

BADANIE FIZYKALNE CZĘŚĆ I



dr Renata Mroczkowska

1

LITERATURA

- Bates B., Bickley L.S., Hoekelman R.: Wywiad i badanie fizykalne- kieszonkowy przewodnik. Springer 1997.
- Podstawy pielęgniarstwa red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. t.2 Wybrane działania pielęgniarstwa. Czelej. Lublin 2004.
- Maxwell A.A., Marsh J. Wywiad i badanie przedmiotowe. U&P Wrocław 2004.
- Tatoń J., Czech A. Diagnostyka internistyczna Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2005
- Badanie kliniczne red. Munro J., Edwards Ch. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1993
- Cudak E., Dyk D., Gaworska – Krzemińska A. Badanie fizykalne w pielęgniarstwie Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2010
- Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych red. Krajewska – Kułak E., Szczepański M. Czelej. Lublin 2008
- Kołodziej W., Eszyk J., Banaszak-Żak B. Badania fizykalne. WSPS, Dąbrowa Górnicza 2009. Seria: Monografie i opracowania.

2

LITERATURA

- Dacre J., Kopelman P.: Badanie kliniczne. PZWL, Warszawa 2003
- Trzcńska – Dąbrowska Z. Okulistyka praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1995
- Niżankowska M.H. Okulistyka. Podstawy kliniczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2007
- Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Red. Jodkowska M., Woynarowska B. Warszawa 2002.
- Fuller G. Badanie neurologiczne – to proste PZWL Warszawa 1995
- Jakimowicz W. Neurologia kliniczna w zarysie. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL Warszawa 1987.
- Prusiński A. Podstawy neurologii klinicznej. PZWL Warszawa 1989.

3

SAMOKSZTAŁCENIE

- badanie skóry, włosów, paznokci
- ocena stanu umysłowego i badanie stanu psychicznego pacjenta dorosłego i dziecka
- rozpoznawanie podstawowych objawów zaburzeń stanu psychicznego pacjenta przez pielęgniarkę
- badanie przedmiotowe układu mięśniowo-szkieletowego; rozpoznawanie przez pielęgniarkę objawów patologicznych ze strony układu mięśniowo-szkieletowego

4

ZALICZENIE ZAJĘĆ

- znajomość anatomii i fizjologii człowieka
- frekwencja na wykładach
- aktywność na zajęciach w czasie wykładów
- wiadomości zrealizowane w ramach samokształcenia będą zweryfikowane W RAMACH TESTÓW CZĄSTKOWYCH
- EGZAMIN - test jednokrotnego wyboru

5

PLAN ZAJĘĆ

- Badanie podmiotowe
- Badanie przedmiotowe
- Ocena stanu ogólnego pacjenta
- Wybrane dolegliwości z zakresu poszczególnych układów
- Dokumentacja medyczna
- Badanie fizyczne głowy i szyi (oczy, uszy, nos, jama ustna, szyja)
- Badanie fizyczne klatki piersiowej (płuca i serce)
- Badanie fizyczne układu krążenia obwodowego (żyły i tętnice).
- Badanie fizyczne brzucha i narządów miednicy małej (wątroba, śledziona, nerki),
- Badanie neurologiczne

6

DEFINICJA

Badanie fizykalne – zorganizowany (metody i kolejność) sposób oceny stanu zdrowia, pozwalający określić stan zdrowia badanej osoby.

7

CO DAJE UMIEJĘTNOŚĆ PRZEPROWADZENIA BADANIA FIZYKALNEGO?

- Postawienie pełnej diagnozy stanu zdrowia
- Określenie niezbędnego zakresu pielęgnowania
- Dokładniejsze zmian w stanie zdrowia, oprawia ciągłość i jakość monitorowania
- Wpływa na jakość świadczonej opieki
- Rozszerza zakres kompetencji pielęgniarki jako członka zespołu terapeutycznego
- Umożliwia odpowiedzialne pielęgnowanie przez wprowadzenie technik obiektywizujących zbierane informacje, tym samym rozpoznanie pielęgniarskie.

8

PROCES DIAGNOSTYCZNY OBEJMUJE:

- 1) badanie podmiotowe, czyli wywiad,
- 2) badanie przedmiotowe, czyli fizykalne,
- 3) testy i skale diagnostyczne, np.

- a) skala oceny stanu przytomności (Glasgow),
- b) skala oceny stanu czynnościowego (ADL, Barthel, IADL, KOP),
- c) skala oceny ryzyka upadków (Tinetti),
- d) skala oceny ryzyka odleżyn (Waterlow, Norton, Braden),
- e) skala oceny czynności poznawczych (MMSE),
- f) skala oceny zagrożenia depresją (GDS),

- 4) badania dodatkowe,
- 5) konsultacje specjalistyczne,
- 6) obserwację,
- 7) badania kontrolne.

9

SCHEMAT BADANIA PODMIOTOWEGO

BADANIE OGÓLNE	BADANIE SZCZEGÓŁOWE
stan ogólny	głowa i szyja
budowa ciała, postawa	klatka piersiowa, w tym: - układ oddechowy - układ krążenia
temperatura ciała	jama brzuszna
stan odżywienia	narządy moczowo-płciowe
rozwój psychomotoryczny	badanie neurologiczne
skóra	
węzły chłonne	
układ kostno-stawowy	

10

OCENA PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIOWYCH



11

WRAŻENIE OGÓLNE

Pacjenta należy obserwować od chwili jego wejścia/wniesienia do gabinetu.

Stan ogólny pacjenta może być: dobry, średni, średnio ciężki, ciężki lub bardzo ciężki.

Na wrażenie ogólne składają się:

- stan świadomości,
- ułożenie ciała,
- wygląd ogólny i zachowanie – wyraz twarzy, sposób poruszania się,
- nawiązywanie kontaktu z otoczeniem, apatia/pobudzenie,
- odpowiedź na pytanie: czy pacjent wygląda zdrowo?

12

WRAŻENIE OGÓLNE - INFORMACJE OGÓLNE

- Pacjenta należy obserwować od chwili wejścia do gabinetu.
- Stan ogólny pacjenta może być: dobry, średni, średnio ciężki, ciężki lub bardzo ciężki.
- **Na wrażenie ogólne składają się:**
 - stan świadomości pacjenta,
 - jego sposób poruszania się i zachowanie,
 - odpowiedź na pytanie: czy pacjent wygląda zdrowo?

13

OCENA STANU OGÓLNEGO

- opiera się na ocenie podstawowych funkcji życiowych: **oddychania, krążenia, świadomości.**
- Musi być dokonane szybko; **głównie metodą oglądania.**
- **W stanach zagrożenia życia czas jest kluczowym elementem.**
- Dlatego nie bądź nadmiernie skrupulatny
- i nie wdawaj się w szczegóły, gdy stan ogólny i okoliczności tego nie uzasadniają

14

CIĘŻKI STAN VERSUS STAN ZADAWAJĄCY

- = **zagrożenie życia**, sinica, nasilona duszność, znaczna bledność powłok, uogólnione obrzęki, utrata przytomności, drgawki, bezdech, itp.
- Stan dobry lub zadowalający: można przystąpić do systematycznego badania.

15

OCENA PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIOWYCH

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| • Pomiar i obserwacja oddechu | Oddychanie |
| • Pomiar i obserwacja tętna | Krążenie |
| • Pomiar ciśnienia tętniczego | |
| • Pomiar temperatury ciała | Termoregulacja |
| • Ocena stanu świadomości | Stan świadomości |

16



PARAMETRY ŻYCIOWE - INFORMACJE OGÓLNE

1) TEMPERATURA CIAŁA,

2) CIŚNIENIE KRWI,

3) TĘTNO,

4) SATURACJA KRWI,

5) CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW,

6) GLIKEMIA.

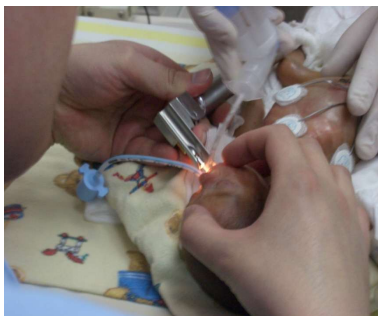
17



ODDYCHANIE

18

UKŁAD ODDECHOWY



- drożność dróg oddechowych
- występowanie duszności
- tachypnoe, apnoe,
- wysiętek odechowy,
- stridor, stękanie,
- sinica, zab. świadomości.

19

PRAWIDŁOWA LICZBA ODDECHÓW NA MINUTĘ U DOROSŁEGO CZŁOWIEKA WYNOŚI:

Prawidłowa liczba oddechów na minutę u dorosłego człowieka wynosi

- Wąska norma - 16-20/min.
- Szeroka norma – 12-20/min

Warto podkreślić, że zakres prawidłowej liczby oddechów na minutę różni się w zależności od źródła [Dutkiewicz podaje jako zakres prawidłowy 12–20 oddechów/minutę u dorosłego człowieka].

Literatura:

Klimaszewska K., Wybrane dolegliwości z zakresu układu oddechowego, [w:] Krajewska-Kutak E., Szczepański M., (red.), *Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa*, Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 77; Dutkiewicz S., (red.), *Badanie fizykalne człowieka z elementami symptomatologii*, Wyd. Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2007, s. 30.

20

OCENA CZĘSTOŚCI ODDECHÓW

- zmienia się wraz z wiekiem, podczas gorączki, bólu, niepokoju jak i niewydolności oddechowej

Wiek (lata)	<1	2-5	5-12	>12
Częst. Odd.	30-40	20-30	20-24	12-20

Obserwacja kierunku zmian częstości oddechów jest ważniejsza niż opieranie się na wartościach jednostkowych

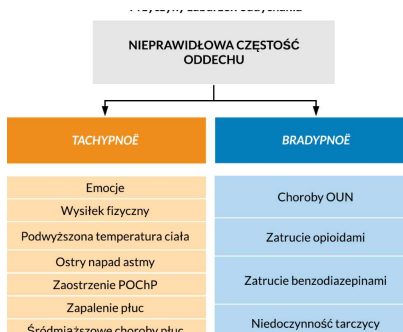
21

CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW

- odchylenia od normy określa się mianem:

1) TACHYPNOË – oddech przyspieszony, > 25/minutę,

2) BRADYPNOË – oddech zwolniony, < 10/minutę.



22

OCENA TYPU ODDECHU

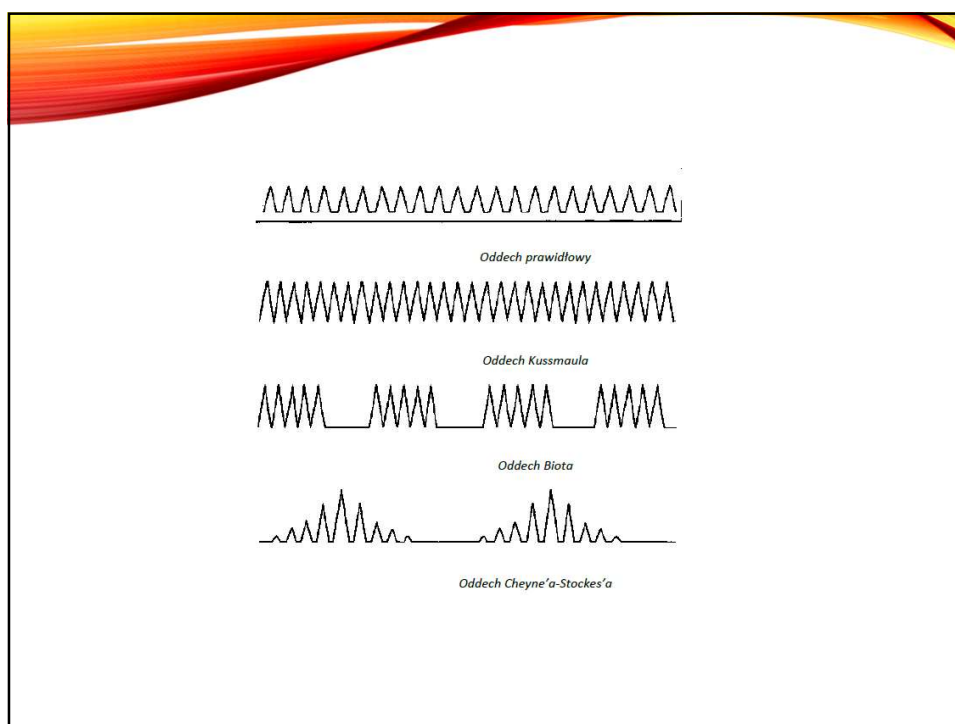
- **Prawidłowy** – regularne oddechy.
- **Kussmaula** – **bardzo głębokie, regularne oddechy z krótkimi okresami bezdechu.**
- Oddech Kussmaula, tzw. oddech gonionego psa, może występować np. w śpiączce cukrzycowej.
- **Biota** – **po kilku głębokich oddechach następuje krótkotrwały bezdech.**
- bezdech trwający od kilku sekund do nawet 1,5 minuty. Może występować np. w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.

23

OCENA TYPU ODDECHU

- **Cheyne'a-Stockes'a** – **coraz głębsze, a następnie coraz płytsze oddechy, kończące się na chwilowym bezdechu.**
 - bezdechy trwają kilkanaście sekund, po nich następuje coraz szybszy i głębszy oddech, który po osiągnięciu maksimum stopniowo zwalnia, co prowadzi do wystąpienia kolejnego bezdechu. Może występować np. w niewydolności ośrodka oddechowego, w kompleksie oddechowym pnia mózgu, niewydolności lewokomorowej serca, mocznicy, zatruciu barbituranami oraz urazach tkanki mózgowej.
 - **Oddech paradoksalny** – paradoksalna ruchomość oddechowa części ściany klatki piersiowej, świadczy o wiotkości klatki piersiowej na skutek złamania więcej niż 3 żeber w przynajmniej 2 miejscach.
- o **Zadyszka.**

24



25

DO ZAPAMIĘTANIA

Szybki powierzchowny oddech (tachypnoe) powyżej 20/min - występuje np. w restrykcyjnych chorobach płuc, w gorączce

Szybki głęboki oddech (hyperpnoe) - spowodowany jest np. wysiłkiem, lękiem, kwasicią metaboliczną

Oddech powolny (bradyypnoe)

26

OCENA NATLENOWANIA

- **Brak sinicy nie świadczy o dobrym natlenowaniu**
- Sinica centralna świadczy o niedotlenieniu (hipoksji)
- Użyj pulsoksymetru
- Sinica nie jest wiarygodną oznaką niedotlenienia

27

SATURACJA KRWI

- SATURACJA (SpO_2) określa wysycenie tlenem hemoglobiny krwi tętniczej.
- Prawidłowe SpO_2 wynosi 95–98%
- u osób > 70. rż. – 94–98%,
- a podczas tlenoterapii może sięgać 99–100%.
- Do jej monitorowania służy PULSOKSYMETR.

28

PULSOKSYMETR

- Pulsoksymetr to urządzenie elektroniczne służące do nieinwazyjnego pomiaru saturacji krwi, wykorzystujące pomiar pochłaniania przez tkanki promieniowania o dwóch różnych długościach fal metodą pulsoksymetrii.
- Czujnik pulsoksymetru zakłada się zazwyczaj na palec kończyny górnej. Niektóre rodzaje zakłada się na palec kończyny dolnej, płatek ucha, a u noworodków na stopę lub nadgarstek.



29

PULSOKSYMETR

- Urządzenie wyposażone jest w 2 diody, emitujące promieniowanie, które przechodzi przez badany obiekt, najczęściej palec. Tam jest absorbowane, a następnie dociera do fotodetektora
- Pulsoksymetr, dzięki absorpcji dwóch różnych długościach fal, rozróżnia 2 rodzaje hemoglobiny (Hb):
 - oksyhemoglobinę,
 - deoksyhemoglobinę.
- Określenie częstości tętna
- Częstość zmian średnicy naczyń odpowiada częstości skurczów serca. Pulsoksymetr obrazuje je w formie graficznej i oblicza wartość tętna.

30

DEFINICJA

- Należy pamiętać, że **duszność jest objawem podmiotowym (ang. symptom), który nie zawsze daje się udokumentować** w badaniu przedmiotowym, w badaniach obrazowych czy też w badaniach laboratoryjnych.
- **Dlatego też brak obiektywnych dowodów duszności wcale nie wyklucza jej obecności.**

31

DUSZNOŚĆ

- Duszność jest istotnym objawem w kontekście chorób płuc.
- Pacjenci mogą określać swoje dolegliwości w różny sposób, np. jako "skrócenie oddechu" lub "niemożność złapania oddechu".
- W diagnostyce różnicowej przyczyn duszności należy uwzględnić:
 - 1) objawy towarzyszące,
 - 2) czas trwania i sposób narastania duszności.

32

DUSZNOŚĆ

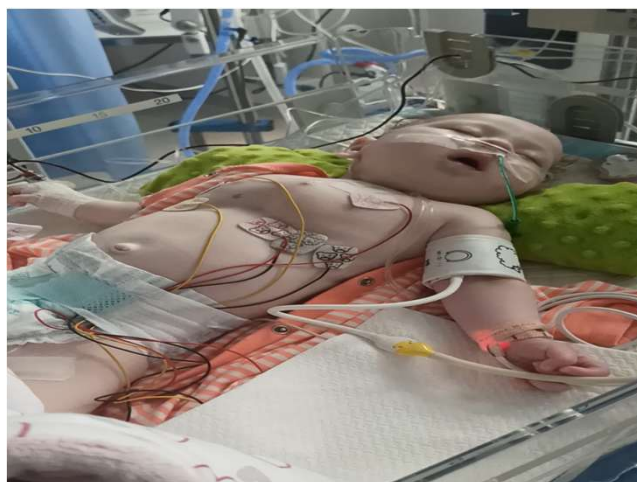
Manifestacja podmiotowa:

- brak powietrza (tchu), zadyszka

Manifestacja przedmiotowa

- liczba oddechów $> 20/\text{min.}$ (tachypnoe)
- spłylenie lub pogłębienie oddechu
- uruchomienie dodatkowych mięśni oddechowych
- niepokój, zasinienie śluzówek
- czasem nieregularny rytm oddechowy (oddech Cheyne`a Stokesa, Biota, itd.)

