazji do wypicia) towarzyszy dalszy wzrost ilości wypijanego alkoholu, wzrost tolerancji. Pojawia się poczucie winy w związku z picciem, unikanie rozmów na ten temat oraz rozwój psychologicznych mechanizmów uzależnienia. Faza ta trwa od sześciu miesięcy do 4-5 lat.

3. Faza krytyczna (inaczej: ostra, krzyżowa) – człowiek w tej fazie utracił już bezpowrotnie kontrolę nad swoim picciem alkoholu, często doświadcza objawów głodu alkoholowego, koncentruje całe swoje życie na alkoholu i wokół niego,

zawężając zainteresowanie otaczającym światem i zaniedbując różne sfery swojego życia, co prowadzi do ich degradacji. Podejmuje próby zaprzestania picia, ale mimo że może zachować okresową abstynencję, to w dalszej perspektywie czasowej okazują się one nieskuteczne. Rozbudowuje system racjonalizacji usprawiedliwień swojego picia i coraz bardziej nieracjonalnych zachowań. Relacje z innymi ludźmi cechuje wrogość, agresja, pretensje, poczucie bycia ofiarą. Pojawiają się ciągi alkoholowe oraz regularne poranne picie, które sygnalizują wejście w czwartą fazę.

4. Faza przewlekła (inaczej: chroniczna) – stan nietrzeźwości staje się niemal codziennym i całodobowym, silnie spada tolerancja na alkohol, tj. wypicie nawet niewielkiej ilości powoduje stan upojenia (przy czym zdarza się, że osoba pije nawet alkohole niekonsumpcyjne). Następuje osłabienie zasad moralnych osoby, poważne uszkodzenie jej sprawności funkcji intelektualnych (procesów myślenia i zdolności do oceny faktów) oraz wyniszczenie somatyczne. Na tym etapie jest prawdopodobne, że system racjonalizacji i zaprzeczeń załamie się, a wówczas jest szansa, że osoba podejmie leczenie. W sytuacji gdy to nie nastąpi, postępuje proces wieloaspektowej degradacji człowieka [28].

Kwestionariusz AUDIT

Kwestionariusz AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test – Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych) to badanie przesiewowe, czyli nie ma bezwzględnej wartości diagnostycznej, ale jest pomocny w określeniu prawdopodobieństwa występowania problemów alkoholowych (w tym uzależnienia od alkoholu) u osoby badanej. Test AUDIT został opracowany przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, a w Polsce propagowany jest przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [29].

Wyjaśnienie:

jedna porcja standardowa (10 g czystego alkoholu) zawarta jest w około:

- 250 ml piwa o mocy 5%
- 100 ml wina o mocy 12%
- 30 ml wódki o mocy 40%

1. Jak często pijesz napoje alkoholowe?

- nigdy (0 pkt)
- raz w miesiącu (1 pkt)
- 2–4 razy w miesiącu (2pkt)
- 2–3 razy w tygodniu (3pkt)
- ≥ 4 razy w tygodniu (4pkt)

2. Ile standardowych porcji zawierających alkohol wypijasz w dniu, w którym pijesz?

- 1–2 porcje (0pkt)
- 3–4 porcje (1pkt)
- 5–6 porcji (2pkt)
- 7–9 porcji (3pkt)
- ≥ 10 porcji (4pkt)

3. Jak często wypijasz ≥ 6 porcji alkoholu podczas jednego dnia?

- nigdy (0pkt)
- rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
- około raz w miesiącu (2pkt)
- około raz w tygodniu w tygodniu (3pkt)
- codziennie lub prawie codziennie (4pkt)

4. Jak często w ostatnim roku nie mogłeś/aś przerwać picia po jego rozpoczęciu?

- nigdy (0pkt)

- rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
- około raz w miesiącu (2pkt)
- około raz w tygodniu (3pkt)
- codziennie lub prawie codziennie (4 pkt)

5. Jak często w ciągu ostatniego roku z powodu picia alkoholu zrobiłeś/aś coś niewłaściwego, niegodnego z przyjętymi w Twoim środowisku normami postępowania?

- nigdy (0pkt)
- rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
- około raz w miesiącu (2pkt)
- około raz w tygodniu (3pkt)
- codziennie lub prawie codziennie (4pkt)

6. Jak często w ostatnim roku potrzebowałeś/aś napić się alkoholu rano następnego dnia po "dużym piciu", aby móc dojść do siebie?

- nigdy (0pkt)
- rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
- około raz w miesiącu (2pkt)
- około raz w tygodniu (3pkt)
- codziennie lub prawie codziennie (4pkt)

7. Jak często w ostatnim roku miałeś/aś poczucie winy lub wyrzuty sumienia po picciu alkoholu?

- nigdy (0pkt)
- rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
- około raz w miesiącu (2pkt)
- około raz w tygodniu (3pkt)
- codziennie lub prawie codziennie (4pkt)

8. Jak często w ostatnim roku nie mogłeś/aś przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy, z powodu picia?

- nigdy (0pkt)
- rzadziej niż raz w miesiącu (1pkt)
- około raz w miesiącu (2pkt)
- około raz w tygodniu (3pkt)
- codziennie lub prawie codziennie (4pkt)

9. Czy kiedykolwiek doznałeś/aś lub ktoś inny doznał jakiegoś urazu fizycznego w wyniku Twojego picia?

- nie (0pkt)
- tak, ale nie w ostatnim roku (2pkt)
- tak, w ostatnim roku (4pkt)

10. Czy ktoś z rodziny albo lekarz lub inny pracownik opieki zdrowotnej interesował się Twoim piciem albo sugerował jego ograniczenie?

- nie (0pkt)
- tak, ale nie w ostatnim roku (2pkt)
- tak, w ostatnim roku (4pkt).

Interpretacja wyników:

- wynik do 8 punktów - picie o niskim poziomie ryzyka
- wynik od 8 do 15 - ryzykowne spożywanie alkoholu
- wynik 16-19 - duże prawdopodobieństwo uzależnienia od alkoholu
- wynik 20 i więcej - podejrzenie uzależnienia od alkoholu
- podwyższone wyniki w trzech pierwszych pytaniach (przy niskich wynikach w pozostałych) – prawdopodobnie pijesz w sposób ryzykowny
- podwyższone wyniki w punktach 4–6 – prawdopodobnie jesteś uzależniony od alkoholu, konieczne jest leczenie odwykowe [29, 30].

7.3. Kwestionariusz CAGE

Kwestionariusz CAGE jest bardzo wygodny w użyciu, a jego wypełnienie zajmuje około 1-2 minut. Test ten składa się zaledwie z czterech pytań, na które trzeba odpowiadać szczerze.

Odpowiedź twierdząca na którekolwiek z pytań wskazuje na konieczność przeprowadzenia pogłębionej analizy problemu uzależnienia. Jeśli odpowiedź na jedno z pytań brzmi „TAK”, to istnieje podejrzenie problemów alkoholowych i należy skonsultować się ze specjalistą [30].

Kwestionariusz CAGE

Zastanów się i odpowiedz szczerze – przecież sprawdzasz siebie

1. Czy czuł Pan/Pani kiedykolwiek, że powinien Pan/Pani przerwać picie ?
2. Czy ludzie sprawiali Panu/Pani przykrość przez krytykowanie Pana/Pani picia ?
3. Czy czuł/czuła się Pan/Pani kiedykolwiek źle z powodu Pana/Pani picia ?
4. Czy kiedykolwiek po obudzeniu pierwszą Pana/Pani myślą była myśl o wypiciu alkoholu, aby przerwać objawy picia ?

Interpretacja

1. Jeśli odpowiedział Pan/Pani „tak” na jedno z pytań, świadczy to, że istnieje u Pana/Pani podejrzenie problemów alkoholowych.
2. Jeśli odpowiedział Pan/Pani „tak” na 2 lub więcej pytań, jest wielce prawdopodobne, że ma Pan/Pani poważne problemy alkoholowe.

8. Wywiad motywujący

Wywiad motywujący - jest dyrektywnym, skoncentrowanym na kliencie stylem doradztwa (sposobem komunikacji) ukierunkowanym na wydobycie z klienta motywacji do zmiany zachowania poprzez zbadanie i rozwiązanie ambiwalencji wobec zmiany. Wywiad motywujący nie jest zestawem technik, które mają zastosowanie wobec klienta, ale jego istota wyraża się w określonej filozofii komunikowania się z klientem”.

Motywacja do zmiany zachowania nie jest narzucona czy „zainstalowana” przez kogokolwiek, lecz jest „wydobyta” z klienta.

Zgodnie z założeniami wywiadu motywującego bezpośrednie przekonywanie klienta do zmiany zachowania czy przyjęcie konfrontacyjnego stylu komunikowania się częściej wzmaga jego opór przed zmianą, niż motywuje do podjęcia decyzji o zmianie.

W wywiadzie motywującym styl pracy terapeuty polega **przede wszystkim na aktywnym słuchaniu klienta**, odwoływaniu się do jego ważnych celów i wartości oraz identyfikowaniu i mobilizowaniu jego wewnętrznych zasobów. Zadaniem klienta a nie terapeuty jest wyartykułowanie argumentów za zmianą zachowania. Terapeuta aktywnie wspiera klienta i ułatwia mu przeanalizowanie **ambivalentnego stosunku do zmiany**.

Ambiwalencja wobec zmiany wyraża się w dwóch przeciwstawnych dążeniach klienta. Z jednej strony chce on zrezygnować np. z używania substancji psychoaktywnych, ponieważ doświadcza z tego powodu wielu problemów, ale z drugiej strony pragnie utrzymać dotychczasowy sposób ich używania, ponieważ ocenia, że poprzez takie zachowania jest np. bardziej atrakcyjny towarzysko czy zawodowo. Rola terapeuty polega na ułatwieniu klientowi wyrażenia przeciwstawnych argumentów za zmianą i przeciw zmianie oraz ułatwienie mu

znalezienia akceptowanego rozwiązania ambiwalencji. Relacja pomiędzy klientem a terapeutą jest bliższa relacji partnerskiej niż relacji ekspert–klient.

W kontakcie z klientem terapeuta nie występuje w roli „eksperta”, który zna rozwiązanie najlepsze dla klienta. W koncepcji wywiadu motywującego uważa się, że to klient jest ekspertem, a rolą terapeuty jest ułatwienie mu znalezienia najlepszego rozwiązania. W istocie każda rozmowa z terapeutą może stanowić kolejny, niezbędny krok w procesie budowania motywacji do zmiany. Terapeuta powinien przede wszystkim zadbać o to, aby zostawić „otwarte drzwi” dla ewentualnych dalszych spotkań z klientem.

Zastosowanie wywiadu motywującego

Wywiad motywujący został opracowany z myślą o osobach pijących problemowo alkohol w fazie prekontemplacji, która charakteryzuje się tym, że klient nie dostrzega i nie uświadamia sobie potrzeby zmiany wzoru używania, oraz kontemplacji, w której pojawia się ambiwalentny stosunek wobec dotychczasowego sposobu używania substancji psychoaktywnych i klient zaczyna rozważać zmianę. Umiejętnie zastosowany wywiad motywujący wspomaga klienta w przejściu z etapu prekontemplacji do fazy kontemplacji oraz z etapu kontemplacji do etapu przygotowania do zmiany. Autorami wielowymiarowego modelu etapów zmiany są Prochaska i DiClemente. Model ten opisuje dynamikę budowania motywacji i wprowadzania zmiany w sposób zgodny z tym, jak spostrzegał go Miller i Rollnick.

Główne zasady wywiadu motywującego

1. Wyrażanie empatii/refleksyjne słuchanie/odzwierciedlanie

Terapeuta stosujący wywiad motywujący posiada umiejętność wyrażania empatii w kontakcie z klientem. Empatia rozumiana jest jako zdolność odczuwania tego, co czuje i rozumie klient. Terapeuta powinien być przyjazny, wspierający i troskliwy wobec klienta. Empatyczny terapeuta posiada także umiejętność komunikowania

klientowi poprzez swoje zachowanie, że współodczuwa i rozumie przekaz klienta. Wyrażanie akceptacji i szacunku dla klienta to kolejne cechy terapeuty stosującego wywiad motywujący. Nie powinien on oceniać i interpretować zachowania czy wypowiedzi klienta, ale dążyć do zrozumienia jego uczuć, myśli i wypowiedzi w takiej formie, w jakiej istnieją one dla klienta, bez tendencji do diagnozy, klasyfikowania czy wywierania presji. W wywiadzie motywującym szczególną umiejętnością terapeuty, bezpośrednio związaną z empatią, jest refleksyjne słuchanie i odzwierciedlanie. Polega to na formułowaniu własnymi słowami tego, co wyraził klient.

2. Rozwijanie rozbieżności

Rozwijanie rozbieżności pomiędzy sytuacją (stanem), w której klient obecnie się znajduje, a sytuacją (stanem), w której chciałby się znaleźć, stanowi jedną z głównych zasad wywiadu motywującego. Rozwijanie rozbieżności polega na analizowaniu zarówno argumentów za zmianą, przeciw zmianie, jak i argumentów za utrzymaniem status quo i przeciw temu stanowi. Terapeuta wywiadu motywującego powinien posiadać umiejętności zarówno refleksyjnego słuchania, jak i właściwego reagowania na argumenty za zmianą i przeciw zmianie wyrażane przez klienta.

Przykład - z jednej strony nie chcesz zrezygnować z przyjemności, którą daje ci branie i „paczka kolegów”, a z drugiej chciałbyś, aby rodzice przestali truć?

3. Unikanie udowadniania i podążanie za oporem

Zadaniem terapeuty nie powinno być wymyślanie kolejnych „inteligentnych” kontrargumentów przemawiających za zmianą zachowania, ale rozwijanie rozbieżności. Unika się także jakiegokolwiek etykietowania klienta.

4. Wzmacnianie poczucia skuteczności własnych działań

Rolą terapeuty jest wzbudzanie nadziei, że zmiana jest możliwa do osiągnięcia. Budując poczucie własnej skuteczności i pobudzając nadzieje klienta, terapeuta

powinien odwoływać się do jego zasobów, analizować wspólnie z klientem jego wcześniejsze sukcesy, zwracać uwagę na te okoliczności i te mocne strony, które były pomocne w osiągnięciu pozytywnych rezultatów działania przez klienta w przeszłości. Zgodnie z filozofią wywiadu motywującego celem jest „wydobycie” i uświadomienie klientowi jego zasobów, nie zaś wyposażanie go w nowe umiejętności.

Przykład - zatem udało ci się ograniczyć ilość wypijanego alkoholu i przypadki upicia. Świetnie. Skoro potrafiłeś to osiągnąć, może równie skutecznie poradzisz sobie z „ziołem”.

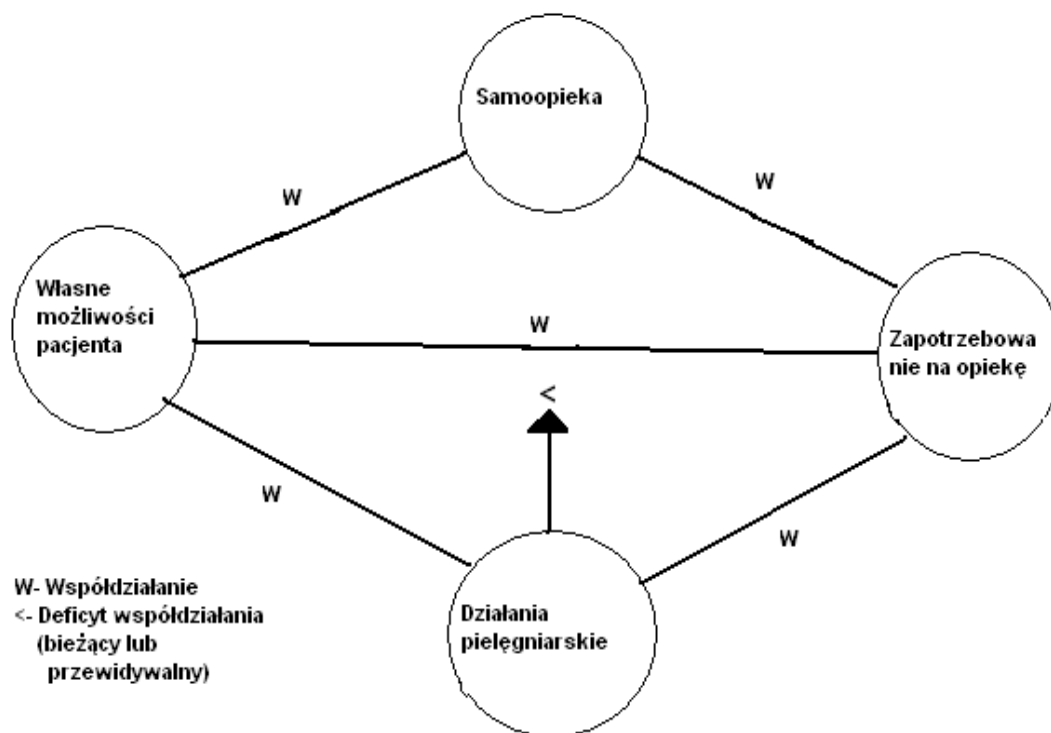
Skuteczność wywiadu motywującego została potwierdzona w licznych badaniach naukowych w odniesieniu nie tylko do osób problemowo używających alkoholu, ale także innych substancji psychoaktywnych, czy też pragnących zmienić swoje zachowania na bardziej sprzyjające zdrowemu stylowi życia (np. zmiana nawyków żywieniowych z powodu cukrzycy). Widocznym efektem stosowania wywiadu motywującego może być nie tylko podjęcie decyzji o zmianie zachowania [31, 32].

9. Przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji oraz adaptacji do choroby - Teoria Doroty Orem

Model pielęgnowania według teorii D. Orem nastawiony na samoopiekę wyzwala u podopiecznych duży potencjał życiowy.

Zwraca uwagę na to, że problemy, z jakimi boryka się pacjent, mogą doprowadzić do stopniowego pogorszenia się jego funkcjonowania, ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz częściowej lub całkowitej niemożności zaspokojenia potrzeb biologicznych, psychologicznych i społecznych.

Zachowanie równowagi między zdolnością pacjenta do samoopieki a zapotrzebowaniem na opiekę jest bardzo ważne w pracy pielęgniarki.



Ryc. 2. Model pielęgnowania według teorii D. Orem [33].

Dorothy Orem zaproponowała model deficytu samoopieki zakładający, że:

- każdy człowiek powinien odpowiadać za własne życie, zdrowie, bezpieczeństwo pod warunkiem, że jest zdolny do właściwego postępowania, samoopieki, samopielęgnowania,
- rola pielęgniarki polega na pomaganiu ludziom w usamodzielnianiu się przy respektowaniu praw człowieka do samodzielnego podejmowania decyzji, w sprawach własnego zdrowia i życia,
- pielęgniarka włącza się do opieki wówczas, gdy osoba chora nie jest w stanie zaopiekować się sama sobą,
- pomoc udzielana pacjentowi może mieć charakter: zachęcająco-edukacyjny, częściowo wyrównujący braki w samoopiece, całkowicie kompensacyjny, tzw. wyrównawczy.

Samoopieka jest rozumiana jako wspieranie procesów życiowych i normalnego funkcjonowania oraz zapobieganie lub kontrolowanie procesu chorobowego i urazu, na który szczególnie jest narażony pacjent.

Główne kategorie potrzeb związanych z samoopieką to:

1. potrzeby uniwersalne,
2. potrzeby rozwojowe,
3. w dewiacjach.

Potrzeby uniwersalne - wspólne wszystkim ludziom, konieczne do utrzymania życia i zdrowia oraz dobrego samopoczucia: potrzeba oddychania, zapewnienie wystarczającej ilości płynów i prawidłowego pożywienia, wydalanie, utrzymanie równowagi między aktywnością a wypoczynkiem oraz między samotnością a interakcjami społecznymi, zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu i zdrowiu oraz dobremu samopoczuciu, dążenie do własnego rozwoju;

Potrzeby rozwojowe - uniwersalne zależne od okresu rozwojowego oraz występujące w sytuacjach mogących mieć niekorzystny wpływ na rozwój osoby chorej (niewystarczająca edukacja, problemy adaptacji społecznej, utrata krewnych);

Potrzeby w dewiacjach - potrzeby w sytuacjach zaburzeń stanu zdrowia (w zapewnieniu pomocy pielęgniarstwie) - pielęgniarka wykorzystuje pięć metod:

1. działanie „za” i „dla” pacjenta - polega na przejęciu tych czynności pielęgnacyjnych, których człowiek nie jest w stanie samodzielnie wykonać (np. zmiana pozycji u obłożnie chorego),
2. kierowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek - w sytuacji, gdy pacjent musi dokonać wyboru i znaleźć optymalny sposób postępowania (warunkiem jest wzajemna komunikacja, np. ustalenie postępowania przy wyjściu pacjenta ze szpitala),

3. udzielanie wsparcia - dawanie pacjentowi możliwości swobodnego i otwartego wyrażania swoich myśli, emocji i uczuć przez aktywne słuchanie, akceptację, empatię,
4. stwarzanie środowiska sprzyjającego rozwojowi osoby wymagającej pomocy - zapewnienie środków materialnych, stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, grupy wsparcia,
5. uczenie osób niemających wiedzy lub umiejętności koniecznych do podejmowania samoopieki.

Asystowanie w samoopiece polega na umiejętnym stosowaniu wymienionych wcześniej metod pomagania, w zależności od rodzaju deficytu samoopieki. Pielęgowanie powinno być uzasadnione, tzn. kontakt pielęgniarki z pacjentem musi wynikać z zapotrzebowania na opiekę [33].

10. Ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz określonych wyrobów medycznych

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. z 2018, poz. 299) [34].

WYKAZ SUBSTANCJI CZYNNYCH ZAWARTYCH W LEKACH, KTÓRE MOGĄ BYĆ ORDYNOWANE PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 1 USTAWY Z DNIA 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, ORAZ NA KTÓRE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ RECEPTY*

Lp.	Grupa leków	Substancje czynne	Postać i droga podania
-----	-------------	-------------------	------------------------

1	2	3	4
1	leki przeciwwymiotne	1. Ondansetronum	wszystkie dostępne postacie
		2. Aprepitantum	wszystkie dostępne postacie
		3. Thiethylperazinum	wszystkie dostępne postacie
2	leki przeciwzakaźne do stosowania miejscowego	1. Nystatinum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
		2. Metronidazolium	postacie na skórę i błony śluzowe
3	ginekologiczne leki przeciwzakaźne	1. Nystatinum	postacie do podawania dopochwowego
		2. Natamycinum	postacie do podawania dopochwowego
		3. Clotrimazolium	postacie do podawania dopochwowego
		4. Metronidazolium	postacie do podawania dopochwowego
4	leki stosowane w niedokrwistości	Acidum Folicum	postacie do podawania doustnego
5	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach gardła	Phenoxymethylpenicillinum	postacie do podawania doustnego
6	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach ucha i zatok	Amoxicillinum	postacie do podawania doustnego
7	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach dróg moczowych	Trimethoprim	postacie do podawania doustnego
8	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach przyzębia i tkanki okostnej	Doxycyclinum	postacie do podawania doustnego

9	leki przeciwbakteryjne stosowane w chorobach skóry	Oxytetracyclinum + Hydrocortisoni Acetas	postacie do podawania na skórę
10	środki znieczulające działające miejscowo	1. Lidocainum	postacie podawane na skórę i błony śluzowe
		2. Lidocainum	roztwór do wstrzykiwań**
		3. Lidocainum + Prilocainum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
11	leki przeciwbólowe	1. Tramadolium	postacie do podawania doustnego i doodbytniczego
		2. Tramadolium + Paracetamolium	
12	anksjolityki	Hydroxyzinum	postacie do podawania doustnego
13	leki przeciw pasożytnicze	1. Mebendazolum	postacie do podawania doustnego
		2. Pyrantelum	postacie do podawania doustnego
		3. Crotamitonum	postacie do podawania na skórę
14	leki rozszerzające oskrzela	1. Salbutamolium	postacie do podawania wziewnego
		2. Ipratropii Bromidum	postacie do podawania wziewnego
15	witaminy	Cholecalciferolum	postacie do podawania doustnego
16	płyny infuzyjne	1. sól fizjologiczna	dożylnie we wlewie kroplowym
		2. glukoza 5%	dożylnie we wlewie kroplowym
		3. płyn Ringera	dożylnie we wlewie kroplowym
		4. płyn wieloelektrolitowy (PWE)	dożylnie we wlewie kroplowym

* Przy ordynacji leków pielęgniarki i położne powinny korzystać z Wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącego załącznik do aktualnie obowiązującego obwieszczenia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej, a w przypadku wystawienia recepty na lek refundowany – z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.



WYKAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH, NA KTÓRE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 1 USTAWY Z DNIA 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ RECEPTY I ZLECENIA*

Lp.	Nazwa wyrobu medycznego
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub w równowartości ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem

7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończocha kikutowa – po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy
11	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia
12	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda
13	Majteczki po wyluszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
14	Peruka
15	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia
16	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie ramienia
17	Pończocha kikutowa po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku kończyny górnej
18	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna
19	Materac przeciwoleżynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)
20	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
21	Kula łokciowa z podparciem na przedramieniu
22	Kula pachowa
23	Trójnóg albo czwórnóg
24	Laska dla niewidomych (biała)
25	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie

26	Opatrunki (emplastrii)
27	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi

* Przy wystawianiu zleceń i recept na wyroby medyczne pielęgniarki i położne powinny korzystać z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061 oraz z 2018 r. poz. 281) oraz z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, NA KTÓRE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 6 USTAWY Z DNIA 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ SKIEROWANIA

Lp.	Rodzaj badania	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania hematologiczne	morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
2	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	sód potas kreatynina glukoza hemoglobina glikowana (HbA1c) doustny test tolerancji glukozy (DTTG) białko C-reaktywne (CRP) badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM)

		badanie przeciwciał anty-HCV, anty-HBs badania w kierunku kiły (VDRL)
3	Badania układu krzepnięcia	czas protrombinowy (INR)
4	Badania moczu	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu
5	Badania kału	badanie w kierunku obecności pasożytów badanie w kierunku stwierdzenia krwi utajonej
6	Badania mikrobiologiczne wydzieliny z dróg rodnych*	badanie stopnia czystości pochwy badanie w kierunku dwoinki rzeżączki (GC) badanie w kierunku infekcji Chlamydia trachomatis badanie w kierunku infekcji HPV
7	Badania mikrobiologiczne	szybki test lateksowy posiew moczu z antybiogramem
8	Badania z zakresu serologii grup krwi	oznaczenie grupy krwi ABO i antygenu Rh D oznaczenie przeciwciał anty-Rh
9	Badania radiologiczne**	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
10	Badania elektrokardiograficzne	EKG w spoczynku
11	Badania inne	próba tuber

WYKAZ ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO, KTÓRE MOGĄ BYĆ ORDYNOWANE PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 1 USTAWY Z DNIA 15 LIPCA 2011

R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, ORAZ NA KTÓRE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ RECEPTY*

Lp.	Nazwa rodzajowa
1	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza – Hydrolizaty białek mleka

* Przy ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego pielęgniarce i położne powinny korzystać z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

11. Zasady dobrej komunikacji terapeutycznej

Komunikowaniem jest to proces, w którym informacja przenoszona jest od nadawcy do odbiorcy przez kanał komunikacyjny (przestrzeń pomiędzy porozumiewającymi się osobami). Należy pamiętać, że objawy choroby są również komunikantami. Ze względu na skuteczność można wyróżnić **komunikowanie efektywne**, które ułatwia realizację celów oraz **komunikowanie nieefektywne**, w tym przypadku dochodzi do nieporozumień i konfliktów.

W komunikowaniu interpersonalnym wyróżnia się dwa poziomy porozumiewania:

- **werbalny** (słowny, formalny)
- **niewerbalny** (bezsłowny, inaczej mowa ciała, relacyjny)

Należy pamiętać, że ludzie porozumiewają się całościowo, a komunikatami jest wszystko, co widzimy, słyszymy i czujemy.

Na **werbalnym** poziomie komunikowania przekazywane są formalne treści informacji np. pacjent mówi „czuję się dobrze”. Przekaz odbywa się przy użyciu słów lub w formie pisemnej. Natomiast na poziomie **niewerbalnym** informacje przekazywane są, bez użycia słów, są to informacje o emocjonalnym stosunku do rozmówcy: **ton i barwa głosu, tempo mówienia, gestykulacja, mimika twarzy, postawa ciała, ubiór i fryzura, a nawet aranżacja pomieszczenia**. Rozbieżność

między tym, co mówimy, a tym, w jaki sposób jest mówione nazywamy **niespójnością komunikacyjną**.

O ile każdy człowiek jest świadomy wypowiedzianych i słyszanych słów, to sygnały niewerbalne w większości nie są uświadamiane, ale za to silnie oddziałują na emocje i postawę rozmówcy. Ponadto komunikantów niewerbalnych jest wielokrotnie więcej w tej samej jednostce czasu niż słów. Należy zauważyć, że posługiwanie się mową (słowami) jest umiejętnością nabytą, podczas gdy zachowania niewerbalne są bardziej podstawowe i wrodzone, choć część z nich może być wyuczona i stosowana celowo. Wskazane jest, by osoba udzielająca porady była spokojna, opanowana i pewna tego, co robi, bowiem na poziomie niewerbalnym taka informacja zostaje przekazana pacjentowi w postaci subtelnej ekspresji stanu emocjonalnego. Przejawia się ono stopniem zaufania do osoby udzielającej porady. Im bardziej ufny pacjent, tym bardziej otwarty w kontakcie, tym bardziej precyzyjnych udziela informacji.

Mając na uwadze znaczenie „pierwszego wrażenia”, należy w ciągu pierwszych sekund spotkania z pacjentem wysłać wszystkie komunikaty werbalne i niewerbalne, sprzyjające budowaniu relacji terapeutycznej i wzbudzeniu zaufania:

- przedstawienie się,
- wskazanie ręką krzesła i zaproszenie do zajęcia miejsca,
- utrzymanie kontaktu wzrokowego.

Koncepcja komunikacji terapeutycznej

Podstawowe cele komunikacji terapeutycznej rozumianej jako integralny element wszelkich działań leczniczych, wspierający te działania na drodze psychologicznej, obejmują trzy wzajemnie ze sobą powiązane zadania. Są to:

1. łagodzenie stresu choroby,
2. wzmacnianie sił obronnych psychiki (wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta),
3. poprawa wzajemnej współpracy z pacjentem.

Cele te można realizować na różne sposoby, jednak podstawowym sposobem jest wytworzenie **relacji terapeutycznej**, czyli pozytywnego związku emocjonalnego z pacjentem podporządkowanego zadaniowo zamierzonym celom terapeutycznym.