33

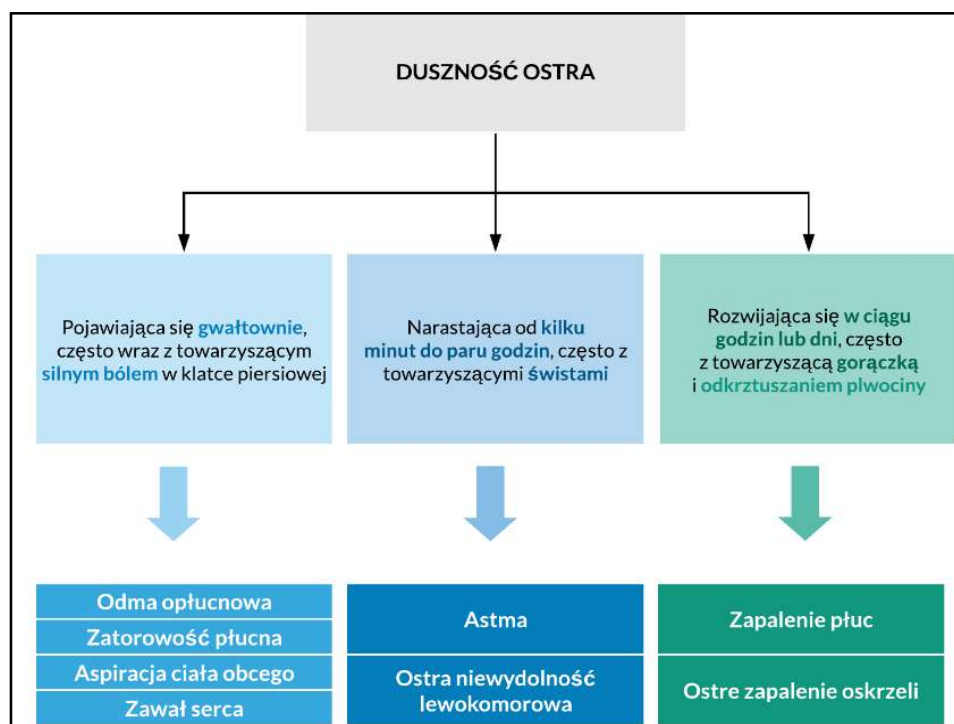


34

KLINICZNY PODZIAŁ DUSZNOŚCI

- **Duszność oddechowa**
- **Duszność sercowa** – występuje w następstwie niewydolności lewokomorowej, nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, w wadach serca (zastawki aorty)
- **Duszność pochodzenia mózgowego** (uszkodzenie ośrodka oddechowego) – występuje w zapaleniu mózgu, guzie mózgu, w chorobach naczyń mózgowych
- **Duszność w zaburzeniach przemiany materii** – jest wywołana kwasicią, cechuje ją oddech Kussmaula – występuje w śpiączce cukrzycowej, mocznicy, zatruciu alkoholem metylowym, kwasem mrówkowym, itp.
- **Duszność emocjonalna**

35



36

PRZYKŁADOWE PYTANIA DO PACJENTA:

Objawy w zespole hiperwentylacji

OBJAWY SUGERUJĄCE ZESPÓŁ HIPERWENTYLACJI

Duszność w spoczynku
Duszność jednakowo silna podczas umiarkowanego i większego wysiłku
Wyraźna zmienność duszności
Parestezje w palcach
Mrowienie wokół ust
Uczucie "pustki w głowie"
Uczucie zagrażającego upadku lub oddalania się od otoczenia
Ból ściany klatki piersiowej

- Od kiedy występuje duszność?
- Kiedy pojawia się duszność? Czy wybudza Pana/Panią w nocy?
- Czy musi Pan/Pani spać w pozycji półsiedzącej? Czy w ostatnim czasie potrzebuje Pan/Pani dodatkowych poduszek w trakcie snu?
- Czy odczuwa Pan/Pani duszność w trakcie odpoczynku?
- Czy zdarza się Panu/Pani odczuwać duszność w trakcie wysiłku?
- Czy duszności towarzyszą inne objawy? Np. kaszel/świsty.

37

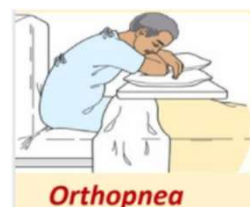
ZALEŻNOŚĆ DUSZNOŚCI OD POZYCJI CIAŁA

Ortopnoë

To stan, w którym chory przyjmuje pionową pozycję klatki piersiowej

- duszność typu ortopnoë nasila się w pozycji leżącej, 2-3 minuty po położeniu się - dlatego chory przyjmuje pozycję siedzącą lub stojącą z pochylem do przodu i podparciem ramion, co znacznie ułatwia oddychanie.

Stan taki może wystąpić np. w niewydolności lewego serca



Orthopnea

Trepopnoe

duszność odczuwana podczas leżenia na jednym boku, zwykle lewym.

- może być objawem zastoinowej niewydolności serca, ciężkiej, napadowej niedomykalności zastawki trójdzielnej, a także wystąpienia płynu w jamie opłucnej



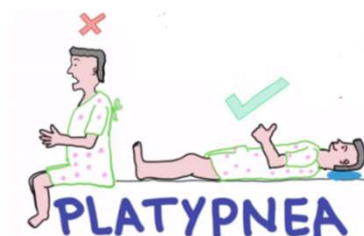
Trepopnea

38

ZALEŻNOŚĆ DUSZNOŚCI OD POZYCJI CIAŁA

Platypnoe

- duszność nasila się w pozycji siedzącej i stojącej,
- natomiast zmniejsza się lub ustępuje w pozycji leżącej.
- *UWAGA: w fizjologii po zbyt obfitym posiłku można odczuwać trudności w oddychaniu, które mijają po przyjęciu pozycji półleżącej lub leżącej*



Bendopnea

- duszność, która pojawia się podczas schylania, np. przy wiązaniu butów lub zakładaniu skarpet. Pojawia się ok. 30 sekund po pochyleniu.

Napadowa duszność nocna

- ciężka duszność, która budzi chorego ze snu po 2–3 godzinach od położenia się do łóżka.
- Ustępuje zwykle po >30 minut od przyjęcia pozycji siedzącej



39

POZYCJE ZMNIEJSZAJĄCE DUSZNOŚĆ – WSKAZUJĄCE PIELĘGNIARCE NA JEJ OBECNOŚĆ U PACJENTA



• Pozycja "wóznicy".

- Pacjent siedzi na krześle,
- łokcie spoczywają na kolanach,
- nogi zgięte w kolanach i biodrach tworzą kąt 90 stopni.
- Sedno pozycji to naciskanie łokciami na kolana.
- Poprzez obciążenie klatki piersiowej i wyłączenie jej z oddechu, narzucamy sobie automatycznie oddech przeponowy.

40

POZYCJE ZMNIEJSZAJĄCE DUSZNOŚĆ – WSKAZUJĄCE PIELĘGNIARCE NA JEJ OBECNOŚĆ U PACJENTA



- **Pozycja z pochyleniem tułowia i obciążaniem kolan.**
- w lekkim rozkroku, pochylony tułów,
- ręce wyprostowane w stawach łokciowych, a dłonie oparte na kolanach.
- Pozycja stosowana także przez zawodników sportowych po forsownych długodystansowych biegach.

41

POZYCJE ZMNIEJSZAJĄCE DUSZNOŚĆ – WSKAZUJĄCE PIELĘGNIARCE NA JEJ OBECNOŚĆ U PACJENTA



- **Pozycja pochylona do przodu z podparciem prostymi rękami np. o stół, ławkę w parku lub inny stały element.**
- Oddychając, chory przywodzi ramiona do klatki piersiowej, stabilizując ją

42

LEKI A DUSZNOŚĆ

Wpływ leków kardiologicznych na wystąpienie duszności

Leki beta-adrenolityczne

Skurcz oskrzeli występuje wskutek antagonistycznego wpływu na receptory β_2 -adrenergiczne. Leki działające w większym stopniu na receptory β_1 -adrenergiczne (kardioselektywne) rzadziej wywołują skurcz oskrzeli

Kardioselektywność:

nebiwolol > bisoprolol > metoprolol > atenolol > karwedilol

Amiodaron

Powikłania płucne występują u 2–17% chorych stosujących amiodaron

Powikłania nazywane najczęściej „płucem amiodaronowym” to różne postaci śródmiąższowego zapalenia płuc, zwłóknienia płuc, eozynofilowe nacieki płuc oraz rozlane uszkodzenie pęcherzyków płucnych

Do czynników ryzyka wystąpienia powikłań płucnych terapii amiodaronem należą:

- wiek > 40 lat (ryzyko bardzo zwiększone > 70 lat)
- czas stosowania leku (> 2 mies.)
- dobową dawkę leku ≥ 400 mg (choć stosowanie dawki 200 mg także może prowadzić do wystąpienia powikłań płucnych)
- łączną dawkę leku ≥ 100 g
- osoby z już istniejącymi schorzeniami płucnymi

43

DUSZNOŚĆ, A CHOROBY SERCA

44

Duszność – podczas wysiłku to pierwszy objaw niewydolności lewokomorowej serca

Wysiłek fizyczny → wzrost powrotu krwi żyłnej → prawe serce → krążenie płucne → przepełnienie żył płucnych → podrażnienie drobnych zakończeń nerwowych wokół pęcherzyków płucnych → **brak tchu, suchy kaszel**

44

ŚWISZCZĄCY ODDECH I STRIDOR

- ŚWISZCZĄCY ODDECH to wysoki, cienki dźwięk, powstający podczas przechodzenia powietrza przez drobne drogi oddechowe.
- Występuje w trakcie WYDECHU.
- W zależności od pory występowania można wyróżnić:
 - 1) świsty wysiłkowe – częsty objaw astmy i POChP,
 - 2) świsty budzące chorego w czasie nocy – astma lub napadowa duszność nocna,
 - 3) świszczący oddech po przebudzeniu – sugeruje POChP.

45

ŚWISZCZĄCY ODDECH I STRIDOR

- STRIDOR czyli świst krtaniowy to ostry dźwięk wdechowy i wydechowy.
- Powstaje wskutek turbulentnego przepływu powietrza przez częściowo niedrożne górne drogi oddechowe.
- Do częstych przyczyn jego występowania należą:
 - 1) infekcje lub zapalenia dróg oddechowych,
 - 2) guzy tchawicy i oskrzeli lub ucisk z zewnątrz przez powiększone węzły chłonne.

46

ŚWISZCZĄCY ODDECH

- Czy w trakcie wydychania powietrza słyszy Pan/Pani świsł pochodzący z klatki piersiowej?
- Czy nasila się w trakcie jakichś czynności?
- Czy o jakiejś porze dnia jest bardziej słyszalny?
- Czy choruje Pan/Pani na coś przewlekłe?
- Czy jest Pan/Pani w stanie powiedzieć czy coś nasila/zmniejsza nasilenie świsł wydechowych? Co to jest?

47

SKALA BORGA

W skali Borgia pacjent subiektywnie określa stopień nasilenia duszności.

Subiektywna, zmodyfikowana skala Borgia oceniająca duszność i stopień obciążenia wysiłkiem

0	Duszność nie występuje
0,5	Duszność ledwie odczuwalna
1	Duszność słabo odczuwalna
2	Duszność niewielka
3	Duszność umiarkowana
4	Duszność dość ciężka
5	Duszność ciężka
6	(pośrednie nasilenie duszności — między 5 a 7)
7	Duszność bardzo ciężka
8	(pośrednie nasilenie duszności — między 7 a 9)
9	Duszność prawie maksymalna
10	Duszność maksymalna (nie do wytrzymania)

48

Ocena układu oddechowego	Ocena układu krążenia
DROŻNOŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH ODDYCHANIE ✚ Częstość oddechu ■ Ruch powietrza ■ Ruchy klatki piersiowej ■ Szmer oddechowy ■ Stridor ■ Świsty ✚ Tor oddychania ■ Zapadanie się przestrzeni międzyżebrowych ■ Chrząkanie ■ Udział dodatkowych mięśni oddechowych ■ Ruch skrzydełek nosa ✚ Kolor skóry i śluzówek	KRAŻENIE ✚ Częstość pracy serca ✚ Ciśnienie tt. Krwi ✚ Tętno na tętnicach obwodowych: ■ Obecność ■ Wypełnienie ✚ Perfuzja obwodowa ■ CR (tt. włosniczkowe) ■ Temperatura ciała ■ Kolor skóry ■ Marmurkowatość ✚ Perfuzja mózgowa ■ Rozpoznawanie rodziców ■ Reakcja na ból ■ Napięcie mięśni ■ Szerokość źrenic

49



50

- **narzędzie edukacyjne** dedykowane pielęgniarkom i studentom pielęgniarstwa, a jej głównym celem jest wspomaganie użytkowników w ocenie klinicznej pacjentów.
- mobilny dostęp do **241 skal i kwestionariuszy** oceny podzielonych na 21 sekcji, według układów w organizmie człowieka lub niektórych najczęstszych problemów, z jakimi spotyka się pielęgniarka w swojej praktyce.


DIAGNOSTIC NURSE
 Pielęgniarska ocena stanu klinicznego pacjenta

NARZĘDZIA OCENY STANU PACJENTA

LISTA PACJENTÓW

A-Z PRZEWODNIK

INFORMACJE



POBIERZ **DIAGNOSTIC NURSE** ZA DARMO w Google Play!

51

OCENA STANU UKŁADU KRAŻENIA:

HR + 4P



- Heart Rate – częstość akcji serca
- Blood Pressure – ciśnienie tętnicze
- Pulse Volume – objętość tętna
- Peripheral Perfusion – perfuzja obwodowa
- Preload – obciążenie wstępne

52

TĘTNO

- TĘTNO to pulsowanie ścian tętnicy pod wpływem fali, wyzwalanej przez napływ krwi z komór do tętnic.
- Oceniając tętno, należy zwrócić uwagę na jego:
 - częstotść,
 - miarowość,
 - wypełnienie,
 - charakter.

53

TĘTNO

- **Do opisu występowania tętna posługujemy się następującą symboliką:**
 - 1) prawidłowe tętno opisuje się symbolem +,
 - 2) słabo wyczuwalne tętno opisuje się symbolami +/-,
 - 3) brak tętna opisuje się symbolem –.

54

TĘTNO - TECHNIKA BADANIA

- Badanie tętna wykonuje się przykładając opuszki dwóch (II i III) lub trzech (II, III i IV) środkowych palców.
- Aby obliczyć jego częstość na minutę – można zliczyć liczbę uderzeń w ciągu 30 sekund, a otrzymany wynik pomnożyć przez 2.

55

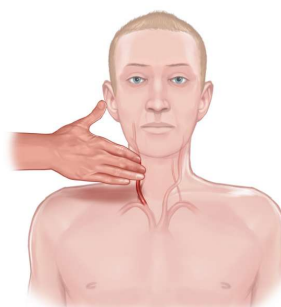
TĘTNO - MIEJSCE BADANIA

• Tętno ocenia się na:

- 1) szyi:
 - na tętnicy szyjnej,
- 2) kończynach górnych:
 - na tętnicach ramiennych,
 - na tętnicach łokciowych,
 - na tętnicach promieniowych,

Badanie tętna na tętnicy szyjnej

opuszki palców należy delikatnie utożyc między krtanią a przednim brzegiem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego



Nie wolno badać tętna na obu tętnicach szyjnych równocześnie.

56

TĘTNO - MIEJSCE BADANIA

Pomiar tętna na kończynach górnych

Tętno promieniowa
trzy środkowe palce,
bocznie od ścięgna mięśnia
zginacza nadgarstka



Tętno ramienna
palce wskazujący i środkowy,
tuż powyżej stawu łokciowego,
przyśrodkowo do ścięgna mięśnia
dwugłowego ramienia



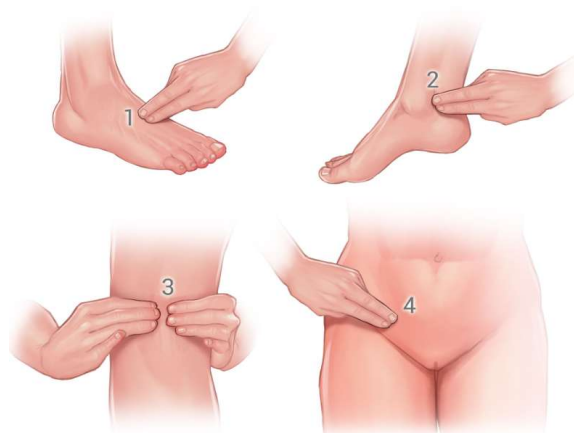
57

TĘTNO - MIEJSCE BADANIA

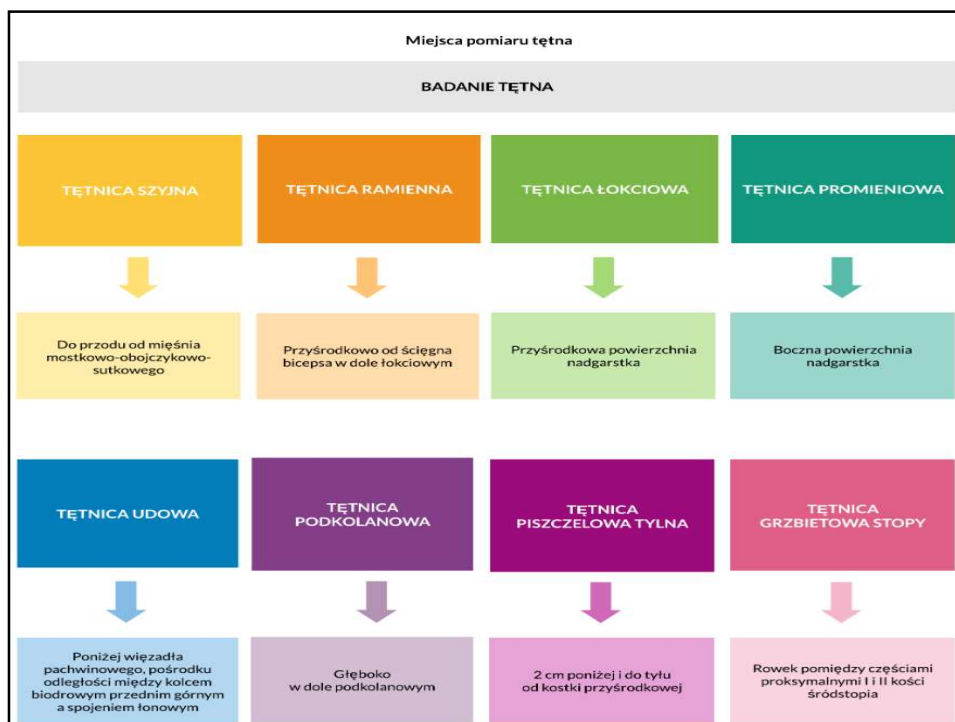
Pomiar tętna na kończynach dolnych

3) kończynach
dolnych:

- na tętnicach udowych,
- na tętnicach podkolanowych,
- na tętnicach piszczelowych tylnych,
- na tętnicach grzbietowych stopy.



58



59

OCENA CZĘSTOŚCI AKCJI SERCA (HR)

- Zmienia się wraz z wiekiem, podczas gorączki, niepokoju jak i w niewydolności krążeniowej

Prawidłowa HR i oddech w stosunku do wieku

Wiek	>30 dni	5 lat	14 lat
RR	30	20	14
		X5	X5
HR	130	100	70

60

POMIAR TĘTNA

- Metoda palpacyjna.
- Za pomocą stetoskopu, osłuchując czynność serca.
- Po podłączeniu chorego do aparatury monitorującej, np. kardiomonitora.
- Metoda elektroniczna



61

POMIAR TĘTNA

- Tętno badamy na tętnicach powierzchniowych (tj. tętnicy promieniowej, tętnicy szyjnej zewnętrznej, ramiennej, udowej, podkolanowej, skroniowej i grzbietowej stopy).
- Do badania tętna nie używamy się kciuka, ponieważ w ten sposób można pomylić tętno badanego z własnym.

62

PRAWIDŁOWE WARTOŚCI TĘTNA

Wiek	Średnia wartość uderzeń/min	Zakres (dwa odchylenia standardowe)
Noworodek	140	90-190
1-6. m.ż.	130	80-180
6-12. m.ż.	115	75-155
1-2. r.ż.	110	70-150
2-6. r.ż.	103	68-138
6-10. r.ż.	95	65-125
10-14. r.ż.	85	55-115
Dorośli	64-72	50-100
Wiek geriatryczny	Ok. 60, ale może ulec przyspieszeniu do 90-95	50-100

Bradykardia (zwolnienie)
Tachykardia (przyspieszenie)

63

WYPEŁNIENIE TĘTNA

- **Duże (dobrze wypełnione, wysokie, podnoszące);** występuje w niedomykalności lewej komory
- **Małe (słabo wypełnione i wyczuwalne, nitkowate);** występuje np. w krwotoku, wstrząsie
- **Dziwaczne (zanika we wdechu, narasta w wydechu);**
- **Naprzemiennie (naprzemiennie wypełniona fala tętna).**

64

NAPIĘCIE TĘTNA

- Napięcie prawidłowe jest wtedy, gdy puls w naczyniu tętniczym jest dobrze wyczuwalny, przy czym tętnica jest elastyczna :
- **Twarde (silnie napięte, także w rozkurczu);**
związane z wielkością ciśnienia tętniczego i sprężystością ściany tętnicy.
- tętno twarde (drutowate) - występuje w miażdżycy i nadciśnieniu tętniczym,
- **Miękkie (słabo napięte, także w skurczu).**
- tętno miękkie – występuje w niedociśnieniu tętniczym.

65

CHYBKOŚĆ TĘTNA

oznacza szybkość napełniania i opróżniania tętnicy:

- **Chybkie (szybkie narastanie i opadanie fali tętna);** występuje w niedomykalności zastawki aorty i w nadczynności tarczycy
- **Leniwe (wolne narastanie i opadanie fali tętna).** występuje w zwężeniu ujścia aorty i w miażdżycy naczyń obwodowych.