W budowaniu terapeutycznej relacji podstawowe znaczenie mają dwie najważniejsze i uzupełniające się **umiejętności interpersonalne** – jakimi z jednej strony jest **empatia**, a z drugiej **asertywność**. Empatia terapeuty (lekarza, pielęgniarki) pozwala lepiej zrozumieć pacjenta i emocjonalne źródła nieraz pozornie niezrozumiałych i irracjonalnych jego zachowań, a co więcej pozwala dać pacjentowi poczucie potwierdzenia znaczenia jego aktualnych doświadczeń związanych z chorobą i leczeniem. Niezwykle ważnym narzędziem okazywania pacjentowi empatii jest **aktywne słuchanie**. Dobre opanowanie jego zasad powinno stanowić podstawowy element profesjonalnego przygotowania każdego przedstawiciela zawodów medycznych.

Z kolei asertywność to umiejętność, która pomaga w sposób rozsądny i adekwatny do sytuacji informować pacjenta o tym co obecnie jest ważne i stawiać przed nim niezbędne wymagania, a także stawiać granice nadmiernym lub nierealistycznym żądaniom i oczekiwaniom. Umiejętność ta również powinna być rozwijana w zamierzony sposób w ramach szkoleń przewidzianych dla zawodów medycznych.

Bardzo ważne w komunikacji terapeutycznej są tzw. **zasoby osobiste pacjenta**, czyli te jego właściwości, które pomagają mu lepiej radzić sobie ze stresem choroby i leczenia. Uruchomienie lub uzupełnienie osobistych zasobów pacjenta można uznać za zasadniczy mechanizm psychologiczny uzyskiwania pożądanых zmian w funkcjonowaniu pacjenta.

Wśród zasobów, które należy traktować ze szczególną uwagą w związku z tym, że stanowią istotne źródło energii psychicznej, niezwykle potrzebnej w trudnych sytuacjach związanych z chorobą i leczeniem, wymienić można:

1. poczucie siły wewnętrznej (wewnętrzne oparcie się na samym sobie, na które składają się poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności i poczucie kontroli),

2. poczucie wsparcia (kontakt z innymi, otrzymywane wsparcie płynące z zewnątrz),

3. poczucie sensu, nadzieję, humor, autoekspresję i motywację do wyleczenia.

Kolejnym ważnym elementem są **podstawowe formy komunikacji terapeutycznej**. W praktyce przyjmować mogą one najróżniejsze formy. Pomijając jednak oczywiste rozróżnienie na komunikację werbalną i niewerbalną, sprowadzić je można do najczęściej spotykanych w opiece medycznej, takich jak:

1. zbierania informacji,
2. udzielania wyjaśnień,
3. udzielania porad i zaleceń,
3. pocieszania i uspokajania,
4. okazywanie ciepła i życzliwości,
5. udzielania pomocy w odreagowaniu negatywnych uczuć.

Biorąc pod uwagę dominującą w danym momencie funkcję jaką pełni komunikacja z pacjentem (funkcje te mogą się zmieniać, zastępować, lub uzupełniać), można wyróżnić trzy ogólniejsze jej formy (kategorie), takie jak:

1. dostrajanie się (budowanie relacji terapeutycznej),
2. towarzyszenie czyli „bycie blisko pacjenta” (tj. w kontakcie z jego doświadczeniem) i wspieranie go w trudnych momentach choroby dzięki katalizującemu działaniu stworzonej relacji terapeutycznej,
3. kierowanie, czyli bezpośrednie próby wywierania pożądanego wpływu na uczucia, poglądy i zachowanie pacjenta.

Przykład:

Fragment dialogu lekarza z matką młodocianego pacjenta, którego lekarz podejrzewa o zapalenie opon mózgowych i chce wykonać potrzebny zabieg diagnostyczny, na który matka nie wyraża zgody.

„L: Co panią niepokoi w związku z punkcją?

M: Boję się tego badania.

L: Niech mi pani powie z czego wynika ten niepokój?

M: Myślę, że synowi poprawi się i bez tego klucia długą igłą.

L: Niepokoi panią długość igły?

M: Tak niepokoję się, że to może wywołać krwotok.

L: Co ma pani na myśli?

M: Ojciec sąsiada miał po punkcji okropne bóle głowy, a mój syn i tak jest już dostatecznie chory.

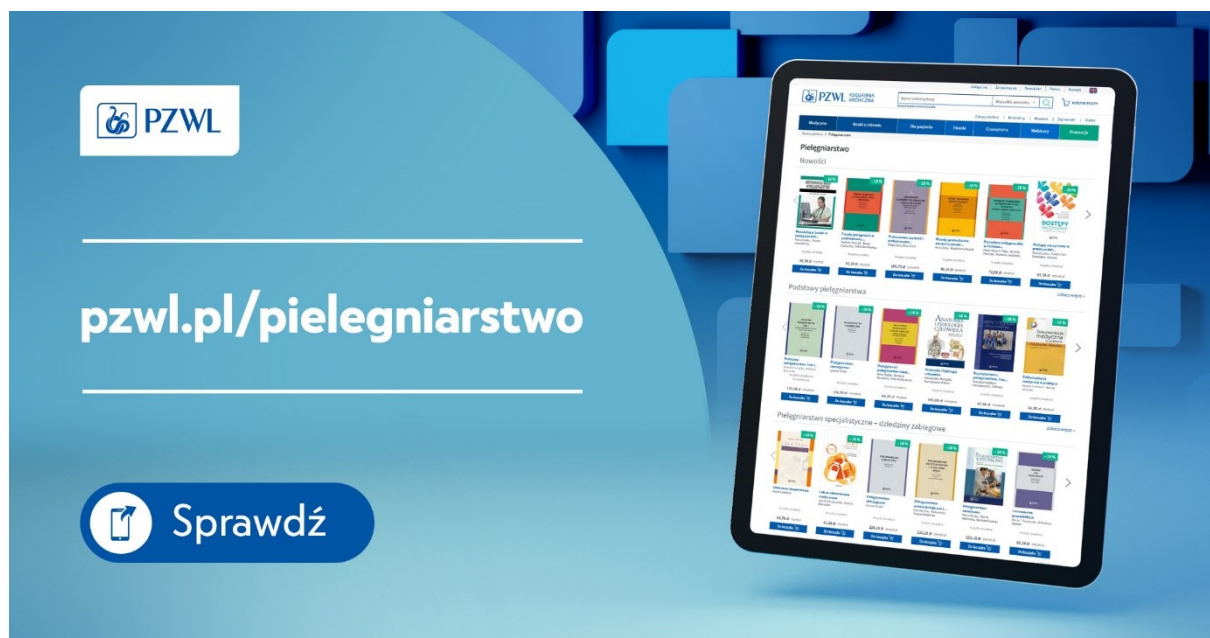
L: Rozumiem, że chce pani oszczędzić mu dodatkowych cierpień. Trudno się pani zdecydować na to, aby skazać go na dodatkowe, przykre przeżycia?

M: Wie pan doktorze, zaczynam się wahać. Może to badanie nie wywoła takich skutków jak u ojca mego sąsiada. Jak długa jest ta igła?

W tym przypadku lekarz z powodzeniem wykorzystał metodę aktywnego słuchania, dążąc do nawiązania kontaktu z uczuciami, a co więcej z potrzebami matki pacjenta. Stworzył tym samym podstawę do wytworzenia się relacji terapeutycznej, dając jej poczucie, że jest rozumiana, a doświadczane przez nią uczucia i potrzeby są w tym kontakcie zauważane i akceptowane.

Komunikacja terapeutyczna, a więc wspierający leczenie i pielęgnację stosunek do pacjenta oraz odpowiedni sposób prowadzenia rozmowy, wpływa korzystnie zarówno na jakość kontaktu z pacjentem jak i na efekty terapeutyczne

podejmowanych oddziaływań medycznych. Jednak komunikacja terapeutyczna wciąż nie stanowi dominującego stylu w kontaktach z pacjentami, a komunikacja którą należy uznać za jatrogenną pojawia się niepokojąco często? [35].



12. Edukacja pacjenta w poradnictwie pielęgniarstwie

Pacjent to każdy, kto wszedł w system opieki zdrowotnej, powierzając mu swoje zdrowie. Pacjentem może być osoba zdrowa, zdrowa narażona na zachorowanie, chora, niepełnosprawna. Współczesny system ochrony zdrowia zakłada dużą aktywność pacjentów w procesie opieki. Ważne miejsce wyznacza się edukacji pacjentów

Edukacja pacjenta to proces zamierzonego wpływu na osobowość pacjenta (i osób z jego najbliższego otoczenia), na jego motyw, postawy i przekonania dotyczące zdrowia. Jest to proces kształtowania poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie osób najbliższych; również kształtowanie postaw w pożądanym prozdrowotnym kierunku zgodnym ze społecznie akceptowanymi celami promocji

zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Edukacja pacjenta to także proces, którego treścią jest przygotowanie podopiecznego do współpracy w procesie pielęgnowania, leczenia i rehabilitacji oraz do świadczenia opieki nieprofesjonalnej, przygotowanie do samopielęgnowania i samoopieki.

Edukacja pacjenta — zakres zadań

Zakres edukacji pacjenta, co oczywiste, powinien obejmować treści edukacji zdrowotnej, ale może również dotyczyć działań na rzecz kształtowania umiejętności życia z chorobą, z niepełnosprawnością, bycia pacjentem różnych instytucji opiekuńczych i służby zdrowia.

Cele w edukacji pacjenta ukierunkowane są nie tylko na wzmacnianie i potęgowanie zdrowia, co jest istotą w edukacji zdrowotnej. Należy pamiętać, że pacjent najczęściej krótko przebywa w instytucjach (placówkach) służby zdrowia, przez krótki czas kontaktuje się z profesjonalistami opieki. Ten czas powinien być wykorzystany na **uczenie go, jak powinien sobie radzić z nową dla niego sytuacją, jaką jest np. choroba, zagrożenie zdrowia, niepełnosprawność.**

To, co różni zakres pojęcia **edukacji zdrowotnej** od **edukacji pacjenta**, to fakt, iż podmiotem w edukacji zdrowotnej może, ale nie musi, być pacjent.

Natomiast w edukacji pacjenta powinny być realizowane cele edukacji zdrowotnej, ale przede wszystkim te, które wynikają z oceny jego stanu zdrowia. Pomijają oczywiście sytuacje, w których pacjent nie decyduje o własnych zachowaniach, np. pacjent nieprzytomny, w stanie zagrożenia życia.

Edukacja pacjenta to proces, w którego wyniku ma nastąpić zmiana zachowania, tzn. pacjent powinien chcieć (ma być zmotywowany) i umieć przejawiać zachowania, które są korzystne dla jego stanu zdrowia. Współcześnie edukację pacjenta rozumie się jako kilkietapowy, zamierzony i celowy proces oddziaływania na osobę, która jest klientem systemu opieki zdrowotnej.

Cel i zakres procesu edukacji pacjenta **uwarunkowany jest przede wszystkim stanem jego zdrowia** (człowiek zdrowy, narażony na zachorowanie, chory,

niepełnosprawny), celami opieki (przywracanie zdrowia, zapobieganie powikłaniom, wzmacnianie zdrowia, usprawnianie) i pielęgnacyjno-opiekuńczy, POZ).

Edukacja polega na świadomym komunikowaniu się z pacjentem, a jej celem jest pomaganie w podejmowaniu decyzji dotyczących spraw zdrowia i/lub dostarczanie argumentów do rozwijania pozytywnych postaw wobec zdrowia i zachowań zdrowotnych.

Etapy edukacji pacjenta

Etap rozpoznawania obejmuje ocenę stanu wiedzy, umiejętności i motywacji pacjenta, tzn.:

- 1) gotowości pacjenta do uczenia się, co oznacza uświadomioną potrzebę uczenia się i poziom motywacji,
- 2) zakresu i poziomu wiedzy i umiejętności posiadanej przez pacjenta, jego sprawności intelektualnej i motorycznej,
- 3) zakresu oczekiwanej przez pacjenta pomocy; określenie zakresu wiedzy i umiejętności, które są wskazane i niezbędne przy uwzględnieniu stanu i sytuacji pacjenta,
- 4) wyników edukacji prowadzonej w przeszłości, efektywności stosowanych w przeszłości form i metod nauczania i uczenia się; dotyczy to tylko tych pacjentów, w odniesieniu do których realizowano już edukację; w sytuacji pacjentów, u których taki proces planowany jest po raz pierwszy, oceniamy — z jakich źródeł najczęściej czerpią wiedzę i za pomocą jakich metod najsukuteczniej opanują potrzebne umiejętności.

Etap planowania - obejmuje określenie:

- 1) celów ogólnych (np. przygotowanie do samopielęgnowania, współuczestniczenia w procesie leczenia, do wejścia w rolę pacjenta szpitala),
- 2) celów szczegółowych (operacyjnych), tzn. co konkretnie powinno zmienić się w zachowaniu pacjenta w kategoriach: poznawczych, emocjonalnych, psychomotorycznych,

- 3) treści kształcenia, które umożliwią osiągnięcie każdego celu szczegółowego,
- 4) form organizacyjnych, metod i środków dydaktycznych, które zostaną wykorzystane w procesie,
- 5) czasu potrzebnego do osiągnięcia celu,
- 6) osób, które będą pomagały pacjentowi osiągnąć cele i odpowiedzialne są za edukację i poprawną realizację wszystkich etapów.

Etap realizacji - edukacja powinna przebiegać zgodnie z ustalonym planem; należy wykorzystywać każdą sytuację do uczenia pacjenta korzystnych dla niego zachowań. Ważna jest koordynacja działań pedagogicznych wszystkich osób odpowiedzialnych za proces edukacji pacjenta. Ułatwia to wprowadzenie „Karty edukacji pacjenta”, dokumentującej przebieg procesu uczenia się. Dokument ten coraz powszechniej wprowadzany jest do praktyki szpitalnej.

Ocena - prowadzona jest w odniesieniu do zmian, jakie obserwujemy w zachowaniu pacjenta, a które są wynikiem realizowanego procesu edukacji. Oceniamy, w jakim stopniu osiągnęliśmy szczegółowe cele i cel ogólny. Stanowi to między innymi podstawę do modyfikowania planu edukacji w przyszłości i ustalania kolejnych celów [36].

Doradztwo i poradnictwo w pracy z pacjentem i jego rodziną

W opiece zdrowotnej zawsze wykorzystywano różne formy i metody komunikowania się z podopiecznym, wśród których najczęściej stosowano informowanie poprzez wyjaśnianie i doradztwo w czasie indywidualnej rozmowy. W praktyce opiekuńczej doradzają pacjentowi wszystkie osoby pracujące w systemie ochrony zdrowia, tzn. lekarze, pielęgniarki, położne, dietetycy, rehabilitanci, fizjoterapeuci, farmaceuci. Przez lata uważano, że na tym polega edukacja i to jest jej istotą.

Wśród najczęściej wykorzystywanych form edukacji ukierunkowanej na pacjenta można wymienić: wyjaśnianie, poradnictwo, doradztwo.

1. **Wyjaśnianie** wykorzystywane jest do zwięzłego podawania treści, pojęć, definicji, przyczyn jakiegoś zjawiska. Najczęściej stosowane jest w rozmowie z indywidualną osobą, kiedy występuje wzajemna wymiana pytań. Informacja podawana w wyjaśnieniu zawiera wszystkie istotne szczegóły poparte przykładami przy użyciu zrozumiałych dla odbiorcy słów, bez specjalistycznych pojęć i zwrotów.
2. Swoistą formą edukacji pacjenta jest **poradnictwo**, polegające na udzielaniu pomocy (radę) osobie w związku z określonym problemem. Jest udzielaniem i przyjmowaniem porad, wskazówek, informacji, instrukcji. Porada powinna być udzielana w taki sposób, aby otrzymujący poradę lepiej zrozumiał własną sytuację, rozpoznał swój problem i znalazł realne możliwości jego rozwiązania, a także umiał ominąć przeszkody, potrafił podjąć optymalne decyzje.
3. **Doradztwo** polega na rozmowie i poradnictwie szczególnego rodzaju. Doradca ustala relację, a potem wykorzystuje tę relację do pracy z pacjentem, najczęściej stosując metodę skoncentrowaną na problemie. Zadaniem doradcy jest sprawienie, aby pacjent poczuł się w tej relacji bezpiecznie i mógł wyrażać własne emocje. W ten sposób wykazuje szacunek dla pacjenta i jego indywidualności, pomaga określić istotne problemy, a w rezultacie osiągnąć indywidualne cele [36].