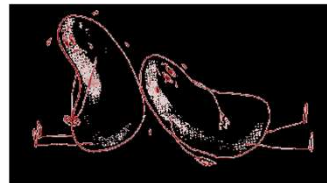
66

MIAROWOŚĆ TĘTNA

- pomiędzy poszczególnymi falami tętna występują te same odstępy, wszystkie uderzenia mają jednakową siłę.

Niemiarowość tętna:

- przyczyną może być zmęczenie, nadużywanie kawy, alkoholu,
- niemiarowość oddechowa



67

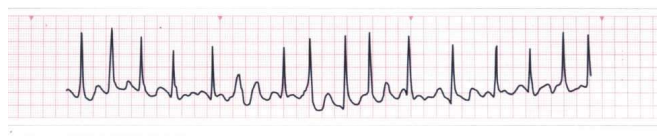
NIEMIAROWOŚĆ ODDECHOWA

- Przyspieszenie czynności serca we wdechu
- Pobudzenie zakończeń współczulnych w PP (pobudzane przez rozciągnięcie przedsionka przez zwiększoną ilość krwi)
- Na szczycie wdechu - ujemne ciśnienie krwi w klatce w porównaniu do obszaru poza klatką
 - napływa więcej krwi do przedsionka
- Zatrzymanie oddechu - umiowanie czynności serca

68

NIEMIAROWOŚĆ TĘTNA

- **niemiarowość ekstrasystoliczna**- następstwo skurczów dodatkowych (zanim skończy się faza rozkurczu),
- następstwo zaburzeń przewodnictwa przedsionkowo-komorowego
- **niemiarowość całkowita (zupełna)** - zupełnie niemiarowe tętno, występujące w migotaniu przedsionków wskutek wad mitralnych.



69

OBJETOŚĆ TĘTNA



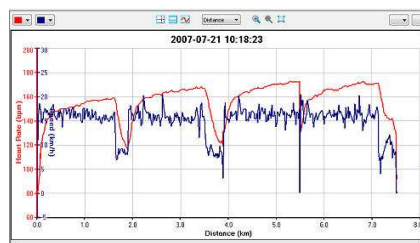
- **Porównanie tętna centralnego i obwodowego**
 - Odzwierciedla rzut serca
 - Szybciej zanika tętno obwodowe niż centralne

70

CZYNNIKI POWODUJĄCE WZROST TĘTNA

1. Fizjologiczne:

- wiek,
- stany emocjonalne,
- wysiłek fizyczny,
- spożycie alkoholu,
- nikotyny u ludzi młodych.



2. Patologiczne:

- choroby gorączkowe (wzrost o 1°C temperatury ciała odpowiada wzrostowi tętna o 10-20 uderzeń/min),
- choroby serca (niewydolność krążenia, nerwica),
- hipowolemia (utrata krwi, odwodnienie)

71

CZYNNIKI POWODUJĄCE ZWOLNIENIE TĘTNA

1. Fizjologiczne:

- sen,
- pozycja leżąca,
- u sportowców.



2. Patologiczne:

- wzmożone ciśnienie śródczaszkowe,
- zatrucia pochodzenia wewnętrznego (mocznicą),
- zatrucia pochodzenia zewnętrznego (np. grzybami),
- hipotermia (obniżenie centralnej temperatury ciała).

72

BŁĘDY TECHNICZNE POMIARU

- niewłaściwe ułożenie opuszek palców nad tętnicą,
- wycucie własnego tętna przez osobę badającą,
- krótki czas badania, nie pozwalający na wykrycie niemiary,
- niedokładne określenie czasu pomiaru.



73

OCENA TĘTNA

- Szybkość tętna mierzymy przez 15 sek., uzyskany wynik mnożymy przez 4.
- Zwolnienie czynności serca poniżej 60 uderzeń/min to **bradykardia**, przyspieszenie czynności serca powyżej 100 uderzeń/min to **tachykardia**.
- Aby ocenić miarowość tętna, wskazane jest badanie przez 1 min.
- Tętno niemiadowe określa się jako **arytmia**.
- Tętno przyspieszone i niemiadowe nazywane jest **tachyarytmia**.
- Tętno zwolnione i niemiadowe to **bradyarytmia**.

74

CIŚNIENIE TĘTNICZE KRWI

- Ciśnienie skurczowe i rozkurczowe;
- Amplituda ciśnienia;
- Ciśnienie na tętnicach jednoimiennych;
- Ciśnienie tętnicze na kończynach dolnych.
- Interpretacja pomiarów w oparciu o siatki centylowe wartości ciśnienia tętniczego w zależności od płci, wzrostu i wieku

75

CIŚNIENIE TĘTNICZE

- **Pomiaru ciśnienia tętniczego można dokonać z użyciem:**

1) SFIGMOMANOMETRU SPRĘŻYNOWEGO – metoda osłuchowa,

2) SFIGMOMANOMETRU ELEKTRONICZNEGO.

Na podstawie pomiarów ciśnienia tętniczego można wnioskować m.in.:

- o stopniu nawodnienia pacjenta, występowaniu nadciśnienia tętniczego,
- a także hipotonii ortostatycznej.

76

ZASADY POMIARU

Zasady prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego w gabinecie lekarskim

WYMAGANIA DOTYCZĄCE SPRZĘTU POMIAROWEGO
Aparat na ramię posiadający certyfikat dokładności.
U większości pacjentów pomiar z zastosowaniem standardowego mankietu naramiennego (szerokość 12–13 cm, długość 35 cm). Zastosować większy w przypadku obwodu ramienia >32 cm, a mniejszy w przypadku obwodu <24 cm.
PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO POMIARU CIŚNIENIA
Co najmniej 30 min przed pomiarem – bez kawy, papierosów, substancji stymulujących.
Po co najmniej 5 min odpoczynku w pozycji siedzącej, z podpartymi plecami, w cichym pomieszczeniu z komfortem cieplnym. Kończyna zgięta w łokciu, rozluźniona, ramię wolne od uciskającej odzieży.

77

ZASADY POMIARU

TECHNIKA POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO
Pomiar metodą klasyczną (osłuchową) – mankieta napompować do ciśnienia o 30 mmHg wyższego od ciśnienia, przy którym słyszalne są tony / wyczuwalne tętno. Wypuszczanie powietrza z prędkością 2 mmHg /s.
Pomiar przeprowadzić na obu kończynach, a monitorować na ręce, na której wartość była wyższa.
W metodzie osłuchowej – ciśnienie skurczowe to moment pojawienia się I tonu przy opróżnianiu mankieta (I faza Korotkowa), a rozkurczowe – moment zaniku słyszalności ostatniego tonu przy opróżnianiu mankieta (V faza Korotkowa).
Dla ustalenia wartości CT obliczyć średnią z 2 ostatnich pomiarów – za standard należy przyjąć przynajmniej 3-krotny pomiar CT w czasie tej samej wizyty, w odstępach 1–2 min. Dodatkowe pomiary, gdy różnice między poszczególnymi wartościami wynoszą >10 mmHg.
U pacjentów z arytmiami – pomiar metodą osłuchową.
Przy pierwszorazowej ocenie – u wszystkich pacjentów przeprowadzić próbę ortostatyczną (pomiar CT po 1 i 3 minucie od pionizacji). Rozpoznanie hipotonii ortostatycznej, gdy spadek SCT o min. 20 mmHg lub RCT o min. 10 mmHg lub obniżenie SCT <90 mmHg.
Wykonać pomiar tętna – w celu wykluczenia arytmii i jako element oceny ryzyka sercowo-naczyniowego.
Przy różnicy ciśnień między kończynami – za właściwą przyjmujemy wartość wyższą.

78

TECHNIKA BADANIA METODĄ OSŁUCHOWĄ

Pomiar ciśnienia tętniczego metodą osłuchową

Założ mankiet aparatu na odsłonięte ramię pacjenta, około 2–3 cm powyżej zgięcia łokciowego, tak aby ściśle przylegał do ramienia

Przyłóż opuszek palca II i III w zgięciu łokciowym pacjenta i wycuj tętno. Następnie zacznij stopniowo wypełniać mankiet powietrzem za pomocą gumowej gruszki

Gdy poczujesz, że tętno w zgięciu łokciowym zanika – dopompuj powietrza, tak by ciśnienie w mankiecie wzrosło o dalsze 20 mm Hg

Przyłóż słuchawkę w miejscu, w którym wyczułeś/łaś tętno i zacznij bardzo powoli wypuszczać powietrze z mankietu, odkręcając zawór gumowej gruszki

W momencie, gdy w słuchawkach usłyszysz pierwsze stuknięcia, możesz odczytać na skali wartość ciśnienia skurczowego

Moment, w którym przestaniesz je słyszeć, odpowiada wartości ciśnienia rozkurczowego

79

OCENA CIŚNIENIA TĘTNICZEGO (BP)

Zmiany skurczowego BP w stosunku do wieku

Wiek	Skurczowe BP (prawidłowe) mmHg	Skurczowe BP (dolna granica normy) mmHg
0 – 1 miesiąc	60	50-60
1 – 12 miesięcy	80	70
1 – 10 lat	$90 + 2 \times \text{wiek}$	$70 + 2 \times \text{wiek}$
> 10 lat	120	90

80

UWAGA

Ciśnienie krwi w kończynach dolnych jest 20mmHg wyższe niż w kończynach górnych

Nadciśnienie tętnicze: Ciśnienie skurczowe jest 20mmHg wyższe od wartości normalnej

Niedociśnienie: Ciśnienie skurczowe jest 20mmHg niższe od wartości normalnej

81

Z powodu rozbieżności w rozmiarach mankietów różnych producentów **Grupa Robocza zaleca** standardowe wymiary balonów mankietów dla poszczególnych grup wiekowych:

- **noworodek:** szerokość 4 cm, długość 8 cm;
- **niemowlę:** szerokość 6 cm, długość 12 cm;
- **dziecko:** szerokość 9 cm, długość 18 cm;
- **dorośli o budowie hipostenicznej:** szerokość 10 cm, długość 24 cm;
- **dorośli o budowie normostenicznej:** szerokość 13 cm, długość 30 cm;
- **dorośli o budowie hiperstenicznej:** szerokość 16 cm, długość 38 cm;
- **pomiar na udzie:** szerokość 20 cm, długość 42 cm

82

PODCZAS POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI NA KOŃCZYNIE DOLNEJ PACJENT POWINIEN:

Przy pomiarze ciśnienia na kończynie dolnej pacjent powinien leżeć wygodnie na plecach, kończynę dolną należy podtrzymywać nieco przygiętą w stawie kolanowym, a tętno Korotkowa osłuchiwać w dole podkolanowym.

Literatura: Wołowicka L., Dyk D.: Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo.

- Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2007

83

W przypadkach wątpliwych (np. podejrzenie nadciśnienia "białego fartucha", ocena ryzyka uszkodzenia narządów, oporność na leczenie, objawy niedociśnienia w czasie farmakoterapii, nadciśnienie okresowe, przewlekłe choroby nerek, cukrzyca, dysfunkcja autonomicznego układu nerwowego) można zastosować **ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia tętniczego**.



TM-2430

84

OCENA PERFUZJI OBWODOWEJ: PERFUZJA SKÓRY



- Czas nawrotu kapilarnego (CRT) > 2 sekund jest nieprawidłowy



85

OCENA PERFUZJI SKÓRY

- **Spójrz na kolor skóry**
 - Mottling / Marmurkowatość
 - Bładość
 - Sinica obwodowa
 - Wysypki
- **Dotknij skóry i oceń jej temperaturę**
 - Linia ciepła / zimna



86

OCENA PRELOAD – OBCIĄŻENIA WSTĘPNEGO

- Żyły szyjne (pulsowanie)
- Wątroba (wystawanie do 1 cm poniżej łuku żebrowego jest normą)
- Zastój w krążeniu płucnym

87

WSKAZNIK WSTRZĄSOWY

$$\text{wskaźnik wstrząsowy} = \frac{\text{tętno}}{\text{RR skurczowe}}$$

Wskaźnik wstrząsowy Allgowera

W = częstość tętna na minutę / skurczowe ciśnienie w mmHg

Dla osoby zdrowej wskaźnik wynosi ok. 0,5

W = 60 / 120 = 0,5

Wartości bliskie 1 świadczą o zagrożeniu

W = 100 / 100 = 1,0

Wartości większe od 1 odpowiadają wstrząsowi utrwalonemu

W = 120 / 80 = 1,5

88

OBRZĘKI - PRZYCZYNY

- **Zaburzenie wydalania wody i sodu przez nerki**
 - zespół nerczycowy
 - zapalenie kłębuszków nerkowych – przejściowa anuria (obrzęki szybko znikają).
 - przewlekła niewydolność nerek
- **„Ucieczka” wody i sodu do przestrzenie pozakomórkowej i pozanaczyniowej na poziomie naczyń włosowatych**
 - ciśnienie hydrostatyczne (32 mmHg na poziomie tętniczym, 12 mmHg w odcinku żylnym kapilar)
 - ciśnienie onkotyczne (ok. 24 mmHg w odcinku tętniczym kapilar)
 - zwiększona przepuszczalność naczyń włosowatych
 - wtórny hiperaldosteronizm

89

OBRZĘKI

- 1) **Uogólnione** – hipalbuminemia, niewydolność **nerek**, niewydolność **krążenia**, odczyny **alergiczne**
- 2) **Miejscowe** – najczęściej kończyn dolnych
 - Przyczyny: żylaki, niewydolność naczyń limfatycznych, przebyte zakażenia różą, odczyny zapalne
 - **Obrzęki, które powstają w następstwie zwiększenia ciśnienia hydrostatycznego (tzw. obrzęki sercowe) wykazują zależność od położenia ciała**
 - Obrzęki, które powstają na skutek obniżenia ciśnienia onkotycznego wykazują **niski poziom białka** osocza i **niewielka zależność** od położenia ciała.
 - **Obrzęki nerczycowe są rozległe, blade i miękkie, umiejscawiają się głównie na twarzy.**

90

OBRZĘKI

- Obrzęki **alergiczne** (pokrzywka i obrzęk Quinckiego) cechuje nagły początek **w jakimkolwiek miejscu** i szybkie cofanie się w ciągu kilku godzin.
- **W obrzęku śluzowatym w niedoczynności tarczycy ucisk palca nie pozostawia zagłębienia.** (gromadzi się dużo glikozaminoglikanów wiążących wodę)
- Obrzęki z niedoboru witaminy B1 – alkoholicy, Beri beri, cukrzyca, ciężarne.
- **Obrzęki z niedoborów potasu – przewlekłe biegunki.**

91

ŚWIADOMOŚĆ

92

STAN ŚWIADOMOŚCI

- Do oceny świadomości używa się:

1) SKALI GLASGOW,

2) SKALI AVPU.

93

Skala AVPU

A	LERT	Pacjent przytomny
V	OCAL	Pacjent reaguje na głos
P	AIN	Pacjent reaguje na ból
U	NRESPONSIVE	Pacjent jest nieprzytomny

94

SKALA GLASGOW



Brak – pozostają zamknięte	1
W odpowiedzi na bodziec bólowy	2
W odpowiedzi na bodziec słuchowy	3
Spontaniczna	4
Odpowiedź słowna	
Brak	1
Niezrozumiałe dźwięki	2
Słowa nieadekwatne	3
Zdezorientowana	4
Zorientowana	5
Odpowiedź ruchowa	
Brak	1
Nieprawidłowe prostowanie	2
Nieprawidłowe zginanie	3
Cofanie – reakcja ucieczki	4
Lokalizująca bodziec – reakcja obronna ukierunkowana	5
Zgodna z poleceniem	6

95

ŚWIADOMOŚĆ

Ilościowe zaburzenia świadomości u dzieci

Przymglenie	- dziecko wykazuje spowolnienie procesów myślenia, ale ma zachowaną świadomość, - można nawiązać z dzieckiem kontakt słowny, lecz odpowiada z trudem i opóźnieniem
Senność patologiczna	- dziecko jest spowolnione ruchowo, ciągle zasypia, ale można je wybudzić silnymi bodźcami (np. potrząśnięcie), - kontakt słowny ograniczony jest do paru pojedynczych słów, - odruchy fizjologiczne, takie jak połykanie, są zachowane;
Stan przedśpiączkowy	- z dzieckiem nie da się nawiązać kontaktu słownego, - na silne bodźce zewnętrzne reaguje grymasem twarzy, jękiem, poruszaniem się, - odruchy fizjologiczne (np. połykania i zucia) są zniesione
Śpiączka	- stan całkowitego wyłączenia świadomości, - dziecko nie reaguje na bodźce bólowe, - ma zniesione odruchy głębokie i powierzchowne, - bezwiednie oddaje mocę i kał, - leży nieruchomo

Pediatryczna skala Glasgow

TYP ODPOWIEDZI	REAKCJA			PUNKTY
OTWIERANIE OCZU	0-12. mż.	> 1. rz.		
	spontaniczne	spontaniczne	na głos	4
	na krzyk/bólas	na ból	na ból	3
	na ból	brak reakcji	brak reakcji	2
	brak reakcji	brak reakcji	brak reakcji	1
ODPOWIEDŹ SŁOWNA	0-23. mż.	2-5. rz.	> 5. rz.	
	śmieje się, grucha, gaworzy	odpowiada słowami i odpowiedziami	zorientowany, odpowiada	5
	placze (stałe się uspokoił)	słowa nieadekwatne do pytań	rozmaicie, jest niezorientowany	4
	ciągły płacz, krzyk	placz/krzyk	niewłaściwe słowa	3
	charczenie	charczenie	niezrozumiałe dźwięki	2
ODPOWIEDŹ RUCHOWA	0-12. mż.	> 1. rz.		
	spontaniczne ruchy	spełnia polecenia		6
	lokalizuje ból			5
	prawidłowa reakcja cofania w odpowiedzi na ból			4
	nieprawidłowa reakcja zgięcia na ból			3
	reakcja wyprostna			2
	brak reakcji			1

96

SKALA GLASGOW

Otwieranie oczu

- 4 punkty - spontaniczne
- 3 punkty - na polecenie
- 2 punkty - na bodźce bólowe
- 1 punkt - nie otwiera oczu

Kontakt słowny:

- 5 punktów - odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
- 4 punkty - odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany
- 3 punkty - odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
- 2 punkty - niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
- 1 punkt - bez reakcji

Reakcja ruchowa:

- 6 punktów - spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
- 5 punktów - ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodźce bólowe
- 4 punkty - reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
- 3 punkty - patologiczna reakcja zgięciowa, **odkorowanie** (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
- 2 punkty - patologiczna reakcja wyprostna, **odmóżdżenie** (przywiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
- 1 punkt - bez reakcji

97

OCENA STANU PSYCHICZNEGO - ŚWIADOMOŚĆ - PODZIAŁ ZABURZEŃ ŚWIADOMOŚCI

Zaburzenia świadomości dzieli się na:

- 1) **ILOŚCIOWE** – polegają na ograniczeniu prawidłowej reakcji na docierające bodźce zewnętrzne i wewnętrzne,
- 2) **JAKOŚCIOWE** – zmiany w sposobie percepcji / przetwarzania bodźców, przy zachowanej zdolności do reakcji na nie (zazwyczaj nieadekwatnej).