Poradnictwo może być rozpatrywane jako specyficzna czynność podejmowana przez doradców pomagających osobom przeżywającym problemy. W praktyce poradnianej występują dwa podmioty: doradca oraz radzący się. Relacje doradcy i radzącego się określa się jako współdziałanie. Przedmiotem działania w poradnictwie jest problem radzącego się, którego przy aktualnie posiadanym poziomie wiedzy, umiejętności i nastawienia nie może go rozwiązać. W opiece zdrowotnej osobą szukającą porady jest najczęściej pacjent (chory albo narażony na zachorowanie),

rodzina albo osoby bliskie pacjentowi (najczęściej rodzice chorych dzieci, współmałżonkowie, dzieci szukające pomocy w sytuacji choroby rodziców).

Osoby zgłaszające się po poradę cechuje różny stosunek do doradcy, co wyraża się w przyjmowaniu różnych postaw, np. niepewnych (chwiejnych), wymuszających lub nastawionych na współpracę. Zadaniem doradcy jest stworzenie takich warunków, aby radzący mógł nauczyć się samodzielnego rozwiązywania problemów — nie powinien go wyręczać, ale wspomagać, nie powinien go utwierdzać w bezradności, lecz podnosić wiarę we własne siły. Najważniejszym celem poradnictwa jest pomaganie człowiekowi w usuwaniu trudności. Może to przybierać różne formy. Jeśli chodzi o postawę radzącego i stosowane przez niego metody, **najczęściej prowadzone jest poradnictwo dyrektywne, liberalne lub dialogowe.**

1. **Poradnictwo dyrektywne** polega na tym, że doradca podaje sposób rozwiązania problemu, nie uwzględniając indywidualności, problemów i przeżyć pacjenta. Traktuje odbiorcę jako przedmiot działań, a porada ma tu charakter instrumentalny.
2. **Poradnictwo liberalne** nastawione jest na rozwiązywanie sytuacji problemowych z uwzględnieniem sytuacji i przeżyć podopiecznego. Doradca jest nastawiony na wskazywanie osobie, której doradza, sposobów lepszego zrozumienia siebie i innych ludzi oraz na zmianę sposobów myślenia o własnym problemie.
3. **Poradnictwo dialogowe** polega na tym, że doradca i radzący się współpracują ze sobą, szukając najkorzystniejszych rozwiązań. Doradca wykorzystuje swoje doświadczenie. Poradnictwo jest dialogiem, w którym doradca usiłuje pomóc osobie w zmianie jej sposobu myślenia i postawy, pomaga podejmować decyzje. Istotą porady jest to, aby przez kontakt z drugą osobą i rozmowę człowiek potrzebujący mógł odzyskać lub uzyskać możliwość samodzielnego poradzenia sobie z problemem, podjęcia właściwych decyzji i wprowadzenia rozwiązań do praktyki codziennego życia, unikając błędów.

Czynności poradnicze można zawrzeć w strukturze etapów procesu pomagania.

W poradnictwie powinny wystąpić kolejno następujące etapy:

- 1) nawiązanie relacji i przygotowanie (etap wstępny),
- 2) ustalenie problemu i powodów szukania pomocy przez wspomaganego (etap klasyfikacji),
- 3) sformułowanie celu, granic i struktury porady (etap strukturyzowania),
- 4) budowanie relacji pomagania (etap relacji),
- 5) poznawanie problemu, formułowanie celów, planowanie strategii, zbieranie faktów,
- 6) uczenie nowych umiejętności (etap eksploracji),
- 7) praktykowanie nowej wiedzy i umiejętności (etap konsolidacji),
- 8) stosowanie strategii rozwiązywania problemów, podejmowanie samodzielnych działań (etap planowania),
- 9) ewaluacja wyników i zakończenie relacji między doradcą a radzącym się (etap zakończenia) [36].

Najważniejszymi dla pacjenta rezultatami edukacji są: skuteczniejsze leczenie: większa sprawność fizyczna, mniejsza liczba powikłań, a przede wszystkim dłuższe życie; autonomia stylu życia: zmniejszenie zależności od osoby prowadzącej leczenie, czyli większa swoboda życia; rzadsze wizyty w przychodni i laboratorium (zmniejszenie stresu, więcej wolnego czasu, mniejsze koszty leczenia, mniejsza absencja w pracy).

Rola pielęgniarki w skutecznym motywowaniu pacjenta do zmiany zachowań

Case study

Do gabinetu pielęgniarki rodzinnej zgłosił się 45-letni mężczyzna z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego krwi. Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, że jest on kawalerem, zamieszkuje samodzielnie w jednorodzinym domu w dużym mieście. Posiada wykształcenie wyższe ekonomiczne, jest zatrudniony w biurze, w dziale promocji miasta. Pracuje 40 godzin tygodniowo, ale dużo swojego wolnego czasu poświęca na – jak sam to określił – „nadrobienie ciągłych zaległości i wymyślanie ciekawych kampanii reklamowych, aby nie pozostawać w tyle”. Napięcie towarzyszące w czasie godzin pracy rozładowuje krótkimi wyjściami na papierosa, a jak się okazało często zdarza się, że paczka wypalonych papierosów to jego „dzienna norma”. Ponadto w ciągu 8-godzinnego dnia pracy wypija około 6 kaw, a niekiedy, aby utrzymać się na „wysokich obrotach”, „posiłkuje się” 3–4 płynami energetyzującymi. w czasie pracy nie spożywa żadnych posiłków; pierwsze jest śniadanie zjadane o godz. 6.30, a następnie obiadokolacja około 17.30–18.00. Często wieczorem, zanim zaśnie, wypija na „rozluźnienie” whisky, choć pytany o spożywanie alko-holu stwierdza, że robi to sporadycznie. Sam przyznaje, że od czasu do czasu (czyli mniej więcej raz w tygodniu) stara się wyjść na siłownię lub pojeździć rowerem.

Wywiad socjalno-bytowy: warunki socjalne bardzo dobre. Dom parterowy jednorodzinny zlokalizowany w dzielnicy domków jednorodzinnych, składający się z 5 dobrze oświetlonych pokoi, łazienka i WC zlokalizowane w osobnych pomieszczeniach, kuchnia duża, jasna i przestronna. Warunki higieniczne nie budzą zastrzeżeń. Jak wspomniano wcześniej, mężczyzna mieszka samodzielnie, wszelkie koszty związane z eksploatacją domu ponosi sam. Przyznał, że w ostatnim miesiącu wydatki przerosły jego oczekiwania i były związane z niezbędnymi naprawami, a do tego dołączyło się zdenerwowanie związane z trudnościami w porozumieniu z fachowcami. W ramach odreagowania częściej niż zwykle sięgał po alkohol i piwo.

Wywiad zdrowotny: osoba samodzielna, zdolna do samoopieki i samopielegnacji. Nie skarży się na trudności ze snem, wśród nałogów wymienia: wypijanie dużych ilości kaw, papierosy – paczka dziennie, alkohol – tak, codziennie. Spośród problemów i dolegliwości związanych z jego aktualnym stanem zdrowia – potwierdza częste bóle i lekkie zawroty głowy. Po zadaniu dogłębniejszych pytań okazało się, że pacjent nie przyjmuje systematycznie przepisanych mu leków od nadciśnienia tętniczego i nie wykonuje systematycznie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. Przebyte choroby: zakaźne wieku dziecięcego, raz do roku przeziębienie w sezonie jesienno-zimowym. Chorób przewlekłych, pobytów w szpitalu i przebytych zabiegów operacyjnych nie potwierdza, dotyczy to również uczuleń i alergii. Z obciążeń rodzinnych zwraca uwagę fakt, iż ojciec pacjenta choruje na nadciśnienie tętnicze, natomiast matka zmarła w wieku 58 lat z powodu zawału mięśnia sercowego. Wzrost mężczyzny – 178 cm, waga – 80 kg, BMI – 25,2 kg/m². Stan psychiczny pacjenta – prawidłowy; stan funkcjonalny poszczególnych układów: układ nerwowy – stan świadomości pełny, częste bóle i zawroty głowy; układ krążenia – wartości ciśnienia tętniczego w pomiarach klinicznych wykonanych przez pielęgniarkę wynosiły 145/95 mmHg (średnia z 2 pomiarów); układ oddechowy – prawidłowy, pacjent palący; układ kostno-stawowy – prawidłowy; układ pokarmowy – odżywianie nieprawidłowe, nieprzestrzeganie reżimu dietetycznego, używki (alkohol, kawa); układ moczowy, narządy zmysłów, skóra – prawidłowe [37].

Zadanie

1. wzbudzenie motywacji w kierunku wprowadzenia zmiany stylu życia

– wyjaśnienie istoty choroby, konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego oraz korzyści wynikających ze skutecznego leczenia zarówno farmakologicznego, jak i nefarmakologicznego, aby uświadomić pacjentowi konieczność pełnego zaangażowania z jego strony w proces leczenia;

- omówienie związku pomiędzy ryzykiem rozwoju powikłań w przebiegu nadciśnienia tętniczego krwi a nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi pacjenta (niesystematycznym przyjmowaniem leków od nadciśnienia, paleniem papierosów, nadużywaniem alkoholu, niezdrowym i nieregularnym odżywianiem, brakiem troski o kondycję fizyczną oraz niedostatkami wypoczynku);
- omówienie czynników umożliwiających bądź utrudniających zmianę nieprawidłowych zachowań zdrowotnych pacjenta celem wypracowania alternatywnych metod postępowania;
- uświadomienie pacjentowi szkodliwych następstw palenia tytoniu, aktywne poradnictwo oraz wsparcie w walce z nałogiem, a w razie braku skuteczności poinformowanie pacjenta o możliwości zastosowania np. substancji zawierających nikotynę w formie plastrów bądź gumy do żucia, czy też skorzystania z medycyny alternatywnej (akupunktura);
- zachęcenie do ograniczenia ilości spożywanego alkoholu poprzez uświadomienie pacjentowi skutków: alkohol sprzyja występowaniu udarów mózgu oraz osłabia działanie leków od nadciśnienia;
- wskazanie sposobów radzenia sobie z niepożądanymi objawami pojawiającymi się po zaprzestaniu dotychczasowych przyzwyczajeń w celu złagodzenia dolegliwości;
- zachęcenie do podjęcia próby normalizacji masy ciała w celu uzyskania wskaźnika masy ciała $< 25 \text{ kg/m}^2$;
- poinformowanie pacjenta o właściwym postępowaniu dietetycznym polegającym na wprowadzeniu do codziennego jadłospisu większej ilości owoców, warzyw, ryb morskich, drobiu, kasz i produktów zbożowych, tłuszczów roślinnych, chudego nabiału, produktów ubogich w kwasy tłuszczowe nasycone oraz spożywania posiłków regularnie, o określonych porach dnia;
- ustalenie indywidualnej diety uwzględniającej tygodniowy jadłospis, opartej na produktach zalecanych a preferowanych przez pacjenta;

- uświadomienie konieczności zmniejszenia spożycia soli w codziennej diecie i picia dużych ilości kawy, by ograniczyć czynniki powodujące wzrost ciśnienia tętniczego krwi;
- zachęcanie do aktywności fizycznej poprzez edukację na temat korzyści wynikających z codziennych, systematycznych ćwiczeń o umiarkowanej intensywności, np. chodzenia, biegania bądź pływania przez co najmniej 30–45 minut i konieczności unikania wysiłków izometrycznych, np. dźwigania lub pchania ciężkich przedmiotów;
- ustalenie określonych etapów zmian zachowań akceptowanych przez pacjenta celem zmniejszenia niedogodności z tym związanych [37].

13. Prosty sposób pielęgnowania ran przewlekłych

13.1. Definicja rany przewlekłej

Rana przewlekła (odleżyna, owrzodzenie troficzne, zespół stopy cukrzycowej i inne), to rana, która goi się dłużej niż 6-8 tygodni. Wśród ran niegojących się aż 60–100% stanowią rany zakażone. Antybiotyki stosowane miejscowo słabo albo wcale nie wpływają na gojenie ran, do rany dociera jedynie 5% podanej dawki leku i szybko wywołują lekooporność drobnoustrojów. Źle prowadzone leczenie miejscowe rany powoduje bardzo szybkie powstanie biofilmu, który uniemożliwia regenerację tkanek.

Zakażenie rany rozwija się szybko i może być pochodzenia:

- endogennego, gdy jest spowodowane własnymi bakteriami chorego,
- egzogennego, gdy bakterie pochodzą z zewnątrz, ze środowiska.

W ranach przewlekłych i trudno gojących się, proces gojenia utrudnia biofilm, czyli złożona z drobnoustrojów (bakterii) wielokomórkowa struktura kolonizująca ranę, a niewidoczna gołym okiem.

Do objawów, które mogą sugerować występowanie biofilmu, należą:

- duża ilość obumarłej tkanki w łóżysku rany,
- połyskliwość (szklistość) rany,
- zwiększony wysięk,
- nieprzyjemny zapach wydzielający się z rany.

Uwaga!!! Obecność drobnoustrojów w ranie całkowicie hamuje proces gojenia, dlatego istotną rolę odgrywa regularne oczyszczenie rany w celu usuwania biofilmu i powstrzymywania jego rozrostu.

Na tempo i stopień zakażeń ran wpływa stan układu immunologicznego pacjenta, a zastosowanie antyseptyków na każdym etapie gojenia ran może osłabić i uniemożliwić powstawanie biofilmu lub jego ponowne tworzenie się po oczyszczeniu rany [38].



13.2. Sposoby pielęgnacji i leczenia ran przewlekłych

Dla lepszego zrozumienia zmian w zasadach pielęgnowania ran przewlekłych, które nastąpiły w ostatnich latach wraz z rozwojem medycyny i technologii medycznych, podzieliłam je na sposoby tradycyjne i nowoczesne.

Dostrzegam zbyt duże przywiązanie pacjentów i ich rodzin do tradycyjnego sposobu leczenia ran, polegającego na stosowaniu gazy, różnego rodzaju zasypek, maści z antybiotykiem i ich wietrzenie. Istnieją naukowe dowody na to, że **tradycyjny sposób** leczenia ran przewlekłych opóźnia ich gojenie, ponieważ dochodzi do niszczenia nowopowstałych komórek wówczas, gdy gaza przyschnie do rany i jest od niej odrywana podczas zmiany opatrunku. Tradycyjny model leczenia ran sprzyja infekcji rany i nie tylko opóźnia proces gojenia, ale powoduje, że rana się powiększa i draży w głąb tkanek.

Tradycyjny sposób leczenia ran powoduje:

- suche łożysko rany, które wpływa na wolniejsze nabłonkowanie,
- parowanie, utrata wilgoci – zdrowe i nowe komórki pod strupem wysychają i obumierają,
- wychładzanie rany, co wpływa na spowolnienie aktywności komórek do namnażania.

Specjaliści z European Wound Management Association (EWMA) opracowali ujednolicony **nowoczesny sposób** postępowania z ranami określony jako TIME.