98

ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI MOŻNA PODZIELIĆ NA ILOŚCIOWE I JAKOŚCIOWE

zaburzenia ilościowe – stopień kontaktu z otoczeniem zmniejsza się od pełnego do całkowitego braku kontaktu

1. śpiączka
2. sopor
3. zmęczenie świadomości
- a) ogłuszenie
- b) senność
- c) przedsenność

zaburzenia jakościowe – kontakt z otoczeniem istnieje, ale jest nieadekwatny, świadomość jest zawężona, chory jest przeważnie zdezorientowany co do własnej osoby, miejsca i czasu, często ma halucynacje

1. stan pomroczny
2. stan majaczeniowy
3. stan splątania
4. stan onejroidalny

99

ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI

- **Sopor** ► jest to stan półśpiączkowy, chory reaguje na silne bodźce bólowe, zapytany może odpowiadać swoje nazwisko.
- **Senność** ► lżejszy stopień zaburzeń świadomości; chory po obudzeniu nawiązuje kontakt z otoczeniem, ale jest to stan krótkotrwały i chory zasypia ponownie.
- **Przedsenność** ► jest najlżejszą formą zaburzeń świadomości; chory łatwo odwraca uwagę, ma skłonność do zasypiania, lecz budzi się samorzutnie.
- **Śpiączka** jest to stan utraty świadomości utrzymujący się przez wiele godzin lub dłużej, w czasie którego zastosowanie silnych bodźców fizycznych nie powoduje wybudzenia chorego.
- **Stan pomroczny (obnubilatio)** — chory wykazuje zaburzenia orientacji w czasie, przestrzeni, sytuacji i otoczeniu. Ztraca także orientację co do własnej osoby, jest jednak w stanie wykonywać pozornie celowe czynności. Pojawiają się zaburzenia pamięci.
- **Stan majaczeniowy (delirium)** — chory podlega złudzeniom (omamy wzrokowe, słuchowe, czuciowo-ustrojowe), występuje zanik orientacji w czasie, przestrzeni, co do własnej osoby, pojawiają się urojenia o treści nieusystematyzowanej, dotacza się pobudzenie ruchowe
- **Stan splątaniowy, amentywny (amentia)** — nieco głębsze zaburzenie świadomości, **zniesienie orientacji co do własnej osoby i otoczenia, z niepamięcią okresu zaburzeń**, pojawia się pobudzenie ruchowe.
- **Stan onejroidalny (snopodobny)** — zamroczenie, pojawiają się halucynacje (głównie wzrokowe) podobne do marzeń sennych, w których chory bierze udział

100

GŁÓWNE PRZYCZYNY ŚPIĄCZKI

- **Rozległe uszkodzenie obu półkul** w wyniku niedokrwienia, urazu, lub innych rzadszych schorzeń mózgu
- **Zahamowanie funkcji mózgowych przez czynniki zewnętrzne** (leki, toksyny, niedotlenienie)
lub wewnętrzne zaburzenia metaboliczne (hipoglikemia, azotemia, niewydolność wątroby)
- **Ogniska w pniu mózgu powodujące bezpośrednie uszkodzenie** (oczy chorego są wtedy zwrócone w stronę przeciwną do strony uszkodzenia mostu i rdzenia przedłużonego)

101

ŚPIĄCZKA – RÓŻNICOWANIE

Rodzaj śpiączki	Skóra	Żrenice/oczy	Oddech	Woń z ust	Mocz
Mocznicowa	sucha	wąskie, myosis	Cheyne'a–Stokesa, Kussmaula	amoniaku	izostenuria, białko
Cukrzycowa (hiperglikemiczna coma diabetica)	sucha	spadek napięcia gałek	Kussmaula	aceton (kwaśne jabłko)	cukier
Hipoglikemiczna	spocona, wilgotna	szerokie	prawidłowy	brak zapachu, możliwe drgawki	brak zmian
Wątrobowa	zażółcona	b/z	prawidłowy	siarkowodor	cechy niewydolności wątroby
Zatrucie CO	jasnoczerwona	-	-	-	-
Zatrucie barbituranami	-	szpilkowate	-	-	-

102

ŚPIĄCZKA – RÓŻNICOWANIE

Objaw	Śpiączka hipoglikemiczna	Śpiączka hiperglikemiczna
Początek	nagły	powolny
Woń z ust	brak	charakterystyczny (acetonowy)
Skóra	wilgotna, potem złana	sucha
Język	wilgotny	suchy
Żrenice	szerokie	wąskie
Gałki oczne	nie zapadnięte	zapadnięte
Oddech	prawidłowy	głęboki, przyspieszony – Kussmaula
Napięcie mięśniowe	wzmożone	obniżone, wiotkie
Drgawki	mogą wystąpić	brak
Poziom cukru we krwi	niski	wysoki
Poziom cukru w moczu	brak/śladowy	wysoki
Aceton w moczu	brak/śladowy	dużo
Tętno	szybkie, dobrze napięte	szybkie, słabo napięte
Ciśnienie tętnicze	prawidłowe lub obniżone	obniżone

103

GLIKEMIA

Glikemia oznacza stężenie glukozy we krwi.

- ♦ Do jej pomiaru wykorzystuje się **glukometry**, które analizują:
 - krew tętniczkową (arterializowaną),
 - pełną krew żylną.
- ♦ **Glikemia na czczo** powinna być oznaczona w próbce krwi pobranej po **8–14 godzinach od ostatniego posiłku**.

104

GLIKEMIA

Stan	Kryterium diagnostyczne	Wartości glikemii / HbA1c
Hipoglikemia	Poziom glikemii (niezależnie od objawów klinicznych)	< 70 mg/dl
Stan przedcukrzycowy	Nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG)	100–125 mg/dl
	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT, w 120. min OGTT)	140–199 mg/dl
Cukrzyca	Glikemia przygodna + objawy hiperglikemii	≥ 200 mg/dl
	Glikemia na czczo (dwukrotnie)	≥ 126 mg/dl
	Glikemia w 120. minucie OGTT	≥ 200 mg/dl
	Hemoglobina glikowana HbA1c	≥ 6,5%

105

Projekt pn.: „Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Centrum Symulacji Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy o dofinansowanie POWR.05.03.00-00-0013/15-00 z 1 kwietnia 2016 r.

106

OCENA STANU PSYCHICZNEGO - ORIENTACJA

Rodzaj orientacji	Na czym polega / pytania przykładowe
Autopsychiczna	Imię i nazwisko pacjenta, wiek.
Allopsychiczna	Miejsce pobytu, aktualna data i godzina.
Czasoprzestrzenna	„Czy wie Pan/Pani, gdzie się znajduje?”
Geograficzna <i>(rzadko stosowana)</i>	Zadanie: wskazanie na mapie Polski największych miast.

107

ZABURZENIA ARTYKULACJI I GŁOSU

Zaburzenie	Charakterystyka	Przyczyny / przykłady
Dyzartria	Trudności w wymawianiu głosek (wargowych P, B; językowych D, T).	Alkohol, uszkodzenia mózdzku, choroba Parkinsona.
Dysfonia / Afonia	Zaburzenia siły, barwy, tonacji głosu; głos jak szept/chrypka.	Uszkodzenie mięśni oddechowych, strun głosowych, operacja tarczycy (nerw krtaniowy wsteczny).
Zaburzenia płynności mowy	Mniejsza liczba słów/minutę, skracanie zdań, wysięk artykulacyjny.	Choroby OUN.
Dysprozodia	Zaburzenia intonacji, melodii i rytmu mowy.	Uszkodzenia OUN.

108

ZABURZENIA MOWY I CZYNNOŚCI ZŁOŻONYCH

Zaburzenie	Charakterystyka
Afazja	Zaburzenia rozumienia i/lub wypowiedzania słów.
• Afazja Wernickiego	Chory nie rozumie mowy, błędy w powtarzaniu/nazywaniu.
• Afazja Broca	Rozumie mowę, trudności w mówieniu, błędy w nazywaniu.
Agrafia	Utrata zdolności pisania (dyktando, spontaniczne).
Apraksja	Trudności w wykonywaniu wcześniej wyuczonych czynności.
• Ideomotoryczna	Proste czynności – np. odkręcanie butelki.
• Wyobrażeniowa	Złożone czynności – np. mycie włosów.
Agnozja	Brak rozpoznawania bodźców mimo sprawnych zmysłów.
• Wzrokowa	Nierozpoznawanie przedmiotów.
• Palców	Nienazywanie/nierozpoznawanie palców.
• Barw	Brak rozpoznawania kolorów.

109

ZABURZENIA POWTARZANIA, CZYTANIA I TEMPA MOWY

Zaburzenie	Charakterystyka	Przykłady / przyczyny
Zaburzenia powtarzania	Trudności w powtarzaniu słów, zdań.	Uszkodzenia kory mózgowej.
Zaburzenia nazywania	Trudności w nazywaniu znanych przedmiotów.	
Zaburzenia czytania (dysleksja)	Trudności w rozumieniu i artykulacji tekstu.	Wymaga oceny poziomu wykształcenia.
Jąkanie się	Nagłe zatrzymanie mowy, powtarzanie sylab/spółgłosek.	Częściej u dzieci i mężczyzn.
Bradygalia	Spowolniona mowa.	Depresja, Parkinson.
Echolalia	Automatyczne powtarzanie słów innych osób.	U dzieci fizjologicznie; u dorosłych w uszkodzeniach kory.
Palilalia	Powtarzanie własnych słów, zwłaszcza końcówek.	Zapalenie mózgu, Parkinson, zaburzenia naczyniowe.

110

OCENA PAMIĘCI

- **Pamięć krótkoterminowa**

TEST POWTARZANIA CYFR- wypowiadanie cyfr w odstępach 1-sek, ale w kolejności trudnej do zapamiętania; potem pacjent powtarza;

NORMA: odtworzenie ciągu 5-7 cyfr;

powtarzanie na wspak **NORMA:** 4-5 cyfr.

TEST KOLEJNYCH SIÓDEMEK- od liczby 100 odejmuje się kolejno 7 i 7 i 7;

NORMA: prawidłowe odjęcie 5 kolejnych 7

W otępieniu umysłowym te dwa testy wypadają bardzo słabo.

111

OCENA PAMIĘCI

- **Pamięć świeża**

- **Relacjonowanie bieżących wydarzeń** np. z życia gospodarczego, z życia pacjenta (porównać z rodziną);

- **Test zapamiętywania nazw trzech przedmiotów-** badający wypowiada nazwy trzech przedmiotów ogólnego użytku w odstępach 1 sek.; potem przez 10 min rozpraszać uwagę pacjenta, po czym pacjent ma powtórzyć nazwy tych trzech przedmiotów;

NORMA: po 10 min- wszystkie nazwy, po 30 min- 75% zapamiętanych nazw (2 nazwy)

- **Ocena pamięci werbalnej-** czyta się opowiadanie z określoną liczbą postaci i zdarzeń (więcej niż 2), potem pacjent ma powtórzyć opowiadanie,

- **Ocena pamięci wzrokowej-** pokazać pacjentowi figurę geometryczną przez co najmniej 5 sek., po 10 sek. od pokazania figury pacjent ma ją odwzorować;

112

OCENA PAMIĘCI

- **Pamięć odległa**
- Przed badaniem przegląd dokumentacji i rozmowa z rodziną; pacjent ma powiedzieć np. jaki rodzaj szkoły ukończył, wykonywane prace, ważne wydarzenia w życiu;
- *Zespół otepienny,*
- *majaczenie- upośledzenie pamięci odległej.*

113

ZABURZENIA SPOSTRZEGANIA

- **ZŁUDZENIA-** (iluzje)- zaburzenia postrzegania występujące u osób zdrowych, przyczyną jest silne napięcie emocjonalne, lęk, przerażenie; osoba zdrowa może błędnie spostrzegać przedmioty z otoczenia, ale poddaje je korekcie; osoba chora nie weryfikuje złudzeń;
- **OMAMY-** (halucynacje)- zaburzenia postrzegania nieistniejących przedmiotów; mogą dotyczyć wszystkich zmysłów: o. wzrokowe, o. słuchowe, o. węchowe, o. czuciowe.

114

UŁOŻENIE CIAŁA

1) **dowolne** – polegającą na zachowaniu fizjologicznej ruchomości ciała, stosownej do wieku;

2) **przymusowe** – związane najczęściej z ograniczeniem ruchomości całego ciała lub jego odcinków,

- np. z powodu istniejących wad wrodzonych układu kostnego,
- przykurczów mięśniowych, niedowładów,
- bólu zlokalizowanego w którejkolwiek części ciała, schorzeń OUN.

- **odgięciowe ułożenie głowy** w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych,

- **ułożenie na boku z podkurczonymi nogami** w zapaleniu wyrostka robaczkowego i/lub rozlanym zapaleniu otrzewnej,

- **pozycja ortopnoiczna** (siedząca w przód-pochyleniu) w napadzie duszności astmatycznej,

- **pozycja kuczna** w niektórych wadach sinicznych serca.

- Pozycja przymusowa jest pozycją bierną.

- Ciężko chorzy lub nieprzytomni pacjenci leżą bezwładnie i nie zmieniają samowolnie wymuszonego ułożenia.

- **Dziecko z ograniczoną aktywnością i tendencją do pokładania się lub leżące spokojnie należy traktować jako ciężko chore.**

115

ODGIĘCIOWE UŁOŻENIE GŁOWY



116

UŁOŻENIE NA BOKU Z PODKURCZONYMI NOGAMI



117

POZYCJA ORTOPNOICZNA



118

POZYCJA KUCZNA



119

WRAŻENIE OGÓLNE - SPOSÓB PORUSZANIA SIĘ

Zaburzenia chodu mogą wynikać z:

- 1) bólu,
- 2) unieruchomienia,
- 3) obniżonej ruchomości stawów,
- 4) osłabienia mięśni/niedowładu.

120

PORUSZANIE SIĘ

Nieprawidłowy sposób chodzenia może być spowodowany:

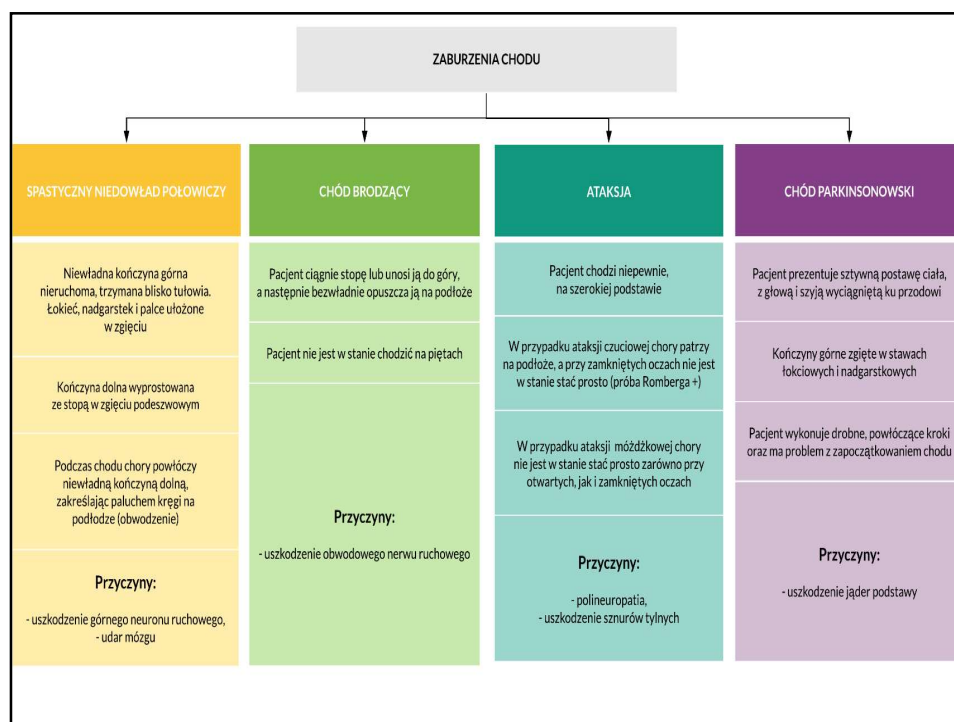
1) zmianami chorobowymi w układzie kostno-stawowym:

- chód kaczkowaty – spowodowany obustronnym zwichnięciem stawów biodrowych,
- chód utykający – związany ze skróceniem kończyny lub bolesnością stawu (stawów) lub mięśni tej kończyny;

2) zmianami o podłożu neurologicznym:

- chód koszący – w porażeniu połowicznym (zataczanie łuku kończyną dolną na zewnątrz),
- chód marynarski – na szerokiej podstawie, niepewny, chwiejny, obserwowany w ataksji mózdkowej,
- chód brodzący (bociani, kogucii) – spowodowany porażeniem nerwu strzałkowego wspólnego,
- chód kaczkowaty – spowodowany niedowładem mięśni obręczy miednicy w dystrofii mięśniowej

121



122

TEMPERATURA

123

TEMPERATURA CIAŁA

- Do pomiaru temperatury służą termometry elektroniczne.
- Prawidłowa temperatura ciała mierzona w ustach lub uchu wynosi MIĘDZY 35,8°C A 37,2°C.
- Temperatura mierzona w odbycie jest ok. 0,5°C wyższa niż w jamie ustnej.
- Organizm człowieka podlega fizjologicznym dobowym wahaniom temperatury – najniższa jest we wczesnych godzinach porannych.

124

TEMPERATURA CIAŁA

- Wśród odchyleń od normy wyróżnia się:

1) HIPOTERMIE – stan, w którym GŁĘBOKA TEMPERATURA CIAŁA nie przekracza 35°C ,

2) GORĄCZKĘ – stan, w którym występuje podwyższona temperatura ciała, wynikająca z reakcji organizmu na zakażenie, zaburzeń immunologicznych lub nowotworu.

125

TEMPERATURA CIAŁA

- Temperatura ciała:
 - mierzona pod pachą i w odbytnicy $36,5\text{--}37,5\text{ st. C}$
 - mierzona na skórze brzucha $36,0\text{--}36,5\text{ st. C}$



126

TEMPERATURA CIAŁA - HIPOTERMIA

Przyczyny hipotermii:

- 1) warunki bytowe i ekspozycja na zimno,
- 2) zanurzenie w wodzie i podtopienie,
- 3) nieprzytomność w niskiej temperaturze otoczenia – czynnikiem predysponującym jest stan upojenia alkoholowego lub zażycie narkotyków,
- 4) ciężka niedoczynność tarczycy.

127

NIEPRAWIDŁOWA TEMPERATURA CIAŁA - GORĄCZKA

- GORĄCZKA to stan podwyższonej ciepłoty ciała.
- W zależności od jej przebiegu wyróżnia się tory gorączkowe.
- Wysokiej gorączce mogą towarzyszyć DRESZCZE – polegające na występowaniu subiektywnego uczucia zimna, gęsiej skórki, drżenia całego ciała oraz szczykowania zębami.

128

GORĄCZKA



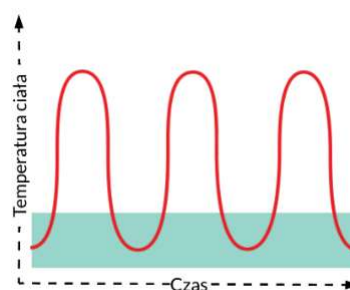
- Słowo to pochodzi z języka łacińskiego (forvere - ogrzewać) i powszechnie utożsamiane jest ze wzrostem temperatury ciała.

129

TORY GORĄCZKOWE

1) GORĄCZKA SEPTYCZNA = TRAWIĄCA = HEKTYCZNA

- Charakteryzuje się okresem gwałtownego wzrostu ↗ temperatury, często do $\sim 40^{\circ}\text{C}$ ($1 \times /24 \text{ h}$) → następnie spadkiem ↘, niekiedy nawet do wartości prawidłowych.
- Amplituda dobowa $> 2^{\circ}\text{C}$.
- M.in. w przypadku ropnia, gruźlicy prosówkowej, chłoniaków, białaczek.

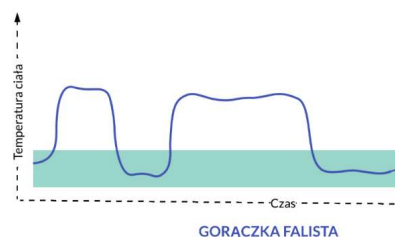


GORĄCZKA SEPTYCZNA

130

TORY GORĄCZKOWE

- GORĄCZKA PRZERYWANA = OKRESOWA
- Charakteryzuje się nawracającymi skokami gorączki $\nearrow$ w regularnych/nieregularnych odstępach czasu po względnie bezgorączkowym okresie $\rightarrow$ – fluktuacje w ciągu doby, trwające przez kilka dni.
- Amplituda dobowa $>2^{\circ}\text{C}$.
- M.in. w malarii (nawroty regularnie co 2 lub 3 dni z towarzyszącymi dreszczami), chłoniakach, białaczkach, cyklicznej neutropenii.