Koncepcja TIMERS polega na:

- T** – usunięciu tkanek martwiczych – żywe unaczynienie łożyska rany,
- I** – kontroli infekcji i zapalenia – usunięcie obciążenia bakteryjnego i zapalnego,
- M** - utrzymaniu wilgotności rany – optymalna wilgotność w ranie,
- E** – stymulacji naskórkowania – wyleczenie rany,

R – repair and regeneration – naprawa i regeneracja,

S – social and individual-related factors – czynniki społeczne i indywidualne predyktory

Nowoczesny sposób leczenia ran powoduje:

- wilgotne leczenie ran, wpływa na utrzymanie wilgoci w łożysku rany,
- komórki naskórka migrują bezpośrednio z obrzeży rany i występuje szybsze naskórkowanie,
- utrzymanie wilgoci, wpływa na zachowanie zdrowych i nowych komórek,
- rana wilgotna zatrzymuje ciepło, wpływa to na podtrzymanie aktywności komórek.

Na polskim rynku opatrunków do nowoczesnego sposobu leczenia ran zarejestrowanych jest ponad 270, spośród nich 82 są refundowane przez NFZ.

Cechy nowoczesnego opatrunku:

- utrzymuje wysoką wilgotność pomiędzy opatrunkiem a raną,
- usuwa nadmiar wysięku i toksyn,
- nie przylega do rany,
- jest nieprzepuszczalny dla bakterii,
- umożliwia prawidłową wymianę gazową,
- jest nietoksyczny i niealergizujący,
- jest łatwy do wymiany,
- nie uszkadza nowych tkanek [39].

13.3. Preparaty antyseptyczne stosowane w leczeniu ran przewlekłych

Prawidłowa pielęgnacja i odpowiednio dobrany preparat antyseptyczny całkowicie wystarczają do redukcji miejscowego stanu zapalnego i infekcji rany. Ważne jest, aby

stosować skuteczne preparaty antyseptyczne, a nie wszystkie, jakie są dostępne w aptekach i sklepach medycznych.

Zaleca się:

Mieszanie poliheksanidyny (PHMB) i betainy występująca w postaci preparatu o nazwie handlowej **Prontosan i SutriSept**. Poliheksanidyna usuwa biofilm bakteryjny niszczy komórki drobnoustrojów usadowionych w głębi łożyska rany i w warstwach podstawowych macierzy biofilmu. Połączenie PHMB z betainą może być uznane obecnie za **środek pierwszego wyboru do pielęgnacji ran**. Możliwy do połączenia z wszystkimi preparatami, również z jodyną powidonową.

Powidon jodu występujący w postaci preparatu o nazwie handlowej Braunol. Spektrum aktywności przeciwdrobnoustrojowej obejmuje bakterie Gram-dodatnie i Gram-ujemne, grzyby, wirusy, pierwotniaki. Produktów zawierających powidon jodu nie powinno stosować się długotrwale (do 7 dni w przypadku owrzodzeń). Ma tendencję do przesuszania tkanek. Nie wolno łączyć z octenidyną, tlenem, miodem manuka i srebrem.

Podchloryny występujące w postaci preparatu o nazwie handlowej Aqvitox D, Granudacyn, Microdacyn. Są to środki do przemywania ran, zaleca się przemywanie ran trudno gojących się oraz przetok podchlorynami.

Dwuchlorowodorek octenidyny występujący w postaci preparatu o nazwie handlowej Octenilin w postaci żelu lub płynu. Został wprowadzony do użytku w połowie lat 80. Nie wolno łączyć działania antyseptyków zawierających oktenidynę i jod – zachodzi reakcja chemiczna uwalniania czystego jodu.

Miód manuka, jego działanie nie zostało do końca poznane, mimo to jest zalecany przez ekspertów. Jest dobrze tolerowany, można go połączyć z innymi opatrunkami i preparatami poza jodyną powidonową.

Związki srebra, ostatnio najczęściej używane w leczeniu owrzodzeń przewlekłych i ran trudno gojących się. Nie do końca znany jest schemat działania srebra. Jednak są to związki nie trwałe i pod wpływem podwyższonej temperatury tkanek, związków organicznych produkowanych przez tkanki oraz związków nieorganicznych i światła

szybko powracają do niejałowej toksycznej formy. Dlatego w przypadku braku cech gojenia czy też negatywnych objawów tj. świąd czy pieczenie, podczas ich stosowania należy go zmienić na inny preparat antyseptyczny.

W konsensusie antyseptyków z 2018 to podchloryny i poliheksanid (PHMB) uznane zostały za antyseptyki pierwszego wyboru do pielęgnacji i terapii ran przez cały okres ich oczyszczania i leczenia [39, 40].

Uwaga!!! przy zakupie preparatu antyseptycznego zawsze sprawdzaj na opakowaniu główny składnik tego produktu, gdyż w sprzedaży są dostępne preparaty o innym składzie, które są obecnie niezalecane.

Bezwzględnie nie wolno, zgodnie z wytycznymi z 2004 roku (pierwszy konsensus antyseptyków), stosować do pielęgnacji i leczenia ran przewlekłych rywanolu, chlorheksydyny, kwasu bornego oraz wody utlenionej.

13.4. Zestaw do pielęgnacji ran przewlekłych

Niezbędny zestaw zawierający sprzęt i środki do zmiany opatrunku na ranie

Zanim przystąpisz do zmiany opatrunku zgromadź wszystkie niezbędne środki i sprzęt, który pozwoli na prawidłowe i wygodne wykonanie wszystkich czynności.

1. Preparat do odkażania rąk i skóry w sprayu, polecam Desderman, Skinsept F lub inny do tego przeznaczony.
2. Preparat do mycia ran (tzw. lawaseptyk), polecam 0,9% NaCl, płyn Ringera (stosunkowo niedrogi, ale są na receptę) lub do wyboru bez recepty płyny antyseptyczne: SutriSept, płyn Prontosan, płyn Octenilin, płyn Neocide.

3. Preparat antyseptyczny na ranę przewlekłą, polecam Prontosan w żelu, SutriSept w żelu.
4. Preparat natłuszczający na skórę wokół rany, polecam Linomag, maść witaminową, Alantan, Calmapherol.
5. Gaziki sterylne (jałowe), które będą służyły do mycia rany ewentualnie jako zasadniczy (tradycyjny) opatrunek zabezpieczający ranę, polecam zakupienie gazików o różnych wielkościach 5x5 cm, 7,5x7,5 cm, 10x10 cm.
6. Opatrunek nowoczesny (specjalistyczny) piankowy w zależności od rodzaju chłonności: nisko chłonne (Sarbact), średnio chłonne (Medisorb P lub Suprasorb P, Biatain, Mepilex Ag, UrgoTulAbsorb, Aquacel Foam), mocno chłonne (Allevyn).
7. Aktywny żel wodny, polecam Suprasorb G lub Medisorb G (*tylko wtedy, gdy rana jest z martwicą suchą).
8. Folię poliuretanową tzw. skórka, polecam Medisorb F, Flexigrid lub Flexifix (*niezbędna do zastosowania na ranę z martwicą suchą oraz na koniec leczenia w celu ochrony świeżo zagojonej rany).
9. Przylepiec do mocowania opatrunku, polecam Omnifix lub bandaż dziany o szerokości dostosowanej do rany, albo rękaw z siatki elastycznej na kończyny np. Codofix.
10. Nożyczki.
11. Pęsetę.
12. Skalpele (*tylko wtedy, gdy rana jest z martwicą suchą lub w ranie są duże ilości obumarłych tkanek).
13. Cienkie cewniki dziecięce lub wenflony (*tylko wtedy, gdy w ranie są przetoki lub kieszenie).
14. Strzykawki 20 ml i 10 ml.
15. Rękawiczki jednorazowe lateksowe, nie polecam rękawiczek foliowych.
16. Rękawice sterylne (jałowe) jednorazowego użytku.

Nie należy na ranę stosować:

1. **Rywanolu** (mleczan etakrydyny) – tworzy biofilm i uniemożliwia ziarninowanie i epitalizację (namnażanie nowych) tkanek.
2. **Wody utlenionej** – tworzy biofilm i uniemożliwia ziarninowanie i epitalizację (namnażanie nowych) tkanek.
3. **Kwasu bornego** – tworzy biofilm i uniemożliwia ziarninowanie i epitalizację (namnażanie nowych) tkanek.
4. **Chlorheksydyny** – wysoko alergizująca i destrukcyjnie działa nie tylko na skórę, ale także na ziarninę w dnie rany.
5. **Maści natłuszczających, które zawierają lanolinę i eucerynę** – wysoko alergizujące i destrukcyjnie działają nie tylko na skórę, ale także na ziarninę w dnie rany.
6. **Neomycyny w maści oraz w sprayu** – antybiotyk zastosowany miejscowo wchłania się tylko w 5 %, powodując przy tym uodpornienie się bakterii na jego działanie i tworzenie biofilmu.
7. **Oxycortu w sprayu lub w maści** – zawiera hydrokortyzon i antybiotyk oksytetracyklinę, działanie jak wyżej.
8. **Sudokremu** – ma inne zastosowanie, nie powinno się stosować na rany.
9. **Różnego rodzaju zasypek w tym zasyпки z widłaka** - tworzą biofilm i uniemożliwiają ziarninowanie i epitalizację (namnażanie nowych) tkanek.
10. **Oliwki dziecięcej** – wysusza nowo powstałą tkankę.
11. **Wazeliny** - wysusza nowo powstałą tkankę.
12. **Mydło szare** – uszkadza ziarninę i uniemożliwia gojenie.

Ponadto coraz rzadziej poleca się:

1. Octenisept.
2. Maść Argosulfan.
3. Inne maści z antybiotykiem [41].

13.5. Zasady zmiany opatrunku na ranie przewlekłej

Zmiana opatrunku na ranie przewlekłej (odleżynie) przebiega inaczej niż w przypadku rany ostrej, niezainfekowanej tzw. czystej. Odleżyna, rana przewlekła jest najczęściej zakażona, czasem towarzyszą jej przetoki i kieszenie. Oprócz prostego oczyszczenia tkanek z pozostałości opatrunku i preparatów wcześniej zastosowanych, może zaistnieć potrzeba mechanicznego usunięcia biofilmu oraz wypłukanie kieszeni i przetok.

Technika wykonania

1. Jeśli tylko jest taka potrzeba 30 min. przed zmianą opatrunku na ranie podaj choremu lek przeciwbólowy. Zasadą jest, że zmiana opatrunku nie powinna nasilać bólu u chorego.
2. Przygotuj niezbędny zestaw zawierający sprzęt i środki do zmiany opatrunku na ranie (wymieniony w pkt. 4), aby uniknąć szukania w pośpiechu brakujących rzeczy. Nie zapomnij o przygotowaniu worka na odpady.
3. Umyj i zdezynfekuj ręce.
4. Nałóż rękawice jednorazowego użytku niesterylne i usuń zewnętrzną część opatrunku. W przypadku gdy zdarzy się, że opatrunek przyschnie do rany namocz go po wierzchu solą fizjologiczną 0,9% NaCl używając do tego strzykawki 20 ml, odczekaj chwilę, aż opatrunek z łatwością odstanie od rany. Nie wolno zrywać opatrunków na siłę, gdyż powoduje to ból i niszczy nowo powstałą tkankę.
5. Następnie oczyść łożysko rany wykorzystując do tego preparat do mycia ran (lawaseptyk) jeden z wyżej polecanych, może to być 0,9% NaCl. Tą czynność wykonaj przy użyciu sterylnych gazików, pęsety i strzykawki 20 ml.

Należy pamiętać, że rany niezakażone zmywa się od środka w kierunku brzegów, a rany zakażone od brzegów w kierunku środka nie dotykając brzegów.

Uwaga! jeden gazik może być użyty tylko raz, nie wracamy nim na uprzednio myte miejsca, należy sięgnąć po nowy gazik.

6. Jeżeli jest niemożliwe usunięcie biofilmu za pomocą gazika (jak powyżej) warto użyć do tej czynności sterylnego skalpela delikatnie usuwając nagromadzoną martwicę. Po oczyszczeniu rany można założyć na 10 min. gazik nawilżony płynem antyseptycznym (jeden z wymienionych w pkt. 3) np. płyn SutriSept celem dezynfekcji łożyska rany.

7. W przypadku kieszeni i przetok powstałych w ranie do ich płukania nie używa się soli fizjologicznej (0,9% NaCl) tylko płynów antyseptycznych np. płyn *Microdacyn* 60. Tą czynność wykonaj przy użyciu cienkiego cewnika dziecięcego lub wenflonu i strzykawką 20 ml w zależności od wielkości kieszeni lub przetoki.

8. Jeżeli jest to rana pokryta martwicą suchą (najczęściej czarną), w pierwszej kolejności należy jałowym skalpelem naciąć na krzyż martwicę i założyć w to miejsce aktywny żel wodny, polecam Suprasorb G lub Medisorb G i pokryć folią poliuretanową tzw. skórka, polecam Medisorb F lub Flexifix po zabezpieczeniu bandażem lub przylepcem Omnifix pozostawić na 24 godziny. Czynność tą należy powtórzyć kilka razy do momentu, aż martwica sucha upłyni się i z łatwością bezboleśnie da się usunąć mechanicznie przy użyciu skalpela. Po oczyszczeniu rany z martwicy suchej dalej postępuj z nią jak opisano niżej.

9. Zmień rękawiczki na jałowe.

10. Zdrową skórę wokół rany przemyj preparatem do dezynfekcji skóry (ten sam co dezynfekcji rąk Skinsept F) starając się nie moczyć nim rany. Nie należy skóry osuszać tylko poczekaj, aż preparat wyschnie. Następnie natłuść skórę jednym z wyżej wymienionych preparatów natłuszczających np. maścią witaminową. Nie natłuszczaj skóry w przypadku stosowania nowoczesnych opatrunków z przylepcem.

11. Następnie na ranę nanieś preparat antyseptyczny w żelu i przykryj go opatrunkiem tradycyjnym tj. sterylnymi gazikami lub nowoczesnym opatrunkiem chłonnym (o chłonności zależnej od ilości wydzieliny ropnej) najlepiej piankowym, polecam Medisorb P lub Suprasorb P, albo opatrunkiem piankowym z hydrożelem

– HydroTac. Na rany z cechami infekcji zawsze stosuj opatrunki nieprzylepne i mocuj je za pomocą bandaża lub przylepca Omnifix.

Uwaga! Opatrunek tradycyjny należy zmieniać co 8-12 godzin, a opatrunek nowoczesny według zaleceń producenta najczęściej co 2-5 dni zależnie od ilości wysięku i stopnia przesiąkania opatrunku. Im rzadziej zmienia się opatrunek, tym lepiej - pozwala to na szybsze naskórkowanie. Z doświadczenia wiadomo, że przy zastosowaniu opatrunku nowoczesnego zmniejsza się koszt leczenia rany i czas poświęcony na zmianę opatrunków.

12. Umocuj opatrunek czy to tradycyjny, czy nowoczesny rękawem z siatki elastycznej lub bandażem na kończynach, a plastrem na innych częściach ciała.

13. Zdejmij rękawiczki, uporządkuj zestaw, zabezpiecz worek z odpadami.

14. Umyj i zdezynfekuj ręce [40, 41].

13.6. Profilaktyka - najważniejszy element w pielęgnowaniu ran przewlekłych

Profilaktyka to najtańszy i najlepszy sposób na uniknięcie problemów z występowaniem ran przewlekłych.

Rany (odleżyny) leczy się długo, ale powstają szybko. Według skali Edberga służącej do oceny rozwoju odleżyny w czasie musimy wiedzieć, że:

> 30 minut trwania ucisku dochodzi do niedokrwienia tkanek i zmian odpowiadających odleżynie I° według jednej ze skal służących do oceny stopnia odleżyn skali Torrance'a,

2-6 godzin stałego ucisku powstaje niedokrwienie i zmiany odpowiadające II° według skali Torrance'a.