131

NIEPRAWIDŁOWA TEMPERATURA CIAŁA - HIPOTERMIA

- HIPOTERMIA jest stwierdzana, gdy
- GŁĘBOKA TEMPERATURA CIAŁA PACJENTA nie przekracza 35°C .
- Zazwyczaj wynika z długotrwałej ekspozycji na niskie temperatury.

132

NIETOLERANCJA ZIMNA LUB CIEPŁA

- Obniżona tolerancja CIEPŁA może świadczyć o NADCZYNNOŚCI TARCZYCY,
- natomiast obniżona tolerancja ZIMNA może być objawem NIEDOCZYNNOŚCI TARCZYCY.

133

POTLIWOŚĆ

Wzmoczona potliwość może być objawem:

- 1) NADCZYNNOŚCI TARCZYCY,
- 2) hipogonadyzmu,
- 3) AKROMEGALII,
- 4) guza chromochłonnego nadnerczy.

134

MECHANIZMY UTRATY CIEPŁA

- Za wymianę ciepła z otoczeniem odpowiedzialne są cztery mechanizmy:
 - ✓ **Przewodzenie**
 - ✓ **Konwekcja**
 - ✓ **Promieniowanie**
 - ✓ **Parowanie**

135

PRZEWODZENIE

energia kinetyczna naszego ciała przekazywana jest stykającym się z nim cząsteczkom materii i odwrotnie.

Materiał ten stanowią:

- powietrze
- materac
- ubranie
- ręce badającego

136

RĘCE BADAJĄCEGO



- Ogrzej ręce i stetoskop przed dotknięciem dziecka
- Ogrzej wcześniej pieluszkę, materacyk lub inną powierzchnię na której będzie umieszczone dziecko
- Izoluj dziecko od zimnych powierzchni
- Unikaj pośpiechu, starannie przygotuj (zaplanuj) kontakt z dzieckiem
- Stosuj zasadę wykonywania minimum niezbędnych czynności przy odkrytym dziecku

137

KONWEKCJA

- **Pacjent traci ciepło przez konwekcję** gdy narażony jest na niską temp. powietrza i jego ruchy (np. klimatyzacja), strumień tlenu skierowany jest na ciało noworodka.

Uwagi praktyczne:

- ✓ Okryj, ubierz dziecko
- ✓ Unikaj przeciągów
- ✓ Umieść noworodka w inkubatorze
- ✓ Unikaj niepotrzebnego otwierania drzwiczek inkubatora
- ✓ Podawaj ciepłą, nawilżoną mieszankę oddechową

138

PROMIENIOWANIE

Ciepło jest oddawane z ciała pacjenta na obiekty stałe

nie będące w bezpośrednim kontakcie z pacjentem

np.:

- chłodne ścianki inkubatora
- łóżko ustawione przy zimnym oknie

Uwagi praktyczne:

- unikaj umieszczania noworodka w inkubatorze w bezpośredniej bliskości zimnych powierzchni dla noworodków z bardzo niską masą ciała
- inkubator można dodatkowo okryć

139

PAROWANIE

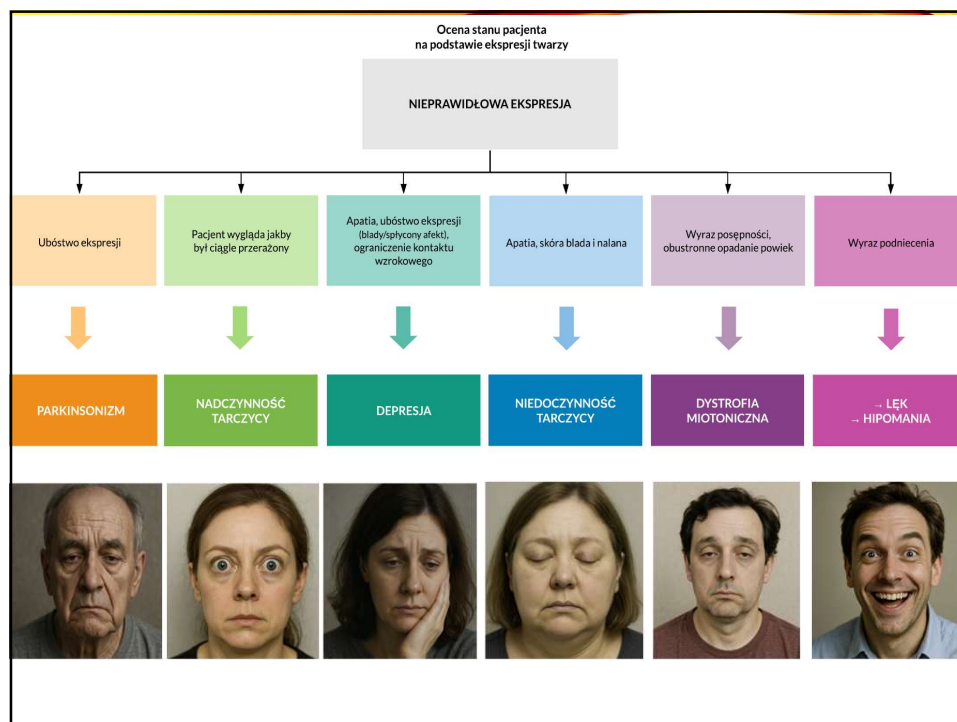
Parowanie –

jest jedną z najważniejszych dróg utraty ciepła, odbywa się z powierzchni skóry lub śluzówek dróg oddechowych.

Praktyczne uwagi:

- ✓ Pamiętaj o jatrogennym działaniu innych czynników: zimne roztwory leków, płyny infuzyjne, środki podawane dotchawiczo

140



141



142

WYWIAD- TROCHĘ TEORII

Wywiad to jak pisze:

- A. Kamiński "czynność dwustronna, oparta na bezpośrednim kontakcie informatora z przeprowadzającym wywiad"
- T. Pilch uważa, że "Wywiad jest rozmową badającego z respondentem lub respondentami według opracowanych wcześniej dyspozycji lub w oparciu o specjalny kwestionariusz"
- W. Zaczyński traktuje wywiad jako "metodę zdobywania informacji przez bezpośrednie stawianie pytań tym wybranym osobom, które mogą nam udzielić pewnej sumy wiadomości"

Określany bywa również anamnezją

143

WYWIAD MEDYCZNY

- Wywiad to rozmowa z pacjentem, jego rodziną lub świadkami wydarzenia (np. osobą, która udzielała pierwszej pomocy w nagłym zachorowaniu).
- Należy przeprowadzać go z **zachowaniem dyskrecji, możliwie w osobnym pomieszczeniu, choć w praktyce nie zawsze jest to możliwe.**

144

WYWIAD KLINICZNY- CELE

- 1) Uzyskanie informacji ogólnych i perspektywy pacjenta,
- 2) upewnienie się co do precyzyjności pozyskanych informacji – muszą być one zrozumiałe dla OBU STRON,
- 3) utrzymanie relacji opartej na współpracy,
- 4) utrzymanie odpowiedniej struktury wywiadu – pacjent powinien mieć poczucie, że bierze czynny udział w decydowaniu dokąd zmierza wywiad i dlaczego.

145

PROWADZENIE WYWIADU WYMAGA

- 1) **aktywnego zaangażowania** (ukierunkowywania rozmowy),
- 2) **wiedzy i doświadczenia** (jakie informacje są ważne),
- 3) **taktu** (rozmowa dotyczy często tematów bardzo osobistych),
- 4) **obiektywizmu** (nie wolno pytaniami sugerować odpowiedzi),
- 5) **krytycyzmu** (pacjent może symulować lub dyssymulować – bagatelizować dolegliwości),
- 6) **świadomości**, że postawa, sposób zadawania pytań, ton, wyraz twarzy i gesty mogą pacjenta uspokoić lub wzburzyć, budować zaufanie albo je niweczyć, łagodzić bądź nasilać odczuwanie dolegliwości.

146

WARUNKI

- Aby wywiad mógł być skutecznie zbierany należy stworzyć odpowiednie, komfortowe warunki dla pacjenta i osoby zbierającej wywiad. **Komfort oznacza przede wszystkim:**
 1. **odpowiednie pomieszczenie:** najlepiej zapewniające poczucie intymności, bez dostępu osób postronnych, ciche, odpowiednio oświetlone,
 2. w pomieszczeniu tym powinno być możliwe nawiązanie i utrzymanie kontaktu wzrokowego z pacjentem –**należy zlikwidować wszelkie bariery dzielące pacjenta i osobę zbierającą wywiad**, takie jak ekran komputera, niepotrzebne dokumenty, czy zbyt wysokie lub niedostosowane biurko.
 3. **pacjentowi należy zapewnić odpowiednie, wygodne miejsce do siedzenia;** najlepiej jeśli miejsce do siedzenia dla pacjenta jest na porównywalnej wysokości z miejscem dla osoby zbierającej wywiad; należy unikać sytuacji, w której pacjent siedzi niżej niż osoba zbierająca wywiad.

147

INNE CZYNNIKI INTERAKCJI Z PACJENTEM

1. **odpowiedni wygląd, zgodny z uwarunkowaniami miejscowymi** (na przykład w zależności od kraju, religii, przyjętych zwyczajów w tym zakresie, czy wymagań organizacji ochrony zdrowia),
2. **odpowiednie zachowanie:** przystępując do zbierania wywiadu podchodzimy do pacjenta, witamy się z nim, najlepiej przez podanie mu ręki (ale mają tu również znaczenie uwarunkowania kulturowe, miejscowe zwyczaje odnośnie zachowań społecznych, czy religij), i przedstawiamy podając imię i nazwisko, stopień zawodowy, stanowisko pracy,
3. **po przywitaniu się z pacjentem i przedstawieniu wskazujemy mu miejsce do siedzenia**, ewentualnie wskazujemy, gdzie można odwieść płaszcz lub zostawić bagaż, jeśli jest taka potrzeba
4. **siadamy we wcześniej ustalonym miejscu**, najlepiej zapewniającym dobry kontakt z pacjentem, **w którym nie występują niepotrzebne bariery** (na przykład biurko, czy ekran komputera); siedzenie naprzeciw pacjenta za biurkiem nie jest zalecane; najlepiej jeśli można usiąść pod pewnym kątem względem pacjenta, bez obecności barier; niewskazana jest również pozycja stojąca, podczas gdy pacjent siedzi.

148

BADANIE PODMIOTOWE – WSKAZÓWKI OGÓLNE

- *ustalenie relacji interpersonalnej*
- *pierwsze minuty wpływają na całość naszego spotkania*
- *Wygląd i zachowanie profesjonalne*
- *Kontrolujemy nasz język ciała* = komunikuje wiele dla pacjenta
- *Przywitanie, czy wygodnie*
- Zbierając wywiad, informacje, które należy zapamiętać= zapis! **podtrzymywanie przez cały czas kontaktu wzrokowego z odbiorcą, uprzedzmy, że będziemy notować ważne informacje**
- *Poznanie, przywitanie...., zwracać się Pan, Pani* (chyba, że pacjent poprosi, aby zwracać się po imieniu)
- *Przedstawiamy się z imienia, nazwiska, jestem pielęgniarką.....*
- *Czy pacjent czuje się komfortowo*, czy nie ma dolegliwości, czy ma ból, czy musi iść do toalety, czy jest w stresie....= wówczas skracamy wywiad
- *Zbieranie wywiadu bardzo długie, ok. 45 minut*
- ok. 80% po zebraniu wywiadu, możemy postawić diagnozę

149

BADANIE PODMIOTOWE – WSKAZÓWKI OGÓLNE

- Duże znaczenie ma też sposób komunikacji z pacjentem.
- Musi on być dostosowany zarówno do skutecznego przekazywania treści pacjentowi (tak, aby były one zrozumiane przez niego), jak i ich odbierania od pacjenta:

Komunikacja z pacjentem odbywa się na poziomie
niewerbalnym i werbalnym

150

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM – WYWIAD I TECHNIKI UŁATWIAJĄCE

• Przypadek kliniczny

- Pacjentka, 68-letnia kobieta, zgłosiła się do poradni z powodu nasilonych bólów kończyn dolnych podczas chodzenia. Od kilku miesięcy odczuwa ból łydek po przejściu kilkudziesięciu metrów, który ustępuje po krótkim odpoczynku. Dodatkowo zauważyła chłodniejsze stopy i bledszy kolor skóry. Jest osobą palącą, choruje na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę typu II

• Cel wywiadu

- Ocena stopnia dolegliwości i ich wpływu na codzienne życie.
- Zrozumienie stylu życia pacjentki oraz czynników ryzyka.
- Zbudowanie zaufania i nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej.

151

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Aktywne słuchanie

✓ **Pacjentka:** „Zaczęłam zauważać, że nie mogę już tak długo spacerować jak kiedyś. Po chwili muszę przystanąć, bo moje łydki zaczynają mocno boleć.”

Pielęgniarka: (utrzymuje kontakt wzrokowy, potakuje, nie przerywa) – „Rozumiem, czyli ból pojawia się podczas chodzenia i ustępuje po zatrzymaniu się?”

Dlaczego to pomaga? Aktywne słuchanie sprawia, że pacjentka czuje się wysłuchana, co buduje zaufanie i zachęca do dzielenia się informacjami.

152

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Parafrazowanie

✓ **Pacjentka:** „Mam wrażenie, że moje nogi stały się słabsze, a czasem nawet są zimne.”

Pielęgniarka: „Czy dobrze rozumiem, że zauważyła Pani osłabienie siły w nogach i uczucie zimna w stopach?”

Dlaczego to pomaga?

Pozwala upewnić się, że pacjentka została właściwie zrozumiana i daje jej możliwość poprawienia lub doprecyzowania informacji.

153

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Klaryfikacja (doprecyzowanie informacji)

✓ **Pielęgniarka:** „Mówiła Pani, że ból w łydkach pojawia się po przejściu pewnej odległości. Czy mogłaby Pani oszacować, ile metrów może Pani przejść, zanim pojawi się ból?”

Dlaczego to pomaga?

Doprecyzowanie pozwala uzyskać szczegółowe informacje, co jest kluczowe w diagnostyce np. miażdżycy kończyn dolnych.

154

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Zadawanie pytań otwartych

✓ **Pielęgniarka:** „Jak te dolegliwości wpływają na Pani codzienne życie? Czy utrudniają wykonywanie codziennych czynności?”

Dlaczego to pomaga?

Pytania otwarte zachęcają pacjentkę do swobodnego wypowiedzenia się i dostarczają bardziej szczegółowych informacji.

155

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM – WYWIAD I TECHNIKI UŁATWIAJĄCE

• Przypadek kliniczny

Pacjent, 55-letni mężczyzna, zgłasza się do lekarza rodzinnego z powodu przewlekłego nadciśnienia tętniczego. Przyznaje, że nie zawsze przyjmuje leki i nie kontroluje regularnie ciśnienia. Jego dieta bogata jest w sól, a dodatkowo pali papierosy i prowadzi siedzący tryb życia. Lekarz chce dowiedzieć się, dlaczego pacjent nie stosuje się do zaleceń i zmotywować go do zmiany nawyków

Cel wywiadu

- Ocena stopnia dolegliwości i ich wpływu na codzienne życie.
- Zrozumienie stylu życia pacjentki oraz czynników ryzyka.
- Zbudowanie zaufania i nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej.

156

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Konfrontacja

✓ **Pacjent:** „Czuję się dobrze, więc nie widzę potrzeby brania leków codziennie. Poza tym, gdy już sprawdzam ciśnienie, nie jest aż tak wysokie.”

Pielęgniarka: „Rozumiem, że nie odczuwa Pan żadnych objawów. Jednak w badaniach wykazano, że nawet bezobjawowe nadciśnienie może prowadzić do udaru lub zawału. Z jednej strony mówi Pan, że zdrowie jest dla Pana ważne, a z drugiej – pomija Pan leki, które mogą Pana przed tym uchronić. Jak Pan to widzi?”

Dlaczego to pomaga?

Konfrontacja polega na zestawieniu sprzecznych wypowiedzi pacjenta i skłonieniu go do refleksji nad własnym zachowaniem. Należy stosować ją ostrożnie, aby nie wywołać reakcji obronnej.

157

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Refleksja

✓ **Pacjent:** „Wiem, że powinienem dbać o zdrowie, ale czasami po prostu nie mam motywacji, by zmieniać swoje nawyki.”

Pielęgniarka: „Brzmi to tak, jakby był Pan świadomy, że powinien coś zmienić, ale jednocześnie trudno jest Panu znaleźć do tego motywację.”

Dlaczego to pomaga?

Refleksja polega na powtarzaniu i interpretacji słów pacjenta, co pomaga mu lepiej zrozumieć własne myśli i uczucia.

158

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Empatia

✓ **Pacjent:** „Czasem wydaje mi się, że to wszystko nie ma sensu. Tyle ludzi pali i nie dba o dietę, a żyją długo. Dlaczego ja mam sobie wszystkiego odmawiać?”

Pielęgniarka: „Widzę, że czuje się Pan sfrustrowany i może nawet zniechęcony. Wiele osób w Pana sytuacji ma podobne myśli. Nie jest łatwo zmienić styl życia, ale ma Pan wpływ na swoje zdrowie.”

Dlaczego to pomaga?

Empatia pomaga pacjentowi poczuć się zrozumianym i akceptowanym, co buduje zaufanie i otwartość w rozmowie.

159

POMAGAMY SOBIE I PACJENTOWI



Techniki ułatwiające komunikację w trakcie wywiadu

Interpretacja

✓ **Pacjent:** „Zawsze miałem wrażenie, że lekarze tylko straszą chorobami, ale nigdy nie czułem, żeby coś mi naprawdę groziło.”

Pielęgniarka: „Być może unika Pan regularnych badań i leków, ponieważ nie chce Pan myśleć o chorobie? Czasem lepiej nie wiedzieć, bo wtedy nie trzeba się martwić.”

Dlaczego to pomaga?

Interpretacja pomaga pacjentowi dostrzec ukryte motywy swojego zachowania i spojrzeć na swoją sytuację z nowej perspektywy.

160

PODSUMOWANIE

Techniki ułatwiające komunikację pomagają w budowaniu relacji z pacjentem i skuteczniejszym prowadzeniu wywiadu.

W zależności od sytuacji można zastosować:

- Konfrontację, aby uświadomić pacjentowi sprzeczności w jego zachowaniu.
- Refleksję, by pomóc mu lepiej zrozumieć własne myśli i emocje.
- Empatię, aby stworzyć atmosferę zrozumienia i wsparcia.
- Interpretację, by pomóc pacjentowi dostrzec głębsze przyczyny swojego podejścia do zdrowia.

161

SCENARIUSZ ROZMOWY Z PACJENTEM

- **Kontekst kliniczny:** Pacjent z nadciśnieniem tętniczym, który nie stosuje się do zaleceń
- **Dane pacjenta:**
 - Imię: Jan
 - Wiek: 55 lat
- **Wywiad:**

Nadciśnienie tętnicze od 5 lat, palenie papierosów, brak aktywności fizycznej, nieregularne przyjmowanie leków
- **Obawy**

Nie czuje się chory, nie widzi sensu zmiany stylu życia, unika badań

162

ROZMOWA Z PACJENTEM

🧑 Pielęgniarka: „Dzień dobry, Panie Janie. Dziś porozmawiamy o Pana zdrowiu, szczególnie o nadciśnieniu tętniczym. Z tego, co widzę w dokumentacji, leki były przepisywane, ale nie zawsze są regularnie przyjmowane. Chciałabym lepiej zrozumieć, co sprawia, że tak się dzieje.”

🧑 Pacjent: „No wie Pani, jak się dobrze czuję, to po co mam brać tabletki? Poza tym i tak wszyscy chorują na serce, nawet ci, co zdrowo żyją.”

163

KONFRONTACJA

🧑 Pielęgniarka: „Rozumiem, że nie czuje Pan teraz żadnych dolegliwości, ale jednocześnie mówi Pan, że wszyscy i tak chorują na serce. Czy nie obawia się Pan, że brak leczenia może przyspieszyć rozwój choroby?”