> 6 godzin trwania ucisku objawia się zasinieniem i stwardnieniem skóry, nie ustępuje po przerwaniu ucisku;

Obie zmiany są odwracalne pod warunkiem przerwania ucisku. Zmiany I° wymagają odciążenia przez godzinę na cofnięcie się zmian, a II° aż 36 godzin.

W profilaktyce przeciwoodleżynowej należy uwzględnić:

- zastosowanie udogodnień (w tym materace i poduszki przeciwoodleżynowe),
- aktywizację ruchową,
- stan odżywienia i nawodnienia chorego, uzupełnienie niedoborów pokarmowych,
- stan i pielęgnację skóry.

Łóżko i materac przeciwoodleżynowy

Przede wszystkim chory powinien leżeć na łóżku tzw. szpitalnym, a nie na wersalce. Łóżko powinno być wyposażone w materac przeciwoodleżynowy. Dobór materaca powinien być uzależniony od wagi chorego. Polecam materace bąbelkowe wykonane z medycznego poliuretanu (PUR) wykonane z jednej, dwóch lub trzech warstw:

- jednowarstwowe, niskie – profilaktyczne dla chorych o masie ciała < 110 kg,
- dwuwarstwowe, podwyższone – profilaktyczno-lecznicze dla chorych o masie ciała < 125 kg i z odleżynami II°,
- trzywarstwowe, wysokie – profilaktyczno-lecznicze dla chorych o masie ciała < 130 kg i z odleżynami III°.

Uwaga! zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego pozwala uzyskać szybkie efekty terapeutyczne na każdym etapie leczenia ran przewlekłych.



Odleżyny w praktyce klinicznej

ZAPOBIEGANIE I LECZENIE



Poduszki przeciwoodleżynowe

Chory powinien dysponować odpowiednio miękką poduszką przeciwoodleżynową. Tanie i często kupowane przez rodziny poduszki wykonane są z pianki poliuretanowej, które szybko się deformują i stają się zbyt twarde dla pacjenta. Polecam poduszki pneumatyczne lub z dodatkową warstwą pianki poliuretanowej, posiadającej pamięć kształtu. Poduszki pneumatyczne są statyczne i dynamiczne. Statyczne wymagają napompowania pompką ręczną, dynamiczne posiadają własną sprężarkę, podobnie jak materace zmiennociśnieniowe.

Uwaga! należy pamiętać, że zarówno materac przeciwoodleżynowy jak i poduszka muszą być odpowiednio miękkie, aby uniknąć ucisku punktowego na tkanki. Prosty sposób na sprawdzenie czy materac lub poduszka ma prawidłowo ustawione ciśnienie to swobodne włożenie ręki pomiędzy pośladki chorego a materac w miejsce nie napelnionych komór.

Udogodnienia

W zapobieganiu powstawaniu ran przewlekłych niezbędne jest zastosowanie udogodnień pomagających w zmniejszeniu ucisku lub odciążeniu z ucisku obszarów

ciała najbardziej narażonych na ich powstanie. Ułatwiają zapewnienie prawidłowej pozycji i wygodnej pozycji ciała. Zaliczamy do nich:

- walki, poduszki wykonane z pianki, but przeciwodleżynowy, zwinięty koc.

Uwaga! nie stosuje się już odciążających kólek i krążków gumowych, jak i innych metod, które dają chwilową ulgę powodując silny ucisk na brzegach odleżyny, w efekcie ją pogłębiając. Nie stosuje się również udogodnień wykonanych z granulatu styropianowego, jego właściwości termoizolacyjne powodują, że odleżyny pozbawione są wentylacji, co zamiast łagodzić ranę mogą spowodować jej pogłębienie. Nie są polecane także udogodnienia wypełnione gorczycą, która niekorzystnie wpływa na często występujące u chorych schorzenia sercowo-naczyniowe.

Odżywianie

Dieta osób z odleżynami powinna zawierać odpowiednią ilość białka w celu dostarczenia budulca do regeneracji uszkodzonych tkanek. Dlatego ten składnik pokarmowy jest tak bardzo ważny. Często się zdarza, że stan fizyczny chorego, a szczególnie problemy z jedzeniem, prowadzi do niedoborów tego składnika odżywczego. A zatem osoby te wymagają zastosowania specjalistycznych produktów odżywczych. Produkty te mogą stanowić uzupełnienie diety lub być jedynym źródłem pożywienia. Takie rozwiązanie daje pewność, że dostarczamy choremu wszystkie niezbędne składniki odżywcze w odpowiednich proporcjach, co jest trudne do osiągnięcia, jeśli posiłki przygotowywane są w sposób tradycyjny. Polecam preparat białkowy w postaci proszku dla chorych wymagających zwiększonego zapotrzebowania na białko - Fresubin Proterin Powder firmy Fresenius Kabi. Posiada neutralny smak, jest łatwo rozpuszczalny w potrawach. Należy go stosować wyłącznie jako dodatek do potraw. Poleca się również preparat do picia przeznaczony do leczenia dietetycznego w leczeniu ran trudno gojących się o nazwie Fresubin Protein Energy Drink czy też Nutridrink Skin Repair (dawniej Cubitan). Jest wiele innych dostępnych w

aptekach tego rodzaju preparatów, które wspomagają zwykłą dietę i są dostępne bez recepty.

Zaleca się także preparaty odżywcze z arginina, cynkiem, antyoksydantami przyspieszającymi gojenie się ran przewlekłych. Są one dostępne w aptekach czy sklepach medycznych. Czas trwania terapii takimi produktami odżywczymi to minimum 14 dni. Wskazane jest ich dłuższe stosowanie - do 30 dni, a jeśli trzeba, to jeszcze dłużej.

Aktywność ruchowa

Aktywność ruchowa jest konieczna do utrzymania prawidłowego krążenia krwi w mięśniach. Można zastosować gimnastykę i ćwiczenia izometryczne, jednak nic nie zastąpi samodzielnego wysiłku i pracy własnej mięśni. Nie należy chorych wyręczać. W stanach, w których nie jest możliwy samodzielny wysiłek i stan zdrowia wymaga leżenia, konieczna jest regularna zmiana pozycji. Powszechnie panuje przekonanie, że zmiana ułożenia ciała u pacjentów przebywających w wymuszonej pozycji powinna być przeprowadzana co 2 godziny. Zalecenie to nie jest jednak poparte żadnymi obiektywnymi dowodami pochodzącymi z badań klinicznych.

Pielęgnacja skóry

Najważniejszą częścią profilaktyki przeciwoleżynowej jest pielęgnacja skóry. Tylko skóra nawilżona i natłuszczona będzie elastyczna i w miarę odporna na działanie ucisku, tarcia i sił tnących.

Prawidłowa pielęgnacja skóry chorego powinna się składać z trzech etapów: oczyszczenia - aby uniknąć podrażnień, codzienną pielęgnację skóry warto wykonywać specjalistycznymi preparatami bez zawartości mydła o przyjaznym dla skóry pH i łagodnej formule. Poleca się zastosowanie specjalistycznych preparatów pielęgnacyjnych Seni Care, np. lotion myjąco-natłuszczający o pH 5, piankę myjąco-pielęgnującą, czy chusteczki nasączone.

regeneracji - duże znaczenie w profilaktyce odleżyn ma pobudzanie mikrokrażenia w skórze. Znakomicie w tej sytuacji sprawdza się żel aktywizujący z guaraną. Jest on doskonale tolerowany przez chorych oraz daje im poczucie komfortu i ulgi. Polecany jest do codziennego masowania skóry wrażliwej, narażonej na powstanie odparzeń i odleżyn, gdyż działa łagodząco, odprężająco i relaksująco, jednocześnie pobudzając i odświeżając.

skutecznej ochrony - ostatnim etapem pielęgnacji skóry jest jej zabezpieczenie, czyli ochrona, miejsc narażonych na drażniące działanie moczu lub/i stolca. U osób pieluchowanych często obserwujemy podrażnienia skóry w okolicy krocza i pośladków, które są również najczęstszym miejscem powstawania odleżyn. Do tego celu można użyć np. krem ochronny z tlenkiem cynku lub krem ochronny z arginina. Krem ochronny z tlenkiem cynku skutecznie chroni skórę przed powstaniem stanów zapalnych, odparzeń i odleżyn oraz przyspiesza regenerację podrażnionej już skóry. Pozostawia białą warstwę ochronną zabezpieczającą przed działaniem składników drażniących zawartych w moczu i kale. Dodatkowo tlenek cynku wykazuje działanie antybakteryjne i antyseptyczne. Krem ochronny z arginina różni się tym od kremu z tlenkiem cynku, że pozostawia na skórze lekką niewidoczną warstwę ochronną, która pozwala skórze oddychać oraz przyspiesza metabolizm komórek i regeneruje naskórek.

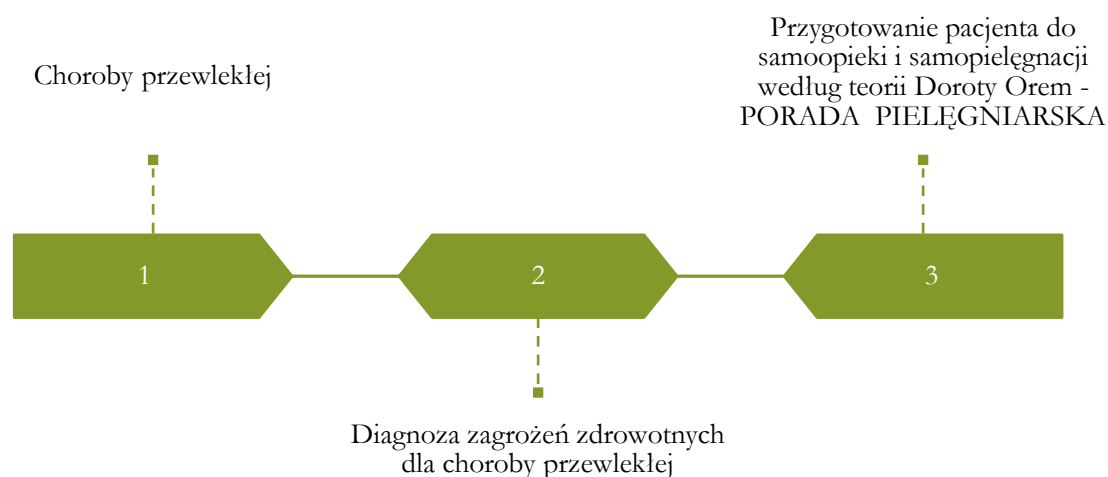
Uwaga! chorzy unieruchomieni w łóżku wymagają dodatkowego zabezpieczenia zwłaszcza wyrostków kostnych. Można zastosować niektóre z nowoczesnych opatrunków aktywnych. Dostępne są opatrunki profilaktyczne:

- folie poliuretanowe,
- opatrunki hydrokolidowe,
- opatrunki silikonowe,
- opatrunki lipidokolidowe.

Opatrunki te nie muszą być zmieniane tak często, jak w przypadku pielęgnacji ran i mogą być utrzymane na skórze nawet do 10-14 dni. Zlikwidują bądź zminimalizują działanie sił tnących i tarcia oraz zapewnią amortyzację przy wystąpieniu ucisku [41].

14. Przykładowa porada pielęgniarska w chorobie przewlekłej

Opracowanie profilu osoby przewlekle chorej dla potrzeb prowadzenia działań poradniczych (Ryc. 3).



Ryc. 3. Schemat porady pielęgniarskiej (opracowanie własne).

Porada pielęgniarska w przewlekłej niewydolności żyłnej

Przewlekła niewydolność żylna (PNŻ) jest najczęściej występującym u ludzi przewlekłym zespołem chorobowym naczyń kończyn dolnych, wywołanym niewydolnością zastawek żylnych. Gdy zastawki są uszkodzone, krew cofa się i zaczyna napierać na ściany naczyń. Może on prowadzić do powstawania pajączków żylnych, żylaków, obrzęków, przebarwień, stwardnień i stanów zapalnych w obrębie skóry, a w najcięższej postaci owrzodzeń żylnych.

Przyczyny powstawania niewydolności żyłnej:

- refluks żylny, czyli wsteczny przepływ krwi - wynika on z braku (zniszczenia), niedorozwoju lub niewydolności zastawek żylnych;

- zmniejszona ilość włókien sprężystych w ścianie naczyń żylnych uwarunkowana genetycznie lub spowodowana wiekiem przy braku aktywności fizycznej;
- niewydolność lub osłabienie siły mięśniowej łydek, najczęściej w wyniku braku regularnej aktywności fizycznej;
- zwężenie żył - wywołane np. niedrożnością żył (zakrzepica) lub uciskiem na żyły z zewnątrz. Ucisk może być spowodowany otyłością, czasem także żyły uciskane są przez rosnącą macicę u kobiet w ciąży;
- wysokie ciśnienie żyłne utrzymujące się przez dłuższy czas. Tu winowajcą może być jakaś choroba żył, nieprawidłowy tryb życia, np. mała aktywność fizyczna, siedząca lub stojąca praca.

Objawy niewydolności żylniej:

- ból nóg, uczucie ciężkości nóg (ustępujące po wykonaniu odpowiednich ćwiczeń);
- obrzęki stóp, a także okolic kostek i łydek (w początkowej fazie choroby są to obrzęki ustępujące po "rozruszaniu się" lub ćwiczeniach, odpoczynku nocnym natomiast już w zaawansowanej - obrzęki trwałe);
- ból w okolicach żył;
- parestezje (mrowienie, drętwienie), swędzenie, klucie nóg;
- tzw. zespół niespokojnych nóg;
- nocne skurcze mięśni, głównie łydek;
- uwidocznienie żył podskórnych (często poszerzonych i o sinym zabarwieniu) - najdrobniejszych, które zaczynają przypominać pajęczki - i tych grubszych, które robią się wystające i miękkie w dotyku;
- brązowo-czerwone podskórne przebarwienia.

Czynniki zwiększające ryzyko powstania niewydolności żylniej:

- płeć żeńska (ciąże, doustna antykoncepcja);
- wiek;
- otyłość;
- praca siedząca lub stojąca, niska aktywność fizyczna - brak ruchu doprowadza do zastoju krwi w żyłach;

- wysoki wzrost;
- częste zaparcia;
- czynniki genetyczne - ryzyko rozwoju żylaków u osoby, której jedno z rodziców ma żylaki wynosi 42%, jeśli oboje - ryzyko wzrasta do 89%
- nadmierna ekspozycja na ciepło (gorące kąpiele, solarium, opalanie na słońcu);
- palenie papierosów;

Diagnostyka

- rozpoznanie przewlekłej niewydolności żyłnej na podstawie wywiadu i oględzin kończyn (badania fizykalnego), skala CEAP
- USG Duplex Dopplera, badanie ultrasonograficzne żył powierzchownych i głębokich. Na jego podstawie można odnaleźć odcinek żyły z niewydolnymi zastawkami oraz ocenić czy w żyłach nie znajduje się skrzeplina blokująca odpływ krwi.

Leczenie przewlekłej niewydolności żyłnej

Leczenie przewlekłej niewydolności żyłnej należy podzielić na 4 części:

- **zmianę stylu życia**, która zawsze powinna być wdrażana jako pierwsza i jest możliwa na każdym etapie przewlekłej choroby żyłnej. Obejmuje wzrost i regularność aktywności fizycznej oraz redukcję masy ciała. Wzmocnienie mięśni łydek powoduje poprawę efektywności pompy mięśniowej. Krew żylna zostaje przepompowana w stronę serca, a w ściśniętych przez mięśnie naczyniach żylnych zbliżają się do siebie płatki zastawek żylnych, przez co nie dochodzi do cofania się krwi żyłnej. Aktywność ruchowa powinna być regularna, najlepiej minimum 30 minut każdego dnia
- **leczenie zachowawcze**, zalecane na każdym etapie choroby żyłnej. Zalecane są bezpieczne leki flebotropowe - syntetyczne bądź ziołowe. Te drugie, to np. hesperydyna, pochodne rutyny, escyna. Najskuteczniejszym lekiem, zdaniem specjalistów, jest połączenie ruszczyka kolczastego, hesperydyny i kwasu askorbowego.