🧑 Pacjent: „No niby tak, ale z drugiej strony... Moja ciotka nigdy nie leczyła ciśnienia i dożyła dziewięćdziesiątki.”

🧑 Pielęgniarka: „To ciekawe, co Pan mówi. Czyli z jednej strony uważa Pan, że można żyć długo mimo nadciśnienia, a z drugiej – przyznał Pan, że zna osoby, które zmarły z powodu problemów z sercem. Jak Pan sądzi, co miało na to wpływ?”

👉 Cel: Konfrontacja pozwala zwrócić uwagę pacjenta na niespójności w jego myśleniu i skłania go do refleksji.

164

REFLEKSJA

🧑 Pacjent: „Może faktycznie niektórzy umierają szybciej przez nadciśnienie, ale przecież ja mam dopiero 55 lat. Może jeszcze nie jest tak źle?”

🧑 Pielęgniarka: „Rozumiem, że czuje się Pan dobrze i nie zauważa Pan żadnych objawów. Brzmi to tak, jakby uważał Pan, że nie ma potrzeby działać już teraz. Czy tak?”

🧑 Pacjent: „No właśnie... Tak naprawdę nie wiem, czy to ma sens. Mam wrażenie, że lekarze tylko straszą.”

👉 Cel: Refleksja pomaga pacjentowi lepiej zrozumieć jego własne podejście i obawy.

165

EMPATIA

- 🧑 Pielęgniarka: „Rozumiem, że może Pan mieć takie wrażenie. Wiele osób w Pana sytuacji czuje podobnie – że lekarze przesadzają i że nie warto się martwić na zapas. Wiem, że trudno jest zmieniać nawyki, zwłaszcza gdy nie widzi się natychmiastowych efektów.”
- 🧑 Pacjent: „No właśnie! Przecież nic mi nie dolega. Mam się katować dietą i lekami, a może nic mi nie będzie?”
- 🧑 Pielęgniarka: „Rozumiem, że obawia się Pan, że te zmiany mogą być dla Pana uciążliwe. Nie chce Pan rezygnować z tego, co lubi, jeśli nie widzi Pan zagrożenia. To zupełnie naturalne.”
- 👉 Cel: Empatia sprawia, że pacjent czuje się zrozumiany, co zwiększa jego otwartość na rozmowę.

166

INTERPRETACJA

- 🧑 Pielęgniarka: „Zastanawiam się, czy unikanie leków i wizyt kontrolnych nie wynika trochę z tego, że wolałby Pan nie myśleć o swoim zdrowiu? Czasem łatwiej jest ignorować problem, niż się z nim zmierzyć.”
- 🧑 Pacjent: „Może coś w tym jest... Nie lubię chodzić do lekarzy. Jak coś mi dolega, to dopiero wtedy się tym zajmuję.”
- 🧑 Pielęgniarka: „To zupełnie normalne, że chce Pan żyć bez stresu i nie zamartwiać się chorobami. Ale jeśli będzie Pan czekał, aż pojawią się poważne objawy, może być już trudniej je kontrolować. Może warto działać teraz, kiedy ma Pan jeszcze wybór?”
- 🧑 Pacjent: „Może ma Pani rację... No dobrze, mogę spróbować częściej mierzyć ciśnienie. I postaram się pamiętać o tabletkach.”
- 👉 Cel: **Interpretacja pomaga pacjentowi dostrzec jego ukryte przekonania i znaleźć motywację do działania.**

167

PODSUMOWANIE

- **Dzięki zastosowaniu konfrontacji, refleksji, empatii i interpretacji udało się:**
- Skłonić pacjenta do przemyśleń na temat jego postępowania.
- Pokazać mu sprzeczności w jego myśleniu bez krytykowania.
- Zbudować relację opartą na zrozumieniu i szacunku.
- Zmienić jego podejście – choć nie jest jeszcze gotowy na rewolucję, wykonał pierwszy krok.

168

UTRUDNIENIA W KOMUNIKACJI

Pacjent

- brudny, nieprzyjemnie pachnie,
- wrogo nastawiony,
- stosuje oszustwa, uniki,
- małomówny,
- nadmiernie gadatliwy,
- depresyjny,
- manipuluje,
- nadużywa alkoholu, narkotyków.

Personel

- problemy usposobienia (nieuprzejmy, władczy),
- problemy emocjonalne (zmęczony, niewyspany),
- problemy w życiu osobistym (rodzinne, alkohol),
- zespół wypalenia,
- brak wsparcia,
- konflikt interesów – postawa: etyczna, menedżerska,
- komercyjna.

169

UTRUDNIENIA W KOMUNIKACJI

Trudności w komunikacji mogą wynikać zarówno z cech pacjenta, jak i personelu.

Kluczowe techniki radzenia sobie to:

- **Empatia** – zrozumienie emocji pacjenta.
- **Konfrontacja** – pokazanie pacjentowi sprzeczności w jego zachowaniu.
- **Refleksja** – powtarzanie słów pacjenta w celu uświadomienia mu jego emocji.
- **Interpretacja** – sugerowanie ukrytych powodów zachowania.

170

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

1. Pacjent brudny, nieprzyjemnie pachnie

- **Przykład:**

Pielęgniarka podchodzi do pacjenta w izbie przyjęć. Pacjent jest zaniedbany, odzież jest brudna, a zapach nieprzyjemny. Personel stara się zachować profesjonalizm, ale nieświadomie utrzymuje większy dystans i ogranicza kontakt wzrokowy. Pacjent zauważa to i reaguje nieufnie:
 „Widzę, że panią odrzuca mój wygląd! I tak wszyscy na mnie patrzą jak na śmiecia.”

- **Pielęgniarka (zachowując empatię):**

„Widzę, że może się Pan czuć niekomfortowo. Chcę Panu pomóc, ale do tego musimy ze sobą współpracować. Czy mogę coś dla Pana zrobić, by poczuł się lepiej?”

-  **Trudność:** Personel może odczuwać dyskomfort, a pacjent może interpretować to jako brak szacunku.

171

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

2. Pacjent wrogo nastawiony

- **Przykład:**

Pacjent przychodzi na wizytę kontrolną i od samego początku jest agresywny. Podnosi głos i mówi:

 „Znowu te same pytania! Po co to wszystko? I tak nikt mi nie pomoże!”

- **Pielęgniarka (stosując technikę refleksji):**

„Rozumiem, że czuje się Pan sfrustrowany i że ma Pan wrażenie, że nikt nie może Panu pomóc. Co dokładnie sprawia, że tak Pan uważa?”

-  **Trudność:** Wrogość pacjenta może wynikać z wcześniejszych złych doświadczeń lub lęku przed diagnozą.

172

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

3. Pacjent stosuje oszustwa, uniki

- 📌 **Przykład:**

Pacjent z cukrzycą twierdzi, że przestrzega diety i regularnie przyjmuje leki. Jednak wyniki badań wskazują na wysokie poziomy glukozy.

🗣️ „Tak, oczywiście, że biorę leki... no, prawie codziennie... no dobra, czasem zapomnę.”

- 👩 **Pielęgniarka (stosując konfrontację):**

„Z jednej strony mówi Pan, że przyjmuje leki, a z drugiej – wyniki badań pokazują coś innego. Może spróbujemy wspólnie znaleźć sposób, by ułatwić Panu pamiętanie o nich?”

- 👉 **Trudność:** Pacjenci czasem ukrywają prawdę, bo boją się oceny lub konsekwencji.

173

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

4. Pacjent małomówny

- 📌 **Przykład:**

Pacjent odpowiada jedynie „tak” lub „nie” na pytania dotyczące samopoczucia, nie rozwijając wypowiedzi.

👩 **Pielęgniarka:** „Czy czuje Pan ból?”

👨 **Pacjent:** „Tak.”

👩 „Gdzie dokładnie?”

👨 „Brzuch.”

👩 „Czy może Pan opisać ten ból? Jest ostry czy tępy?”

- 👉 **Trudność:** Pacjent może być nieśmiały, wycofany lub odczuwać ból, co utrudnia uzyskanie pełnych informacji.

174

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

5. Pacjent nadmiernie gadatliwy

- **Przykład:**

Podczas wywiadu pacjent opowiada o różnych niezwiązanych tematach – o swojej rodzinie, polityce, pogodzie.



Pielęgniarka (stosując technikę klaryfikacji):

„Dziękuję, że dzieli się Pan swoimi doświadczeniami. Teraz chciałabym wrócić do Pana zdrowia – mówił Pan wcześniej o bólu w klatce piersiowej. Czy może Pan powiedzieć, kiedy dokładnie się pojawia?”

-  **Trudność:** Nadmierna gadatliwość może utrudniać zebranie istotnych informacji.

175

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

6. Pacjent depresyjny

- **Przykład:**

Pacjent ze zdiagnozowaną depresją mówi:

 „To i tak nie ma sensu. Nawet jak wezmę leki, to nic się nie zmieni.”



Pielęgniarka (stosując empatię):

„Słyszę, że jest Panu bardzo trudno. Czy chciałby Pan porozmawiać o tym, co sprawia, że tak się Pan czuje?”

-  **Trudność:** Pacjent może być apatyczny i niechętny do współpracy.

176

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

7. Pacjent manipuluje

-  **Przykład:**
Pacjent żąda wypisania dodatkowych leków przeciwbólowych, mimo że nie ma wskazań medycznych.
 „Proszę mi dać mocniejsze tabletki! Bez nich nie dam rady! Jak nie przepisze, pójdę do innego lekarza!”
 **Pielęgniarka (stosując technikę interpretacji):**
„Rozumiem, że zależy Panu na zmniejszeniu bólu. Czy mogę zaproponować inne metody, które mogą pomóc bez ryzyka uzależnienia?”
-  **Trudność:** Pacjent może próbować wymusić decyzję na personelu.

177

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI ZE STRONY PERSONELU

- Trudności w komunikacji ze strony personelu mogą wynikać z:
- Braku profesjonalizmu (władczość, nieuprzejmość).
- Problemów emocjonalnych (zmęczenie, wypalenie zawodowe).
- Kłopotów osobistych, które wpływają na pracę
- Braku wsparcia w zespole.
- Konflikty między dobrem pacjenta a polityką placówki.

178

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI ZE STRONY PERSONELU

1. Problemy usposobienia (nieuprzejmy, władczy personel)

- **Przykład:**

Pacjent zgłasza pielęgniarce, że czuje ból pooperacyjny i prosi o środek przeciwbólowy.

 **Pacjent:** „Bardzo boli mnie rana po operacji. Czy mogę dostać coś przeciwbólowego?”

 **Pielęgniarka (nieuprzejmie):** „Przecież już dostał Pan lek! Nie będę Panu co chwilę czegoś podawać.”

 **Pacjent:** „Ale ból naprawdę jest silny...”

 „Proszę nie przesadzać. To normalne po operacji.”

-  **Trudność:** Brak empatii i władcze podejście mogą sprawić, że pacjent przestanie zgłaszać swoje potrzeby, co może negatywnie wpłynąć na jego stan zdrowia.

179

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI ZE STRONY PERSONELU

2. Problemy emocjonalne (zmęczony, niewyspany personel)

- **Przykład:**

Lekarz ma dyżur od 24 godzin i jest bardzo zmęczony. Pacjent chce zadać dodatkowe pytania dotyczące swojego leczenia.

 **Pacjent:** „Doktorze, czy może mi Pan jeszcze raz wyjaśnić, jakie będą kolejne kroki leczenia?”

 **Lekarz (zmęczonym głosem):** „Już to tłumaczyłem. Proszę się zastosować do zaleceń, bo naprawdę nie mam teraz czasu.”

-  **Trudność:** Zmęczenie personelu może prowadzić do braku cierpliwości i uprzejmości, co wpływa na komfort pacjenta.

180

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI ZE STRONY PERSONELU

3. Problemy w życiu osobistym (rodzinne, alkohol)

-  **Przykład:**
Pielęgniarka przeżywa trudności rodzinne i jest rozdrażniona. W trakcie rozmowy z pacjentem reaguje nieadekwatnie.
 **Pacjent:** „Nie czuję się najlepiej, może coś jest nie tak?”
 **Pielęgniarka (zirytowana):** „Naprawdę? Czy musi Pan ciągle coś zgłaszać? Nie jestem tu tylko dla Pana!”
-  **Trudność:** Problemy osobiste mogą wpływać na sposób komunikacji z pacjentami i prowadzić do nieprofesjonalnych zachowań.

181

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI ZE STRONY PERSONELU

4. Zespół wypalenia zawodowego

-  **Przykład:**
Doświadczona pielęgniarka, po wielu latach pracy, czuje się zniechęcona i wypalona. Przestała angażować się w kontakt z pacjentami.
 **Pacjent:** „Czy mogę poprosić o pomoc w zmianie pozycji? Plecy mnie bolą.”
 **Pielęgniarka (apatycznie):** „Za chwilę ktoś przyjdzie.” (Po czym ignoruje pacjenta przez dłuższy czas.)
-  **Trudność:** Wypalenie zawodowe prowadzi do braku zaangażowania i empatii wobec pacjentów.

182

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI ZE STRONY PERSONELU

5. Brak wsparcia ze strony zespołu

-  **Przykład:**
Nowa pielęgniarka zaczyna pracę na oddziale i nie otrzymuje wsparcia od bardziej doświadczonych kolegów. W efekcie jest niepewna i popełnia błędy w komunikacji.
 **Nowa pielęgniarka:** „Nie jestem pewna, jak podejść do tego pacjenta, czy możecie mi pomóc?”
 **Starsza pielęgniarka:** „Poradzisz sobie, to nie jest trudne.” (Odchodzi, nie udzielając wsparcia.)
-  **Trudność:** Brak wsparcia w zespole medycznym może prowadzić do obniżenia jakości opieki nad pacjentami.

183

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W KOMUNIKACJI ZE STRONY PERSONELU

6. Konflikt interesów – postawa etyczna vs. menedżerska vs. komercyjna

-  **Przykład:**
Pacjent wymaga droższego leczenia, ale szpital chce ograniczyć koszty. Lekarz jest w konflikcie między dobrem pacjenta a polityką placówki.
 **Lekarz:** „Zgodnie z wytycznymi, powinienem zaproponować Panu nowoczesne leczenie, ale niestety nasza placówka go nie refunduje. Może Pan spróbować prywatnie...”
-  **Trudność:** Konflikt między etyką a polityką finansową placówki może wpłynąć na decyzje medyczne.

184

JAK LIKWIDOWAĆ BARIERY W KOMUNIKACJI ?

- Nie zakładaj, że wiesz co jest największym problemem pacjenta
- Nie dawaj choremu fałszywej nadziei
- Nie pocieszaj pacjenta na siłę („wszystko będzie dobrze“)
- Nie czuj się zobowiązany do podtrzymywania rozmowy przez cały czas
- Nie kłam
- Nie krytykuj
- Nie osądzaj
- Nie dawaj gotowych rad na rozwiązanie problemów pacjenta
- Nie mów że wiesz co czuje pacjent jeśli tego nie wiesz
- Nie zaprzeczaj uczuciom pacjenta
- Staraj się nie poruszać tematów związanych z religią, polityką

185

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

1. Nie zakładaj, że wiesz, co jest największym problemem pacjenta

- 🚫 **Zła praktyka:**
👤 „Wiem, że najbardziej martwi się Pan bólem.”
👤 **Pacjent:** „Nie, tak naprawdę boję się, że nie będę w stanie wrócić do pracy.”
- ✅ **Lepsze podejście:**
👤 „Co jest dla Pana w tej sytuacji największym wyzwaniem?”
- 🙋 **Dlaczego to działa?** Pozwala pacjentowi samodzielnie określić, co jest dla niego najważniejsze.

186

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

2. Nie dawaj choremu fałszywej nadziei

-  **Zła praktyka:**
 „Na pewno wszystko będzie dobrze, proszę się nie martwić.”
-  **Pacjent:** „Ale lekarz powiedział, że to poważna choroba... Czy Pan mnie oszukuje?”
-  **Lepsze podejście:**
 „Zrobimy wszystko, co w naszej mocy, aby Panu pomóc. Chcę, żebyśmy omówili dostępne możliwości leczenia.”
-  **Dlaczego to działa?** Unika składania obietnic, których nie można dotrzymać.

187

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

3. Nie pocieszaj pacjenta na siłę („wszystko będzie dobrze”)

-  **Zła praktyka:**
 „Nie ma się czym martwić, inni pacjenci radzą sobie z tym świetnie.”
-  **Pacjent:** „Dla nich może tak, ale ja naprawdę się boję.”
-  **Lepsze podejście:**
 „Widzę, że ta sytuacja jest dla Pana trudna. Chciałby Pan o tym porozmawiać?”
-  **Dlaczego to działa?** Daje pacjentowi przestrzeń do wyrażenia swoich uczuć.

188

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

4. Nie czuj się zobowiązany do podtrzymywania rozmowy przez cały czas

- ✖ **Zła praktyka:**
🗑️ „Musimy ciągle rozmawiać, żeby pacjent nie czuł się źle.”
- ✔ **Lepsze podejście:**
🗑️ „Jeśli chce Pan chwilę pomyśleć lub odpocząć, mogę poczekać.”
- 🗑️ **Dlaczego to działa?** Nie każdy pacjent czuje się komfortowo z ciągłą rozmową.

189

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

5. Nie kłam, nie krytykuj, nie osądzaj

- ✖ **Zła praktyka:**
🗑️ „Jeśli Pan nie rzuci palenia, to nie ma sensu Pana leczyć.”
- ✔ **Lepsze podejście:**
🗑️ „Palenie może utrudniać leczenie, ale jeśli jest Pan gotów, możemy poszukać sposobów, które pomogą w zmianie nawyków.”
- 🗑️ **Dlaczego to działa?** Unika krytyki i osądzania, które mogą zniechęcić pacjenta do współpracy.

190

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

6. Nie dawaj gotowych rad na rozwiązanie problemów pacjenta

- 🚫 **Zła praktyka:**
👤 „Po prostu przestań się stresować i będzie lepiej.”
- ✅ **Lepsze podejście:**
👤 „Jakie metody radzenia sobie ze stresem pomagały Panu w przeszłości?”
- 🙋 **Dlaczego to działa?** Pozwala pacjentowi znaleźć rozwiązanie, które najlepiej pasuje do jego sytuacji.

191

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

7. Nie mów, że wiesz, co czuje pacjent, jeśli tego nie wiesz

- 🚫 **Zła praktyka:**
👤 „Wiem dokładnie, jak się Pan czuje.”
👤 **Pacjent:** „Naprawdę? A był Pan kiedyś w mojej sytuacji?”
- ✅ **Lepsze podejście:**
👤 „Nie mogę w pełni zrozumieć, przez co Pan przechodzi, ale chcę pomóc.”
- 🙋 **Dlaczego to działa?** Daje pacjentowi poczucie, że jest słuchany, bez narzucania własnych interpretacji.

192

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

8. Nie zaprzeczaj uczuciom pacjenta

- ✖ **Zła praktyka:**
🧑 „Nie ma się czego bać.”
🧑 **Pacjent:** „Łatwo Panu mówić, to ja muszę przez to przejść.”
- ✔ **Lepsze podejście:**
🧑 „Widzę, że ta sytuacja Pana niepokoi. Może mogę coś zrobić, żeby pomóc Panu poczuć się bezpieczniej?”
- 👉 **Dlaczego to działa?** Uznaje emocje pacjenta zamiast je bagatelizować.

193

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

9. Staraj się nie poruszać tematów związanych z religią, polityką

- ✖ **Zła praktyka:**
🧑 „Ja też nie wierzę w skuteczność tej terapii, ale takie są procedury.”
- ✔ **Lepsze podejście:**
🧑 „Najważniejsze jest dla mnie Pana zdrowie. Skupmy się na dostępnych możliwościach leczenia.”
- 👉 **Dlaczego to działa?** Pozwala uniknąć niepotrzebnych kontrowersji i skupić się na pacjencie.

194

PRZYKŁADY SKUTECZNEGO LIKWIDOWANIA BARIER W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

Aby skutecznie likwidować bariery w komunikacji:

- Słuchaj pacjenta i pozwól mu wyrażać swoje uczucia.
- Nie dawaj fałszywej nadziei ani gotowych rozwiązań.
- Bądź szczery i unikaj oceniania.
- Dostosuj rozmowę do emocji pacjenta.

195

WYWIAD

- **pytania otwarte**- wprowadzenie, zainteresowanie się ogólną sytuacją rodziny
- **pytania wprost** (np. czy boli brzuch?)
- **pytania o objawy**
- **podsumowanie**
- **przewidywania**

196

PRZYKŁADY PYTAŃ W WYWIADZIE

Przypadek kliniczny

- Pacjent, 52-letni mężczyzna, zgłasza się do poradni z powodu bólu brzucha, utrzymującego się od kilku tygodni.
- Zgłasza również zgagę, uczucie pełności po posiłkach i sporadyczne nudności.
- Ma historię nadciśnienia tętniczego i palenia papierosów.

197

PYTANIA OTWARTE (WPROWADZAJĄCE, ZAINTERESOWANIE SYTUACJĄ PACJENTA)

✓ Przykłady:

- „Co Pana dzisiaj do nas sprowadza?”
- „Czy mógłby Pan opowiedzieć, od kiedy pojawiły się te dolegliwości?”
- „Jak ten problem wpływa na Pana codzienne funkcjonowanie?”
- „Czy zauważył Pan jakieś zmiany w swojej diecie lub stylu życia, które mogą mieć wpływ na te objawy?”

👉 **Cel:** Pozwala pacjentowi swobodnie opisać problem bez narzucania kierunku rozmowy.

198

PYTANIA WPROST (KONKRETNE, ZAMKNIĘTE PYTANIA DOTYCZĄCE OBJAWÓW)

✓ Przykłady:

- „Czy ból brzucha jest stały, czy pojawia się okresowo?”
- „Czy ból nasila się po jedzeniu?”
- „Czy miał Pan wymioty lub gorączkę?”
- „Czy zauważył Pan zmianę koloru stolca lub krwi w stolcu?”

👉 **Cel:** Uzyskanie jasnych odpowiedzi na konkretne kwestie.

199

PYTANIA O OBJAWY (SZCZEGÓŁOWE PYTANIA DOTYCZĄCE OBJAWÓW)

✓ Przykłady:

- „Jak Pan opisałby ten ból – czy jest tępy, ostry, piekący?”
- „Czy ból promieniuje do innych części ciała, np. do pleców?”
- „Czy występują inne objawy, np. utrata apetytu, wzdęcia, utrata masy ciała?”
- „Czy zauważył Pan, że niektóre potrawy nasilają ból?”
- „Czy ból jest silniejszy rano, wieczorem, czy niezależnie od pory dnia?”

👉 **Cel:** Pomaga określić charakter, nasilenie i przyczynę dolegliwości.

200

POPRAWNIE PRZEPROWADZONY WYWIAD ZAWIERA

- **Pytania otwarte** – pozwalają pacjentowi swobodnie opisać problem.
- **Pytania wprost** – pomagają uzyskać konkretne informacje.
- **Pytania o objawy** – określają charakter i przyczynę dolegliwości.
- **Podsumowanie** – upewnia się, że wszystkie istotne informacje zostały zebrane.
- **Przewidywania** – przygotowują pacjenta na dalsze kroki diagnostyczne i leczenie.

201

GŁÓWNE SKŁADNIKI NASZEGO WYWIADU

1. dane osobowe,
2. skargi główne,
3. rozwinięcie skarg głównych,
4. przebyte choroby, urazy,
5. wywiad noworodkowy,
6. wywiad dotyczący żywienia,
7. dotychczasowy rozwój,
8. szczepienia,
9. inne objawy,
10. wywiad rodzinny,
11. wywiad socjalny



202

DANE OSOBOWE

- Dane takie jak imię, nazwisko, wiek, płeć, adres, zwykle znajdują się już w dokumentacji medycznej.
- Data i miejsce urodzenia; zdrobnienia; imiona rodziców
(i nazwiska każdego z nich, jeśli są różne).



203

SKARGI GŁÓWNE

- Pierwszym etapem wywiadu klinicznego jest zebranie informacji na temat
- **AKTUALNYCH DOLEGLIWOŚCI pacjenta i DOTYCHCZASOWEGO PRZEBIEGU CHOROBY.**
- Zadając pytania, dotyczące skargi głównej, postaraj się poznać potencjalny RODZAJ PROCESU CHOROBOWEGO.
- W zależności od RODZAJU OBJAWÓW i DYNAMIKI ICH PRZEBIEGU,
- można wysunąć wstępne wnioski diagnostyczne.

204

SKARGI GŁÓWNE

- Dolegliwości pacjenta, które są powodem zgłoszenia się do lekarza.
- Powinny być zapisane krótko; w miarę możliwości słowami pacjenta
- należy wpisać rzeczywiste dolegliwości,
a nie rozpoznanie, nawet jeżeli jest ono sugerowane
- Ustal, czy budzą one niepokój pacjenta, rodzica (opiekunów) lub jakiejs innej osoby.



205

SKARGA GŁÓWNA - RODZAJE PROCESÓW CHOROBOWYCH

Na ogół szybki rozwój, od kilku godzin do kilku dni	Często nagły początek	Dynamika zmian bywa różna, od godzin po miesiące	Powolny początek, rozwój choroby trwa tygodniami
Gorączka oraz dolegliwości wskazujące na zmiany ogniskowe, np. kaszel, katar, wymioty, biegunka	CALOR (wzmoczone ciepłota), RUBOR (zaczerwienienie), TUMOR (opuchlizna), DOLOR (ból), FUNCTIO LAESA (zaburzenie pełnionej funkcji)	Stąły postęp choroby, np. cukrzyca	Niezamierzona utrata masy ciała, zmęczenie
ZAKAŻENIE	ZAPALENIE	ZABURZENIA METABOLICZNE	PROCES ROZROSTOWY
Nagły początek, bardzo szybki rozwój objawów	Nagły początek	Objawy rozwijają się nagle, w ciągu godzin	Początek wystąpienia objawów jest stopniowy, zauważalną zmianę dokonują się na przestrzeni miesięcy-lat
Dolegliwości związane z kontaktem z toksyczną substancją	Dane z wywiadu wskazują na przyczynę dolegliwości	Szybkie narastanie towarzyszących objawów fizykalnych, np. w przypadku niedokrwienia kończyn, dotrądo do już nagłego znieczulenia	Zaostrzenie występujących wcześniej objawów
ZATRUCIE	URAZ	ZMIANY NACZYNNOWE	ZMIANY ZWYRODNIENIOWE

206

OBECNA CHOROBA



- Ustal, jak każdy członek rodziny reaguje na objawy chorobowe,
- dlaczego się martwi

207

SKARGA - BÓL

- Wyróżnia się 3 rodzaje bólu:

- 1) BÓL TRZEWNY,
- 2) BÓL SOMATYCZNY,
- 3) BÓL ODNIESIONY.

208

SKARGA - BÓL

Ból trzewny:

- 1) TĘPY, SŁABO ODGRANICZONY, BEZ TOWARZYSZĄCEJ OBRONY MIĘŚNIOWEJ,
- 2) wynika z podrażnienia receptorów w określonym narządzie – np. wskutek nadmiernego rozciągania lub skurczu narządów, niedokrwienia, działania czynników chemicznych i zapalnych,
- 3) jest przewodzony przez autonomiczne włókna nerwowe – częściej jest BOLEM RZUTOWANYM niż umiejscowionym bezpośrednio w miejscu zajętego organu.
- 4) często współwystępują z nim OBJAWY WEGETATYWNE
- np. wymioty, biegunka, zmiany ciśnienia tętniczego,
- 5) NASILA SIĘ W SPOCZYNKU, słabnie przy wykonywaniu ruchów,
- 6) przykłady: KOLKA NERKOWA, KOLKA ŻÓŁCIOWA.

209

SKARGA - BÓL

• Ból somatyczny:

- 1) OSTRY, DOBRZE ODGRANICZONY, STAŁY, często związany z lokalną tkliwością oraz występowaniem OBRONY MIĘŚNIOWEJ,
- 2) powstaje w wyniku podrażnienia lub zapalenia otrzewnej ściennej,
- 3) jest przewodzony przez nerwy somatyczne, może mu towarzyszyć przeculica skóry,
- 4) ruch nasila dolegliwości bólowe,
- 5) przykłady: ZAPALENIE OTRZEWNEJ, PERFORACJA WRZODU TRAWIENNEGO.

210

SKARGA - BÓL

- Ból odniesiony:
 - 1) odczuwany POWIERZCHOWNIE w miejscu ODDALONYM OD ŹRÓDŁA, w obrębie skóry lub mięśni,
 - 2) powstaje w wyniku zbieżności (konwergencji) włókien nerwowych na tym samym poziomie rdzenia kręgowego,
 - 3) przykładem bólu odniesionego jest: ból w okolicy pleców i prawej łopatki, towarzyszący chorobom dróg żółciowych.

211

DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE - CHARAKTERYSTYKA

- Dolegliwości bólowe można scharakteryzować, korzystając z mnemotechniki **SOCRATES**:
 - **Site** – umiejscowienie bólu,
 - **Onset** – początek bólu, okoliczności jego pojawienia się,
 - **Character** – rodzaj bólu - np. ostry, tępy, kłujący, palący, gniotący,
 - **Radiation** – promieniowanie bólu do innych okolic ciała,
 - **Associated symptoms** – objawy współistniejące - np. nudności, poty, omdlenie,
 - **Timing (duration)** – czas trwania, przebieg, zmiany intensywności,
 - **Exacerbating/relieving factors** – czynniki nasilające i zmniejszające natężenie bólu,
 - **Severity** – nasilenie bólu - do jego określenia można użyć np. skali VAS.

212

SCHEMAT ZBIERANIA DANYCH OLD CART

OLD CART to metoda używana w medycynie do systematycznego zbierania informacji o objawach. Pomaga w dokładnym określeniu ich charakterystyki, co ułatwia postawienie diagnozy.

- O** - „onset” - początek , kiedy się pojawił problem, przy jakich czynnościach, porze itp..
- L** - „location” - lokalizacja dolegliwości - prosimy o lokalizację jednym palcem
- D** - „duration” - czas trwania dolegliwości (jak długo)
- C** - „characteristics” - charakter bólu
- A** - „aggravating” - czynniki pogarszające
- R** - „relieving” - czynniki łagodzące
- T** - „treatment” - jakie pacjent zażywa leki.

213

OLD CART

• O - POCZĄTEK

- od kiedy pacjent ma taki objaw,
- kiedy pojawił się
- nagle, czy powoli
- czy coś wykonywał? (w spoczynku, w ruchu, co robił?)
- o jakiej porze dnia (rano, czy wieczorem)
- ból nagle, czy narastał?



214

OLD CART

• L - LOKALIZACJA

- gdzie zlokalizowana dolegliwość, konkretnie ma wskazać !
- jeżeli ból - zlokalizować za pomocą jednego palca, wskazanie bólu ma wartość diagnostyczną(czasami nie jest w stanie wskazać za pomocą jednego palca)
- ból brzucha , gdzie najsilniej promieniuje....., np. z pęcherzyka żółciowego pod prawy łuk żebrowy, do pleców...
- **wskazanie całą ręką = objaw Lewina = ból serca, wskazanie jednym palcem , to nie ból ze strony serca, inne pochodzenie np. nerwica**
- czy ból przemieszcza się w czasienp. wyrostek robaczkowy, w trakcie z pępka rozlewa się na prawy kwadrant.....

215

OLD CART

• CZAS TRWANIA

- jak długo trwa.. np. duszność (od jak długo odczuwasz?), gdy nie jasna odpowiedź to pomagamy określić dokładność tego czasu, jeżeli np. od miesiąca, czy np., odczuwałeś podczas Bożego narodzenia, Wielkiej nocy, w okolicy urodzin....= **dostarczamy WYZNACZNIKA CZASU, wówczas łatwiej się orientują!**
- Np. ból żołądka od wczoraj, czy przed obiadem, czy po..., czy przed kolacją, czy po...(odnośniki czasu muszą być podkładem!)

216

OLD CART

• C - CHARAKTER DOLEGLIWOŚCI

- ostry czy tępy ból, ćmiący, piekący, rozpierający, przeszywający (określić z pacjentem!)
- przez cały czas się utrzymuje, czy pojawia się i znika
- zmienia się, czy narasta
- czy od narastającego do znikającego, czy odwrotnie...
- czy nagle znika, czy powoli, czy nagle narasta czy powoli...
- tak jak ból, - duszność, nudności, zaburzenia równowagi, zaburzenia orientacji

217

OLD CART

• A - CZYNNIKI POGARSZAJĄCE

- **okoliczności mogące pogorszyć ten objaw, często pacjent na początku nie potrafi odpowiedzieć, należy dać kilka opcji:**
- np. **ból nogi**
- siedzi, czy chodzi
- gorszy rano, czy wieczorem
- co zmniejsza ten ból
- ciepło, czy zimno

218

OLD CART

• R - CZYNNIKI ŁAGODZĄCE

- co sprawia, że dolegliwość się zmniejsza, znika np., uniesienie nogi, chodzenie, odpoczynek....., czy dany lek

219

OLD CART

• T - ZASTOSOWANE LECZENIE

- co zastosował w domu, aby pomóc sobie z tą dolegliwością...
- leki bez recepty, czy czyjeś leki?
- Zimno, ciepło...
- Inne niekonwencjonalne metody leczenia..., które np. rodzina zasugerowała tzn. spać w fotelu, by duszność się zmniejszyła!

220

PRZYJMOWANE LEKI

Pamiętaj, by zapytać o:

- 1) leki przyjmowane na stałe NA RECEPTĘ,
- 2) leki przyjmowane BEZ RECEPTY – w tym środki stosowane w ramach medycyny alternatywnej,
- 3) SUPLEMENTY DIETY.

Warto pogłębić wywiad o pytania dotyczące:

- 1) REGULARNEGO PRZYJMOWANA LEKÓW,
- 2) PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ LEKARSKICH,
- 3) ostatnich zmian w leczeniu,
- 4) wizyt kontrolnych.

221

PRZYKŁAD WYWIADU OLD CART – PACJENT ZE ŚWIADEM

🗣️ „Kiedy po raz pierwszy zauważyła Pani świąd?”

🗣️ **Pacjentka:** „Okolo miesiąc temu, początkowo było to sporadyczne, ale teraz zdarza się codziennie.”

🗣️ „Czy swędzenie dotyczy konkretnego miejsca, czy obejmuje całe ciało?”

🗣️ **Pacjentka:** „Zaczęło się od nóg, ale teraz swędzi mnie również brzuch i ręce.”

🗣️ „Jak długo trwa świąd, gdy się pojawia?”

🗣️ **Pacjentka:** „Czasami tylko kilka minut, ale bywają dni, kiedy trwa godzinami i trudno mi zasnąć.”

🗣️ „Jak by Pani opisała to swędzenie? Czy to uczucie pieczenia, mrowienia, czy bardziej łaskotanie?”

🗣️ **Pacjentka:** „To bardzo intensywne swędzenie, które zmusza mnie do drapania. Po podrapaniu skóra staje się zaczerwieniona.”

🗣️ „Czy coś sprawia, że swędzenie się nasila?”

🗣️ **Pacjentka:** „Najgorzej jest wieczorem i po gorącej kąpieli. Swędzenie nasila się również, gdy skóra jest sucha.”

🗣️ „Czy coś przynosi ulgę?”

🗣️ **Pacjentka:** „Pomaga chłodna woda i balsamy nawilżające, ale tylko na chwilę.”

🗣️ „Czy stosowała Pani jakieś leki lub domowe sposoby na złagodzenie swędzenia?”

🗣️ **Pacjentka:** „Próbowałam kremów z apteki, ale efekt był krótkotrwały. Nie brałam żadnych leków przeciwhistaminowych.”

222

PRZYKŁAD WYWIADU OLD CART – PACJENT Z BÓLEM BRZUCHA

- 🧑 Pielęgniarka: „Chciałabym zadać Panu kilka pytań, aby lepiej zrozumieć Pana dolegliwości.”
- **O (Początek)** 🗣️ Pacjent: „Ból zaczął się dwa tygodnie temu po obfitym posiłku.”
- **L (Lokalizacja)** 🗣️ Pacjent: „Ból jest w nadbrzuszu, trochę po prawej stronie. Czasem czuję go też w plecach.”
- **D (Czas trwania)** 🗣️ Pacjent: „Pojawia się głównie po jedzeniu i trwa około dwóch godzin.”
- **C (Charakter bólu)** 🗣️ Pacjent: „To piekący, gniotący ból, czasami bardzo intensywny.”
- **A (Czynniki nasilające)** 🗣️ Pacjent: „Najgorzej jest po tłustych i smażonych potrawach.”
- **R (Czynniki łagodzące)** 🗣️ Pacjent: „Pomaga mi mleko albo tabletki zobojętniające kwas.”
- **T (Leczenie)** 🗣️ Pacjent: „Brałem leki na zgagę, ale nie zawsze działają.”

223

SCHEMAT ZBIERANIA DANYCH AMPLE

- **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)

224

PRZYKŁAD WYWIADU WEDŁUG SCHEMATU AMPLE

- Pacjent, 62-letni mężczyzna, został przywieziony na oddział ratunkowy po zasztambnięciu na ulicy. Świadkowie zgłosili, że przez kilka minut był nieprzytomny, ale odzyskał świadomość przed przyjazdem karetki.

225

PRZYKŁAD WYWIADU WEDŁUG SCHEMATU AMPLE

- ✳ **A (Allergies) – Alergie** 🧑 „Czy ma Pan jakieś alergie na leki, pokarmy lub inne substancje?”
- 🧑 Pacjent: „Tak, jestem uczulony na penicylinę. Po jej podaniu dostaję silnej wysypki.”
- ✳ **M (Medications) – Przyjmowane leki** 🧑 „Czy przyjmuje Pan obecnie jakieś leki na stałe?”
- 🧑 Pacjent: „Tak, biorę leki na nadciśnienie – ramipryl i amlodipinę. Od czasu do czasu biorę też aspirynę.”
- ✳ **P (Past medical history) – Przeszłość chorobowa** 🧑 „Na jakie choroby Pan się leczył lub leczy?”
- 🧑 Pacjent: „Mam nadciśnienie tętnicze od 10 lat, a rok temu miałem niewielki udar.”
- ✳ **L (Last meal) – Ostatni posiłek** 🧑 „Kiedy ostatnio Pan coś jadł?”
- 🧑 Pacjent: „Okolo 5 godzin temu, zjadłem kanapkę i wypilem kawę.”
- ✳ **E (Environment) – Okoliczności zdarzenia** 🧑 „Co dokładnie się stało, zanim stracił Pan przytomność?”
- 🧑 Pacjent: „Szedłem ulicą, poczułem nagłe osłabienie i zawroty głowy. Próbowałem usiąść, ale straciłem przytomność.”

226

PRZESZŁOŚĆ MEDYCZNA WYWIAD U DOROSŁEGO

- Obecny stan zdrowia
- Choroby przebyte w dzieciństwie
- Choroby wieku dojrzałego
- Choroby psychiczne
- Wypadki i urazy
- Zabiegi operacyjne
- Pobyty w szpitalu

227

PRZESZŁOŚĆ MEDYCZNA

- Wywiad dotyczący przeszłości medycznej dziecka zawiera również informacje odnoszące się do wszystkich aspektów zdrowia dziecka, które zwyczajowo pomija się w historii choroby dorosłych, takich jak:
 - ☺ wywiad dotyczący okresu noworodkowego,
 - ☺ wywiad żywieniowy,
 - ☺ dane dotyczące rozwoju fizycznego i psychoruchowego,
 - ☺ szczepienia.

228

OKRES NOWORODKOWY

Okres noworodkowy trwa od urodzenia do 28. dnia życia.

Noworodek donoszony (urodzony w 38.–42. tygodniu ciąży) ma przeciętnie:

1) masę ciała: 3300–3600 g,

2) długość ciała: 50–52 cm,

3) obwód głowy: 35 cm.

- W pierwszych dniach życia masa ciała noworodka zmniejsza się o 10–15% (utrata płynu zewnątrzkomórkowego, oddanie smółki).
- Masa ciała powraca do wartości urodzeniowej po około 10 dniach, a do końca wieku noworodkowego przyrost masy ciała wynosi 500 g.
- Proporcje ciała – duża głowa (1/4 dł. ciała), krótka szyja, długi tułów, krótkie kończyny dolne.
- Szwy między kośćmi czaszki nie są zarośnięte, istnieją dwa ciemiączka – przednie i tylne.

Smółka (łac. meconium) to pierwsze stolce w życiu noworodka. Charakteryzują się one dużą gęstością, lepkością i ciemnym zabarwieniem. Zanikają około czwartej doby życia. Nieoddanie smółki w ciągu 48 h jest objawem alarmującym i zmusza do rozpoczęcia diagnostyki – może być bowiem objawem choroby Hirschsprunga lub mukowiscydozy.

229

OKRES NOWORODKOWY

Noworodek początkowo przyjmuje tzw. pozycję zgięciową, co oznacza:

1) kończyny górne zgięte w stawach łokciowych,

2) kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych.

- W ciągu kolejnych miesięcy życia następuje stopniowe prostowanie kończyn.



230

OKRES NOWORODKOWY



- parametry rozwoju fizycznego noworodka,
- pourodzeniowy spadek masy ciała i czas powrotu do wagi urodzeniowej,
- żółtaczka,
- testy przesiewowe, w tym badanie wzroku, słuchu, poziomu cholesterolu, obecności gruźlicy,
- stężenia ołowiu we krwi oraz obecności wrodzonych wad metabolicznych

231

WYWIAD ŻYWIENIOWY

- Sposób zbierania wywiadu dotyczącego żywienia zależy od wieku dziecka.
- Im młodsze dziecko, tym wywiad żywieniowy powinien być bardziej szczegółowy i dokładny.

232

WYWIAD ŻYWIENIOWY

W odniesieniu do niemowląt ważne są:

- sposób żywienia (naturalny, preparaty przemysłowe, preparaty przygotowane w domu, preparaty lecznicze),

233

ŻYWIENIE

- **Karmienie piersią** - częstotliwość i czas trwania karmienia, doświadczane trudności; przebieg i odzwyczajanie od karmienia piersią
- **Karmienie sztuczne** - rodzaj, ilość, częstotliwość;
- wymioty, kolki, biegunka; witaminy, dostarczanie żelaza i fluorku; wprowadzanie pokarmów stałych
- czas i przyczyna zmiany sposobu żywienia (piers→butelka, butelka→filiżanka,
- zmiana jednego typu mieszanki na inny, czas wprowadzenia pokarmów stałych, diety eliminacyjne),
- **Nawyki żywieniowe** - co lubi a czego nie lubi dziecko, rodzaje i ilość spożywanego jedzenia;
- nastawienie i sposób radzenia sobie rodziców z problemami w karmieniu

234

ŻYWIENIE

- dodatek witamin, ew. żelaza,
- problemy związane z karmieniem:
 - ulewanie i wymioty,
 - wypluwanie, przeżuwanie,
 - odmowa jedzenia,
 - kolka, biegunka .



235

ŻYWIENIE

- W odniesieniu do starszych dzieci przydatne jest sporządzenie przez rodziców dzienniczka – spisu, tego co dziecko jadło wczoraj i upewnienie się przez, że jest to menu typowe dla większości dni.



236

ŻYWIENIE

www.mcdonalds.com.pl



zapytać

- ☼ o: przekąski pomiędzy posiłkami,
- ☼ potrawy ulubione i nie ulubiane
- ☼ ostatnio zauważone zmiany łaknienia,
- ☼ zwyczaje związane ze spożywaniem posiłków.

237

WYWIAD - ROZWÓJ FIZYCZNY

- Wiarygodność relacji rodziców odnośnie przebiegu dotychczasowego rozwoju fizycznego i psychoruchowego jest często wątpliwa.
- W ocenie rozwoju fizycznego lepiej korzystać z wiarygodnych źródeł, takich jak książeczka zdrowia dziecka, karta ucznia itp. lub porównać obecne osiągnięcia rozwojowe ze standardami (siatki, tabele).



238

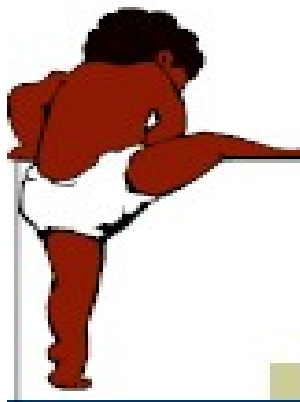
WYWIAD - ROZWÓJ FIZYCZNY

- jest ważny, gdy występuje opóźnienie wzrostu, niedorozwój psychomotoryczny i intelektualny oraz zaburzenia zachowania
- **Rozwój fizyczny - masa ciała, wzrost,**
- masa ciała → 6 m.ż., 1 i 5 r. ż.
- obwód głowy przy urodzeniu, w 1, 2, 5 i 10 roku życia;
- okresy powolnego i szybkiego wzrostu



239

KAMIENIE MIŁOWE W ROZWOJU



- wiek, w którym dziecko zaczęło utrzymywać uniesioną główkę,
- przewracać się na plecy,
- samodzielnie siedzieć,
- stać, chodzić i mówić

240

ROZWÓJ SPOŁECZNY



- rytm snu w dzień i w nocy;
- umiejętność korzystania z toalety;
- problemy z mową;
- zachowania nawykowe;
- problemy z dyscypliną;
- osiągnięcia w szkole;
- stosunki z rodzicami, rodzeństwem i rówieśnikami

241

SZCZEPIENIA

- Ponieważ rodzice zwykle nie znają nazw szczepionek i terminów szczepień – lepiej posłużyć się dokumentacją medyczną (książeczka zdrowia dziecka, karta szczepień).



242

CHOROBY TOWARZYSZĄCE

- Prowadząc wywiad w kierunku chorób towarzyszących, warto zapytać o CZĘSTO WYSTĘPUJĄCE JEDNOSTKI CHOROBOWE – np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2.
- Można dopytać pacjenta, czy jest pod opieką PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, kiedy zgłosił się na ostatnią wizytę kontrolną oraz jaki był jej przebieg.
- Warto zaznaczyć, że pacjenci nie zawsze pamiętają o swoich chorobach przewlekłych.
- Nie należy się tym zrażać, tylko konsekwentnie pogłębiać wywiad u każdego pacjenta.

243

LECZENIE W PRZESZŁOŚCI

Należy zapytać pacjenta o uprzednio przebyte:

- 1) HOSPITALIZACJE,
 - 2) leczenie OPERACYJNE,
 - 3) leczenie preparatami krwipochodnymi.
- Istotne jest uzyskanie DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.

244

WYWIAD GINEKOLOGICZNY

Kobiety należy zapytać o:

- 1) czas wystąpienia pierwszej miesiączki,
- 2) datę ostatniej miesiączki,
- 3) przebyte ciążę, porody oraz poronienia,
- 4) REGULARNE KONTROLE GINEKOLOGICZNE.

245

ZWYCZAJE

- zaburzenia zachowania (ssanie kciuka, gryzienie paznokci, kołtysanie się, chód na palcach, masturbacja, pica)
- tryb życia (czas snu nocnego, drzemki, aktywność fizyczna, kontrola zwieraczy, regularność oddawania stolca),
- frustracje, reakcje na stres,
- stosowanie leków, używek, narkotyków, alkoholu, palenie tytoniu
- **Pica (łaknienie spaczne)**
– zaburzenie polegające na występowaniu apetytu na przedmioty niebędące żywnością (np. ziemia, kreda, węgiel)



246

WYWIAD RODZINNY I SOCJALNY

- Wywiad rodzinny powinien dotyczyć CHOROÓB DZIEDZICZNYCH
- oraz WYSTĘPUJĄCYCH RODZINNIE – należy zapytać o choroby rodziców, rodzeństwa i dzieci pacjenta.
- Wywiad socjalny powinien obejmować zebranie informacji na temat wykształcenia, sytuacji finansowej oraz zatrudnienia pacjenta (przeszłego i obecnego), jego relacji z rodziną i przyjaciółmi (wsparcie społeczne), warunków mieszkaniowych.

247

WYWIAD RODZINNY



- Podczas zbierania wywiadu rodzinnego, ważne jest, aby w niektórych przypadkach dokładnie sprecyzować pytanie o ojca dziecka (który nie musi być mężem matki).

248

WYWIAD SOCJALNY

- Ta część historii choroby obejmuje czynniki osobowe, socjalne i ekonomiczne, które wpływają na wszystkie aspekty psychobiologicznego zdrowia dziecka i rodziny
- Dom i otaczające środowisko,
- Wykształcenie i zawód członków rodziny,
- Tradycje kulturowe i religijne.



249

DOM

- rodzaj mieszkania, ilość pomieszczeń, ogrzewanie, warunki sanitarne, systemy zabezpieczeń, specyficzne problemy (insekty).



250

ŚRODOWISKO

- sąsiedztwo, rówieśnicy, rodzaj transportu do szkoły, dostępność miejsc zabaw, potencjalne zagrożenia (fabryki, przestępstwa, wypadki).



251

RODZICE

wykształcenie i zawód rodziców:

- Typ aktywności,
- Czas pracy,
- Zagrożenia środowiskowe,
- Warunki finansowe rodziny



252

WZORZEC KULTUROWY

- Tradycje kulturowe i religijne:
 - Zwyczaje żywieniowe,
 - Postawa wobec wychowania dzieci,
 - Stosunek do opieki zdrowotnej.



253

STYL ŻYCIA

Wywiad dotyczący stylu życia powinien obejmować pytania o:

- 1) DIETĘ,
- 2) WYSIŁEK FIZYCZNY,
- 3) PODRÓŻE.

254

UŻYWKI



- **używanie tytoniu, narkotyków, alkoholu**
- zwykle o to pytamy w środku, lub pod koniec wywiadu = ponieważ wytwarza się postawa obronna pacjenta wobec takich pytań, zaś gdy relacja nawiązana łatwiej o to pytać!
- ile na dzień,
- jak długo,

255

UŻYWKI - NIKOTYZNIZM

Zbierając wywiad dotyczący nikotynizmu, należy ustalić:

- 1) czy pacjent kiedykolwiek palił tytoń i jak długo palił – na podstawie tego można obliczyć liczbę PACZKOLAT,
- 2) czy pacjent jest uzależniony od tytoniu – stopień uzależnienia ocenia się za pomocą skali Fagerströma,
- 3) występowanie chorób związanych z paleniem tytoniu – m.in. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP),

4 NARAŻENIE NA PALENIE BIERNE – w domu i w pracy.

Jeden **PACZKOROK** oznacza wypalenie 20 papierosów (paczki) dziennie przez jeden rok. Aby obliczyć liczbę paczkolet, stosuje się wzór:

LICZBA PAPIEROSÓW WYPALANA W CIĄGU DOBY X LICZBA LAT PALENIA

20

256

NIKOTYNIZM - UZALEŻNIENIE

Uzależnienie od tytoniu stwierdza się w przypadku występowania ≥ 3 spośród następujących objawów:

- 1) odczucie potrzeby palenia,
- 2) trudności w kontrolowaniu zachowań dotyczących palenia,
- 3) występowanie nikotynowego zespołu abstynencyjnego,
- 4) tolerancja dawki - z upływem czasu potrzeba coraz częstszego palenia,
- 5) postępujące zaniedbywanie innych zainteresowań z powodu palenia,
- 6) kontynuowanie palenia pomimo wiedzy na temat jego negatywnych konsekwencji.

257

UŻYWKI - ALKOHOL

Wywiad dotyczący spożywania alkoholu można rozpocząć od pytania, czy pacjentowi zdarza się pić alkohol.

Następnie należy go pogłębić o informacje dotyczące:

- rodzaju przyjmowanego alkoholu,
- ilości,
- częstości,
- okoliczności spożywania.

258

UŻYWKI - ALKOHOL

Na podstawie zebranego wywiadu można ustalić, czy pacjent:

- 1) pije ryzykownie – regularne przekraczanie spożycia 24 g czystego etanolu przez mężczyzn / 14 g czystego etanolu przez kobiety,
- 2) pije szkodliwie – w sposób prowadzący do powstania szkód somatycznych i psychicznych oraz zaburzający funkcjonowanie społeczne,
- 3) ma problemy związane z nadużywaniem alkoholu – aby to ustalić, można skorzystać z KWESTIONARIUSZA CAGE.

259

KWESTIONARIUSZ CAGE

Kwestionariusz CAGE

C UT DOWN	Czy chciał Pan/Pani ograniczyć ilość wypijanego alkoholu?
A NNOYED	Czy denerwują Pana/Panią krytyczne uwagi dotyczące sposobu picia przez Pana/Panią alkoholu?
G UILTY	Czy miał/-a Pan/Pani poczucie winy z powodu spożywania alkoholu?
E YE OPENER	Czy zdarzało się Panu/Pani wypicie porcji alkoholu zaraz po wstaniu z łóżka, by poprawić sobie samopoczucie?

2 odpowiedzi twierdzące sugerują występowanie problemów związanych z piciem alkoholu

260

OBJAWY OGÓLNE - ZMIANY MASY CIAŁA

- Masa ciała jest istotnym wskaźnikiem ogólnego stanu zdrowia pacjenta.
- Istotne jest uzyskanie informacji na temat ZWIĘKSZENIA/UTRATY MASY CIAŁA oraz stanu odżywienia pacjenta.
- Ważne, by ustalić czy do zmian masy ciała nie doszło
- Następnie istotne jest ustalenie odchyień od normy – występowania NADWAGI/OTYŁOŚCI/NIEDOŻYWIENIA.

261

PRZYKŁADY TRUDNOŚCI W ZBIERANIU WYWIADU

1. Dzieci – konieczność kierowania pytań do opiekunów

- 🌸 **Przykład:**
 👤 „Co cię boli?”
 👤 **Dziecko (5 lat):** *Milczy i patrzy na rodzica.*
 👤 „Czy zauważyła Pani, kiedy dziecko zaczęło się źle czuć?”
 👤 **Mama:** „Tak, wczoraj wieczorem miał gorączkę i skarżył się na ból gardła.”
- 👉 **Rozwiązanie:** W przypadku małych dzieci pytania kierujemy do opiekunów, ale warto obserwować reakcje dziecka.

262

TRUDNOŚCI W ZBIERANIU WYWIADU

2. Starsze, zdezorientowane osoby – zadawanie krótkich pytań

- 🌸 **Przykład:**
👤 „Proszę powiedzieć, czy dzisiaj jadł Pan śniadanie?”
👤 **Starszy pacjent:** „Hmm... wczoraj chyba byłem na spacerze... Ale nie pamiętam...”
👤 „Czy dziś rano jadł Pan coś do jedzenia?”
👤 „Tak, chyba chleb z masłem.”
- 🙌 **Rozwiązanie:** Krótkie pytania, jedno na raz, cierpliwe czekanie na odpowiedź.

3. Starsze osoby – błędne rozumienie pytania

- 🌸 **Przykład:**
👤 „Czy ma Pan cukrzycę?”
👤 **Pacjent:** „Tak, czasami dodaję cukier do herbaty.”
👤 „Czy lekarz mówił Panu, że ma Pan podwyższony cukier we krwi?”
👤 „A, tak, mam cukrzycę.”
- 🙌 **Rozwiązanie:** Trzeba upewnić się, czy pacjent dobrze zrozumiał pytanie.

263

TRUDNOŚCI W ZBIERANIU WYWIADU

4. Pacjenci, którzy nie odpowiadają na pytania

- 🌸 **Przykład:**
👤 „Czy czuje Pan ból?”
👤 **Pacjent (apatyczny, depresyjny):** Milczenie.
👤 „Widzę, że może Pan nie mieć ochoty rozmawiać, ale chcę pomóc. Czy może Pan wskazać palcem miejsce, które boli?”
- 🙌 **Rozwiązanie:** Niekiedy trzeba dostosować formę komunikacji, np. wykorzystać gesty.

5. Pacjenci, którzy mówią za dużo i odbiegają od tematu

- 🌸 **Przykład:**
👤 **Starsza pacjentka:** „Bo wie Pani, jak byłem młoda, to mieszkalam w innym mieście i tam wszyscy byli zdrowsi, a mój kuzyn to miał podobne objawy, ale wtedy jeszcze nie było takich lekarzy jak teraz...”
👤 „Rozumiem, że ma Pani wiele doświadczeń, ale dziś skupmy się na Pani zdrowiu. Co dokładnie Panią teraz niepokoi?”
- 🙌 **Rozwiązanie:** Delikatne ukierunkowanie rozmowy.

264

TRUDNOŚCI W ZBIERANIU WYWIADU

6. Pacjent odczuwa niepokój i lęk

„Czy może Pan powiedzieć, co się stało?”

Pacjent (nerwowy, niespokojny): „Nie wiem, co się dzieje. Czuję się okropnie, ale nie jestem pijany! Nie potrzebuję pomocy.”

„Widzę, że jest Pan zdenerwowany. Chcę tylko sprawdzić, jak się Pan czuje i pomóc, jeśli będzie to konieczne.”

- 👉 **Rozwiązanie:** Zachowanie spokoju, krótkie zdania, unikanie oceniającego tonu.

7. Pacjent agresywny, wrogo nastawiony

„Czy może Pan powiedzieć, ile alkoholu Pan dzisiaj wypił?”

Pacjent (podnosi głos, wstaje z łóżka): „A co cię to obchodzi?! Nie piję więcej niż inni!”

„Rozumiem, że nie jest to łatwe pytanie. Nie oceniam Pana, ale te informacje są ważne, żebyśmy mogli właściwie Pana leczyć.”

- 👉 **Rozwiązanie:** Unikanie konfrontacji, zapewnienie pacjenta, że celem jest pomoc, a nie osądzanie.

265

TRUDNOŚCI W ZBIERANIU WYWIADU

8. Pacjent obojętny, apatyczny

„Jak się Pan czuje? Czy coś Pana boli?”

Pacjent (apatyczny, wzrok wbity w podłogę): „Nie wiem. Wszystko mi jedno.”

„Widzę, że może Pan nie mieć siły na rozmowę, ale chcę Panu pomóc. Czy mogę zadać kilka krótkich pytań?”

- 👉 **Rozwiązanie:** Spokojna, empatyczna postawa, stopniowe zachęcanie do współpracy.

9. Pacjent pod wpływem alkoholu/leków – ograniczony wywiad

„Czy przyjął Pan jakieś leki dzisiaj?”

Pacjent (bełkocze, niewyraźna mowa): „Może... Nie pamiętam... Ale to nic takiego.”

„Postaramy się teraz zapewnić Panu bezpieczeństwo. Wrócimy do rozmowy, kiedy poczuje się Pan lepiej.”

- 👉 **Rozwiązanie:** Gromadzenie podstawowych informacji, odłożenie szczegółowego wywiadu na później.

266

TRUDNOŚCI W ZBIERANIU WYWIADU

10. Pacjent mówi „nie wiem” lub zaprzecza problemom zdrowotnym

👤 „Czy chorował Pan na nadciśnienie lub cukrzycę?”

👤 **Pacjent:** „Nie, nigdy nie miałem takich problemów.”

👤 „Czy przyjmował Pan kiedyś jakieś leki na ciśnienie?”

👤 „Hmm... Może, ale nie pamiętam... Moja córka zawsze mi dawała tabletki.”

- 👉 **Rozwiązanie:** Jeśli pacjent nie pamięta, warto skontaktować się z rodziną lub sprawdzić dokumentację medyczną.

11. Podejrzenie choroby w wywiadzie – pacjent nie podaje istotnych informacji

👤 „Czy miał Pan kiedyś operację?”

👤 **Pacjent:** „Nie, nigdy nie byłem operowany.”

👤 „Widzę bliznę na klatce piersiowej. Może miał Pan zabieg na sercu?”

👤 „Aha, faktycznie... Miałem bajpasy jakieś 3 lata temu.”

- 👉 **Rozwiązanie:** Obserwacja fizyczna pacjenta może pomóc w uzyskaniu dodatkowych informacji.

267

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ...

268