- **leczenie uciskowe**, stosuje się tu różnego typu gotowe wyroby kompresyjne lub opaski o różnej rozciągliwości. . Mamy do dyspozycji: podkolanówki, pończochy, rajstopy czy też rozpinane getry kompresyjne. Wyroby powinny być dobrane indywidualnie na podstawie badania i obmiarów kończyny dolnej.

- **leczenie zabiegowe**, miniflebektomia, wewnątrznaczyniowe zamknięcie naczynia żylnego z użyciem lasera (EVLT), klasyczna operacja żyłaków, czy też skleroterapia.

Ryzyko zachorowania można zmniejszyć przez zdrowy tryb życia i inne działania wspomagające pracę żył:

- regularną aktywność fizyczną,
- odżywanie się dietą bogatą w warzywa i owoce,
- unikanie długotrwałej pozycji stojącej lub siedzącej,
- regularne ćwiczenia mięśni kończyn,
- odpoczynek z nogami uniesionymi powyżej serca (na wysokość ok. 15 cm)

Należy również unikać:

- obcisłych ubrań,
- zakładania nogi na nogę,
- chodzenia w butach na wysokim obcasie,
- gorących kąpiel, sauny, długiego leżenia na słońcu (a po ekspozycji ochłodzić nogi zimnym prysznicem).

Powikłania:

- zapalenia żył głębokich i powierzchownych
- zapalenia zastoinowe skóry
- owrzodzenie goleni- zakrzepica żylna, choroba zakrzepowo- zatorowa [42].

STUDIUM PRZYPADKU

Kobieta lat 44 zgłosiła się do gabinetu Pielęgniarki POZ z powodu bolesności i kurczów łydek, szczególnie w porze wieczorowej, utrzymujących się od około miesiąca. Z wywiadu pacjentka w przeszłości leczyła się z powodu zakrzepicy żylniej i niewydolności zastawek żylnych, ale po trzeciej ciąży pacjentka zaniedbała wizyty u

lekarza. W poprzednim tygodniu z powodu nasilenia się dolegliwości i utrzymującego się obrzęku prawego podudzia, odbyła wizytę u flebologa. Lekarz wykonał badanie USG Dopplera i stwierdził przewlekłą niewydolność żylną, Zlecił noszenie pończoch uciskowych, stosowanie diuretyków, Vessel Due F 250 LSU 1x 1 p.o. Chora receptę otrzymała, jednak nie zrealizowała jej z powodu braku umiejętności wykonania pomiarów i doboru pończoch, leków również nie bierze regularnie z powodu braku samodyscypliny, jak twierdzi. Ma zdiagnozowane również NT – lek Enerenal 5mg 1x 1 p.o. przyjmuje tylko wtedy jak boli ją głowa, pomiary RR również wykonuje nieregularnie. Matka pacjentki od wielu lat choruje na miażdżycę i zakrzepicę żylną, jest po chirurgicznym zabiegu usunięcia żyłaków kończyn dolnych. Obecnie pacjentka czynna zawodowo, praca biurowa, siedząca. Razem z mężem wychowuje 4 dzieci w wieku od 6 do 16 lat. Tryb życia prowadzi mało aktywny, sporadyczne spacerzy z dziećmi. Widoczna otyłość brzuszna, nie przestrzega żadnej diety, ze względu na brak motywacji, posiłki spożywa nieregularnie i obfite. Pacjentka deklaruje również, że nie pali często papierosów, a jedynie „popała” okazjonalnie, bądź w sytuacjach stresowych. Z leków które przyjmuje na stałe to plastry Evra (hormonalna terapia) od 6 lat, z obawy o ponowne zajście w ciążę. Nie stosuje żadnej suplementacji. Nie posiada wiedzy na temat uczulenia na leki. Widoczne liczne zmiany troficzne na podudziach w postaci rdzawych plamek oraz małych pajęczków na zewnętrznych stronach ud. Prawe podudzie obrzęknięte, obraz odwróconej butelki szampana, zaczerwienione i ucieplone. Pod kolaniem kończyny prawej widoczne kręte zgrubienia z wybrzuszeniami wzdłuż łydki (żyłaki). Nastrój pacjentki obniżony ze względu na dolegliwości bólowe i estetyczne. Pacjentka narzeka również na zmęczenie, problemy z zasypianiem i brakiem czasu dla siebie, co związane jest z natłokiem obowiązków domowych i zawodowych.

RR 165/ 95mmHg, **HR** 88u/min- miarowe, wyczuwalne, **SpO2** 95%, **Glikemia** 115- 2,5 godz po posiłku, **BMI** – 30,3 **wzrost** 170cm, **waga** 87,5kg, (otyłość 1 stopnia), **temperatura** 36,8 °C

Pomiar obrzęków; łydka 52cm, kostka 30cm

NRS (ból umiarkowany)

Skala IZZ Inwentarz Zachowań Zdrowotn wg Z. Juczyński – wynik 67 (większe nasilenie zachowań zdrowotnych)

Test uzależnienia od nikotyny wg Fagerstroma – 6 pkt, mniejszy stopień uzależnienia od nikotyny, duża szansa na zerwanie z nałogiem.

Wzrok i słuch – adekwatne do wieku, brak okularów, brak aparatu słuchowego.

Zmiany skórne oraz tkanki podskórnej objawiające się przebarwieniem, obrzękiem, stwardnieniem, uciepleniem w miejscu zmienionym chorobowo, teleangiektazje.

Diagnoza zagrożeń zdrowotnych

1. Dyskomfort spowodowany obrzękiem i uczuciem zmęczenia nóg

Cel: Zmniejszenie obrzęku kończyn dolnych i dyskomfortu

Działania:

- dokładny pomiar kończyn w celu realizacji recepty na wyrób medyczny,
- instruktaż umiejętnego nakładania i noszenia pończoch uciskowych,
- zalecenie odpoczynku nocnego z nogami uniesionymi o 30° względem podłogi np. na poduszce,
- zlecenie bilansu płynów i instruktaż jego prowadzenia w celu obserwacji przyjmowanych i wydalanych płynów,
- zalecenie regularnego pomiaru podudzi, o tej samej porze i w tych samych miejscach,
- edukacja na temat konieczności regularnego zażywania diuretyków zleconych przez lekarza, Furosemid 40mg 2x 1 tab w celu redukcji odrzęków.

2. Ból spowodowany dolegliwościami chorej kończyny

Cel: Zniesienie dolegliwości bólowych

Działania:

- ocena bólu wg skali NRS – 4,
- wypisanie i zalecenia stosowania leku Paracetamol 500 mg 2x 1tab.,

- wypisanie i zalecenie stosowania Lioton 1000 żel 100 g 2x dz.,
- wypisanie i zalecenie stosowania Diosminex Max 1000 mg 1x1 tab.,
- stosowanie nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu np. masowanie, okłady chłodzące, ćwiczenia stop, stawanie na palcach w celu uruchomienia tzw. pompy mięśniowej pobudzającej krążenie żyłne.

3. Otyłość pacjentki

Cel: Redukcja masy ciała

Działania:

- dbać o regularność posiłków 4-6 niedużych i bez podjadania pomiędzy,
- produkty wysoko przetworzone zastąpić niskopretworzonymi,
- ograniczyć spożycie tłuszczu i soli a zwiększyć spożycie ryb, ziół,
- wyeliminować z diety słodczy,
- edukacja pacjentki w zakresie korzyści zdrowotnych płynących z przestrzegania diety i odpowiedniej masy ciała.

4. Deficyt wiedzy pacjentki dotyczący PNŻ

Cel: Zwiększenie wiedzy na temat jednostki chorobowej i profilaktyki PNŻ

Działania:

- przedstawienie przyczyn, czynników ryzyka, powikłań, zasad profilaktyki i korzyści wynikających z jej stosowania w PNŻ,
- systematyczne przyjmowanie leków,
- przestrzeganie zaleceń lekarskich,
- regularna kontrola stanu zdrowia
- zalecenie stosowania preparatów, maści i suplementacja produktami wzmacniającymi ściany żył i zawierającymi wyciągi z kasztanowca, liście winogron, ruszczyk, spożywanie warzyw i owoców o ciemno-niebieskim zabarwieniu,
- zrównoważony wysiłek fizyczny np. spacerzy, nordic walking, pływanie,
- zadbanie o własny wypoczynek, efektywny sen, komfort na stanowisku pracy.

Ponadto zalecono pacjentce :

1. Wykonywanie regularnych pomiarów RR, prowadzenie dzienniczka kontroli.
2. Dokładną obserwację i pielęgnację kończyn dolnych, szczególnie miejsc występowania obrzęków, by nie doszło do przerwania ciągłości skóry i powstania trudnogojących się owrzodzeń żylnych, unikanie gorących kąpielii, długiej ekspozycji na słońce, wysokich obcasów, zakładania nogi na nogę.
3. Wystawiono skierowanie na morfologię krwi, profil lipidowy, oraz krzepliwości krwi, a także oznaczenie poziomu elektrolitów w organizmie, ogólne badanie moczu.
4. Zalecono konsultację ginekologiczną i rozważenie zmiany metody antykoncepcji na niehormonalną, ponieważ aktualna stosowana metoda przez pacjentkę zwiększa ryzyko wystąpienia zakrzepicy żyłnej.
5. Motywowano również pacjentkę do zaprzestania palenia papierosów.
6. Wyznaczono termin wizyty za 6 tygodni.

Pacjentka zgłosiła się do gabinetu pielęgniarki POZ po 6 tygodniach z wynikami zleconych badań:

MORFOLOGIA: RBC - 4,5mln/ ML, WBC - 8TYS/ML, NEUT 6TYS/ML, LIMPH 4TYS/ML PLT-550TYS/ML- podwyższone ryzyko zakrzepicy żyłnej, ryzyko dalszego rozwoju PNŻ, HGB 14 g/dl;

BIOCHEMIA; sód – 160 mmol/l powyżej normy co świadczy o obrzękach potas – 3,5 mmol/l dolna granica- stosowanie diuretyków wapń – 8 mg/dl obniżony poziom, skurcze, mrowienia, zaburzenia snu, magnez – 1,5 mg/dl obniżony poziom, drżenie mięśni, skurcze, leki moczopędne;

PROFIL LIPIDOWY: HDL 60 mg/dl LDL 104 mg/dl Cholesterol całkowity 213 mg/dl, wysoki! Triglicerydy 200 mg/dl wysokie!- duże ryzyko miażdżycy, udaru, zawału;

INR- 3 CZAS PROTOMBINOWY – 36 sek.;

OGÓLNE BADANIE MOCZU: pH – 7,5 barwa bursztynowa, przejrzysty, białko w moczu nieobecne, glukoza nieobecna.

Stan zdrowia pacjentki uległ poprawie, nie ma konieczności stosowania leków p/bólowych, dolegliwości bólowe ustąpiły, kurcze łydek zdarzają się rzadziej. Nadal utrzymuje się niewielki obrzęk prawej kończyny dolnej, pacjentka przestrzega zaleceń noszenia pończoch uciskowych, umiejętnie je nakłada (w pozycji leżącej, zanim wstanie z łóżka). Skrupulatnie prowadziła bilans płynów (BP) - zakończono. W pierwszym tygodniu BP był ujemny (ilość przyjętych płynów była mniejsza niż wydalonych) następnie wyrównywał się. Pacjentka prowadziła również pomiary obwodów obrzęku, i dzienniczek pomiarów RR. Stara się systematycznie przyjmować przepisane leki. Pacjentka stosuje się do zaleceń dietetycznych. Chora przez pierwszy miesiąc korzystała z cateringu dietetycznego (2000 kcal) w celu nauki komponowania posiłków, teraz już przyrządza je sama, przestrzega ograniczenia soli, zwiększyła także aktywność fizyczną poprzez częstsze spacery i pływanie, co realnie wpłynęło na poprawę RR, samopoczucia pacjentki i efektywność snu.

Zaleca się kontynuację

Farmakoterapii Diosminexem i Liotonem 1000 w dawkach ustalonych, przedłużono receptę na lek Enerenal 5mg 1x 1 p.o. i Vessel Duo F 250 SLU 1x 1 p.o. jako kontynuację leczenia RR i PNŻ oraz suplementację magnezu Magnefar B6 Forte 1x 1 p.o, oraz Vit. C 2000j 1x dz. p.o Z powodu wysokiego poziomu Triglicerydów i Cholesterolu całkowitego zalecono kontynuację diety lekkostrawnej, aktywność fizyczną i konsultację u lekarza rodzinnego. Niestety pacjentka nie uporała się z nałogiem palenia papierosów. Nie odbyła jeszcze konsultacji ginekologicznej, ale obiecuje, że umowi się na wizytę do Poradni K. Zalecono wizytę kontrolną w gabinecie Pielęgniarki za ok 3 miesiące i dalszą systematyczną profilaktykę przewlekłej niewydolności żylnej.

15. Test

1. Do oceny uzależnienia od alkoholu służy test:

- a) SOC-29
- b) Fagerstroma

- c) AUDIT
- d) GDS

2. W miejscowym leczeniu odleżyn obowiązuje najnowszy system TIMERS gdzie (R) oznacza:

- a) Oczyszczenie rany
- b) Redukacja infekcji
- c) Opieka socjalna
- d) Wspomaganie gojenia tkanek

3. Jaki zakres świadczeń NIE obejmuje porada pielęgniarki POZ:

- a) Ordynowanie leków i wystawianie na nie recept, wystawianie skierowań na wykonanie badań diagnostycznych, dobór sposobów leczenia ran.
- b) Profilaktyka chorób i promocja zdrowia, ordynowanie wyrobów medycznych, wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia.
- c) Wystawianie skierowań na wykonanie badań diagnostycznych, dobór sposobów leczenia ran, wystawianie skierowań do specjalisty.
- d) Wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.

4. Podczas badania jamy brzusznej widoczny objaw wstawiania się pętli jelitowej świadczy o:

- a) Niedrożności spastycznej,
- b) Niedrożności mechanicznej,
- c) Perforacji jelita,
- d) Pęknięciu śledziony,

5. Źródłem informacji podczas badania podmiotowego, może być:

- a) Sam pacjent,
- b) Rodzina/opiekunowie,

- c) Dokumentacja medyczna,
- d) Wszystkie wymienione,

6. Badanie fizykalne jamy brzusznej wykonujemy w następnym kolejności:

- a) Oglądanie, osłuchiwanie, palpacja, opukiwanie,
- b) Palpacja, osłuchiwanie, opukiwanie, oglądanie,
- c) Oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie, palpacja,
- d) Osłuchiwanie, palpacja, opukiwanie, oglądanie

7. Dodatni objaw Goldflama zawsze świadczy o:

- a) Zapaleniu pęcherza moczowego
- b) Chorobach nerek
- c) Zapaleniu cewki moczowej
- d) Przepelnieniu pęcherza moczowego

8. Miejscem udzielania porady pielęgniarskiej NIE jest:

- a) Gabinet pielęgniarki POZ, gabinet pielęgniarki AOS.
- b) Miejsce pobytu świadczeniobiorcy, szpital.
- c) Gabinet pielęgniarki POZ, miejsce pobytu świadczeniobiorcy.
- d) Prawidłowa odpowiedź a) i c)

9. Pacjent to:

- a) Osoba zdrowa
- b) Osoba zdrowa narażona na zachorowanie
- c) Osoba chora, niepełnosprawna
- d) Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

10. Zasadniczym błędem w komunikacji z chorym, jest:

- a) Mówienie podniesionym tonem głosu
- b) Nie informowanie o stanie zdrowia
- c) Nie utrzymywanie kontaktu wzrokowego
- d) Przyjmowanie pozycji konfrontacyjnej

11. Co różni zakres edukacji zdrowotnej od edukacji pacjenta:

- a) Podmiotem w edukacji zdrowotnej może, ale nie musi, być pacjent
- b) Podmiotem w edukacji zdrowotnej jest zawsze pacjent
- c) Podmiotem w edukacji zdrowotnej nigdy nie jest pacjent
- d) Wszystkie odpowiedzi są nieprawdziwe

12. Poradnictwo dyrektywne polega na:

- a) Rozwiązywaniu sytuacji problemowych z uwzględnieniem sytuacji i przeżyć pacjenta.
- b) Rozwiązywaniu sytuacji problemowych wspólnie z pacjentem, szukając najkorzystniejszych rozwiązań.
- c) Rozwiązywaniu sytuacji problemowych przez podanie sposobu rozwiązania problemu, nie uwzględniając indywidualności, problemów i przeżyć pacjenta.
- d) Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

13. Poczucie koherencji składa się z poczucia:

- a) Bezradności, lęku, niewiedzy.
- b) Zrozumienia, zaradności, sensowności.
- c) Braku wpływu, braku decyzyjności, braku sensu.
- d) Wszystkie odpowiedzi są nieprawdziwe.

14. Udzielenie instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania pacjenta to wsparcie:

- a) Emocjonalne.

- b) Informacyjne.
- c) Instrumentalne.
- d) Rzeczowe.

15. Prochaska i DiClemente opracowali model transteoretyczny zakładający, że zmiana zachowania zachodzi w pięciu stadiach. Pacjent dokonuje namysłu, uświadamia sobie istnienie problemu i rozważa zmianę zachowania w fazie:

- a) Prekontemplacji
- b) Kontemplacji
- c) Przygotowania
- d) Działania

16. Wywiad motywujący polega na:

- a) Wydobyciu z pacjenta motywacji do zmiany zachowania.
- b) Zastosowaniu zestawu technik, które mają motywować pacjenta.
- c) Przekonywaniu pacjenta do zmiany zachowania.
- d) Wszystkie odpowiedzi są prawdziwe.

17. W poradzie motywacyjnej relacje pomiędzy pielęgniarką a pacjentem powinny być bardziej:

- a) Partnerskie
- b) Ekspert- pacjent
- c) Mentor - pacjent
- d) Wszystkie odpowiedzi są prawdziwe.

18. Do głównych zasad wywiadu motywacyjnego NIE należy:

- a) Wyrażanie empatii
- b) Refleksyjne słuchanie

- c) Rozwijanie rozbieżności
- d) Wyposażanie w nowe umiejętności.

19. Na etapie prekontemplacji w Transteoretycznym Modelu Zmian pacjent:

- a) Jest gotowy na zmianę w postawie i zachowaniu
- b) Nie myśli o zmianie zachowania
- c) Zaczyna rozważać zmianę
- d) Kontynuuje zmianę w stylu życia

20. Nadrzędnym celem edukacji zdrowotnej jest:

- a) Przekazanie informacji o zdrowiu
- b) Przekazanie informacji o chorobie
- c) Dążenie do zmiany zachowań prozdrowotnych
- d) Dążenie do zapobiegania chorobom

21. W budowaniu terapeutycznej relacji podstawowe znaczenie mają dwie najważniejsze i uzupełniające się umiejętności interpersonalne:

- a) Profesjonalizm, sumienność
- b) Empatia, asertywność
- c) Doświadczenie, kreatywność
- d) Wszystkie odpowiedzi są błędne

22. Oczyszczenie mechaniczne rany poprzez szorowanie stosuje się tylko w przypadku:

- a) Ran z młodą ziarniną
- b) Ran pokrytych martwicą
- c) Ran krwawiących
- d) Ran ostrych

23. Rana przewlekła to rana, która nie goi się mimo zastosowanego miejscowego leczenia dłużej niż:

- a) 4 tygodnie
- b) 6 tygodni
- c) 8 tygodni
- d) 12 tygodni

24. Co określa termin epitalizacja w procesie gojenia ran:

- a) Zainfekowanie rany
- b) Naskórkowanie rany
- c) Oczyszczanie rany
- d) Bliznowacenie rany

25. Opatrunków zawierających srebro nie można łączyć z:

- a) Oktenidyną
- b) Powidonem jodu
- c) Płynem Ringera
- d) Poliheksanidem

26. Dieta osoby z raną przewlekłą powinna być bogata w:

- a) Argininę
- b) Białko
- c) Tłuszcze
- d) Prawidłowa odpowiedź a) i b)

27. Cechą nowoczesnego opatrunku NIE jest:

- a) Utrzymuje wysoką wilgotność pomiędzy opatrunkiem a raną
- b) Nietoksyczny i niealergizujący

- c) Umożliwia dopływ powietrza i wietrzenie rany
- d) Nie uszkadza nowych tkanek

28. Do redukcji miejscowego stanu zapalnego i infekcji rany leczeniem z wyboru jest miejscowe stosowanie:

- a) Antybiotyków
- b) Antyseptyków
- c) Laseroterapii
- d) Światłoterapii

29. Za antyseptyki pierwszego wyboru do pielęgnacji i terapii ran przez cały okres ich oczyszczania i leczenia od roku 2018 uznany został:

- a) Poliheksanid (PHMB)
- b) **Powidon jodu**
- c) **Podchloryny**
- d) **Prawidłowa odpowiedź A i C**

30. Opatrunek tradycyjny (sterylny gazik) należy zmieniać co:

- a) 2 - 4 godz.
- b) 1 – 3 godz.
- c) 8 – 12 godz.
- d) 2 – 3 dni

31. Podstawowym celem komunikacji terapeutycznej jest:

- a) Łagodzenie stresu choroby
- b) Edukacja zdrowotna
- c) Wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta
- d) **Prawidłowa odpowiedź a) i c)**

32. Model pielęgnowania według teorii D. Orem zakłada, że:

- a) Pielęgniarka włącza się do opieki na każdym etapie choroby bez względu na zdolność pacjenta do samoopieki
- b) Pielęgniarka włącza się do opieki zawsze u pacjentów z chorobą o niepomyślnym rokowaniu
- c) Pielęgniarka włącza się do opieki wówczas, gdy osoba chora nie jest w stanie zaopiekować się sama sobą
- d) Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

33. Działanie „za” i „dla” pacjenta polega:

- a) Uczeniu osób niemających wiedzy lub umiejętności koniecznych do podejmowania samoopieki
- b) Na przejęciu tych czynności pielęgnacyjnych, których człowiek nie jest w stanie samodzielnie wykonać
- c) Dawanie pacjentowi możliwości swobodnego i otwartego wyrażania swoich myśli, emocji i uczuć przez aktywne słuchanie, akceptację, empatię,
- d) Zapewnienie środków materialnych, stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, grupy wsparcia,

34. Porady pielęgniarstwiej NIE może udzielać pielęgniarka:

- a) Pielęgniarka POZ
- b) Z tytułem magistra pielęgniarstwa
- c) Z tytułem licencjata pielęgniarstwa
- d) Z tytułem specjalisty pielęgniarstwa

35. Budowaniu relacji terapeutycznych i wzbudzeniu zaufania służy poprawna komunikacja werbalna i niewerbalna przez:

- a) Przedstawienie się,
- b) Posadzenie pacjenta po drugiej stronie biurka w pozycji konfrontacyjnej,

- c) Utrzymanie kontaktu wzrokowego
- d) Prawidłowa odpowiedź a) i c)

36. W wywiadzie motywacyjnym należy zwrócić uwagę na ambiwalentny stosunku pacjenta do zmiany, polega on na:

- a) Dążeniu do zmiany
- b) Dwóch przeciwstawnych dążeniach do zmiany
- c) Nieakceptowanie zmiany
- d) Wszystkie odpowiedzi są błędne

37. Test Fagerströma jest narzędziem służącym do oceny:

- a) Stopnia uzależnienia od alkoholu
- b) Stopnia uzależnienia od nikotyny
- c) Stopnia uzależnienia od substancji psychoaktywnych
- d) Stopnia nasilenia duszności

38. Aby pielęgniarka mogła ordynować leki i wystawiać na nie recepty musi uzyskać:

- a) Licencjat pielęgniarstwa, kurs ordynowania leków i wypisywania recept
- b) Magistra pielęgniarstwa
- c) Licencjat pielęgniarstwa, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa, kurs ordynowania leków i wypisywania recept
- d) Prawidłowa odpowiedź b) i c)

39. Zasadą jest, że jamę brzuszną bada się od:

- a) Strony prawej chorego
- b) Strony lewej chorego
- c) Nie ma znaczenie od której strony

d) Wszystkie odpowiedzi są fałszywe

40. Inkontynencja to:

- a) Niekontrolowane wydalanie gazów
- b) Nietrzymanie stolca lub moczu
- c) Uporczywe wymioty
- d) Wszystkie odpowiedzi są fałszywe

Odpowiedzi:

1 c) 2 d) 3 c) 4 b) 5 d) 6 c) 7 b) 8 b) 9 d) 10 b) 11 a) 12 c) 13 b) 14 c) 15b) 16 a) 17 a)
18 d) 19 b) 20 c) 21 b) 22 b) 23 b) 24 b) 25 b) 26 d) 27 c) 28 b) 29 d) 30 c) 31 d)
32 c) 33 b) 34 c) 35 d) 36 b) 37 b) 38 d) 39 a) 40 b

16. Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 1255 z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2019 poz. 1864 z późn. zm.)
3. Czeczulewska E., Skale klinimetryczne do oceny stanu pacjenta w ramach nowych kompetencji pielęgniarek i położnych, Nursing.com.pl, 2021
4. Bartnik A, Szelaż E, Kopański Z, Brukwicka I, Wojciechowska M., Profesjonalizacja pielęgniarstwa polskiego. Journal of Public Health, Nursing i Medical Rescue, 2012, 1(3-6): 152-159
5. Dalkowska A, Dalkowski P, Gaworska-Krzemińska A, Krzemiński M., Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarki. Probl Pielęg. 2007; 15(2-3): 115-119.

6. Glińska J, Lewandowska M., Autonomiczność zawodu pielęgniarstwa w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. *Probl Pielęg.* 2007;15(4):249–53.
7. Kilańska D., Nowe role i zadania pielęgniarki w XXI wieku. *Piel. Polskie* 2012, 07/08: 114-119.
8. Lesa R, Dixon A., Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *Int Nurs Rev* 2007; 54(2): 166-172.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 poz. 497).
10. Gorzkowicz B, Strecker D., Czy badanie przedmiotowe jest krokiem ku pielęgniarstwu zaawansowanej praktyki w Polsce? *Probl Pielęg.* 2010;18(2):117–23.
11. Padykuła M., Czaja E., Pieczyrak-Brhel U., Kózka M., Znaczenie badania fizykalnego w pielęgniarstwie neurologicznym. *Pielęgniarstwo XXI wieku:* 46-51.
12. Dyk D., (red), Badanie fizykalne w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2021.
13. Bickley LS, Szilagyi PG. Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym. Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2010.
14. Krajewska-Kulak E; Szczepański M., Badanie Fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych. Wyd. CZELEJ, Lublin 2008.
15. Tatoń J., Czech A., Diagnostyka internistyczna. Podręcznik dla lekarzy i studentów, PZWL, Warszawa 2005.
16. Hartleb M., Gutkowski K., Kohut M., Badanie fizykalne jamy brzusznej z elementami diagnostyki różnicowej. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2010, 18-22.
17. Szewczyk MT, Jawień A, Mościcka P, i wsp. Badanie fizykalne i postępowanie pielęgniarskie w schorzeniach układu naczyniowego kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2012; 2: 43-51.

18. Szatkowska K., Dreger E., Basińska M., Poczucie koherencji i więź z Bogiem osób chorych onkologicznie a ich jakość życia, *Psychoonkologia* 2016, 20 (1): 37–46
19. Stachowiak-Andrysiak M., Ocena stanu psychicznego pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) i ich adaptacji do stresu spowodowanego chorobą, *Nowiny Lekarskie* 2012, 81, 6, 636-640
20. Nowicki G. i in., Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli jako zasoby determinujące podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem, *Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim ASO.A.10(2)/2017.18-37*
21. Rosińska P., Poczucie własnej skuteczności i lokalizacja kontroli zdrowia jako predyktory troski o zdrowie w grupie matek małych dzieci, 2017, 32, 4
22. Bakiera L., Stelter Ż., Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie, *Repozytorium AMU*, 2010
23. Kurpad. D., Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, *Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław*, 2013
24. Starowicz A., Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy - charakterystyka zagadnienia i przegląd badań, *Via Medica*, 2009
25. Juszczynski Z., Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa*, 2001
26. Nowak D., Wojciechowska M., Kopański Z., Brukwicka I., Uracz W., Rowiński J., Maslyak Z., Sklyarov I., Mechanizm, objawy i rozpoznanie uzależnienia od tytoniu, *Journal of Clinical Healthcare* 4 (2014): 10-13
27. Górecka D., Zalecenia PTChP dotyczące rozpoznawania i leczenia POChP, *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80, 3: 220–254
28. Włodarczyk E. Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy, *Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu* 2020

29. Babor T. F., de la Fuente R.J., Saunders J., Grant M., Test rozpoznawania zaburzeń związanych z pićm alkoholu AUDIT, Publikacja Światowej Organizacji Zdrowia, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1996
30. Kowalewski I., Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2016
31. Rejniak R., Dialog Motywujący jako metoda działania we wczesnej interwencji profilaktycznej, Przegląd Pedagogiczny, Bydgoszcz 2019
32. Bukowska B., Wywiad motywujący, Poradnia Narkotykowa On-line, <https://www.narkomania.org.pl>
33. Dobińska Ź., Opieka pielęgniariska – wybrane zagadnienia teoretyczne, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2014, 1 (38)
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. z 2018, poz. 299)
35. Motyka M., Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem, Sztuka Lekarska, 2013, 3-4: 17-24
36. Ciechanowicz W., Działalność pedagogiczna pielęgniarki. W: Pielęgniarstwo, podręcznik dla studiów medycznych/pod red. Kazimierzy Zahradniczek; aut. Wiesława Ciechaniewicz [et al.]. – Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004: 228-261
37. Szlenk-Czyczerska E., Kędra E., Zadania pielęgniarki rodzinnej w opiece nad chorym z przewlekłą chorobą układu krążenia, Puls Uczelni, PMWSz w Opolu, 2016 (10) 3: 27-32
38. Szewczyk M., Jawień A. (red.), Leczenie ran przewlekłych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019: 161-169

39. Sopata M. i wsp., Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, Leczenie Ran 2020, 17 (1): 1-21
40. Szewczyk M. T. i wsp., Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, LECZENIE RAN 2020; 17 (3): 113-146
41. Czeczewska E., Rany przewlekłe, proste zasady pielęgnowania, Ewa Czeczewska Usługi Szkoleniowe, Biała Podlaska, 2020
42. Jaroszyński A., Zubilewicz R., Przewlekła choroba żylna, Forum Medycyny Rodzinnej 2015, 9 (5); 400-404.



Pierwsza pomoc dla studentów
Pielęgniarstwo

ATRAKCYJNE RABATY

ODLEŻYNY W PRAKTYCE KLINICZNEJ
ZAPOBIEGANIE I LECZENIE

BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA W OPICIE ZDROWIENIEM

OBLICZANIE INFEKCIOM

PZWL

Sprawdź →



Medyczna moc wiedzy



Dołącz do nas na:

