

PRZEWODNIK PO WYWIADZIE I BADANIU FIZYKALNYM DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Redakcja naukowa
MARZENA GRZANEK
EWA BOROWIAK



PRZEWODNIK PO WYWIADZIE I BADANIU FIZYKALNYM DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

GUIDE TO MEDICAL INTERVIEW AND PHYSICAL EXAMINATION FOR NURSES AND MIDWIVES

Redakcja naukowa

MARZENA GRZANEK¹ 

EWA BOROWIAK¹ 

¹ Zakład Pielęgniarstwa Zachowawczego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Department of Conservative Nursing, Medical University of Lodz;

marzena.grzanek@umed.lodz.pl; tel. 666859747; ewa.borowiak@umed.lodz.pl

* marzena.grzanek@umed.lodz.pl

Seria monografii naukowych dotyczących zagadnień z zakresu dyscyplin nauk farmaceutycznych, nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Wydawnictwo recenzowane i punktowane na zasadach zgodnych z Rozporządzeniem MNiSW z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie ewaluacji jakości działalności naukowej (Dz.U. 2019 poz. 392 z późn. zm.; tekst jednolity: Dz.U. 2022 poz. 661).

RADA NAUKOWA

dr hab. Monika A. Olszewska, prof. uczelni – Redaktor naczelna
prof. dr hab. Monika Łukomska-Szymańska – Zastępca redaktor naczelnej
prof. dr hab. Iwona Cygankiewicz
prof. dr hab. Małgorzata Piśkała

REDAKTOR PROWADZĄCA

prof. dr hab. Małgorzata Piśkała

REDAKCJA JĘZYKOWA

Magdalena Kokosińska

KOREKTA

Magdalena Zagrobelna

OPRACOWANIE GRAFICZNE

Tomasz Przybył

PRZEWODNIK PO WYWIADZIE I BADANIU FIZYKALNYM DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Łódź 2026

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

<http://wydawnictwo.umed.pl/>

e-mail: editorial@reports.umed.pl

Unikatowy identyfikator Wydawnictwa: 60000

(Komunikat Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie wykazu wydawnictw publikujących recenzowane monografie naukowe)

ISBN 978-83-67198-64-6

WYDANIE PIERWSZE



© 2026. Pewne prawa zastrzeżone na rzecz autorów. Opublikowane na licencji Creative Commons Uznanie Autorstwa (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.pl>).
Licencjobiorca: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zezwala się na wykorzystanie treści monografii zgodnie z licencją – pod warunkiem zachowania niniejszej informacji licencyjnej oraz wskazania autorów jako właścicieli praw do tekstu.

Streszczenie: Publikacja adresowana jest do studentów pielęgniarstwa i położnictwa, a także pielęgniarek i położnych realizujących w swojej codziennej pracy czynności z zakresu wywiadu i badania fizykalnego. Zawiera opis zasad i technik przeprowadzania badania fizykalnego poszczególnych układów w organizmie człowieka. Przedstawia specyfikę badania podmiotowego i przedmiotowego noworodka, niemowlęcia, dziecka, człowieka dorosłego i pacjenta geriatrycznego.

Celem pracy jest:

1. **Wykazanie** ważności wywiadu oraz badania fizykalnego w codziennej pracy pielęgniarki i położnej.
2. **Zaprezentowanie** badania podmiotowego i przedmiotowego jako wiodącej metody pracy pielęgniarki i położnej.
3. **Scharakteryzowanie** zasad i technik stosowanych podczas zbierania danych o pacjencie.
4. **Opisanie** szczegółowych elementów badania przedmiotowego.
5. **Wskazanie** specyficznych cech badania fizykalnego w określonej grupie wiekowej pacjentów.
Przedstawienie istoty i celowości wywiadu oraz badania fizykalnego w pracy pielęgniarki i położnej jako wstępnego etapu procesu pielęgnowania pacjenta.
6. **Ukazanie** badania podmiotowego i przedmiotowego jako fundamentalnej podstawy w holistycznej opiece nad pacjentem.
7. **Przedstawienie** wywiadu oraz badania fizykalnego jako niezbędnego narzędzia do oceny stanu zdrowia pacjenta, diagnostyki i terapii we współpracy w zespole interdyscyplinarnym.

Słowa kluczowe: badanie fizykalne, diagnoza pielęgniarstwa, pielęgniarka/położna, wywiad

Abstract: The publication is addressed to students of nursing and midwifery, as well as practicing nurses and midwives who perform activities involving medical interview and physical examination in their daily work. It provides a description of the procedure and techniques of conducting physical examination of individual systems in the human body. It also presents the specifics of subjective and objective examination of a newborn, infant, child, adult and geriatric patient.

The aim of the work is to:

1. demonstrate the importance of medical interview and physical examination in the daily work of a nurse and midwife,
2. present the procedure of subjective and objective examination as the principal method in the work of a nurse and midwife,
3. characterize the principles and techniques applied when collecting data about a patient,
4. describe in detail the individual elements of physical examination,
5. indicate the specific features of physical examination in different age groups of patients,
6. present the essence and purpose of medical interview and physical examination as an initial stage of the patient care process in the work of a nurse or midwife,
7. demonstrate the procedure of subjective and objective examination as the fundamental element in holistic patient care,
8. present the medical interview and physical examination as essential tools used for the assessment of a patient's condition, diagnostics and therapy, in cooperation with an interdisciplinary team.

Keywords: interview, midwife, nurse, nursing diagnosis, physical examination

Wykaz skrotów

ADL – skala oceny podstawowych czynności codziennych w skali Katza (ang. Activities of Daily Living)

AMTS – skrócony test sprawności umysłowej wg Hogdkinsona (ang. Abbreviated Mental Test Score)

BMI – wskaźnik masy ciała (ang. Body Mass Index)

BP – ciśnienie krwi (ang. *blood pressure*)

BPM – uderzenia tętna na minutę (ang. *beats per minute*)

CDS – Skala Oceny Zależności od Opieki (ang. Care Dependency Scale)

CTK – ciśnienie tętnicze krwi

HIS – skala niedokrwienności Hachinskiego (ang. Hachinski Ischaemic Score)

HR – tętno (ang. *heart rate*)

IADL – ocena złożonych czynności dnia codziennego w skali Lawtona (ang. Instrumental Activities of Daily Living)

MMSE – Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego / skala Folsteina (ang. Mini-Mental State Examination)

MNA – ocena stanu odżywienia (ang. Mini Nutritional Assessment)

NYHA – New York Heart Association

RR – ciśnienie krwi (Riva Rocci)

WHR – wskaźnik talia–biodra (ang. *waist-to-hip ratio*)

WHtR – wskaźnik talia–wzrost (ang. *waist-to-height ratio*)

Spis treści

1. Wprowadzenie	8
2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe	10
3. Wywiad i badanie fizykalne skóry, jej tworów oraz węzłów chłonnych	18
4. Wywiad i badanie fizykalne głowy i szyi	23
5. Wywiad i badanie fizykalne układu kostno-mięśniowo-stawowego	32
6. Wywiad i badanie fizykalne brzucha	35
7. Badanie odbytu	40
8. Badanie narządów płciowych	42
8.1. Badanie narządów płciowych męskich	42
8.2. Badanie narządów płciowych żeńskich	43
9. Badanie gruczołów piersiowych	45
10. Wywiad i badanie fizykalne układu oddechowego	48
11. Wywiad i badanie fizykalne układu krążenia	60
11.1 Wywiad i badanie fizykalne układu sercowo-naczyniowego	65
12. Wywiad i badanie fizykalne układu nerwowego	75
13. Wywiad i badanie fizykalne noworodka	93
14. Wywiad i badanie fizykalne dziecka	100
15. Wywiad i badanie fizykalne osoby w starszym wieku	106
16. Podsumowanie i wnioski	110
Bibliografia	112
Załączniki	119

1. Wprowadzenie

Marzena Grzanek

Badanie fizykalne jest podstawowym narzędziem pracy pielęgniarki i położnej. Zgodnie z obowiązującymi standardami kształcenia przygotowującymi do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej zagadnienia z zakresu badania podmiotowego i przedmiotowego są obligatoryjne w procesie nau czania już na poziomie studiów pierwszego stopnia. Zdobyte kompetencje doskonalone są na stu diach drugiego stopnia, a także w trakcie specjalizacji we wszystkich dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe stanowi nieodłączny element oceny stanu zdrowia pa cjenta. Umożliwia zarówno ocenę jego stanu fizycznego, jak i kondycji psychicznej.

Badanie podmiotowe to wywiad, który jest źródłem wielu cennych informacji nie tylko o obecnym stanie zdrowia i stylu życia pacjenta – dotyczy także wcześniejszych zachorowań, diagno styki, stosowanej terapii, a dodatkowo pozwala na uzupełnienie i pogłębienie wiedzy na temat chorób występujących w rodzinie pacjenta. Wywiad dotyczy również stanu i statusu społecznego oraz warunków mieszkaniowych badanej osoby.

Badanie przedmiotowe, wzbogacone o dodatkowe metody pracy pielęgniarek i położnych (opukiwanie i osłuchiwanie), pozwala na pozyskanie przez tę grupę zawodową ukierunkowanych umiejętności w tym zakresie. Pomaga dopełnić ocenę stanu zdrowia pacjenta, rozpoznać jego po trzeby biopsychospołeczne. Badanie to jest niezbędne w zakresie analizy sytuacji, precyzyjnego postawienia diagnozy, zaplanowania i realizacji wszelkich niezbędnych działań, interwencji pielę gniarskich i położniczych w procesie pielęgnowania pacjenta.

Badanie fizykalne w pracy pielęgniarki/położnej jest jej ważną, integralną częścią, etapem, bez którego nie byłoby możliwe osiągnięcie określonego celu, którym jest poprawa stanu zdrowia i kom fortu życia pacjenta. Piotr Zaborowski jest zdania, że „wywiad i badanie podmiotowe składające się na to, co nazywamy badaniem klinicznym, są kluczem do tworzenia poprawnych hipotez diagno stycznych i racjonalnego planowania badań, a później także prowadzenia leczenia i śledzenia jego wyników” (Zaborowski, 2016).

Postęp dokonujący się na przestrzeni lat w wielu dziedzinach nie ominął również medycyny. W znaczący sposób wpłynął na rozwój opieki medycznej i zapoczątkował istotne zmiany dokonujące się na jej gruncie. W szerokim tego słowa znaczeniu zaznaczył swoją obecność nie tylko w obszarze diagnostycznym i leczniczym, ale także pielęgnacyjnym.

Wzrost poziomu wiedzy i świadomości człowieka ukształtował także nowe potrzeby zdrowotne. Sprawił, że oczekiwania i wymagania pacjentów w zakresie leczenia wzrosły do określonego po ziomu, stając się tym samym podstawą do wprowadzenia odpowiednich zmian w tworzeniu nowego porządku w systemie opieki zdrowotnej. Nowoczesne technologie, metody diagnostyczne i innowa cyjne formy leczenia stały się wyzwaniem nie tylko dla decydentów, ale przede wszystkim dla pracow ników ochrony zdrowia.

K. Wolska-Lipiec przekonuje, że rozwój pielęgniarstwa i praktyki zawodowej nastąpił w dużej mie rze dzięki otwartości pielęgniarek na wprowadzanie zmian (Wolska-Lipiec, 2016). Bowiem świadomość tej grupy zawodowej kształtują nie tylko nowe wyzwania, ale także gotowość do realizacji zobowiązań związanych ze spełnianiem współczesnych oczekiwań społecznych.

Aktywne zaangażowanie średniego personelu medycznego nie pozostaje bez wpływu na podnie sienie standardu usług i jakości opieki pojmowanej w kategoriach systemu ochrony zdrowia. Wszystko to skutkuje poczuciem zwiększonej satysfakcji pracowników, ale przede wszystkim poprawą komfortu życia pacjenta i osiągnięciem określonego stopnia jego samodzielności w zakresie samoopieki i samo pielęgnacji (Piątek, 2017).

Wykorzystywane w kompleksowej opiece nad pacjentem badanie fizykalne umożliwia rozpozna nie i ocenę potrzeb biopsychospołecznych pacjenta w kontekście analizy „studium indywidualnego przypadku” (ang. *case study*) (Maison, 2022). Pomaga postawić diagnozę, określić cel opieki, zaplano wać i realizować określone działania i interwencje.

Umiejętność zastosowania w praktyce nabytych przez pielęgniarki i położne odpowiednich kom petencji w zakresie badania fizykalnego jest bez wątpienia kluczem do sukcesu w holistycznej opiece

nad pacjentem. Profesjonalnie przeprowadzone badanie podmiotowe i odpowiednio wykorzystane w codziennej pracy pielęgniarek i położnych badanie przedmiotowe stanowią fundament procesu pielęgnowania pacjenta.

Mając powyższe na uwadze, w trosce o dobro pacjenta, proces pielęgnowania staje się uniwersalną metodą w codziennej pracy pielęgniarki i położnej. Badanie fizykalne w kompleksowej opiece nad pacjentem jest integralnym elementem szeroko pojętej opieki medycznej. Jest niezbędnym i pomocnym narzędziem służącym nie tylko do oceny jego stanu zdrowia, ale również ukierunkowanej diagnostyki i celowanej terapii oraz specjalistycznej opieki przy zachowaniu pełnej współpracy w zespole interdyscyplinarnym. Warunkiem dobrej współpracy jest efektywna komunikacja w zespole terapeutycznym. Jak zauważa J. Andres, „klinicyści powinni rozważyć możliwość wykorzystania specjalisty w zakresie komunikacji (ang. *communication facilitator* – tam, gdzie jest to możliwe w systemach ochrony zdrowia) w czasie dyskusji z pacjentem i/lub rodziną na temat indywidualnych planów leczenia zgodnego z wolą pacjenta, w tym właściwego i stosownego użycia zaawansowanych metod leczenia” (Andres, 2021).

Dialog we współpracy pielęgniarki i lekarza umacnia relacje interpersonalne, ale przede wszystkim pomaga w ukierunkowaniu procesu diagnostycznego i zaplanowaniu działań oraz realizacji świadczeń na rzecz dobra wspólnego – poprawy zdrowia i komfortu pacjenta.

W opisanej publikacji przedstawiono badanie fizykalne jako wiodącą metodę pracy pielęgniarek i położnych, ukazując jego istotę i celowość w holistycznej opiece nad pacjentem (Serafin, 2024). Jest ona zbiorem ukierunkowanych wskazówek dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, pielęgniarek i położnych do badania fizykalnego poszczególnych układów w organizmie człowieka, odnoszących się także w wybranych jej rozdziałach do wskazanej grupy wiekowej pacjentów: noworodek, dziecko, pacjent dorosły, pacjent geriatryczny.

Wyniki tej oceny są rezultatem pozyskanej wiedzy i doświadczenia zawodowego wieloletniej pracy w charakterze pielęgniarki i nauczyciela zawodu w bezpośrednim kontakcie z pacjentem pediatrycznym, dorosłym i pacjentem w wieku podeszłym.

2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Podstawą przeprowadzenia badania jest nawiązanie kontaktu z pacjentem. Ten proces rozpoczyna relację pielęgniarka/położna–pacjent, stając się tym samym wstępną fazą badania. Umiejętnie zainicjowany kontakt pozwala w pełni osiągnąć założony cel, zaś pozyskanie różnorodnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta z wielu sfer jego życia umożliwia zaplanowanie i realizację działań w holistycznej (całościowej) opiece nad pacjentem (Gutysz-Wojnicka, 2020).

Badanie pacjenta obejmuje badanie podmiotowe (wywiad) i przedmiotowe (fizykalne). Jest elementem pierwszego etapu procesu pielęgnowania.

Pierwszym etapem badania jest przygotowanie własne pielęgniarki, które powinno poprzedzać rozmowę z pacjentem. Obejmuje ono:

- a) zapoznanie się z dotychczasową dokumentacją pacjenta i/lub skierowania (wiek, historia chorób, uczulenia, leki, jego problemy), dokumentacja medyczna od 1 stycznia 2021 r. powinna być prowadzona w wersji elektronicznej;
- b) ustalenie celu wywiadu – może być różny dla różnych osób (badany, rodzina, osoby towarzyszące);
- c) zapewnienie komfortu spotkania (odpowiednia temperatura otoczenia, spokój, intymność, dobre oświetlenie – należy unikać okna lub światła znajdującego się za nami);
- d) przygotowanie wszystkich niezbędnych przyrządów materialnych;
- e) zadbanie o schludny, profesjonalny wygląd, który zwiększa zaufanie pacjenta;
- f) wybranie sposobu rejestrowania rozmowy – w przypadku sporządzania notatki ważne jest uprzedzanie o pisaniu, notowanie tylko krótkich zdań, dat.

Drugi etap badania pacjenta obejmuje nawiązanie kontaktu, czyli przywitanie pacjenta i stworzenie atmosfery wzajemnego zaufania. Pielęgniarka powinna:

- a) przedstawić się imieniem, nazwiskiem, funkcją, wykształceniem;
- b) zwracać się do pacjenta zawsze używając formy grzecznościowej: „pani”, „pan”;
- c) zapewnić komfort – zainteresować się, czy badany czuje się bezpiecznie i komfortowo (np. musi skorzystać z toalety, ma dolegliwości bólowe);
- d) zapamiętać najważniejsze dane o pacjencie (wiek, jego emocje okazywane podczas wizyty, nieдомagania).

Wg systemu Calgary-Cambridge ocena stanu zdrowia i problemów zdrowotnych przebiega w pięciu następujących etapach:

1. Rozpoczęcie sesji (*Initiating the Session*) zawiera w swej istocie:
 - a) przygotowanie pacjenta (fizyczne i psychiczne),
 - b) nawiązanie kontaktu z pacjentem (powitanie, przedstawienie się, budowanie relacji),
 - c) określenie powodów wizyty pacjenta (pytania otwarte: „co pana/panią dziś do mnie sprowadza?”, potwierdzenie listy problemów).
2. Zbieranie informacji (*Gathering Information*):
 - a) identyfikacja problemu (obawy i oczekiwania pacjenta),
 - b) używanie odpowiednich technik zadawania pytań (otwarte, zamknięte),
 - c) aktywne słuchanie (unikanie przerywania).
3. Badanie fizykalne (*Physical Examination*):
 - a) włączenie badania do procesu komunikacji, informowanie pacjenta o badaniu.
4. Wyjaśnianie i planowanie (*Explanation and Planning*):
 - a) przekazywanie informacji (dostosowane do potrzeb i wieku pacjenta, unikanie żargonu, „dzielenie i sprawdzanie”),
 - b) wspólne podejmowanie decyzji (*shared decision-making*), tj. możliwość negocjowania planu leczenia.

5. Zamknięcie sesji (*Closing the Session*) uwzględnia:

- a) podsumowanie rozmowy,
- b) ustalenie dalszego postępowania (*safety netting*, tj. co pacjent powinien zrobić, gdyby jego stan się pogorszył) (Ołtarzewska, 2014).

Badanie podmiotowe – wywiad – jest integralną częścią rozmowy z pacjentem i/lub jego opiekunem. Jest ukierunkowany na pozyskanie informacji dotyczących choroby, zebranych przez członków zespołu medycznego w bezpośredniej rozmowie z pacjentem i/lub jego opiekunem.

Wywiad powinien obejmować introspekcję (wgląd pacjenta do swojego wnętrza – analizę własnych stanów psychicznych, myśli i przemyśleń). Celem przeprowadzenia wywiadu jest pozyskanie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta oraz istniejących problemów zdrowotnych.

Pielęgniarka w kontakcie z pacjentem i/lub opiekunem pacjenta powinna:

- prezentować pełen profesjonalizm, wrażliwość i wysoką kulturę osobistą,
- okazywać szacunek w stosunku do pacjenta i/lub jego opiekuna,
- posługiwać się określonymi umiejętnościami interpersonalnymi w kontakcie z pacjentem i/lub opiekunem,
- wykorzystywać odpowiednie techniki komunikacji w relacjach z pacjentem i/lub jego opiekunem: nawiązać kontakt wzrokowy, dostosować ton głosu, wykonywać pozytywne gesty, informacje i instrukcje przekazywać w sposób jasny, zrozumiały, słuchać z uwagą, cierpliwością, zainteresowaniem, zrozumieniem i akceptacją,
- okazywać empatię pacjentowi i/lub jego opiekunowi.

Uwaga!

Należy pamiętać, że relacja terapeutyczna oparta na zaufaniu jest dużym wsparciem dla pacjenta i/lub jego opiekuna.

TECHNIKI KOMUNIKACYJNE

Pielęgniarka podczas wywiadu stosuje wiele technik komunikacyjnych, poniżej wymieniono kilka z nich.

Technika parafrazy – weryfikuje wypowiedzi pacjenta poprzez powtórzenie ich treści w innej formie, np.: „z tego, co mi pan powiedział, wynika, że...”, „jeśli dobrze panią zrozumiałam, to...”. Technika ta ma na celu potwierdzenie zrozumienia pacjenta, który może uzupełnić swoją wypowiedź, uczynić ją jaśniejszą.

Technika klaryfikacji – pozwala wyłonić istotny problem z chaotycznej/długiej wypowiedzi chorego, np.: „z tego, co opowiedział mi pan o swoich dolegliwościach, wynika, że ból prawego kolana pojawia się tylko po wzmożonym wysiłku?” (Motyka, 2016).

Technika werbalizacji – jest umiejętnością wyrażania emocji, umożliwia nawiązanie kontaktu pielęgniarki z pacjentem, np. pielęgniarka, bez obwiniania i bez zarzutów, oznajmia choremu, że jest zawiedziona jego postępowaniem. Używa przy tym określenia „jestem zaniepokojona, że nadal nie stosuje się pan do zasad diety...”. Technika werbalizacji może sprzyjać dyscyplinowaniu pacjenta, uświadomieniu mu, że jest współodpowiedzialny za rezultaty leczenia.

Podsumowanie wypowiedzi pacjenta podczas wywiadu jest wartościową techniką i może pełnić kilka różnych funkcji. Sygnalizuje mu, że uważnie go słuchamy, jednocześnie pozwala obu stronom zorientować się, co już jest jasne, a co jeszcze wymaga wyjaśnienia, i czy to, co pacjent powiedział pielęgniarence/położnej, zostało właściwie zrozumiane, np.: „pozwoli pan, że podsumuję to, co do tej pory mi pan powiedział...”.

Technika screeningu – łączona z podsumowaniem, np.: „czy chce pan coś jeszcze dodać, wyjaśnić?”. Umożliwia ona pacjentowi podanie pominiętych dotychczas informacji (Krajewska-Kułąk, 2016).

RODZAJE I SPOSÓB ZADAWANIA PYTAŃ

Podczas rozmowy z pacjentem pielęgniarka powinna zebrać jak najwięcej informacji na jego temat. Pomocne w tym zakresie jest zadawanie różnorodnych pytań. W zależności od potrzeby i sytuacji, a przede wszystkim stanu zdrowia pacjenta stosuje się wybraną formę komunikacji. Pytania stanowią istotę wywiadu. Od ich umiejętnego wyrażania zależy wartość diagnostyczna wypowiedzi pacjenta (Nyklewicz, 2016). W praktyce stosuje się następujące rodzaje pytań:

- pytania otwarte – pozwalają pacjentowi na swobodną wypowiedź, np.: „jak się pan czuje?”, „co panu dolega?”.
- pytania zamknięte – umożliwiają nadanie kierunku rozmowy z pacjentem, np.: „czy dziś już czuje się pan dobrze?”, „czy tylko na czczo odczuwa pan dolegliwości bólowe brzucha?”.

Wywiad rozpoczynamy od zadawania pytań otwartych i następnie stopniowo przechodzimy do pytań zamkniętych, wykorzystując przy tym wybrane i adekwatne do sytuacji pytania dodatkowe, np.:

- pytania pogłębiające – pozwalają na uzyskanie dokładnych, bardziej szczegółowych informacji, np.: „czy oprócz wymienionych leków nasercowych zażywa pan jeszcze jakieś inne leki?”;
- pytania alternatywne – umożliwiają pacjentowi dokonanie wyboru pomiędzy proponowanymi odpowiedziami; pozwalają odnaleźć właściwe słowa, określające jego dolegliwości, np.: „czy odczuwa pan ból brzucha, a jeśli tak, to jaki: ostry, tępy czy palący, a może kłujący?”, „czy odczuwa pan te dolegliwości przed posiłkiem, w jego trakcie, po posiłku?”;
- pytania refleksyjne – pozwalają pacjentowi zastanowić się nad informacją, którą wcześniej przekazał pielęgniarsce; umożliwiają modyfikację jego wypowiedzi, np.: „czy dolegliwości bólowe nie pozwalają panu zasnąć?”, „czy dopiero po zażyciu leku przeciwbólowego zasypia pan spokojnie?”;
- pytania wieloczęłkowe – dotyczą kilku wątków, zróżnicowanych zagadnień, np.: „czy dolegliwości bólowe głowy już ustąpiły?”, „czy umówił się pan już na wizytę u ortopedy?”;
- pytania zbyt precyzyjne – nie wnoszą żadnych nowych informacji, są niejasne, niepotrzebne, np.: „czy po zażyciu leku przeciwbólowego ból ustąpił?”; powinno się ich unikać;
- pytania sugerujące – ukierunkowują, sugerują, narzucają pacjentowi odpowiedź, np.: „po zastosowaniu leku przeciwbólowego nie odczuwał pan już bólu kolana?”;
- pytania obwiniające – stawiają pacjenta w bardzo niekomfortowej sytuacji, np.: „dlaczego wciąż nie stosuje się pan do moich zaleceń?”.

Uwaga!

Nie należy zadawać pytań oceniających i poniżających pacjenta.

W komunikacji interpersonalnej uwzględnia się również pacjentów, z którymi kontakt z różnych względów jest utrudniony. Należy szczególnie mieć na uwadze tych wymagających specyficznego postępowania ze strony personelu:

- pacjent głuchy, głuchoniemy, niemy,
- pacjent niedowidzący, niewidomy,
- pacjent nieśmiały, wycofany, pacjent gadatliwy,
- pacjent roszczeniowy, arogancki,
- pacjent niewspółpracujący (świadomie lub z powodu deficytów zdrowotnych),
- pacjent niewyrażający zgody na leczenie / badania diagnostyczne,
- pacjent pediatryczny, neurologiczny (np. stan po udarze), pacjent psychiatryczny,
- pacjent po spożyciu alkoholu, w upojeniu alkoholowym lub po zażyciu narkotyków i innych środków odurzających.

Uwaga!

Podczas rozmowy i zadawania pytań należy przez cały czas obserwować reakcje i zachowanie pacjenta.

SCHEMAT PYTAŃ ZADAWANYCH PODCZAS WYWIADU

Aby pozyskać informacje o stanie zdrowia pacjenta, pielęgniarka/położna wykorzystuje w swojej pracy różne metody i sposoby, które ułatwiają ukierunkowanie rozmowy na odpowiedni temat. Wybór sposobu, metod i rodzaju wywiadu zależy od wielu aspektów. Poniżej przedstawiono podstawowe schematy znajdujące swoje zastosowanie w codziennej praktyce medycznej.

Wywiad według schematu OLD CART – obejmuje zakres obecnych dolegliwości/objawów subiektywnych i obiektywnych (Dyk, 2020):

O (*onset*) – początek wystąpienia dolegliwości

L (*location*) – lokalizacja dolegliwości

D (*duration*) – czas trwania dolegliwości

C (*characteristic*) – charakterystyka bólu

A (*aggravating factors*) – czynniki pogarszające

R (*relieving factors*) – czynniki łagodzące

T (*treatment*) – leczenie

Zakres pytań odnoszący się do sfery psychicznej emocji i odczuć pacjenta zawiera się w **wywiadzie FIFE** (Sienkiewicz, 2022), czyli poznawaniu perspektywy pacjenta:

Feelings – emocje, odczucia pacjenta, zwłaszcza obawy, czego konkretnie dotyczą

Ideas – myśli, wiedza i przekonania pacjenta o rodzaju i przyczynie problemu, wcześniejsze doświadczenia podobnej choroby, osobiste lub rodzinne

Effect on Function – wpływ tego problemu na codzienne funkcjonowanie pacjenta

Expectations – oczekiwania pacjenta wobec pielęgniarki, lekarza i opieki zdrowotnej

Wywiad chorobowy uzupełniający obejmuje informacje dotyczące:

- przebytych wcześniej chorób,
- charakterystycznych objawów przebytych chorób,
- wypadków i urazów,
- dotychczasowej specjalistycznej diagnostyki i leczenia (pobytów w szpitalu, przebytych zabiegów operacyjnych),
- chorób występujących w rodzinie pacjenta.

Wywiad społeczny obejmuje:

- status pacjenta (dziecko, młodzież, osoba aktywna zawodowo, emeryt, rencista),
- rolę pacjenta w rodzinie,
- osoby ważne dla pacjenta (rodzina, przyjaciele),
- rytm życia codziennego,
- wyznanie,
- znaczące doświadczenia życiowe.

Wywiad środowiskowy obejmuje:

- miejsce zamieszkania pacjenta (miasto, wieś),
- warunki mieszkaniowe (parter, piętro, wilgoć, grzyb na ścianach),
- zawód (praca wykonywana, ekspozycja na czynniki szkodliwe),
- styl życia: odżywianie (BMI), wysiłek fizyczny, nałogi, higienę snu i odpoczynku, umiejętność radzenia sobie ze stresem, profilaktykę.

W przypadku nagłego zachorowania i/lub pogorszenia stanu zdrowia pielęgniarka przeprowadza **wywiad SAMPLE** poprzez zadanie następujących pytań (Dyk i Cudak, 2020):

S (symptomy) – „co boli?”

A (alergie) – „czy i na co jest pan/pani uczulony?”

M (medykamenty) – „jakie leki pan/pani zażywa?”

P (poprzednie choroby) – historia choroby: „na co pan choruje?, „czy jest pani w ciąży?”

L (lunch) – „kiedy jadła pani ostatni posiłek?”

E (ewentualnie CO SIĘ STAŁO) – „czy pamięta pan okoliczności zdarzenia?”

Szczególnie przydatne do opisu cech bólu występującego u pacjenta są pytania według schematu SOCRATES (Drop D. i in., 2019):

S (*site*) – miejsce

O (*onset*) – początek nagły czy stopniowy, nasilający się czy słabnący

C (*character*) – rodzaj bólu: piekący, kłujący, tępy, pulsujący

R (*radiation*) – promieniowanie

A (*associations*) – objawy towarzyszące

T (*time course*) – pojawianie się bólu w czasie

E (*exacerbating/relieving factors*) – czynniki nasilające lub łagodzące

S (*severity*) – jak silny jest ból, np. w skali od 0 do 10)

Badanie przedmiotowe jest kolejnym etapem badania fizykalnego. Sposób jego przeprowadzenia i zakres wiedzy, którą może pozyskać pielęgniarka/położna, warunkuje wiele składowych. Kolejność, sposób i wykorzystanie metod badania fizykalnego zależą od:

- stanu zdrowia pacjenta (przytomny, nieprzytomny),
- kontaktu słownego z pacjentem (zachowany, zaburzony),
- stanu psychicznego pacjenta (pobudzony, niespokojny),
- zakresu współpracy z pacjentem (współpracujący w pełnym / w ograniczonym zakresie, brak współpracy),
- obecności i współpracy osób bliskich pacjenta,
- sytuacji i warunków, w których się znajdujemy, np. jesteśmy świadkiem lub uczestnikiem wypadku bądź pozostajemy sam na sam z osobą chorą, poszkodowaną, innymi osobami w miejscu zdarzenia,
- miejsca i warunków, w których dokonywane jest badanie: pokój badań / gabinet zabiegowy, pomieszczenie szpitalne (sala chorych, korytarz, poczekalnia, bufet), ulica, przystanek MPK, autobus, tramwaj, inne miejsce w przestrzeni publicznej (np. centrum handlowe, urząd, park, kino),
- sprzętu, którym dysponujemy: fonendoskop, aparat do pomiaru CTK, szpatułka, waga, centymetr, termometr, pulsoksymetr, aparat do wykonania badania EKG, otoskop, oftalmoskop, kamerton (stroik), młoteczek neurologiczny, latarka diagnostyczna, tablice Snellena, tablice Ishihary itp.

Uwaga!

Niezależnie od wymienionych sytuacji pamiętamy, aby podczas badania podmiotowego i przedmiotowego zadbać o bezpieczeństwo oraz godność i intymność pacjenta. Ważne są również komfort i bezpieczeństwo pracy pielęgniarki/położnej.

ETAPY BADANIA PRZEDMIOTOWEGO

Poprawnie przeprowadzone badanie przedmiotowe (fizykalne) składa się z 4 podstawowych elementów: obserwacji, palpacji, opukiwania i osłuchiwania, które wzajemnie się uzupełniają podczas badania.

Obserwacja jest pierwszym, podstawowym i niezwykle ważnym elementem całego badania. Już w pierwszym kontakcie z pacjentem pielęgniarka/położna potrafi rozpoznać wczesne objawy chorobowe. Obserwacja (oglądanie) to całościowa, wzrokowa ocena stanu zdrowia pacjenta, uwzględniająca:

- ocenę stanu przytomności: przytomny, nieprzytomny,
- ocenę stanu psychicznego, wyrazu twarzy, emocji: spokojny, niespokojny, pobudzony, spowolniony,
- ocenę sposobu komunikacji: kontakt słowny logiczny, nielogiczny, splątany, brak kontaktu,
- ocenę postawy, sylwetki, budowy ciała (symetria, proporcje), ułożenia ciała: wyprostowana, przygarbiona, przymusowa, przykurcze,
- ocenę stanu odżywienia (wychudzenie, norma, nadwaga, otyłość); ocena wzrokowa obejmuje ogólne wrażenie dotyczące budowy i masy ciała pacjenta; w celu potwierdzenia i uszczegółowienia obserwacji wykonuje się dodatkowe pomiary:
 - BMI (ang. *body mass index*, wskaźnik masy ciała, liczony ze wzoru: masa ciała [kg] / wzrost² [m]),
 - WHR (ang. *waist-to-hip ratio*, wskaźnik talia–biodra, liczony ze wzoru: obwód talii [cm] / obwód bioder [cm]),
 - WHtR (ang. *waist-to-height ratio*, wskaźnik talia–wzrost, liczony ze wzoru: obwód talii [cm] / wzrost [cm]),
- ocenę stanu nawodnienia (odwodnienie, przewodnienie): suchość skóry, obrzęki,
- ocenę stopnia sprawności fizycznej / tolerancji wysiłku: symptomy zmęczenia,
- ocenę sposobu poruszania się: samodzielny, porusza się za pomocą kul łokciowych, chodzika, wózka inwalidzkiego, wymaga pomocy osób trzecich podczas poruszania się,
- ocenę stopnia samodzielności: rozbiera, ubiera się samodzielnie, wymaga pomocy osób trzecich, nie jest w stanie rozebrać się czy ubrać,
- ocenę ubioru: adekwatny/nieadekwatny do pory roku, higienicznie czysty, schludny, zaniedbany,
- ocenę poziomu higieny ciała: zapach, zabrudzenia,
- ocenę koloru skóry: bladoróżowa, blada, zaczerwieniona, sina, marmurkowa, żółta,
- ocenę występujących zmian na skórze: wysypka, wybroczyny, zasinienia, blizny, rozstępy, pasożyty (wszy, świerzby).

Drugim elementem badania, którego dokonuje pielęgniarka, jest palpacja – badanie przez dotyk (obmacywanie). Używając tej techniki, zwracamy uwagę na 6 punktów:

1. Charakterystyka: rozmiar narządu, kształt narządu (okrągły, równy, gładki), konsystencja narządu (twardy, miękki, gumowaty), oceniamy ruchomość danego narządu, np. węzłów chłonnych, guzowatość, która normalnie nie jest obserwowana.
2. Jakość tętna: mocne, słabo napięte, ocena aorty brzusznej.
3. Występowanie bólu.
4. Temperatura i wilgotność skóry.
5. Występowanie obrzęków i gromadzenia się płynów.
6. Występowanie wibracji w ścianach klatki piersiowej.

W zależności od tego, co chcemy wy badać, używamy różnych części ręki (opuszki palców, śródręcze). Wyróżniamy trzy rodzaje badania palpacyjnego:

- płytkie (palpacja płytka), np. w przypadku badania brzucha pielęgniarka/położna stara się zbadać, czy nie występuje guz pomiędzy skórą a mięśniami; głębokość ucisku 1–2 cm; stosujemy lekki ucisk za pomocą opuszków palców ręki dominującej,
- głębokie (palpacja głęboka) – służy do oceny narządów znajdujących się głęboko w jamie; pielęgniarka/położna uciska głębiej aż do 5 cm, używając do tego opuszków palców,
- oburęczne – pielęgniarka/położna chwytą narząd w obie ręce; stosujemy przy badaniu miednicy mniejszej, wątroby, nerki.

W przypadku dwóch pierwszych technik stosujemy tzw. zanurzanie, tj. zanurzamy opuszki palców w tkance i dokonujemy oceny narządów. Badanie wykonujemy jedną ręką lub dwoma – gdy potrzebujemy zwiększyć siłę nacisku, wtedy układamy jedną rękę na drugiej, wówczas ręka ułożona na górze zwiększa siłę ucisku ręki badającej (Dyk, 2020). W przypadku pacjenta otyłego musimy użyć większej siły i głębszego zanurzania.

Trzecim elementem badania jest opukiwanie z wykorzystaniem odpowiedniej techniki, które służy do lokalizacji narządu za pomocą lekkiego, ale zdecydowanego uderzenia. Za pomocą opukiwania określa się wymiar narządu i konsystencję struktur leżących pod okolicą opukiwania. Badanie to umożliwia również wykrycie obecności powietrza lub płynu, np. w jamie opłucnej. Jeżeli opukujemy jamę uстną wypełnioną powietrzem, występuje odgłos podobny do jamy wypełnionej powietrzem.

Środkowym palcem ręki prawej (dominującej) uderzamy staw międzypaliczkowy dalszy palca środkowego ręki lewej (palec ten układamy w kształt łódki, czyli do skóry dotyka tylko okolica stawu międzypaliczkowego palca środkowego ręki lewej).

Ostatni, czwarty etap badania to osłuchiwanie. Posiadanie tej umiejętności umożliwia pielęgniarsce/położnej rozpoznanie różnych nieprawidłowości i odstępstw od fizjologicznego stanu pacjenta. Wszystko to stanowi uzupełnienie pełnego badania przedmiotowego o ten pożądany i niezbędny element dopełniający całość.

Pielęgniarka/położna do osłuchiwania pacjenta stosuje fonendoskop. Głowica fonendoskopu do badania fizykalnego składa się z membrany i lejka (membrana zbiera wysokotonowe dźwięki, lejek – niskotonowe). Badając pacjenta, należy ocenić 4 różne elementy dźwięku:

- ton – jest zdominowany przez częstotliwość wibracji dźwięku, mówimy zwykle o wysokim lub niskim tonie dźwięku,
- intensywność dźwięku (głośność),
- czas trwania dźwięku,
- jakość dźwięku – to ocena subiektywna, oceniamy jako: dmuchanie, ostre przelewanie, świsły, burczenie, furczenie, rzężenie.

Uwaga!

Kolejność badania fizykalnego (palpacja, osłuchiwanie, oglądanie) zależy od tego, jaki układ podlega naszej ocenie (oddechowy, krążenia, brzuch). Badanie brzucha obejmuje: obserwację (oglądanie), osłuchiwanie, opukiwanie, obmacywanie (palpację). Na kolejność badania fizykalnego mogą mieć wpływ również dolegliwości, na które uskarża się pacjent. Miejsce bolesne jest badane na końcu.

ELEMENTY SKŁADOWE BADANIA FIZYKALNEGO

Pełne badanie przedmiotowe obejmuje ocenę następujących układów i narządów: głowy i szyi, klatki piersiowej (układ oddechowy, układ krążenia, piersi), brzucha, odbytu, narządów płciowych, układu ruchu, układu nerwowego. Dodatkowo powinno być uzupełnione pomiarami określonych parametrów, np. temperatury, tętna (HR), ciśnienie tętnicze (BP), oddechu, saturacji krwi (poziomu natlenienia krwi), poziomu glikemii, poziomu cholesterolu, masy ciała, wzrostu, obwodów ciała. Do oceny tych parametrów niezbędne jest wykorzystanie sprzętu medycznego. W badaniu fizykalnym używa się przede wszystkim: fonendoskopu, szpatułki, termometru, aparatu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (CTK), pulsoksymetru.

Do specjalistycznego badania fizykalnego służą: aparat do wykonania badania EKG, tablice Snelena/Ishihary, oftalmoskop, kamerton (stroik), otoskop (wziernik nosowy, uszny), młoteczek neurologiczny, inne (np. siatki centylowe, kwestionariusze oceny stanu odżywienia, samopoczucia, funkcjonowania podstawowych procesów psychicznych, poziomu sprawności funkcjonalnej, równowagi i chodu, ryzyka powstania odleżyn).

Zakończenie badania jest ważnym etapem całego procesu. Powinno zawsze wiązać się z podsumowaniem zebranych informacji, określeniem zapotrzebowania na pomoc, opiekę oraz przekazaniem zaleceń czy wskazówek edukacyjnych lub innych dla pacjenta. Ta sama zasada odnosi się również do przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego za pomocą systemów teleinformatycznych i/lub innych systemów łączności (e.porady, np. telefoniczne).

Po każdym badaniu fizykalnym pielęgniarka/położna:

- ustala, formułuje diagnozę pielęgniarską,
- informuje pacjenta o wyniku badania (diagnozie pielęgniarskiej/położniczej),
- uspokaja i wspiera pacjenta,
- przekazuje zalecenia pielęgniarskie/położnicze,
- edukuje pacjenta,
- kieruje go do lekarza,
- przekazuje diagnozę pielęgniarską/położniczą lekarzowi i pozostałym członkom zespołu terapeutycznego w zakresie niezbędnym do kontynuacji terapii pacjenta,
- wykonuje zlecenia lekarskie,
- dokumentuje wynik badania.

Takie postępowanie bez wątpienia jest wyrazem pełnego profesjonalizmu, poprawia komfort pacjenta, zwiększając tym samym jego zaufanie do personelu medycznego.

3. Wywiad i badanie fizykalne skóry, jej tworów oraz węzłów chłonnych

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Wywiad i badanie fizykalne skóry jest kolejnym etapem w dokonywaniu oceny stanu zdrowia pacjenta. Badanie to może być niekiedy krępujące dla pacjenta dlatego też pielęgniarka/położna powinna stworzyć odpowiednie warunki, aby szczególnie zadbać o komfort i zapewnić intymność podczas badania.

Skóra powinna być oceniana podczas badania danej części ciała. Pielęgniarka/położna bada np. głowę i w tym samym czasie ocenia również skórę pokrywającą czaszkę.

Opisywane czynności obejmują badanie podmiotowe (wywiad) i przedmiotowe (fizykalne). Pierwszy etap badania to wywiad, podczas którego pielęgniarka powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest problem? Dlaczego pacjent zgłosił się do nas?
- Jaki jest wiek, płeć, rasa badanego?
- Czy pacjent zauważył jakieś zmiany na skórze, błonach śluzowych (kolor, wypryski, swędzenie), włosach, paznokciach, czy np. problemy suchej skóry zaostrzają się po gorącym prysznicu?
- Czy było rozpoznane jakieś schorzenie? Jeżeli tak, to jak przebiegało jego leczenie?

Badanie fizykalne należy rozpocząć od obserwacji. Podczas oglądania ocenie pielęgniarskiej/położniczej podlega:

- kolor skóry i/lub błon śluzowych w kierunku sinicy (zwiększenie stężenia zredukowanej hemoglobiny $>5\text{g/dl}$ – wskaźnik Lundsgaarda) szczególnie w okolicy ust, objawy żółtaczki (w pierwszej kolejności zażółta się podniebienie, wcześniej niż gałki oczne),
- budowa i proporcje ciała,
- wzrost, masa ciała i stan odżywienia za pomocą obliczenia wskaźnika *body mass index* – BMI.

Indywidualny stosunek masy ciała do wzrostu należy obliczyć wg podanego już wcześniej wzoru: $\text{BMI} = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost}^2 \text{ [m]}$. Interpretacja otrzymanych wyników została przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Interpretacja otrzymanych wyników wskaźnika BMI (Dyk, 2020)

Wartość BMI	Interpretacja wyniku
< 16	wyglodzenie
16–16,99	wychudzenie
17–18,49	niedowaga
18,5–24,99	wartość prawidłowa
25–29,99	nadwaga
30–34,99	otyłość I stopnia
35–39,99	otyłość II stopnia
> 40	otyłość III stopnia

Kontynuując obserwację, pielęgniarka/położna ocenia:

- reakcję skóry na ucisk, szczególnie okolice kostne w kierunku występowania obrzęków (należy opisać miejsce występowania i stopień obrzęków),
- występowanie siniaków (szczególnie obejmujące duże powierzchnie), żyłaków, blizn, rozstępów,
- występowanie uszkodzeń skóry (pierwotnych i wtórnych); pierwotne zmiany skórne manifestują reakcje alergiczne i schorzenia systemowe, wtórne zmiany to wpływ wtórnych czynników (drapania) na zmiany pierwotne (tab. 2 i 3),
- występowanie znamion (pojawiające się nagle lub ulegające zmianom zabarwienie, kształt, wielkość, wypukłość sugerują konieczność konsultacji przez dermatologa/onkologa);

wymienia się 4 elementy różniące nowotwór łagodny od złośliwego – jeżeli występują trzy z czterech niepokojących zmian, należy zaproponować pacjentowi konsultację z dermatologiem lub onkologiem (tab. 4).

Dodatkowo pielęgniarka/położna poprzez obserwację analizuje stan higieniczny skóry i odzieży.

Tabela 2. Charakterystyka zmian pierwotnych skóry (Dyk, 2020)

Rodzaj zmiany pierwotnej	Cechy charakterystyczne zmiany
plama	zmiana zabarwienia skóry mniejsza niż 0,5 cm
grudka	zmiana mniejsza niż 1 cm, ale jest uniesiona powyżej powierzchni skóry, większe wykwity powstałe ze zlania się grudek określa się mianem blaszek (tarczki)
guzek	zmiana wyniosła ponad powierzchnię skóry (do wielkości 1 cm), dobrze odgraniczona od otoczenia, jest wyraźnie wyczuwalna dotykiem, ustępuje z pozostawieniem blizny
guz	zmiana wyniosła ponad powierzchnię skóry przekraczająca 1 cm, ustępuje z pozostawieniem blizny (z wyjątkiem rumienia guzowatego, grzybicy głębokiej i ziarniniaka grzybiastego)
płytki (blaszka, bąbel)	uszkodzenie większe niż 0,5 cm, może być utworzona przez zetknięcie się grudek leżących obok siebie
pęcherzyk	mała (o średnicy do 1 cm), wyniosła ponad powierzchnię skóry zmiana, wypełniona płynem, spowodowana poparzeniem skóry II stopnia albo na stopach w miejscu obtarcia
pęcherz	zmiana jest większa niż 1 cm, wypełniona płynem
krosta	Zmiana wypełniona wydzieliną ropną, mała to krosta, np. trądzik, liszajec, a jeżeli jest większa niż 0,5 cm, to jest ropień
bąbel	zmiana wyniosła ponad powierzchnię skóry, szybko powstająca i ustępująca bez pozostawienia śladu

Tabela 3. Charakterystyka zmian wtórnych (Dyk, 2020)

Rodzaj zmiany wtórnej	Cechy charakterystyczne zmiany
owrzodzenie (nadżerka)	uszkodzenie skóry dotyczące powierzchni naskórka lub głębszej struktury skóry właściwej (rozdrapanie, ukąszenie komara), obejmuje głębsze warstwy skóry, pozostawia bliznę
przeczos	linijny ubytek naskórka będący następstwem drapania, w przeciwieństwie do nadżerek przeczossy występują w skórze niezmienionej na skutek mechanicznych urazów
zrogowacenie (odcisk)	zgrubienie skóry
strup	wykwit będący następstwem zasychania płynu wysiękowego, treści ropnej lub krwi
stwardnienie (twardzina, sklerodermia)	bolesne, rumieniowe zmiany, które wraz z czasem ulegają włóknieniu
rozszerzenie drobnych naczyń w skórze	najczęściej występuje w trądziku różowatym. Można łatwo zaobserwować na twarzy
łuska	cienki płatek złuszczonego naskórka (sucha skóra, łupież) powstający w wyniku niepełnego oddzielania się powierzchniowych, zrogowaciałych warstw naskórka
pęknięcia i rozpadliny	pęknięcie, szczelina jest płytkim linijnym ubytkiem skóry dotyczącym głównie naskórka; rozpadlina różni się od pęknięcia głębszym usadowieniem, sięgającym do skóry właściwej; zmiany te łatwiej ulegają wtórnemu zakażeniu, goją się z pozostawieniem blizny
blizna	tkanka łączna włóknista wypełniająca miejsce uszkodzenia skóry właściwej

Tabela 4. Cechy charakterystyczne zmian skórnych (Dyk, 2020)

Badana cecha	Cecha niepokojąca
kształt	brzegi są asymetryczne
wyczuwalność, wyniosłość ponad powierzchnię skóry	ostre brzegi, wyraźne wyczuwalne
kolor	zmiana ma wiele kolorów (posiada cętki), kolor jest niejednorodny
wielkość	średnica większa niż 0,5 cm

Drugą metodą badania fizykalnego jest palpacja (badanie przez dotyk). Pielęgniarka/położna ocenia: temperaturę skóry, jej wilgotność, napięcie i sprężystość (fałd skórny), nierówności, stwardnienia, guzki pod skórą. Dodatkowo ocenia się występowanie tworów skóry.

W następnej kolejności należy zbadać włosy i paznokcie. Ocena **włosów** obejmuje:

- wywiad:
 - jaki problem występuje,
 - czy pacjent zaobserwował nadmierne wypadanie włosów;
- oglądanie:
 - barwa (siwienie),
 - liczba, rozmieszczenie (wypadanie, łysienie – miejscowe lub plackowate, owłosienie całkowite, nadmierne);
- palpację:
 - struktura włosa (ocena jakości, np. włos twardy, miękki; grubość, rozdwojone końce); w niedoczynności tarczycy włosy są chropowate; w nadczynności – cienkie.

Ocena **paznokci** obejmuje:

- wywiad:
 - jaki problem występuje,
 - czy pacjent zaobserwował nadmierną łamliwość, zmianę kształtu paznokci;
- oglądanie:
 - płytki paznokcia:
 - kolor (przebarwienia miejscowe, obejmujące cały paznokieć – sinica obwodowa),
 - kształt (ogryzanie paznokci),
 - kąt miejsca wrastania paznokcia – powinien być mniejszy niż 180° („jak szkiełka od zegarka”); jeżeli jest większy, obserwujemy pałeczkowatość (np. w niewydolności krążenia),
 - grubość, łamliwość, rozdawianie paznokci,
 - zmiany na paznokciach, np. chropowatość (grzybica, drożdżycza, łuszczycza, zanokcica),
 - skórek wokół paznokci (wał paznokciowego):
 - zmiany barwy i kształtu (palce pałeczkowate, dobosza);
- palpację:
 - ocenę dolegliwości bólowych,
 - nawrót kapilarny (w warunkach prawidłowych norma do 2 sekund na kończynach górnych); badanie polega na uciśnięciu (z siłą wystarczającą do zblednięcia skóry) przez 5 sekund paznokcia palca ręki położonego na wysokości serca, po zwolnieniu ucisku mierzy się czas, jaki upływa do momentu powrotu koloru otaczającej skóry.

Uwaga!

Należy wziąć pod uwagę, że paznokcie u rąk rosną z prędkością 0,1 mm na dzień (paznokcie u nóg rosną wolniej).

Wywiad i badanie fizykalne **węzłów chłonnych** to następny etap badania przedmiotowego. Węzły chłonne powinny być oceniane podczas badania danej części ciała. Pielęgniarka/położna bada np. klatkę piersiową i równocześnie ocenia węzły chłonne tam występujące.

Wyróżniamy następujące węzły chłonne układu limfatycznego: przeduszne, zauszne, potyliczne, podżuchwowe, podbródkowe, karkowe, szyjne głębokie (pod mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym), szyjne powierzchowne (wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego), nadobojczykowe, podobojczykowe, pachowe, pachwinowe. Ocena węzłów chłonnych obejmuje:

- wywiad:
 - czy pacjent zaobserwował ich powiększenie,
 - jaki problem występuje;
- palpację – w sposób delikatny i głęboki, z wykorzystaniem opuszków palców; ruch powinien być ruchem okrężnym.

Prawidłowe węzły chłonne są niewyczuwalne, choć u niektórych zdrowych osób niekiedy wyczuwa się niewielkie twarde węzły pachowe i pachwinowe. Nie stanowią problemu pojedyncze powiększone węzły (2–3 mm), które są miękkie, łatwo przesuwalne i niebolesne.

Podczas badania węzłów chłonnych należy pamiętać o zasadach przeprowadzania palpacji węzłów chłonnych:

1. Pielęgniarka/położna stoi przodem do badanego.
2. Bada węzły symetrycznie i jednocześnie z obu stron ciała.

Pielęgniarka/położna stara się chwycić węzeł między palcami i określić: położenie i liczbę węzłów, ich wielkość (>1 cm), kształt, symetrię, konsystencję, spoistość, obecność chęłbotania (uczucie przelewania się płynu pod palcami), ruchomość, przesuwalność względem skóry, podłoża i względem siebie, tworzenie „pakietów”, bolesność uciskową, zmianę wyglądu skóry nad węzłami chłonnymi (uniesienie, wciągnięcie skóry, rozstępy, przetoki), napięcie, zaczerwienienie, wzmożone ucieplenie skóry (Styczyński, 2023).

4. Wywiad i badanie fizykalne głowy i szyi

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Wywiad i badanie fizykalne głowy dopełnia całościowe badanie pacjenta. Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy badany wie, jak się nazywa, jaka jest dzisiejsza data?
- Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Czy ma dolegliwości bólowe?
- Czy dobrze widzi i słyszy?
- Czy ma nudności, wymioty?
- Czy pacjent zauważył jakieś zmiany na skórze, błonach śluzowych (kolor wyprysku, swędzenie), włosach?
- Czy ktoś w rodzinie chorował na schorzenia w obrębie głowy?
- Czy ma rozpoznane jakieś schorzenie? Jeżeli tak – jak przebiega leczenie?
- Czy badany miał wykonywane zabiegi w obrębie głowy?
- Czy przyjmuje leki, pije alkohol, stosuje inne środki, np. odurzające?

Jeżeli stwierdzimy, że występuje jakiś problem, postępujemy według schematu OLD CART.

Badanie przedmiotowe (fizykalne) obejmuje obserwację i palpację (obmacywanie) głowy. Podczas oglądania ocenę pielęgniarskiej podlegają:

- kształt głowy, owłosienie, występujące zmiany na skórze,
- proporcje części mózgowej i twarzowej (u dzieci dodatkowo ciemiec i szwów),
- symetria części twarzowej (poziom kącików ust, równość szpary oczu),
- występowanie zmian pourazowych (krwiaki, zasinienia, guzy, blizny),
- wycieki płynu z naturalnych otworów (nos, uszy),
- bolesność uciskowa,
- mięśnie mimiczne (badany marszczy czoło, szerzy zęby).

Badając głowę palpacyjnie, pielęgniarka ocenia przez dotyk: owłosioną część głowy oraz mózgowiczkę i twarzowiczkę z uwzględnieniem punktów ujścia nerwu trójdzielnego: nad oczodołem prawym, lewym, pod oczodołem prawym, lewym, pod kącikiem ust prawym, lewym.

Badanie głowy obejmuje również badanie narządu wzroku, słuchu, nosa, zatok, jamy ustnej, gardła, ślinianek przyusznych i układu nerwowego.

W przypadku narządów parzystych należy pamiętać, że bada się i poddaje ocenie po kolei każdy z nich. W przypadku dolegliwości rozpoczyna się badanie od zdrowego narządu. Badając **narząd wzroku**, pielęgniarka/położna ogląda i ocenia położenie i wygląd oka prawego i oka lewego, w tym:

- oczodołów,
- powiek (barwa, obrzęk, zmiany skórne),
- gałek ocznych: osadzenie, kształt, symetria, występowanie zmian: wytrzeszczu, oczopląsu, zezu, zmian tęczówek (barwy i wielkości), twardówek, rogówek (wysychanie), źrenic (wielkość, anizokoria, reakcja na światło, reakcja konsensualna), soczewek, spojówek (barwa, przekrwienie, wybroczyny, obrzęk, łzawienie, pieczenie, wydzielina, światłowstręt),
- narządu łzowego (występowanie wydzieliny),
- naczyń krwionośnych,
- komory przedniej oka (Cartledge, 2017).

Dodatkowo pielęgniarka/położna ocenia:

- pole widzenia (metoda konfrontacyjna) – pacjent siedzi naprzeciw pielęgniarki w odległości wyciągniętej ręki, tj. ok. 1 m. Pacjent zasłania dłońią swoje lewe oko, pielęgniarka zasłania swoje prawe oko. Zadaniem badanego jest wodzenie wzrokiem za dłońią, palcem pielęgniarki lub jasnym przedmiotem (karteczką, długopisem). Pielęgniarka trzyma przedmiot

w połowie odległości między sobą a pacjentem kierując ruch z obwodu pola widzenia do nasady nosa. W trakcie badania pacjent informuje pielęgniarkę, czy widzi przedmiot i/lub kiedy przestaje widzieć. Następnie w ten sam sposób bada drugie oko;

- odruch źrenic na światło i akomodację bez latarki – badany zasłania oczy dłońmi, następnie naprzemiennie odsłania jedno oko, później drugie badający sprawdza reakcję źrenic po odsłonięciu badanego oka;

Uwaga!

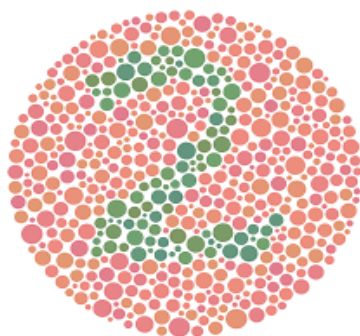
Preferowane badanie z latarką w ciemnym pomieszczeniu; źrenica zwęża się pod wpływem światła lub zbliżającego się przedmiotu.

- odruch źrenic na światło z wykorzystaniem latarki – pielęgniarka własną dłoń zasłania badanemu jedno oko, do drugiego oka (badanego) zbliża źródło światła i obserwuje reakcję źrenic, następnie badamy drugie oko;
- odruch na nastawność – badanie akomodacji: pacjent patrzy w dal, później na przybliżany do twarzy palec (oczy powinny się zbiec na nosie), źrenice ulegają zwężeniu podczas przybliżania przedmiotu;
- reakcję konsensualną – naświetlanie jednej źrenicy wywołuje zwężenie źrenicy oka drugiego, w przypadku braku latarki badamy pacjenta w jasnym pomieszczeniu, dłońmi zasłaniamy dwoje oczu pacjenta i kolejno odsłaniamy jedno i drugie oko;
- ostrość widzenia (czytanie z tablic Snellena z odległości ok. 6 m) (ryc. 1);

Odległość w m		Ostrość wzroku
50	E	0,1
25	F H	0,2
16,5	E N T	0,3
12,5	T N H L	0,4
10	L E F N H	0,5
8,3	Z L P O H F	0,6
7,1	H L A E Z T P T	0,7
6,2	N Z E P L P F N	0,8
5,5	F P Z H T L E Z	0,9
5,0	P N P Z H T L E Z	1,0

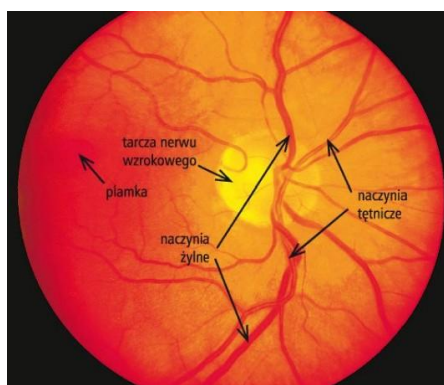
Rycina 1. Tablice Snellena (Zdrowie, 2020).

- widzenie barwne (czytanie z tablic Ishihary) (ryc. 2);



Rycina 2. Przykładowa tablica Ishihary (Sakurambo, 2006).

- badanie dna oka (oftalmoskopię) – przeprowadzane za pomocą oftalmoskopu; ocenie podlegają: tarcza nerwu wzrokowego, plamka, przebieg naczyń krwionośnych (ryc. 3–4).



Rycina 3. Dno oka (Kasprzyk i Gąsowski, 2012).



Rycina 4. Oftalmoskop (Janee, 2012).

Pielęgniarka/położna zna zasady przeprowadzania badania dna oka:

- oftalmoskopię wykonuje się w celu zdiagnozowania zaburzeń ogólnoustrojowych (np. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, miażdżycy),
- umożliwia rozpoznanie nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu siatkówki, błony naczyniowej, tarczy nerwu wzrokowego i naczyń krwionośnych,
- w badaniu ocenia się strukturę ciała szklanego, tarczę nerwu wzrokowego, naczynia krwionośne, obwodową część siatkówki, plamkę żółtą,
- przed badaniem należy rozszerzyć źrenice poprzez dospojówkowe podanie leków rozszerzających źrenic (Tropicamidum WZF 1%, Neosynephrin-POS 10%),
- po rozszerzeniu źrenicy i zniknięciu reakcji źrenicy na światło do badanego oka stopniowo przybliża się oftalmoskop – początkowo oświetla się gałkę oczną z ok. 15 cm, obserwując czerwony odbłask z dna oka,
- pacjentowi poleca się patrzeć na ucho badającego i stopniowo przybliża się oftalmoskop w kierunku oka (prawe oko pacjenta bada się prawym okiem, a lewe oko pacjenta – lewym),
- korygując ostrość widzenia na pokrętło oftalmoskopu, obserwuje się:
 - tarczę nerwu wzrokowego (przy lekkim patrzeniu badanego w bok),
 - okolicę plamkową wraz z dołkiem środkowym (przy patrzeniu wprost na źródło światła),
- obserwuje się obwodowe części dna oka ze szczególnym uwzględnieniem znajdujących się tam tętnic i żył.

Kolejnym etapem badania narządu wzroku jest palpacja. Pielęgniarka bada i ocenia brzegi oczodołów i ciśnienie śródgałkowe (badanie napięcia i sprężystości gałki ocznej).

Następnym etapem badania fizykalnego jest ocena **narządu słuchu**. Należy pamiętać, że w przypadku parzystych organów bada się i poddaje ocenie po kolei każdy z nich. Jeżeli patologia występuje po stronie prawej, badanie zaczynamy od strony lewej – i odwrotnie

Badając narząd słuchu, pielęgniarka/położna ogląda i ocenia małżowiny uszne oraz ucho zewnętrzne prawe i lewe:

- kształt, osadzenie małżowiny usznej prawej i lewej, odstawanie,
- deformacje, blizny, guzki, zaburzenia rozwoju,
- zabarwienie skóry (sinica),
- zmiany skórne,
- obrzęk,
- przewody słuchowe zewnętrzne (po odciągnięciu małżowiny usznej ku tyłowi i ku górze u dorosłych i ku tyłowi i dołowi u dzieci). Dodatkowo badając małżowiny uszne, zwraca się uwagę na wydzielinę, wyciek z uszu: rodzaj (krew, płyn mózgowo-rdzeniowy) oraz barwę i konsystencję.

Następnym etapem jest przeprowadzenie badania słuchu. Pielęgniarka/położna wykorzystuje poniżej wskazane metody:

- tykanie zegarka: badany stoi bokiem do pielęgniarki w odległości ok. 6–7 m i zatyka palcem ucho niebadane, badany natomiast nasłuchuje tykania zegarka; jeśli nie słyszy dźwięku z tej odległości, pielęgniarka stopniowo przybliża się i określa odległość, z której tykanie jest słyszane przez pacjenta; należy porównać ostrość słuchu obu uszu;
- próba szeptu: pielęgniarka mówi szeptem z odległości około 6 m, stojąc z tyłu za pacjentem, pacjent ma zatkać palcem ucho niebadane. Po wypowiedzeniu słowa przez pielęgniarkę pacjent powtarza to, co usłyszał. Jeśli nie słyszy szeptu z tej odległości, pielęgniarka stopniowo przybliża się i określa odległość, z której szept jest słyszany przez pacjenta. Następnie w ten sam sposób bada się drugie ucho.

Po zbadaniu słuchu pielęgniarka/położna wykonuje palpację. Badanie dotykiem narządu słuchu polega na ocenie: węzłów chłonnych (przedusznych, zausznych) oraz bolesności uciskowej – bolesności wyrostka sutkowego (Cartledge, 2017).

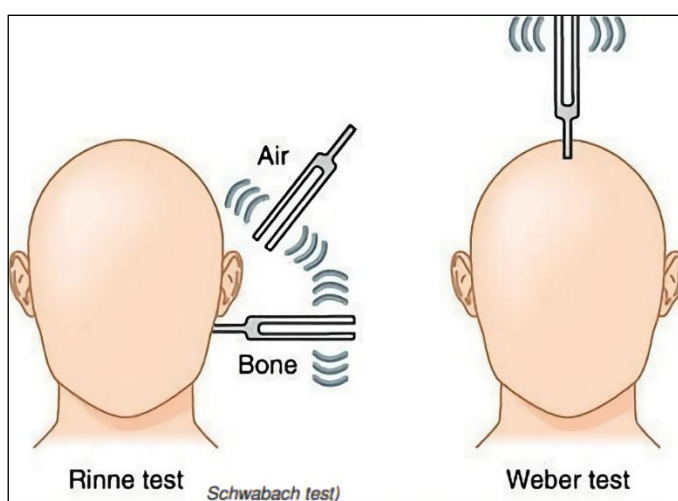
W badaniu przyrządowym słuchu wykonuje się otoskopię – wziernikowanie ucha przy użyciu wziernika usznego (otoskop, ryc. 5), który wprowadza się do przewodu słuchowego zewnętrznego po uprzednim odciągnięciu małżowiny usznej (ku tyłowi i ku górze u dorosłych oraz ku tyłowi i dołowi u dzieci).



Rycina 5. Otoskop (Grook Da Oger, 2009).

W badaniu pielęgniarka/położna ocenia: przewód słuchowy zewnętrzny (występowanie i kolor woskowiny) oraz pośrednio ucho środkowe przez ocenę błony bębenkowej, w fizjologii jest szaropierłowa, posiada smugę światłą, tzw. refleks świetlny. Brak refleksu oznacza wciągnięcie błony bębenkowej – ujemne ciśnienie i niedrożność trąbki słuchowej, zaś uwypuklenie, przekrwienie i bolesność błony bębenkowej – proces zapalny. W przypadku perforacji błony bębenkowej ogląda się też zawartość jamy bębenkowej.

W następnej kolejności pielęgniarka/położna wykorzystuje stroiki uszne (kamertony), za pomocą których wykonuje się tzw. próby stroikowe niezbędne do oceny utraty słuchu. Próby stroikowe porównują czas słyszenia dźwięków przenoszonych przez przewodnictwo powietrzne z dźwiękami przenoszonymi przez przewodnictwo kostne i pozwalają szybko ocenić obecność i stopień utraty słuchu (Cartledge, 2017). Pielęgniarka/położna wykonuje próby Rinnego i Webera (ryc. 6) w celu wykrycia utraty słuchu zmysłowo-nerwowego i potwierdzenia charakteru utraty słuchu – wykorzystuje się do tego stroiki (kamertony) o częstotliwości 512 Hz i 256 Hz.



Rycina 6. Próba Rinnego i Webera (Kubiak, 2026).

Próba Rinnego – to subiektywna metoda badania słuchu. Pielęgniarka przykładą wibrujący kamerton, przy kostce wyrostka sutkowatego pacjenta i prosi go o informację, kiedy przestanie słyszeć wibracje. Następnie wciąż wibrujący kamerton umieszcza w odległości 1–2 cm od kanału słuchowego i pyta pacjenta, czy nadal słyszy wibracje.

Interpretacja badania: prawidłowy słuch ocenia się wówczas, gdy przewodnictwo powietrzne jest dłuższe niż przewodnictwo kostne. Pacjent powinien usłyszeć kamerton umieszczony obok małżowiny usznej (ucha zewnętrznego) po tym, jak nie będzie już słyszał przy wyrostku sutkowatym. (Dyk 2020).

Próba Webera to metoda badania słuchu polegająca na przyłożeniu wprowadzonego w drgania stroika do czoła lub szczytu czaszki pacjenta. Pacjent ocenia, w którym uchu dźwięk słyszy głośniejsze. Zdrowy człowiek słyszy dźwięk jednakowo w obu uszach. Lepsza słyszalność w jednym uchu – świadczy o lateralizacji, czyli asymetrii w odbiorze dźwięków ucha lewego i prawego. Jeśli lateralizacja pojawia się po stronie ucha zdrowego, może świadczyć o zaburzeniach typu odbiorczego. Jeśli dotyczy strony chorej – pacjent może cierpieć na niedosłuch przewodzeniowy. Osoba z przewodzeniowym uszkodzeniem słuchu (związanym z patologią ucha środkowego i zewnętrznego) zinterpretuje dźwięk jako głośniejszy w chorym uchu (dzieje się tak, dlatego, że do ucha chorego nie docierają dźwięki z otoczenia – droga powietrzna jest zablokowana i dominuje przewodnictwo kostne) (ryc. 7) (Dyk, 2020).



Rycina 7. Próba Webera (Tomik, 2018).

Kolejnym etapem jest badanie fizyczne nosa i zatok. Pielęgniarka/położna ogląda i ocenia: wielkość nosa, jego kształt, symetrię, osadzenie, występowanie deformacji, blizn, zmian skórnych, barwę skóry, obecność i rodzaj wydzieliny (wysięk, krwawienie), obrzęk, sposób oddychania (nos–usta), poruszanie się skrzydełek nosa, węch. W badaniu palpacyjnym sprawdza się drożność nozdrza prawego, lewego, zatoki czołowej, przynosowej i szczękowej (pielęgniarka/położna kciukami uciska miejsca nad oczodołami, okolice skrzydełek nosa, kości policzkowe). Innym sposobem jest prześwietlenie zatok światłem (diafanoskopia). W badaniu przyrządowym nosa wykorzystuje się wziernik (Douglas, 2017).

W skład badania przedmiotowego głowy wchodzi także badanie fizyczne **jamy ustnej, gardła, ślinianek przyusznych**. Pielęgniarka/położna ogląda i ocenia:

- wargi: sposób oddychania (u zdrowych osób usta są zamknięte), występowanie wad rozwojowych („zajęcza warga”, rozszczep wargi), symetrię warg (opadający kącik ust), występowanie czerwieni wargowej, zasinienie warg (sinica centralna obejmująca usta i nos);
- przedsionek jamy ustnej i gardło: błonę śluzową, barwę, wilgotność, zmiany skórne, występowanie opryszczki, aft;
- uzębienie, zgryz (liczbę, kolor, zapach, występowanie próchnicy, ubytków);
- język i wędzidełko: barwę, wilgotność, nalot, ruchomość i symetryczność języka (w prawo, w lewo, w górę, w dół), język uniesiony do góry (pozwala ocenić dno jamy ustnej i ujście ślinianek podżuchwowych i podjęzykowych).

Kolejnym elementem jest ocena położenia języczka, następnie ocenia się gardło i migdałki (powiększone, jeśli przekraczają krawędzie przedniego łuku podniebiennego i uwypuklają go do przodu) – pielęgniarka/położna uciska szpatułką wyciągnięty język pacjenta, który jednocześnie wypowiada głoskę „a” lub „e”). Ocenia się: wielkość, barwę, zabarwienie śluzówki, zmiany na śluzówce, podniebienie twarde i miękkie (rozszczep), zabarwienie, zmiany na śluzówce (barwa, nalot), występowanie stwardnień, guzów, poruszanie języczka podczas wymawiania przez badanego głoski „a” i „e”, łuki podniebienne (barwa, naloty), tylną ścianę gardła (barwa, naloty).

Porównując fizjologię i występujące symptomy, różnicuje się objawy infekcji:

- wirusowej: zaczerwienione i obrzęknięte migdałki, zaczerwienione gardło;
- bakteryjnej: zaczerwienione i obrzęknięte migdałki, nalot na migdałkach (białe, szare, żółte plamki), szarawy nalot na języku, obrzęknięty języczek, zaczerwienione gardło.

Kolejnym elementem badania jest palpacja. Pielęgniarka/położna ocenia: tkliwość języka (występowanie guzów, stwardnień), odruch gardłowy (za pomocą szpatułki), węzły chłonne (podbródkowe, podżuchwowe, ślinianki przyuszne) (Cartledge, 2017).

Uwaga!

Badając głowę, badamy jednocześnie układ nerwowy. Został on omówiony w oddzielnym rozdziale.

Kontynuując badanie, pielęgniarka/położna przeprowadza wywiad i badanie fizykalne **szyi, tarczycy i tchawicy** (ryc. 8), które polega głównie na oglądaniu i palpacji. Podczas wywiadu badająca powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje?
- Czy pacjent odczuwa ból / ma uczucie gorąca?
- Czy zauważył zmiany w wyglądzie, obwodzie szyi?
- Czy ma trudności z przełykaniem?
- Czy kiedyś doświadczył uczucia duszności, zmiany głosu?
- Czy wśród członków rodziny rozpoznano schorzenie serca, krtani, tchawicy, tarczycy?
- Czy u pacjenta rozpoznano jakieś schorzenie w obrębie szyi? Czy i jak było ono leczone?
- Czy pacjent szybko się denerwuje?
- Czy pali papierosy?
- Czy pacjent schudł lub przytył w ostatnich trzech miesiącach? Jeżeli tak, należy zapytać, czy było to celowe zwiększenie lub zmniejszenie masy ciała.
- Jaki jest poziom kondycji (czy pacjent szybko się męczy)?
- Jak toleruje ciepło i zimno?
- Czy zaobserwował suchość, złuszczenie skóry?
- Czy pacjentowi wypadają włosy? (Jest to objaw niedoczynności tarczycy).
- Czy ma uczucie nierównego bicia serca, nadmiernej szybkości bicia serca? (Jest to objaw nadczynności tarczycy).
- Czy zaobserwował guzy, nierówności na szyi?
- Czy ma problem z połykaniem?

Rozpoczynając badanie fizykalne, pielęgniarka/położna ogląda i ocenia: kształt, długość, szerokość, symetrię narządów, stan skóry (barwa, zmiany skórne, blizny), tkankę podskórną, węzły chłonne, naczynia krwionośne, ruchomość (pacjent pochyla głowę do przodu, do tyłu, do boku prawego, lewego następnie w lewo i w prawo), wielkość i kształt tarczycy, jej zniekształcenia (podczas przełykania śliny), występowanie widocznych guzków.

Podczas badania **tchawicy** pielęgniarka/położna staje naprzeciw pacjenta, przykładając dwa palce po obu stronach tchawicy i ocenia obustronnie odległość pomiędzy palcami a ścięgnem mięśnia mostkowo-obojędkowo-sutkowego (odległość pomiędzy boczną krawędzią tchawicy a przyśrodkową krawędzią mięśnia mostkowo-obojędkowo-sutkowego powinna być równa po obu stronach, przesunięcie narządu w prawo lub w lewo jest patologią).

Do badania palpacyjnego tarczycy badający staje za pacjentem, dotyka skórę opuszkami palców, a w tym czasie badany przełyka ślinę. Ocenia się wielkość, konsystencję i tkliwość uciskową (wyczuwalnych guzków) (Walczak, 2017). Należy zaznaczyć, że tarczyca jest wyczuwalna od okresu pokwitania.

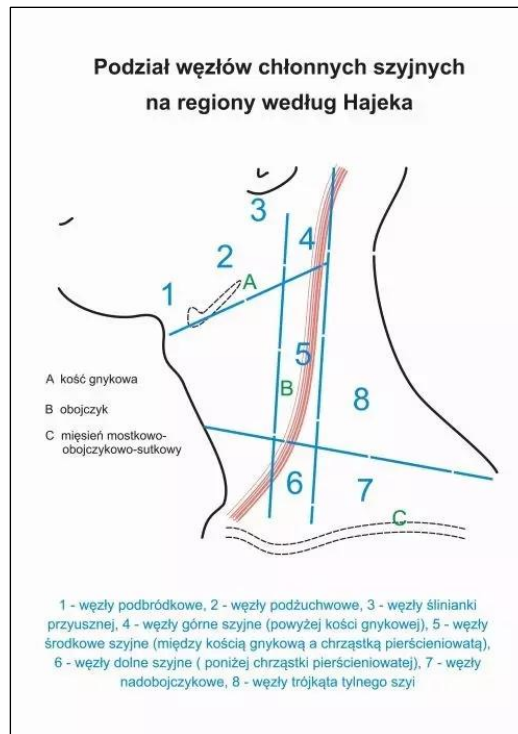
Uwaga!

Nie wolno naciskać jednocześnie na obie strony szyi (ze względu na tętnice).



Rycina nr 8. Badanie palpacyjne tarczycy (CDT Medicus, 2025).

Ocenia się wielkość, konsystencję, tkliwość uciskową węzłów: przedusznych, zausznych, potylicznych, podżuchwowych, podbródkowych, migdałków – kąt żuchwy, szyjnych głębokich (pod mięśnieniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym), szyjnych powierzchownych (wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego), nadobojczykowych (Styczyński, 2023).



Rycina 9. Węzły chłonne (Bijoś, Borek i Stepaniak, 2024).

Następnym etapem jest osłuchiwanie tarczycy. Ocenia się występowanie szmeru naczyniowego nad tarczycą (podczas gdy pacjent wstrzymuje oddech).

Uwaga!

Jeżeli tarczyca jest powiększona, należy osłuchiwać ją za pomocą lejka stetoskopu: tętnice szyjne (pacjent wstrzymuje oddech) i tchawicę (oceniając szmery oddechowe).

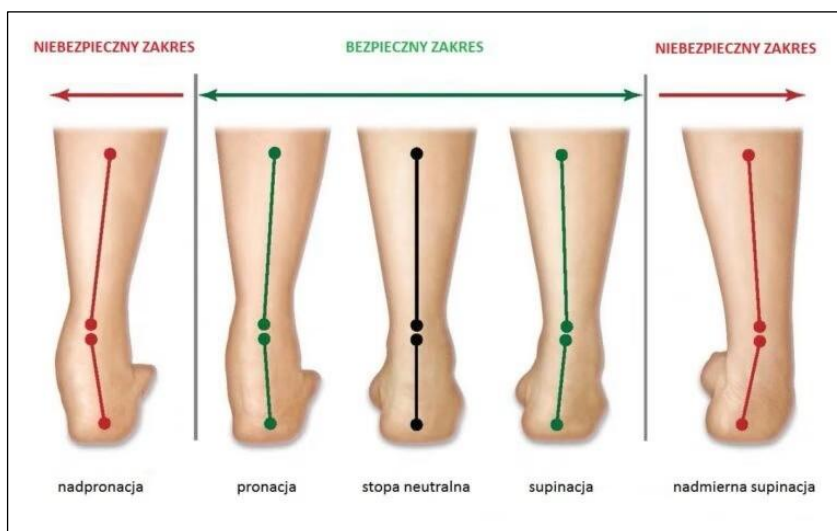
5. Wywiad i badanie fizykalne układu kostno-mięśniowo-stawowego

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Ocena układu kostno-mięśniowo-stawowego stanowi kolejny etap badania, dopełniający ocenę zdrowia pacjenta w tym zakresie. Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Jakie dolegliwości występują?
- Czy taki ból już wcześniej występował?
- Czy pacjent odczuwał ból, uczucie gorąca w stawie?
- Czy zauważył zaczerwienienie lub obrzęk stawu?
- Czy ruchy są ograniczone?
- Czy są zniekształcenia?
- Czy pacjent kiedyś doświadczył urazu stawu bliskich kości?
- Czy pacjent kiedyś doświadczył bólu kręgosłupa?
- Czy ten ból powoduje ograniczenie wykonywania pewnych czynności, np. sprzątanie, zakupy?
- Czy pacjent był leczony, jak przebiegało leczenie?
- Czy ból pogarsza się w zależności od pory dnia?

Dalsze badanie polega na obserwacji, czyli oglądaniu i ocenie układu kostno-mięśniowo-stawowego, która dotyczy: sposobu poruszania się, kształtu, długości, proporcji palców i kończyn górnych, kształtu, długości, proporcji kończyn dolnych, budowy kręgosłupa, występowanie zmian krzywiczych, kształtu i wysklepienia stóp (płaskostopie, szpotawe ustawienie stóp, tj. supinacja – odwracanie, rotacja zewnętrzna kostki, koślawe ustawienie stóp, tj. pronacja – nawracanie, rotacja wewnętrzna kostki (ryc. 10).



Rycina 10. Ustawienie stóp (Body Move, 2018).

Następny etap badania obejmuje ocenę symetrii stawów, występowania zaczerwienienia, obrzęku, zniekształcenia, występowania bolesności (podczas ruchu, tj. upośledzenie funkcji ruchu), zaników mięśni powyżej lub poniżej upośledzonego stawu (Cleeand, 2024).

Szczegółowe elementy badania fizykalnego układu kostno-stawowego to: zgięcie, wyprost, odwodzenie, przywodzenie, rotacja zewnętrzna, rotacja wewnętrzna. Równocześnie podczas badania stawów ocenia się skórę.

Kolejny etap badania to palpacja. Pielęgniarka/położna bada dotykiem ramię, łokieć, nadgarstek, śródreżce, palce, kręgosłup, biodro, kolano, staw skokowy i ocenia:

- ruchomość bierną w poszczególnych stawach (zakres, możliwości, ograniczenia),
- ruchomość czynną w poszczególnych stawach (zakres, możliwości, ograniczenia),
- bolesność (podczas ruchu, tj. upośledzenie funkcji ruchu),
- napięcie mięśniowe, siłę mięśniową, obrzęk, temperaturę.

Uwaga!

Jeżeli badany ma protezę stawu biodrowego, nie wolno wykonywać odwodzenia, przywodzenia, skrzyżowania nogi z protezą.

W badaniu stawu skroniowo-żuchwowego uwzględnia się: wysuwanie, cofanie, opuszczanie, podnoszenie, ruchy żucia.

Następnym krokiem jest badanie zakresu ruchów kończyn: górnej i dolnej, prawej i lewej w stawach: barkowych, łokciowo-promieniowych, nadgarstkowych, palczkowych, biodrowych, kolanowych, skokowych oraz ocena ruchomości nadgarstków, palczków, dłoni i stóp. Podczas badania należy zawsze dokonywać porównania obu kończyn (Zaborowski, 2016).

Badając mięśnie, pielęgniarka/położna zwraca uwagę na stopień ich rozwoju (przerost, zanik), stan napięcia i bolesność. Ocenę siły mięśniowej wykonuje się przy wykorzystaniu skali Lovetta:

- 0** – brak siły mięśniowej, nie występuje żaden ruch – „atonia”
- 1** – nieznaczny skurcz mięśni „migotanie mięśni”, bez efektu ruchowego
- 2** – słaby skurcz mięśni, ruch w odciążeniu- przesunięcie kończyny po płaskim podłożu
- 3** – ruch przeciwko sile ciężkości (oderwanie kończyny od podłoża)
- 4** – ruch w pełnym zakresie (oderwanie kończyny od podłoża i pokonanie małego oporu)
- 5** – pełny zakres ruchów z dużym oporem i przeciwstawianie się sile badającego (Douglas, 2017)

Dodatkowym elementem badania, które pozwala na różnicowanie stanów chorobowych, jest test na obecność płynu w stawie kolanowym. Pielęgniarka/położna wykorzystuje w tym celu jeden z trzech poniżej wskazanych sposobów:

1. W przypadku objawu uwypuklania:
 - uciska się okrężnie kolano z dołu do góry, aby przemieścić ewentualny płyn,
 - uciska się boczną krawędź rzepki i obserwuje, czy płyn nie napływa z powrotem,
 - uwypuklenie napływającego z powrotem płynu wskazuje na jego obecność w obrębie stawu kolanowego.
2. W przypadku objawu balonu:
 - jedną ręką uciska się okolicę uchyłka naderżkowego, a kciukiem i palcami drugiej ręki wyczuwa, czy płyn nie wypełnia przestrzeni obok rzepki (balotowanie rzepki),
 - wyczuwalna fala płynu jest objawem obecności wysięku, krwiaka,
 - stres kolana: lewą rękę kładziemy na udzie pacjenta, aby unieruchomić staw kolanowy, prawą ręką unosimy stopę pacjenta i delikatnie skręcamy w lewo lub prawo (badanie rotacji wewnętrznej i zewnętrznej).

W badaniu kręgosłupa wykorzystuje się głównie oglądanie i palpację, oceniając ukształtowanie krzywizn: lordoza (przód) – szyjna, lędźwiowa; kifoza (tył) – piersiowa; skolioza – (skrzywienie boczne). Poprzez oglądanie pielęgniarka/położna ocenia także ruchomość kręgosłupa w poszczególnych jego odcinkach: szyjnym, piersiowym i lędźwiowym.

Najczęściej występującymi zniekształceniami kręgosłupa są skrzywienie boczne (skolioza) oraz garb, występujący w części grzbietowej kręgosłupa (Zaborowski, 2016). Aby ocenić występowanie skoliozy, można wykorzystać poniższe sposoby:

1. Pacjent znajduje się w pozycji skłonu, badający zaznacza wyrostki kręgów uciskiem palców lub pisakiem, następnie w pozycji wyprostowanej ogląda i ocenia symetrię wyrysowanej linii wyrostków kolczystych. Badający układa swoje kciuki na dolnych kątach łopatek i obserwuje czy obie dłonie są na jednakowej wysokości. Dodatkowo obserwuje się wysokość talerzy biodrowych i bruzd podkolanowych czy również są położone na tej samej wysokości.
2. Badanie kręgosłupa za pomocą pionu: hipotetyczna linia pionowa, poprowadzona z guzowatości potylicznej, powinna prawidłowo przechodzić przez środek wyrostka kolczystego kręgu (szyjnego) C7 i przez szparę międzypośladową. Odchylenie kręgosłupa od linii oznacza skrzywienie boczne (*scoliosis*).
3. Test Adamsa (badanie symetrii klatki piersiowej i uwypuklenia wału mięśniowego w okolicy lędźwiowej): badanego należy ustawić bokiem do osoby badającej. Pacjent, po złączeniu dłoni, wykonuje skłon tułowia do przodu tak, aby palce jego rąk dotykały przestrzeni między palcami stóp. Test ujawnia różnice wysklepienia prawej i lewej strony tułowia. W przypadku skoliozy obserwujemy garb żebrowy i wał mięśniowy po stronie skrzywienia (Cartledge, 2017).

W badaniu palpacyjnym kręgosłupa sprawdza się budowę i bolesność wyrostków ościstych kręgosłupa, oceniając przy tym występującą bolesność kręgów. Sprawdzając objaw szczytowy, wywiera się ucisk na szczyt głowy pacjenta stojącego na baczność – to wyzwala ból kręgosłupa i wskazuje na toczący się proces chorobowy.

Podczas sprawdzania ruchów czynnych kręgosłupa pielęgniarka/położna ocenia:

- zgięcie i prostowanie (największy zakres w części szyjnej i lędźwiowej kręgosłupa),
- zgięcia boczne w płaszczyźnie czołowej (największy zakres w odcinku piersiowym),
- ruchy obrotowe (największy zakres w odcinku szyjnym).

Ograniczenie ruchomości może być związane ze zniekształceniami kostnymi, zmianami zwyrodnieniowymi, procesami zapalnymi lub nowotworowymi (Bochenek, 2022).

6. Wywiad i badanie fizykalne brzucha

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

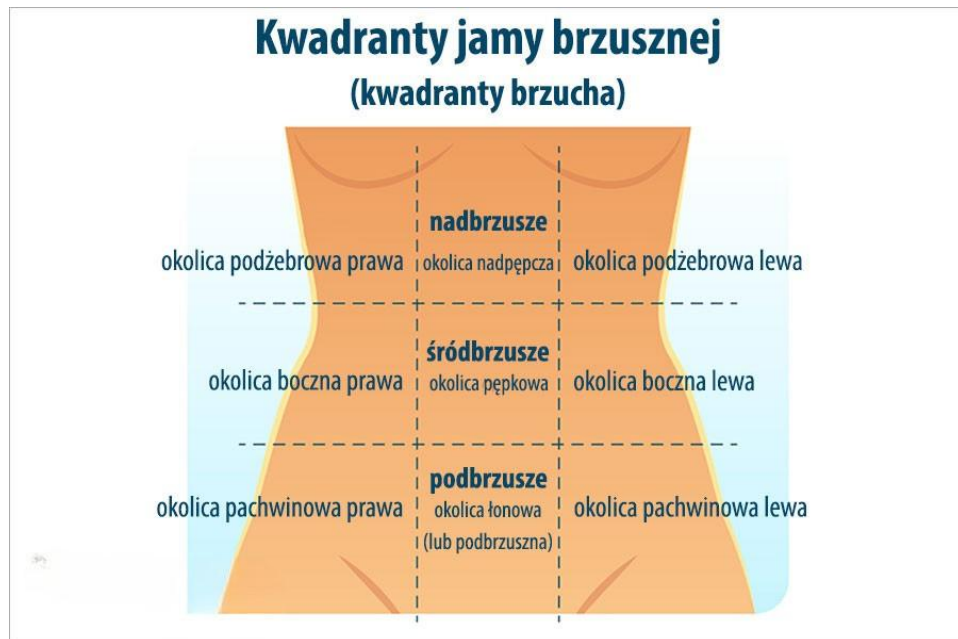
Badanie brzucha jest ważnym elementem badania przedmiotowego. Opiera się w głównej mierze na oglądaniu i palpacji (Zaborowski, 2016). Dopełnieniem badania jest osłuchiwanie i opukiwanie brzucha.

Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Czy pacjent ma dolegliwości bólowe?
- Czy istnieje związek pomiędzy dolegliwościami a wskazanymi produktami spożywczymi?
- Czy pacjent ma problemy z połykaniem, trawieniem, wydalaniem?
- Czy ma apetyt? Czy jest przyrost lub ubytek wagi?
- Czy pacjent ma nudności, wymioty?
- Czy pacjent ma wzdęcia?
- Jakie problemy występują przy oddawaniu stolca?
- Jaki jest charakter oddawanego stolca?
- Czy pacjent ma biegunkę?
- Jak postępuje w przypadku biegunki lub zaparcia?
- Czy pije alkohol, przyjmuje leki, środki odurzające?
- Czy u pacjenta był rozpoznana choroba wrzodowa?
- Czy pacjent kiedykolwiek przechorował zapalenie wątroby?
- Czy pacjent kiedykolwiek miał transfuzję krwi?
- Czy miał wykonywane zabiegi w obrębie brzucha (przeszczep nerki, wątroby, inne)?
- Czy ktoś w rodzinie pacjenta chorował na raka przełyku, żołądka, jelit?
- Czy pacjent odczuwa częste parcie na pęcherz?
- Jaki jest kolor, częstość oddawania moczu?
- Czy badany ma problemy z oddawaniem moczu?

Następnie pielęgniarka/położna rozpoczyna badanie fizykalne brzucha, pamiętając o tym, aby uprzednio dokonać podziału przedniej ściany brzucha na mniejsze części. W tym celu można wykorzystać podział na kwadranty zgodnie z metodami opisanymi poniżej.

Za pomocą linii pionowych i poziomych brzuch dzieli się na 9 kwadrantów: 3 górne, 3 środkowe, 3 dolne (ryc. 11). Linie pionowe przebiegają w połowie odległości między linią środkową a przednimi kółkami przednimi kości biodrowych. Linie poziome dzielą przednią ścianę brzucha na 3 okolice: nadbrzusze, śródbrzusze i podbrzusze.



Rycina 11. Okolice i kwadranty przedniej ściany brzucha (Radlak, 2023).

Brzuch można również podzielić na cztery kwadranty: 2 górne (prawy i lewy) i 2 dolne (prawy i lewy). Linia pionowa przebiega od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego. Linia pozioma przebiega od kolca biodrowego prawego do kolca biodrowego lewego (Skawina, 2020).

W przypadku podziału przedniej ściany brzucha na cztery kwadranty:

- w lewym dolnym kwadrancie pielęgniarka/położna bada: lewy moczowód, część pęcherza moczowego, jelito grube (w tym esicę), u kobiet lewy jajnik, lewy jajowód, część macicy;
- w lewym górnym kwadrancie pielęgniarka/położna bada: trzustkę (ogon i trzon), żołądek (część wpustową), śledzionę, nerkę lewą, jelito cienkie, jelito grube (część poprzeczną i zstępującą);
- w prawym górnym kwadrancie pielęgniarka/położna bada: wątrobę, pęcherzyk żółciowy i drogi żółciowe, głowę trzustki i żołądek, prawą nerkę (część górną), jelito cienkie (w tym dwunastnicę), jelito grube (część wstępującą i poprzeczną);
- w prawym dolnym kwadrancie pielęgniarka/położna bada: prawy moczowód, część pęcherza moczowego, prawą nerkę (część dolną), jelito grube (w tym kątnicę), wyrostek robaczkowy, u kobiet prawy jajnik, prawy jajowód, część macicy (Skawina, 2020).

Podczas badania należy przestrzegać ogólnych zasad badania przedmiotowego brzucha:

- przed badaniem pacjent powinien opróżnić pęcherz,
- ułożenie pacjenta adekwatne do stanu ogólnego i badanego układu:
 - pozycja leżąca na wznak, ręce wzdłuż tułowia,
 - gdy napięcie mięśni jest duże – pacjent zgina kończyny w stawach biodrowych i kolanowych,
- przeprowadzenie badania według określonego schematu:
 - w przypadku brzucha niebolesnego rozpoczynamy badanie od dolnego lewego kwadrantu i poruszamy się przeciwnie do ruchu wskazówek zegara, kończymy na dolnym prawym kwadrancie i okolicy pępka,
 - w przypadku dolegliwości bólowych badanie rozpoczynamy od miejsca oddalonego od okolicy bolesnej i następnie przechodzimy do kolejnych kwadrantów brzucha.

Uwaga!

Niekiedy konieczne jest wykonanie pomiaru obwodu brzucha.

Badanie brzucha składa się z 4 etapów: oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie, palpacja. Oglądając brzuch, pielęgniarka/położna ocenia:

- kształt brzucha, wielkość i symetrię, wysklepienie (powyżej, w poziomie, poniżej poziomu klatki piersiowej): ciąża, wodobrzusze, wzdęcie,
- skórę i tkankę podskórną: zabarwienie, przebarwienia, wykwity, blizny (wielkość, wygląd), rozstępy, obecność poszerzonych żył (widoczna sieć naczyń żylnych),
- widoczne guzy, stan kresy białej, okolicę pępka,
- ruchy robaczkowe,
- tętnienie (patologiczne tętnienie w nadbrzuszu może zwiastować powiększenie prawej komory serca lub tętniaka aorty brzusznej),
- ruchomość oddechową,
- obecność przepuklin (pępkowa, brzuszna, pachwinowa, udowa) (Skawina, 2020).

Osłuchiwanie brzucha obejmuje ocenę perystaltyki. Jeżeli badany nie zgłasza dolegliwości ze strony jamy brzusznej, wystarczy przyłożyć membranę stetoskopu w prawym dolnym kwadrancie. W przypadku zgłaszanych dolegliwości badanie przeprowadza się we wszystkich czterech kwadrantach. Brak perystaltyki można stwierdzić dopiero po 5-minutowej obserwacji.

Charakterystyka perystaltyki: normalna (w 1 min: 5–10 przelewań), zwiększona (słychać wyraźnie), zmniejszona (słychać kilka przelewań w ciągu 5 min), perystaltyka przeszkodowa, leniwa, kruczenie, przelewanie, „martwa cisza” (niedrożność jelit).

Podczas badania osłuchujemy również główne naczynia w brzuchu:

- aortę badamy 2 cm powyżej pępka w kierunku lewej strony (nieprawidłowością jest wysłuchanie „buczenia” nad aortą),
- tętnice nerkowe osłuchuje się na liniach środkowo-obończykowych, wysoko, zaraz pod łukiem żebrowym, powyżej pępka,
- tętnice biodrowe badamy też w linii środkowo-obończykowej nieco poniżej pępka,
- tętnice udowe badamy w dole pachwinowym.

Można też osłuchiwać wątrobę (zwykle po badaniu palpacyjnym, gdy stwierdzimy, że jest powiększona) (Cartledge, 2017).

Pielęgniarka/położna, wykonując opukiwanie brzucha, pamięta o obowiązujących zasadach:

- odpowiednie ułożenie pacjenta do badania stanowi podstawę jego skuteczności (mięśnie podczas opukiwania powinny być rozluźnione),
 - pozycja w ułożeniu płaskim, kończyny dolne wyprostowane lub zgięte w stawach kolanowych,
- opukiwanie brzucha ma na celu wykrycie obecności płynu lub gazu w jamie otrzewnej i oznaczenie granic niektórych narządów,
- brzuch opukujemy w linii pośrodkowej (na przedłużeniu linii środkowo-obończykowej lewej i prawej oraz w linii poprzecznej, pępkowej),
- przy oznaczaniu granic narządów palec, w który uderzamy, układamy równolegle do badanej granicy,
- opukujemy od odgłosu bębnowego w kierunku odgłosu stłumionego.

W fizjologii występuje:

- odgłos stłumienia w opukiwaniu wątroby i śledziony,
- odgłos bębnowy w rzucie żołądka i jelit,
- brak cech wolnego płynu.

OPUKIWANIE WĄTROBY

Wątroba znajduje się w prawym górnym kwadrancie i ma 6–12 cm długości w linii środkowo-obończykowej. Wzdłuż linii przymostkowej prawej długość wynosi 4–8 cm (Bochenek, 2022). Opukiwanie

tego narządu pielęgniarka/położna zaczyna wzdłuż ww. linii, powyżej miejsca, gdzie spodziewa się, położenia wątroby. Najpierw wysłucha rezonansu płuca. Później pielęgniarka/położna kieruje się niżej i różnicuje wysłuchane odgłosy; rezonans zmienia się w odgłos stłumiony, bębnekowy. Badająca zaznacza to miejsce. Następnie zaczyna opukiwać kilka centymetrów poniżej dolnego brzegu wątroby. Kieruje się ku górze, najpierw wysłuchuje odgłos bębnekowy, później stłumiony. Zaznacza dolny brzeg wątroby. Mierzy centymetrem odległość między zaznaczonymi punktami.

Na podobnej zasadzie opukiwania stwierdza się wymiar wątroby w linii przymostkowej prawej i oznacza go.

OPUKIWANIE ŚLEDZIONY

Śledziona leży w linii środkowo-pachowej na wysokości 9–12 międzyżebra za żołądkiem. U zdrowych osób nie wykonuje się opukiwania śledziony.

Przebieg badania: osoba badana leży płasko na plecach. Pielęgniarka/położna opukuje pacjenta w linii środkowo-pachowej między 9 a 11 żebrem. Jeżeli podczas opukiwania stwierdzimy stłumiony odgłos, oznacza to, że śledziona jest powiększona. W następnej kolejności badania pacjent leży na prawym boku, pielęgniarka/położna opukuje lewy bok. Fizjologicznie występuje tam rezonans.

PALPACJA

Jest ostatnim etapem badania brzucha. Palpacja dzieli się na: palpację powierzchowną (wykonywaną jedną ręką) i palpację głęboką (dla wzmocnienia ucisku używa się obu rąk).

W przypadku badania brzucha niebolesnego podczas palpacji pielęgniarka/położna ocenia: napięcie mięśni brzucha, obronę mięśniową, wyczuwalne opory. Podczas badania brzucha bolesnego należy poprosić o wskazanie miejsca ewentualnych dolegliwości, wtedy rozpoczynamy badanie od miejsca oddalonego od tego punktu. Podczas badania należy zwracać uwagę na wyraz twarzy pacjenta (występowanie grymasu bólowego).

Uwaga!

Śledziony nie wolno badać palpacyjnie! Stan zapalny wątroby lub śledziony powoduje ich tkiwość.

W palpacji brzucha uwzględniamy:

- **objaw Blumberga** – dodatni świadczy o ostrym zapaleniu otrzewnej; jest to brak lub słabo nasilona bolesność podczas delikatnego i powolnego ucisku powłok brzusznych z wywołaniem ostrego, silnego bólu w momencie gwałtownego zwolnienia ucisku;
- **objaw Chetmońskiego** – badanie przeprowadza się podczas wydechu; polega na położeniu dłoni na łuku żebrowym prawym i następnie uderzeniu w dłoń brzegiem drugiej ręki; w przypadku wystąpienia bólu uważa się objaw za dodatni, świadczy to o istnieniu procesu zapalnego pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza w przebiegu kamicy żółciowej;
- **objaw Goldflama** – wywoływany przez uderzenie pięścią badającego w grzbiet drugiej, rozwartej ręki, przyłożonej w okolicy nerki pacjenta; prawidłowo wstrząsanie tej okolicy nie wywołuje dyskomfortu, a pojawiający się ostry ból oznacza dodatni objaw i sugeruje ostry proces zapalny nerki po stronie badanej;
- **objaw Jaworskiego** – chory leży płasko z podniesioną do góry prawą kończyną dolną, badający uciska palcami okolicę wyrostka robaczkowego i poleca pacjentowi, aby powoli opuszczał wyprostowaną kończynę; pojawiający się ból w miarę obniżania nogi świadczy o zapaleniu wyrostka robaczkowego;
- **objaw Murphy'ego** – objaw chorobowy służący do różnicowania bólu w okolicy podżebrowej prawej; badanie wykonuje się u pacjenta leżącego na wznak i polega na położeniu dłoni w okolicy podżebrowej prawej w linii środkowo-obojęzycznej (lokalizacja pęcherzyka żółciowego), choremu poleca się wykonanie głębokiego wdechu; objaw uważa się za dodatni, jeśli badany przerwie wdech z powodu bólu, oznacza to występowanie kamicy pęcherzyka

żółciowego, natomiast objaw ujemny pojawia się w przypadku zapalenia dróg żółciowych bądź ich kamicy (Zaborowski, 2016);

- **objaw Rovsinga** – objaw zapalenia wyrostka robaczkowego lub zapalenia otrzewnej; badanie wykonuje się oburącz: badający układa jedną dłoń w okolicy lewego dołu biodrowego pacjenta, prostopadle do okrężnicy zstępującej, a następnie drugą dłonią wywiera równomierny ucisk na dłoń wcześniej przyłożoną do skóry brzucha, potem zaś stopniowo przesuwa dłoń w kierunku antyperystaltycznym do lewego zgięcia okrężnicy; w wyniku badania dochodzi do wzrostu ciśnienia gazów w okrężnicy, co rozciąga ścianę kątnicy i wyrostek robaczkowy. W przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego spowoduje to ból w prawym dolnym kwadrancie brzucha – jest to dodatni objaw Rovsinga. Objaw ten służy do różnicowania zapalenia wyrostka robaczkowego od niektórych chorób nerek, kamicy moczowodowej czy zapalenia przydatków, poleca się go szczególnie w sytuacji, gdy uciskanie prawego dołu biodrowego może być dla chorego niebezpieczne.

7. Badanie odbytu

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

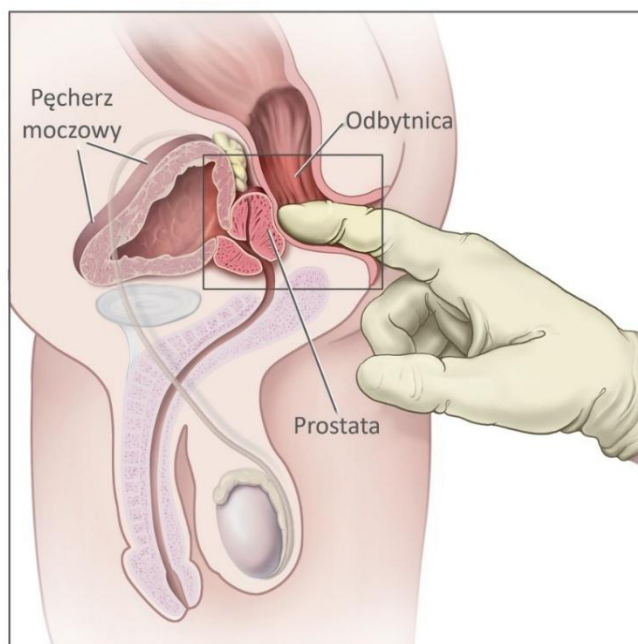
Badanie odbytu uzupełnia istotę badania przedmiotowego. Jest ono szczególnie intymne, należy więc zadbać o komfort pacjenta i zapewnić mu jak najlepsze warunki podczas badania.

Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Jakie występują obecnie problemy?
- Czy pacjent ma dolegliwości bólowe?
- Czy istnieje związek dolegliwości ze spożywaniem określonych produktów spożywczych?
- Jakie problemy występują przy oddawaniu stolca?
- Jaki jest charakter oddawanego stolca? Czy występuje biegunka?
- Jak pacjent radzi sobie z biegunką czy zaparciem?
- Czy pacjent pije alkohol, przyjmuje leki, środki odurzające?
- Czy osoba badana miała wykonywane zabiegi w obrębie brzucha?
- Czy pacjent ma problemy z oddawaniem moczu? Jeśli tak, w której jego fazie?
- Czy występuje częstomocz (zapalenie gruczołu krokowego)?

Po badaniu odbytu następuje badanie odbytnicy, które uważa się za dalszy etap badania przedmiotowego pacjenta. Badanie przedmiotowe odbytu rozpoczyna się od oglądania i oceny: występujących zmian skórnych w okolicy odbytu, odparzeń, odleżyn, guzków krwawniczych, żylaków, przetok, szczelin, owrzodzeń, kłykcin kończystych, wydzieliny (jej rodzaju, barwy), wypadania odbytu, nowotworu odbytu.

Kolejną nieodłączną częścią badania jest palpacja (badanie *per rectum*) (ryc. 7). Pacjent przyjmuje pozycję kolankowo-łokciową lub boczną i zgina kończyny dolne lub pionową z pochyleniem tułowia do przodu. Pielęgniarka/położna ocenia: siłę skurczu odbytu, stan błony śluzowej, bolesność, obecność zmian skórnych, nowotworowych, zwężeń, obecność wydzieliny (jej rodzaju, barwy) (Cartledge, 2017).



Rycina 12. Metoda badania *per rectum* (u mężczyzny) ([Autor nieznany], 2018).

U mężczyzn bada się palpacyjnie gruczoł krokowy, oceniając przy tym: kształt, wielkość, konsystencję, spoistość, bolesność. **U kobiet** wykonuje się palpacyjne badanie odbytniczo-pochwowe; jest ono szczególnie wskazane u dziewczynek, dziewic, czasem u starszych kobiet (gdy przedsionek pochwy pozwala na wprowadzenie jednego palca) (Gaworska-Krzemińska, 2020).

Uwaga!

Po wysunięciu palca z odbytnicy ogląda się rękawice i ocenia, czy występuje jakiś ślad: obecności stolca (barwa, konsystencja), krwi, śluzu, ropy czy pasożytów (Cudak, 2020).

8. Badanie narządów płciowych

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

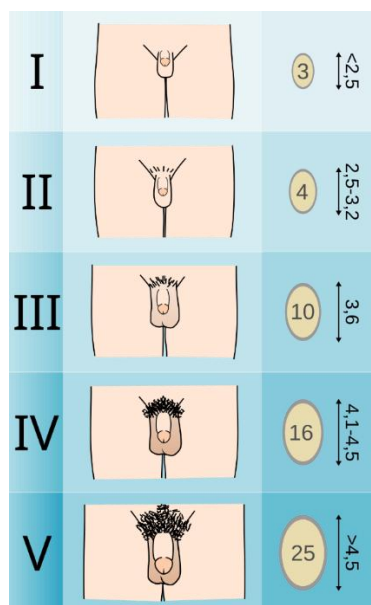
Badanie narządów płciowych stanowi rodzaj badania szczególnie intymnego. Należy zadbać o komfort pacjenta i pacjentki i zapewnić im jak najlepsze warunki podczas badania.

8.1. Badanie narządów płciowych męskich

Podczas wywiadu pielęgniarka powinna pozyskać od pacjenta informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Czy pacjent jest aktywny seksualnie? Jeśli tak, czy z kobietą, czy z mężczyzną?
- Kiedy pacjent rozpoczął współżycie?
- Ile miał partnerek / ilu partnerów?
- Czy pacjent zaobserwował jakąś wydzielinę z cewki moczowej? Czy wydzielina plami bieliznę?
- Czy pacjent ma problemy z oddawaniem moczu? Jeśli tak, w której fazie?
- Czy występuje częstomocz (zapalenie gruczołu krokowego)?
- Czy pacjent miał rozpoznaną chorobę weneryczną, HIV? Jak przebiega/przebiegało leczenie?
- Jakie pacjent stosuje: techniki seksualne, metody antykoncepcji?
- Czego używa podczas stosunku?
- Czy używa środków wzmagających potencję?
- Czy u pacjenta występują jakiegokolwiek uszkodzenia na penisie?
- Jakie są obecne problemy pacjenta w tej sferze?

Badanie fizykalne narządów płciowych męskich opiera się głównie na obserwacji pacjenta. Pielęgniarka ogląda i ocenia: zewnętrzne narządy płciowe (prącie, moszna), stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera (ryc. 8), występowanie zmian skórnych w okolicy narządów płciowych, występowanie przepuklin (udowe, pachwinowe, mosznowe).



Rycina 13. Skala Tannera – mężczyźni. Liczba wpisana w jądro oznacza pojemność w ml, natomiast liczba przy osi – wielkość w cm (Komorniczak, 2009).

W badaniu palpacyjnym pielęgniarka ocenia prącie, mosznę, jądra, a szczególnie:

- prącie: długość, grubość, skórę, bolesność, występowanie wydzieliny (mastka),
- cewka moczowa: błonę śluzową (błyszcząca, zaróżowiona),
- moszna: barwę skóry (wzmożony pigment), zmiany na skórze (np. torbiele łojowe, brodawki), obrzęk (wodniak, guz), występowanie przepuklin, niezstąpionych jąder,
- jądra: konsystencję, tkiwość, guzki,
- najądrza (torbiele),
- powrózki nasienne (żyłaki) (Cartledge, 2017).

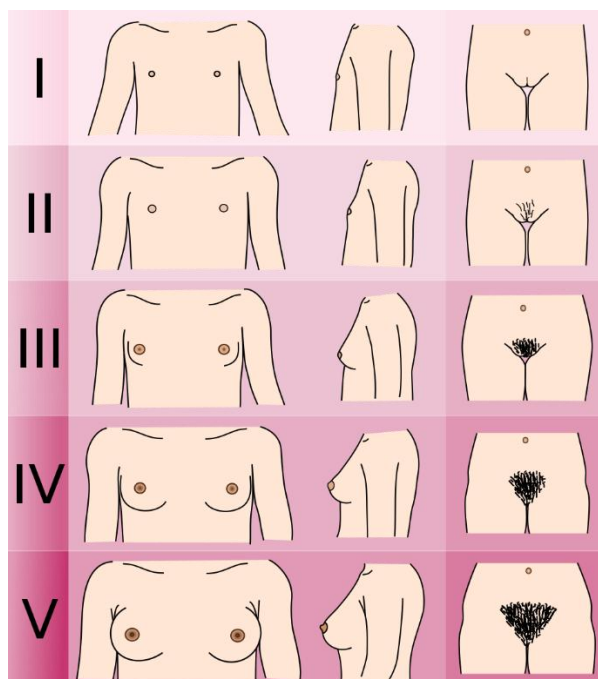
Na koniec badania pielęgniarka ocenia okoliczne węzły chłonne.

8.2. Badanie narządów płciowych żeńskich

Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjentki?
- Jakie dolegliwości występują?
- Data ostatniej miesiączki.
- Wiek pojawienia się miesiączki, jej regularność, częstotliwość i czas trwania.
- Jaka jest objętość traconej krwi?
- Czy występują dolegliwości miesiączkowe? Czy pacjentka opuszcza z tego powodu dni w szkole/pracy?
- Jakie środki higieniczne stosuje pacjentka? (tampony, podpaski, kubeczki itd.)
- Czy występują krwawienia między miesiączkowe?
- Czy pacjentka jest aktywna seksualnie? Jeśli tak, to czy z kobietą, czy z mężczyzną?
- Kiedy pacjentka rozpoczęła współżycie?
- Ilu partnerów/partnerek miała do tej pory pacjentka?
- Czy pacjentka kiedykolwiek była w ciąży? Jeśli tak, to ile razy i jakie było zakończenie poszczególnych ciąż?
- Czy pacjentka miała rozpoznaną chorobę weneryczną, infekcję wirusem HIV? Jak przebiega/przebiegało leczenie?

Badanie fizykalne narządów płciowych żeńskich obejmuje badanie zewnętrzne i badanie wewnętrzne. Badanie zewnętrzne opiera się na oglądaniu sromu i okolicy krocza. Pielęgniarka/położna dokonuje oceny dojrzałości płciowej wg skali Tannera (ryc. 9) oraz występowania zmian skórnych w okolicy narządów płciowych i na błonie śluzowej (Bień, 2023).



Rycina 14. Skala Tanner – kobiety (Komorniczak, 2009).

W badaniu palpacyjnym pielęgniarka/położna ogląda i ocenia: wargi sromowe większe, mniejsze, gruczoły Bartholina, łechtaczkę, wejście do pochwy, ujście cewki moczowej.

W badaniu wewnętrznym ocenie palpacyjnej podlegają: sklepienie pochwy, szyjki macicy i jej ujście zewnętrzne, położenie, wielkość, konsystencja macicy, przydatków (jajników, jajowodów). Pomocne w badaniu wewnętrznym jest użycie wziernika pochwowego. Ocenie podlegają: ściana pochwy, tarcza szyjki macicy, macica, zabarwienie (purpurowe w ciąży), powierzchnia nabłonka, wydzielina (śluzowa, ropna), owrzodzenia, guzki (opryszczka, polip, rak) (Gaworska-Krzemińska, 2020).

9. Badanie gruczołów piersiowych

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Badanie gruczołów piersiowych uzupełnia zakres badania przedmiotowego, które również odnosi się sfery intymnej. Należy zadbać o komfort pacjenta i pacjentki zapewnić im jak najlepsze warunki podczas badania. Badanie gruczołów piersiowych dotyczy także mężczyzn.

Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty?
- Jakie dolegliwości obecnie występują?
- Jaka jest płeć osoby badanej?
- W jakim wieku jest pacjent?
- Czy kobieta miesiączkuje, czy jest w okresie menopauzy?
- Czy kobieta bada samodzielnie piersi? Jeżeli nie, należy ją tego nauczyć (ryc. 15).
- Czy pacjentka wykonuje kontrolne badania USG piersi, mammografię? Jakie były ostatnie wyniki?
- Czy osoba badana zauważyła jakiegokolwiek zmiany?
- Czy osoba badania zauważyła wydzielinę z brodawki ?
- Czy stosuje leki antykoncepcyjne, HTZ (hormonalną terapię zastępczą)?
- Czy w rodzinie były osoby, które chorowały na raka piersi?

Badanie fizykalne gruczołów piersiowych skupia się w swej istocie na oglądaniu i ocenie gruczołów piersiowych.



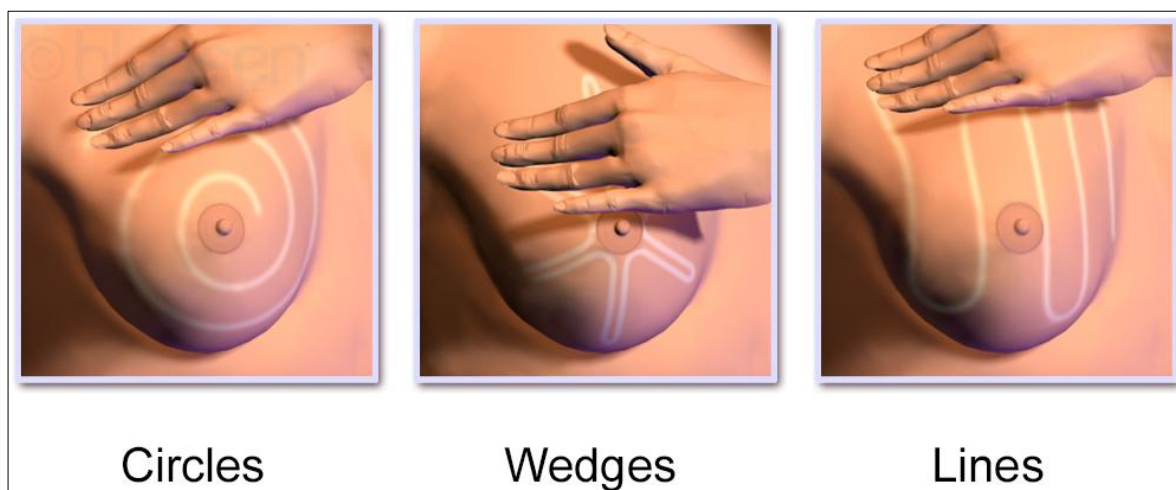
Rycina 15. Samobadanie piersi (Witkowska, 2024).

Pielęgniarka/położna ocenia: stopień rozwoju gruczołów piersiowych wg skali Tannera, wielkość, symetrię, zabarwienia skóry (zaczerwienienia, zasinienia, zgrubienia), nierówności skóry (występowanie ran, blizn, dołeczków, guzków), wygląd brodawek i otoczek (barwę, kształt, symetrię, skurczenie lub wciągnięcie brodawki, występowanie wydzieliny z brodawki, przemieszczenie brodawki) (ryc. 16) (Ślusarska, 2017).



Rycina 16. Zmiany wielkości, koloru i kształtu piersi, brodawki (Kanczew, 2025).

W badaniu palpacyjnym (ryc. 17) pielęgniarka/położna wykorzystuje jedną z trzech wskazanych technik: technikę spirali, gwiazdy lub siatki. Badanie wykonuje się w pozycji siedzącej lub stojącej. Pacjentka zgina kończyny górne i opiera dłonie na biodrach lub unosi zgięte w stawach łokciowych i opiera je na głowie. Osoba badająca łączy palce dłoni dominującej, opuszkami palców dotyka i okrężnymi ruchami bada każdą pierś, dociskając tkankę gruczołu piersiowego do klatki piersiowej, nie odrywa przy tym ręki od skóry pacjentki. Następnie delikatnie uciska się brodawkę (Ślusarska, 2017).



Rycina 17. Technika badania piersi, w kolejności: spirala, gwiazda, siatka (BlausenMedical Communications, 2016).

W badaniu gruczołów piersiowych i brodawek ocenia się: ucieplenie, konsystencję, występowanie zgrubień, guzków, a także tkliwość, bolesność i występowanie wydzieliny z brodawki.

W badaniu dołu pachowego oceniamy węzły chłonne: pachowe, nad- i podobojczykowe, węzły centralne (Gaworska-Krzemińska, 2020). W niektórych wskazanych przypadkach bada się również gruczoły piersiowe u mężczyzn. Badanie wykonuje się zwykle w pozycji siedzącej lub stojącej. Na początku ogląda się oba gruczoły i porównuje je, następnie badaniem palpacyjnym ocenia się gruczoły piersiowe i brodawki, a później węzły chłonne (Dyk, 2020).

10. Wywiad i badanie fizykalne układu oddechowego

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Złożoność elementów badania fizykalnego układu oddechowego dostarcza wielu cennych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Czy pacjent ma dolegliwości bólowe?
- Czy ma trudności w oddychaniu, czy odczuwa duszności?
- Czy u pacjenta występuje kaszel? Jeżeli tak, to jaki jest rodzaj kaszlu (suchy, wilgotny)?
- Czy odkasztusza plwocinę? Jeżeli tak, to jaki jest rodzaj plwociny (kolor, konsystencja)?
- Czy pacjent ma katar? Jeżeli tak, to jaki jest rodzaj (kolor, konsystencja) wydzieliny z nosa?
- Czy pacjent miał rozpoznane choroby układu oddechowego, takie jak: gruźlica, astma, uczulenia, rozedma, zapalenie oskrzeli, płuc, opłucnej, schorzenia układu sercowo-naczyniowego? Jeżeli tak, jak przebiega/przebiegało leczenie?
- Kiedy było wykonywane ostatnie badanie RTG płuc i jaki jest jego wynik?
- Gdzie pacjent uczy się, pracuje, mieszka? Czy w miejscu nauki, pracy, zamieszkania występują szkodliwe czynniki środowiskowe (azbest, opary chemiczne)?
- Jaki jest tryb życia pacjenta (aktywność ruchowa)?
- Czy pacjent jest palaczem? Jeśli tak, co pali i w jakiej ilości, a jeśli nie – kiedy rzucił palenie?
- Czy ktoś w rodzinie pacjenta chorował na alergię, astmę, POCHP, gruźlicę?
- Czy ktoś w rodzinie chorował na raka gardła, krtani, płuc?

Po uprzednim przygotowaniu pacjenta, wyjaśnieniu istoty i celu badania, przystępujemy do badania podmiotowego. W ocenie układu oddechowego pielęgniarka/położna wykorzystuje niżej wymienione techniki badania: oglądanie, palpację, opukiwanie i osłuchiwanie.

OGŁĄDANIE

Oceniając układ oddechowy, pielęgniarka/położna w pierwszej kolejności ogląda:

- zabarwienie powłok skórnych: występowanie sinicy centralnej (nos i usta, tzw. trójkąt sini-czy); sinica obejmuje również język i błony śluzowe jamy ustnej,
- występowanie sinicy obwodowej (zabarwienie palców dłoni, paznokci) oraz: kształt paznokci („paznokcie jak szkiełka od zegarka”), ich kolor (ślady palenia tytoniu), kształt palców/paliczków rąk (pałeczkowatość), występowanie drżenia dłoni.

Następnie pielęgniarka/położna ocenia:

- położenie tchawicy,
- oddech (ilość, amplitudę, jakość, tor, charakter, rodzaj),
- oddech (wdech, wydech) przez nos, usta,
- uruchomienie skrzydełek nosa,
- napinanie mięśni mostkowo-obojędkowo-sutkowych,
- uruchomienie dodatkowych mięśni oddechowych (międzyżebrowe, brzuszne),
- słyszalność oddechu (np. świsty),
- zapach oddechu (np. zapach acetonu),
- tor oddechowy (piersiowy, brzuszny),
- symetrię ruchów oddechowych:
 - charakterystykę fazy wdechu i wydechu,
- kształt klatki piersiowej (beczkowata, ptasia, lejkowata, cepowata),

- wymiar klatki piersiowej (boczny jest większy od wymiaru przednio tylnego, ocenianego w przekroju),
- kolor skóry klatki piersiowej (krwiaki, zasinienia),
- występowanie zmian na skórze (blizny, znamiona).

PALPACJA

W badaniu palpacyjnym pielęgniarka/położna ocenia:

- położenie tchawicy,
- występowanie bólu i tkliwości żeber,
- występowanie drżenia głosowego (podczas badania pacjent wymawia liczbę „44”),
- temperaturę i wilgotność skóry,
- występowanie nierówności, zgrubień, guzów i innych tworów,
- ruchomość i unoszenie się klatki piersiowej (wdech, wydech),
- wielkość i konsystencję węzłów chłonnych pachowych (Cartledge, 2017).

OPUKIWANIE

Opukując klatkę piersiową pacjenta, pielęgniarka/położna ocenia:

- występowanie rodzaju odgłosów opukowych (natężenie, wysokość, czas trwania):
 - stłumiony (miękki, wysoki, krótki),
 - głuchy (pośredni, pośredni, pośredni),
 - jawny (głośny, niski, długi),
 - wzmożony (głośniejszy, niższy, dłuższy),
 - bębnekowy (głośny, wysoki),
- granice płuc (górne, dolne),
- granicę stłumienia przepony.

OSŁUCHIWANIE

W osłuchiowaniu klatki piersiowej pielęgniarka/położna ocenia:

- szmery oddechowe,
- szmery dodatkowe,
- przewodzenie głosu.

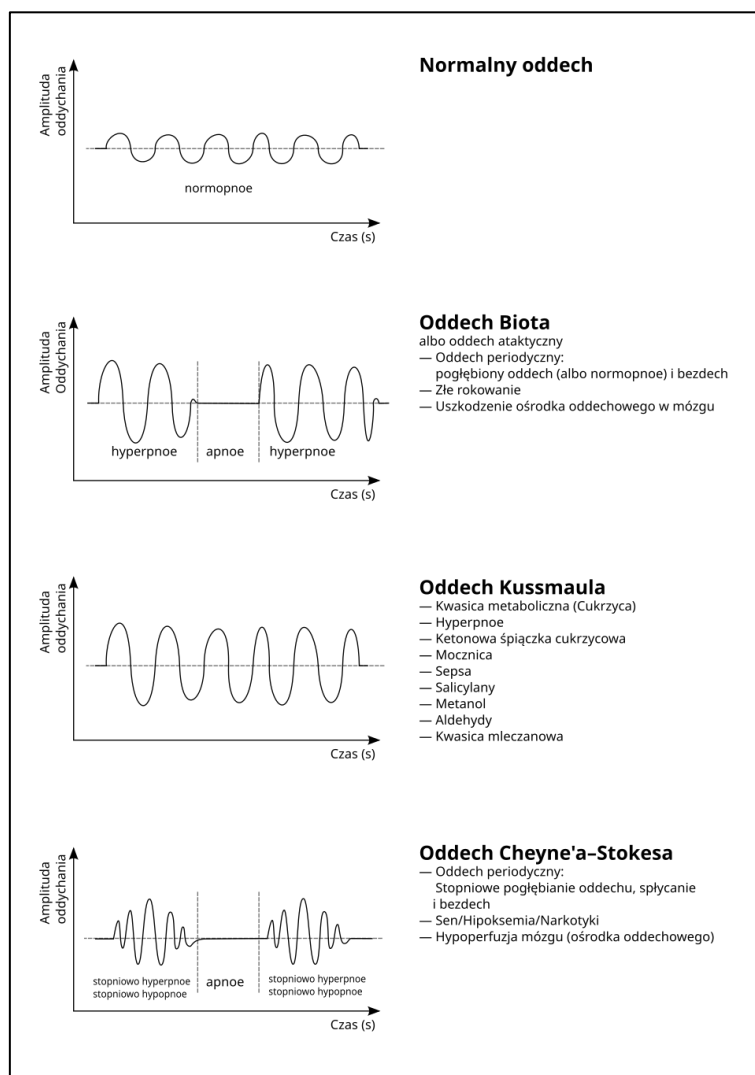


Rycina 18. Budowa stetoskopu (Stetoskop.pl, b.r.).

OCENA ODDECHU

Oceniając oddech pacjenta, pielęgniarka/położna różnicuje następujące rodzaje oddechów (ryc. 19):

- **oddech fizjologiczny:** regularny wdech nosem, wydech ustami, bezwonny, niesłyszalny (równomierny wdech i wydech = równomierna częstość i głębokość oddechów);
- **oddech przez usta / oddech utrudniony:** objaw niedrożności nosa (kataru), skrzywionej przegrody nosowej, polipów, przerostu trzeciego migdałka;
- **oddech Cheyne’a–Stokesa** (sinusoidalny): regularny, stopniowe narastanie częstości i głębokości oddechu i zwalnianie go aż do bezdechu; występuje powtarzalność oddechów (objaw niewydolności lewokomorowej serca, zatrucia barbituranami);
- **oddech Biota:** nieregularny, bezdech i bezpośredni szybki oddech (uszkodzenie ośrodka oddechowego);
- **oddech Kussmaula:** głośny, przyspieszony, pogłębiony, tzw. oddech gonionego psa (objaw kwasicy ketonowej – cukrzycy);
- **oddech paradoksalny:** klatka piersiowa unosi się podczas wydechu;
- **oddech charczący:** głęboki, przez otwarte usta.



Rycina 19. Rodzaje oddechów (Lublinium, 2020).

Podstawowym parametrem ocenianym podczas badania jest ocena ilości oddechów na minutę.

Tabela 5. Interpretacja oddechów (Andres, 2021).

Wiek (w latach)	Częstość oddechów/min.
noworodek	40–50
poniżej 1 r.ż.	30–40
2–5 r.ż.	24–30
5–12 r.ż.	20–24
powyżej 12 r.ż.	12–20
osoba dorosła	12–20

Należy pamiętać, że w fizjologii liczba oddechów powyżej normy (*tachypnoe*) występuje: w trakcie silnych emocji i po nich oraz podczas wysiłku fizycznego i po nim. Liczba oddechów

poniżej normy (*bradypnoe*) występuje: podczas snu i odpoczynku, a także u sportowców i u osób po 65 r.ż.

OGŁĄDANIE I PALPACJA TCHAWICY

Badając położenie tchawicy, pielęgniarka/położna bada pacjenta znajdującego się w pozycji siedzącej, przykładając palce po obu stronach jego tchawicy i ocenia obustronnie odległość pomiędzy palcami a ścięgnem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego prawego i lewego (ryc. 20). **Interpretacja wyniku badania:** odległość pomiędzy boczną krawędzią tchawicy a przyśrodkową krawędzią mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego powinna być równa po obu stronach. Przesunięcie tchawicy w lewo lub w prawo świadczy o patologii (Douglas, 2017).



Rycina 20. Badanie położenia tchawicy (MEDtube, 2011).

OCENA WYSTĘPOWANIA BÓLU I TKLIWOŚCI ŻEBER

Badając palpacyjnie klatkę piersiową, pielęgniarka/położna ocenia występowanie bólu i tkliwości żeber. Badanie rozpoczyna od szczytów do podstawy płuc. Bada się przód i tył klatki piersiowej, ocenia występowanie objawów pourazowych (pęknięcie, złamanie żeber, złamanie mostka) (Abrahams, 2024). Podczas badania przodu klatki piersiowej obserwuje się twarz pacjenta i ocenia występowanie dolegliwości bólowych (odgłos lub grymas bólu).

OCENA WYSTĘPOWANIA DRŻENIA GŁOSOWEGO

Badając palpacyjnie klatkę piersiową, pielęgniarka/położna ocenia występowanie drżenia głosowego (piersiowego):

- pacjent podczas badania powinien siedzieć lub leżeć,
- do badania pielęgniarka/położna wykorzystuje wewnętrzną powierzchnię dłoni oraz linię stawów śródręczno-paliczkowych,
- bada od szczytów do podstawy płuc,
- pacjent podczas badania wypowiada słowo „raz” lub liczbę „44”,
- w przypadku wady wymowy, kiedy pacjent nie wymawia „r”, wypowiada cyfrę „99”.

Uwaga!

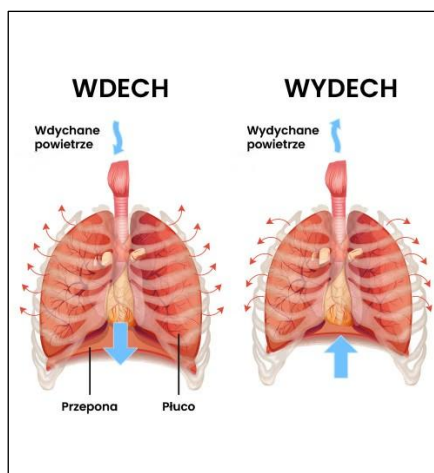
Pacjent podczas badania drżeń powinien trzymać głowę prosto, nie skręcać jej.

Interpretacja wyniku badania: im bliżej krtani, tym drżenia są lepiej wyczuwalne, wyczuwa się je równo po obu stronach płuc (Cartledge, 2017).

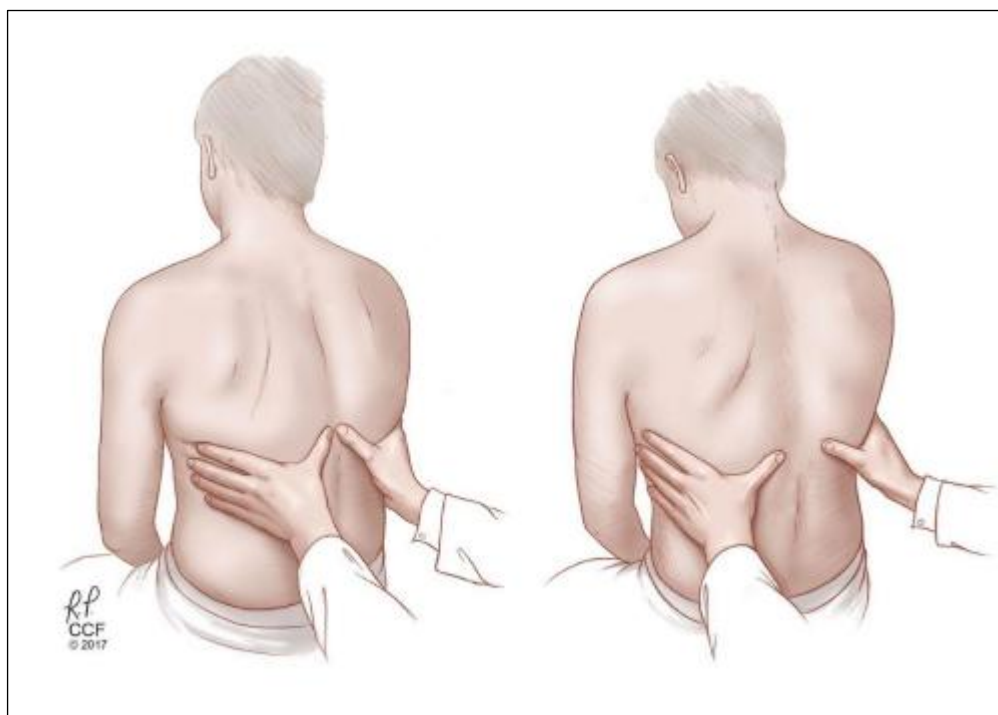
OCENA WYSTĘPOWANIA RUCHOMOŚCI KLATKI PIERSIOWEJ

Badając palpacyjnie klatkę piersiową, pielęgniarka/położna ocenia również występowanie ruchomości i rozszerzalność klatki piersiowej (przód, tył; ryc. 21, ryc. 22). Osoba badająca delikatnie obejmuje pacjenta u podstawy płuc, pacjent wykonuje wdech i wydech.

Interpretacja wyniku badania: obserwuje się ruchomość i poszerzanie się klatki piersiowej podczas wdechu i powrót do pierwotnych rozmiarów klatki piersiowej podczas wydechu (Zaborowski, 2016).



Rycina 21. Położenie przepony podczas wdechu i wydechu (Ważna, 2022).



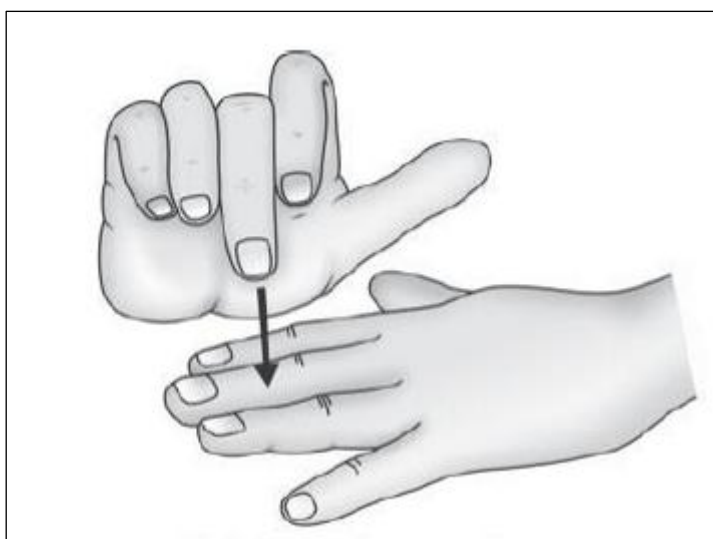
Rycina 22. Badanie palpacyjne w celu wykrycia asymetrii rozszerzenia klatki piersiowej, objawu wysięgu opłucnowego (Diaz-Guzman i Budev, 2008).

OPUKIWANIE KLATKI PIERSIOWEJ

Pielęgniarka/położna podczas opukiwania klatki piersiowej przykłada dłoń tak, aby dobrze przylegała do klatki piersiowej pacjenta. Opukując klatkę piersiową, uderza środkowym palcem drugiej dłoni w środkowy paliczek środkowego palca dłoni przylegającej do klatki piersiowej pacjenta (ryc. 23). Opukiwanie rozpoczyna od szczytów w kierunku podstawy płuc:

- opukuje przestrzenie międzyżebrowe i równolegle przesuwa dłoń z jednej strony klatki piersiowej na drugą,
- opukuje przód klatki piersiowej w linii środkowo-obojęzycznej,
- opukuje tył klatki piersiowej, omija linię łopatek i kręgosłupa,
- opukując równolegle, przesuwa dłoń z jednej strony na drugą.

Podczas badania pielęgniarka/położna porównuje ze sobą odgłosy opukowe z obu stron klatki piersiowej.



Rycina 23. Technika opukiwania (WUM, 2025a)

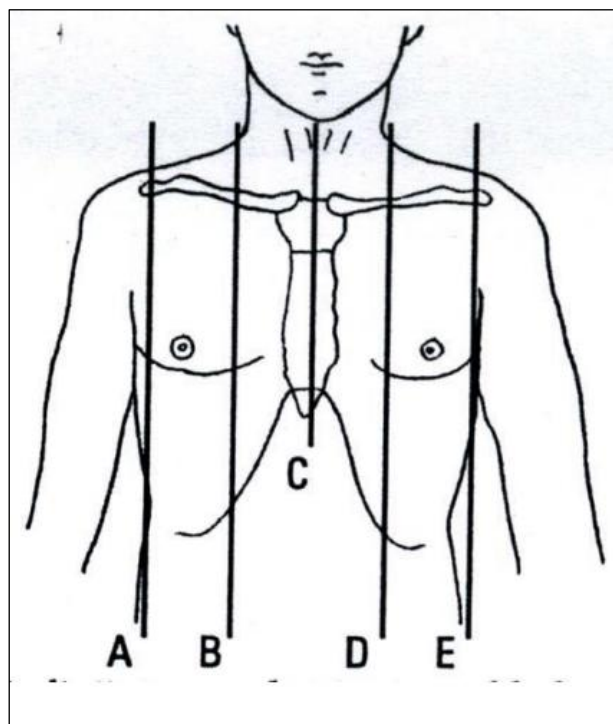
Uwaga!

Pielęgniarka/położna opukuje okolice międzyżebrowe, tj. wolne przestrzenie pomiędzy żebrami (nie opukuje kości żeber, mostka, łopatek, kręgosłupa):

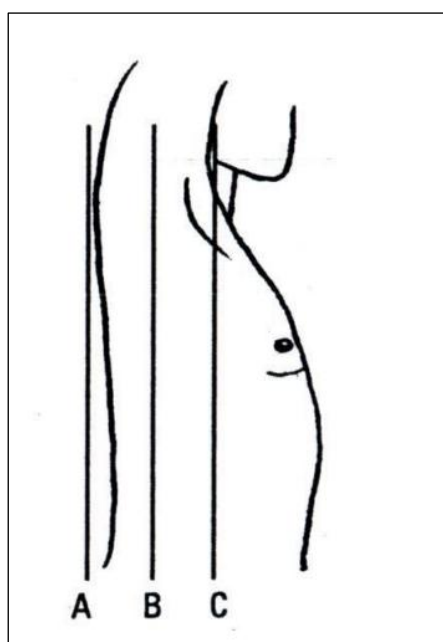
- przód klatki piersiowej wzdłuż linii środkowo-obojęzycznej po stronie prawej i lewej (ryc. 24),
- tył klatki piersiowej pomiędzy linią kręgosłupa i linią łopatkową po stronie prawej i lewej (ryc. 26).

Interpretacja wyniku badania: ocenia się występowanie odgłosów opukowych, różnicując przy tym występowanie stłumienia. W wyniku badania pielęgniarka/położna może stwierdzić:

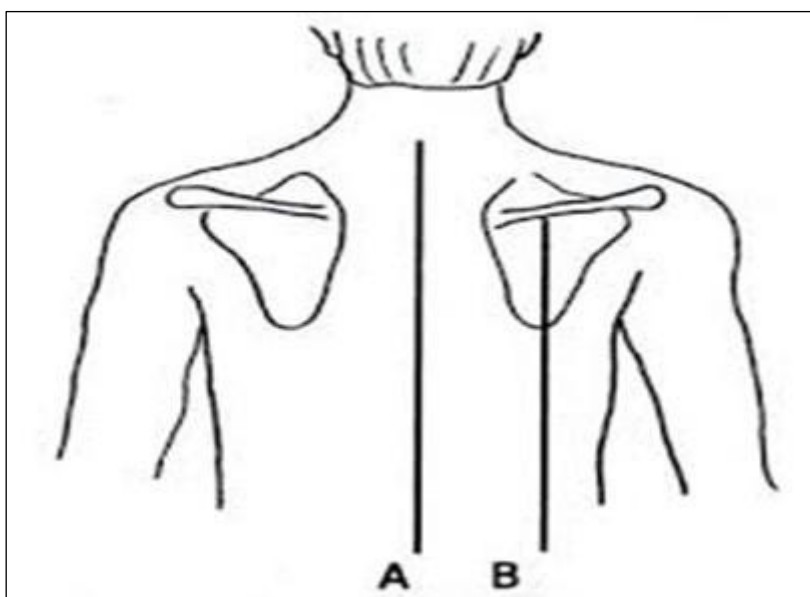
- nadmiernie jawny odgłos opukowy – prawidłowo trudny do wywołania; oznacza obecność powietrza w jamach klatki piersiowej, np. odmę, rozdemę płuc,
- stłumiony odgłos opukowy – jego obecność oznacza nacieczenie tkanki płucnej i pogrubienie opłucnej, gdy naciek umiejscowił się pomiędzy ścianą klatki piersiowej a tkanką płucną, np. wysięk opłucnowy (Abrahams, 2024).



Rycina 24. Topografia klatki piersiowej, przód: A – pachowa przednia prawa, B – obojczykowa środkowa prawa, C – mostkowa, D – obojczykowa środkowa lewa, E – pachowa przednia lewa (WUM, 2025b).



Rycina 25. Topografia klatki piersiowej, bok: A – pachowa tylna, B – środkowa pachowa, C – pachowa przednia (WUM, 2025c).



Rycina 26. Topografia klatki piersiowej, bok: A – linia kręgosłupa, B – linia łopatkowe (Servmed, b.r.).

Kolejny etap badania to ocena wysokości przepony (oznaczenie stłumienia przepony). Pielęgniarka/położna określa położenie przepony za pomocą wysłuchiwania stłumienia drżeń, następnie prosi osobę badaną o wykonanie wdechu i wtedy zaznacza drżenia, które będą stłumione niżej (przepona podczas wdechu obniża się). Należy zmierzyć odległość (norma wychylenia przepony 5–6 cm).

OSŁUCHIWANIE PŁUC

Podczas osłuchiwania osób dorosłych używa się membrany stetoskopu. W przypadku pacjentów pediatrycznych i wychudzonych dorosłych wykorzystuje się lejek stetoskopu. Podczas badania pacjent wykonuje wdech nosem i wydech ustami. Osłuchuje się przestrzenie wolne od struktur kostnych (ryc. 27).



Rycina 27. Miejsca osłuchiwania klatki piersiowej (Nelle, 2017).

Podczas badania pielęgniarka/położna wysłuchuje:

- szmery oddechowe fizjologiczne:
 - szmer oddechowy pęcherzykowy (wdech > wydech)
 - słyszalny nad polami płucnymi w czasie wdechu oraz w początkowej ($\frac{1}{3}$) fazie wydechu,
 - związany z przepływem powietrza przez oskrzela, podobny do szelestu,
 - szmer oddechowy oskrzelowy (wdech < wydech)
 - fizjologicznie może występować tylko nad tchawicą i dużymi oskrzelami,
 - z przodu klatki piersiowej do wysokości kąta mostka,
 - z tyłu klatki piersiowej w okolicy międzyłopatkowej (Th3-Th4),
 - wdech słychać w $\frac{1}{3}$ długości, wydech cały,
- szmery oddechowe patologiczne:
 - szmer oddechowy oskrzelowy (wdech < wydech)
 - słyszalny nad obwodowymi częściami płuc,
 - występuje w zaawansowanym zapaleniu płuc,
 - często towarzyszy mu ból w klatce piersiowej,
 - szmer oskrzelowo-pęcherzykowy (wdech = wydech)
 - występuje poza głównymi oskrzelami,
 - słyszalny ponad oskrzelami – 1. i 2. przestrzeń międzyżebrowa i pomiędzy łopatkami.

Mogą wystąpić także szmery oddechowe patologiczne dodatkowe:

- świsty – to dźwięki o charakterze ciągłym świszczącym, o wysokiej częstotliwości, występują głównie podczas wydechu, ale również podczas wdechu, niekiedy występują w obu fazach jednocześnie; są spowodowane zwężeniem drzewa oskrzelowego (obturacyja); słyszalne w fazie wydechu świadczą o mniej zaawansowanej astmie, słyszalne w fazie wdechu i wydechu wskazują na zaawansowaną astmę; występują również przy przewlekłym zapaleniu oskrzeli; jednym z rodzajów jest świst krtaniowy:
 - słyszalny wyłącznie lub głównie przy wdechu,
 - głośniejszy przy osłuchiowaniu szyi, niż klatki piersiowej,
 - występuje w zapaleniu krtani;
- furczenia – to dźwięki o niskiej częstotliwości z elementami chrapliwości, powstają na skutek obecności wydzieliny w drogach oddechowych;
- trzeszczenia (dawniej rzężenia) – charakterystyczne trzeszczące dźwięki, powstają na skutek zalegającej wydzieliny w płucach, np. w płatowym zapaleniu płuc, w obrzęku płuc; są to niedźwięczne, krótkie przerywane szmery oddechowe występujące nad polami płucnymi; charakteryzuje je różna częstotliwość, występują podczas wdechu; to odgłosy nakładające się na szmery oddechowe (wysłuchujemy szmer oddechowy i dodatkowy dźwięk), nieprawidłowe szmery oddechowe (zarówno w fazie wdechu i wydechu); wyróżniamy trzeszczenia:
 - grubobańkowe – ton niższy (o niższej częstotliwości), pojawia się, gdy w dużych oskrzelach jest płyn,
 - drobnobańkowe – ton wyższy (o wyższej częstotliwości), cichszy (występuje w obrzęku płuc);
- tarcie opłucnej – to dźwięk przypominający skrzypienie, skrobanie, występuje przy wykonywaniu ruchów oddechowych; jest spowodowany zmienionym zapalnie tarcie płucnej powierzchni opłucnej, występuje w zapaleniu płuc, opłucnej, zatorze płucnym, chorobie nowotworowej;
- chrząst śródpiersiowy (seria trzeszczeń przedsercowych) – dźwięki te występują jednocześnie z tonem serca, są najlepiej słyszalne u pacjenta leżącego na lewym boku; ich przyczyną może być odma śródpiersia (Douglas, 2017).

Uwaga!

W przypadku wykrycia nieprawidłowości (wcześniejszymi metodami) w osłuchiowaniu klatki piersiowej pielęgniarka/położna stosuje dodatkowe metody osłuchiwania – badanie przewodzenia głosu (tych metod nie stosuje się, gdy dotychczasowe wyniki badania wskazują na fizjologię).

Wyróżnia się trzy metody badania przewodzenia dźwięków. Są to: bronchofonia, egofonia („kozi bek”) i pektorylokvia (przewodzenie szeptu).

Bronchofonia:

- pacjent mówi „44”,
- przy osłuchiowaniu stetoskopem powinniśmy słyszeć jego stłumiony głos,
- w patologii słyszymy głośno i wyraźnie (zgrubiała tkanka lepiej przewodzi głos).

Egofonia („kozi bek”):

- pacjent wypowiada samogłoskę „i”,
- osłuchujemy membraną stetoskopu,
- powinniśmy słyszeć „i”,
- w patologii słyszymy „ej”, „eee”.

Pektorylokvia (przewodzenie szeptu):

- pacjent mówi szeptem „raz, raz, raz”,
- osłuchujemy miejsce podejrzaną o zmianę,
- w fizjologii nic nie słyszymy,
- w patologii słyszymy wyraźniej w stetoskopie niż bez stetoskopu (Douglas, 2017).

ZASADY OSŁUCHIWANIA PŁUC

1. Przed rozpoczęciem osłuchiowania pielęgniarka/położna:
 - zapewnia pacjentowi bezpieczeństwo, intymność, komfort,
 - myje, dezynfekuje ręce, zakłada rękawiczki,
 - profiluje stetoskop (zakłada go oliwkami skierowanymi w stronę pacjenta).
2. Bada pacjenta dorosłego i dziecko z wykorzystaniem membrany stetoskopu (wyjątkiem jest sytuacja osłuchiwania leżkiem osoby dorosłej wychudzonej i dziecka, gdy brak stetoskopu pediatrycznego).
3. Osłuchuje co najmniej jeden cykl oddechowy (wdech – wydech).
4. Pielęgniarka/położna prosi badanego o:
 - oczyszczenie nosa i odkrztuszenie wydzieliny (plwociny),
 - zdjęcie ubrania i odwrócenie się do niej plecami, a następnie przyjęcie właściwej pozycji (objęcie się przez badanego za ramiona: lewa ręka na prawy bark, prawa ręka na lewy bark),
 - wykonywanie głębokich oddechów (wdech nosem, wydech ustami).
5. Pielęgniarka/położna osłuchuje tył klatki piersiowej badanego z uwzględnieniem minimum 9 miejsc na klatce piersiowej:
 - przestrzeń lewa i prawa nadłopatkowa,
 - przestrzeń lewa i prawa górna międzyłopatkowa,
 - przestrzeń lewa i prawa dolna międzyłopatkowa,
 - przestrzeń lewa i prawa dolna środkowo-łopatkowa (pod łopatkowa),
 - środkowa pachowa po prawej stronie, piąte międzyżebro (Cartledge, 2017).
6. Pielęgniarka/położna prosi badanego o odwrócenie się do niej przodem. Osłuchuje przód klatki piersiowej z uwzględnieniem minimum 6 miejsc na klatce piersiowej:
 - przestrzeni środkowo-obojęzycznej (pod obojęzkiem prawym i lewym),
 - przestrzeni przyśrodkowej prawej i lewej (nad piersiami),
 - przestrzeni odśrodkowej prawej i lewej (pod piersiami).
7. Podczas badania pielęgniarka/położna różnicuje dźwięki osłuchowe.

8. Na podstawie stwierdzonych dźwięków ustala diagnozę pielęgniarstwa/łożniczą i informuje pacjenta o wyniku badania.
9. Dokumentuje badanie.
10. Kieruje pacjenta do lekarza i przekazuje mu diagnozę pielęgniarstwa/łożniczą.
11. Zdejmuje rękawiczki, myje i dezynfekuje ręce, porządkuje i dezynfekuje sprzęt.

Uwaga!

- W przypadku osób starszych, osłabionych pielęgniarstwo/łożnica pomaga im przyjąć pozycję siedzącą, zdjąć ubranie, a po badaniu je założyć.
- W przypadku osób starszych, osłabionych pielęgniarstwo/łożnica zaczyna najpierw osłuchiwać tył, następnie przód klatki piersiowej od podstawy do szczytu płuc (osoba badana może nie wytrzymać długiego badania w pozycji siedzącej i zaprzestać głęboko oddychać).
- Należy poprosić pacjenta, aby przed badaniem oczyścił nos i oddychał przez usta. Słyszalne firczenia mogą pochodzić z zalegań w jamie nosowej.
- Należy poprosić pacjenta, aby przed badaniem zakasłał i odkrztusił wydzielinę (zalegająca wydzielina oderwie się i nie będzie sklejać pęcherzyków, a tym samym nie spowoduje błędnej interpretacji osłuchiwania).

11. Wywiad i badanie fizykalne układu krążenia

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Badanie fizykalne układu krążenia dostarcza dodatkowych, niezbędnych informacji dotyczących ogólnego stanu fizykalnego pacjenta.

Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Czy pacjent ma dolegliwości bólowe? Jeżeli tak, to czy może je opisać?
- Czy odczuwa bicie i kołatanie („palpitacja”) serca? Jeżeli tak, to jak wtedy postępuje?
- Czy pacjent ma zawroty głowy, omdlenia?
- Czy pacjent ma trudności w oddychaniu, duszności? Jeżeli tak, to w jakich okolicznościach?
- Czy zaobserwował u siebie sinicę, błądź, obrzęki kończyn, żylaki, owrzodzenia?
- Czy pacjent ma ograniczoną, zmniejszoną wydolność fizyczną (czy szybko się męczy, liczba poduszek podczas snu)?
- Czy pacjent pali papierosy?
- Czy pacjent miał rozpoznaną chorobę reumatyczną, cukrzycę, częste zapalenie gardła, szmery w sercu, choroby układu sercowo-naczyniowego? Jeżeli tak, to jak przebiega/przebiegało leczenie? Czy pacjent systematycznie przyjmuje leki? Jakie są ostatnie wyniki badań?
- Czy ktoś w rodzinie pacjenta chorował na choroby układu sercowo-naczyniowego (hipercholesterolemię, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, chorobę wieńcową)?
- Czy ktoś w rodzinie miał zawał serca lub udar mózgu?
- Czy ktoś w rodzinie miał rozpoznaną arytmie?
- Czy ktoś w rodzinie miał rozpoznaną wadę serca?

Po uprzednim przygotowaniu pacjenta, wyjaśnieniu istoty i celu badania przystępujemy do badania podmiotowego. W ocenie układu krążenia pielęgniarka/położna wykorzystuje następujące techniki badania: oglądanie, palpację, opukiwanie i osłuchiwanie.

OGŁĄDANIE

Pielęgniarka/położna ogląda:

- zabarwienie powłok skórnych w celu ustalenia występowania:
 - obrzęków wokół oczu,
 - występowania tzw. kępkę żółtej (hipercholesterolemia),
 - sinicy centralnej (usta, język, błony śluzowe jamy ustnej),
 - sinicy centralnej (usta, język, błony śluzowe jamy ustnej)
 - sinicy centralnej (usta, język, błony śluzowe jamy ustnej),
 - sinicy obwodowej (dystalne części ciała).

W następnej kolejności ocenia:

- kształt i wygląd klatki piersiowej,
- okolice przedsercową (występowanie drżenia),
- oddech (liczba i charakter oddechów),
- zmiany na skórze (zasinienia, krwaki, znamiona, blizny)
- kończyny górne w kierunku występowania niedotlenienia,
 - palce (pałeczowatość), paznokcie, ich kształt (jak „szkiełka od zegarka”),
 - kończyny dolne w kierunku występowania obrzęków (lokalizacja, nasilenie)
- wypełnienie żył szyjnych (fizjologicznie, w pozycji siedzącej żyły szyjne widoczne są 1cm powyżej obojczyka, a ich wypełnienie zmniejsza się podczas wdechu).
- tolerancję wysiłku wg klasyfikacji NYHA (New York Heart Association).

Na podstawie badania podmiotowego i wnikliwej obserwacji pacjenta pielęgniarka/położna rozpoznaje cechy niewydolności krążenia i ustala stopień zaawansowania procesu chorobowego. Dokonuje tego z wykorzystaniem poniżej przedstawionej klasyfikacji NYHA:

Stopień I – brak objawów ograniczających wysiłek.

Stopień II – objawy są wywoływane przez duży wysiłek (np. wchodzenie po schodach).

Stopień III – objawy są wywoływane przez niewielki wysiłek (np. spacer).

Stopień IV – objawy są wywoływane przez minimalny wysiłek (np. mycie się) lub pojawiają się w spoczynku (Szczeklik, 2024).

PALPACJA

Jest kolejnym etapem oceny układu krążenia, jej poszczególne elementy uzupełniają całość badania. Pielęgniarka/położna wykonuje badanie: tętna dołka jarzmowego i podsercowego (środkowe nadbrzusze), „mruku sercowego”, uderzenia koniuszkowego (V–VI międzyżebrowe w linii środkowo-obojczykowej). Dodatkowo ocenie podlega występowanie obrzęków (w skali 1–4) oraz stan ucieplenia i wilgotności skóry.

BADANIE TĘTNA

Jest elementem badania palpacyjnego układu krążenia. Zostało opisane w rozdziale wywiad i badanie fizykalne układu sercowo-naczyniowego.

BADANIE DOŁKA JARZMOWEGO I PODSERCOWEGO

Pielęgniarka/położna przykładą dłoni w okolicę dołka jarzmowego i podsercowego (w środkowym nadbrzuszu) i wyczuwa pochodzące z tych miejsc tętnienie odcinka aorty piersiowej i aorty brzusznej.

OCENA „MRUKU SERCOWEGO”

Badając „mruk sercowy”, pielęgniarka/położna układa pacjenta do badania płasko, na wznak, i przykładą dłoni w okolicę nadsercową.

Interpretacja wyniku badania: tzw. mruk sercowy, inaczej „koci mruk”, u zdrowych dorosłych osób nie występuje. U dzieci do ok. 2–3 roku życia może być wyczuwalny i słyszalny (Douglas, 2017).

BADANIE UDERZENIA KONIUSZKOWEGO

Badając palpacyjnie klatkę piersiową, pielęgniarka/położna ocenia występowanie uderzenia koniuszkowego:

- układa pacjenta na płaskim podłożu, na lewym boku, w delikatnym odgięciu tułowia ku tyłowi,
- lewa kończyna górna badanego jest zgięta i podłożona pod głowę, prawa – ułożona wzdłuż tułowia,
- pacjent wykonuje głęboki wdech, następnie wolno wydycha powietrze i w ostatniej fazie wydechu na chwilę go zatrzymuje,
- pielęgniarka/położna obserwuje okolicę koniuszka serca pacjenta.

Interpretacja wyniku badania: prawidłowe uderzenie koniuszkowe mieści się w obrębie V–VI międzyżebrowa w linii środkowo obojczykowej lewej w odległości ok. 7–9 cm od mostka, uderzenie koniuszkowe obserwowane jest w ostatniej fazie wydechu (Zaborowski, 2016).

OCENA WYSTĘPOWANIA OBRZĘKÓW

W badaniu palpacyjnym pielęgniarka/położna ocenia stopień obrzęków, określając tzw. objaw dołka – pacjent podczas badania pozostaje w pozycji siedzącej. Przez ok. 5 sekund uciska się miejsce obrzęku (na kończynach dolnych nad kostką) i po upływie tego czasu zwalnia ucisk.

Interpretacja wyniku badania: skóra w miejscu obrzęku po zwolnieniu ucisku powraca w określonym czasie (1,2,3,4 sekundy) do pierwotnego kształtu. Należy zmierzyć czas powrotu i na tej podstawie interpretuje się wynik (ryc. 28):

- + 1 – ślad obrzęków
- + 2 – obrzęk mierny
- + 3 – obrzęk dość intensywny
- + 4 – obrzęk masywny.



Rycina 28. Obrzęk w miejscu ucisku (Heilman, 2010).

OPUKIWANIE SERCA

Pielęgniarka/położna podczas opukiwania serca przykładła dłoń (w odpowiedni sposób) do klatki piersiowej pacjenta, opukując ją, uderza środkowym palcem drugiej dłoni w środkowy palec środkowego palca dłoni przylegającej do klatki piersiowej pacjenta. Serce opukuje się w kierunku prostopadłym do oznaczanej granicy, rozpoczynamy od szczytów płuc po stronie prawej, następnie kierujemy się w lewą stronę (do serca).

Interpretacja wyniku badania: oceniamy i różnicujemy występowanie odgłosów opukowych i stłumień. Określamy wielkość narządu – granicę górną, boczną i dolną serca (Douglas, 2017).

Uwaga!

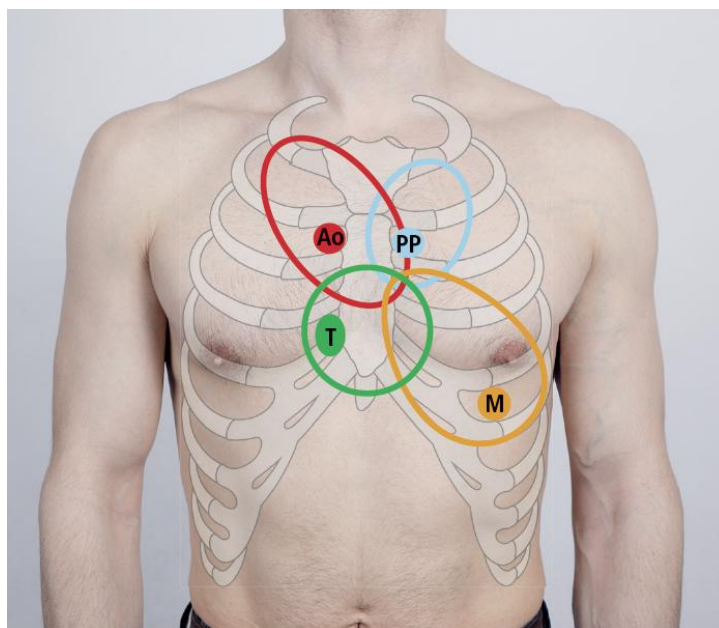
Obecnie, ze względu na dostępność nowoczesnych technik diagnostycznych, między innymi echokardiogramu serca (badanie echa serca), opukiwanie jest rzadko stosowaną metodą badania. Według P. Zaborowskiego „opukiwanie ze względu na jego złożone stosunki topograficzne z sąsiadującymi narządami (...) nie ma obecnie znaczenia klinicznego” (Zaborowski, 2017).

OŚŁUCHIWANIE SERCA

Pielęgniarka/położna osłuchuje serce chorego, który siedzi lub leży na wznak, przykładając do jego klatki piersiowej membranę stetoskopu (w przypadku osoby dorosłej) i lejek (w przypadku pacjenta pediatrycznego i/lub wychudzonego). Osłuchuje się tony serca w miejscach, w których zlokalizowane są zastawki serca (ryc. 29) w następującej kolejności:

- (M) zastawka mitralna (dwudzielna): piąte międzyżebro na lewej linii środkowo-obojęzycznej – koniuszek serca; tony zastawki mitralnej i lewej komory serca (w rzucie zastawek na przednią ścianę klatki piersiowej zastawka mitralna – przyczep IV lewej chrząstki żebrowej do mostka) (Zaborowski, 2017),

- (Ao) zastawka aorty: drugie międzyżebro na prawo od mostka, tony zastawki aorty (w rzucie zastawek na przednią ścianę klatki piersiowej zastawka aortalna – na mostku, na poziomie przyczepu trzecich żeber do mostka) (Zaborowski, 2017),
- (PP) zastawka pnia płucnego: drugie międzyżebro na lewo od mostka, tony zastawki pnia płucnego (w rzucie zastawek na przednią ścianę klatki piersiowej zastawka pnia płucnego- drugie lewe międzyżebro przy mostku) (Zaborowski, 2017),
- (T) zastawka trójdzielna: czwarte międzyżebro bliżej linii mostka, tony zastawki trójdzielnej i prawej komory serca (w rzucie zastawek na przednią ścianę klatki piersiowej zastawka trójdzielna przebiega przez mostek od III lewego przyczepu do V prawego przyczepu chrząstek żebrowych do mostka) (Zaborowski, 2017),
- (E) punkt Erba: leży w rzucie zastawki mitralnej (M) przy lewej krawędzi mostka w trzeciej przestrzeni międzyżebrowej, miejsce najlepszej słyszalności szmeru skurczowego w niedomykalności zastawki (M) mitralnej (Cartledge, 2017).



Rycina 29. Punkty osłuchiwania zastawek serca: M – zastawki mitralnej, T – zastawki trójdzielnej, PP – zastawki pnia płucnego, Ao – zastawki aorty (Szczeklik, Imiela i Leśniak, 2025).

Pielęgniarka/położna do badania używa stetoskopu z membraną (zbiera dźwięki wysokie) i lejka (zbiera dźwięki niskie):

- pierwszy ton serca: S₁ (lab) – jest odgłosem powstałym przy zamknięciu się zastawek: dwudzielnej (mitralnej) (M) i trójdzielnej (T); podczas osłuchiwania zastawki mitralnej (M) i zastawki trójdzielnej (T) odgłos (lab) będzie głośniejszy niż (dab);
- drugi ton serca: S₂ (dab) – jest odgłosem powstałym przy zamknięciu się zastawek: aortalnej (A) i płucnej (P); podczas osłuchiwania zastawki pnia płucnego (P) i zastawki aortalnej (A) odgłos (dab) będzie głośniejszy niż (lab).

Dodatkowe dźwięki:

1. Rozdwojenie (rozszczipienie) tonu S₁ (T₁) – zastawka trójdzielna zamyka się później niż dwudzielna (mitralna). Jest słyszalne na koniuszku serca za pomocą membrany. Jeżeli ton jest rozdwojony – dźwięki będą słyszalne bardzo blisko siebie. Występuje w bloku prawej odnogi pęczka Hisa i skurczach przedwczesnych komorowych.

2. Rozdwojenie (rozszczipienie) tonu S_2 (T_2) – zastawka tętnicy płucnej zamyka się później niż aorty. Jest słyszalne na koniuszku serca za pomocą membrany. Wyróżniamy trzy postacie rozdwojenia (rozszczipienia) tonu S_2 (T_2):
 - funkcjonalne – słyszalne na wdechu,
 - paradoksalne – słyszalne na wydechu,
 - utrwalone – słyszalne w całym cyklu oddechowym.

Istnieją jeszcze dwie inne sytuacje rozdwarzające ton dab – i jest to zawsze patologia:

- u dorosłych i dzieci jest to tzw. utrwalone rozdwojenie tonu niezależnie od wdechu,
- rozdwojenie tonu na wdechu u dorosłych.

3. Trzecia sytuacja – gdy rozdwojenie drugiego tonu znajdują się na wydechu. Jest to rozdwojenie paradoksalne drugiego tonu. Zawsze należy konsultować się z lekarzem kardiologiem. Jest to sytuacja odwrócona mechanicznie w stosunku do normy, w której obie składowe tonu (zamknięcie zastawki aortalnej i pnia płucnego) rozdzielają się podczas wydechu, a zlewają podczas wdechu. Trzeci ton serca – S_3 (wczesno-skurczowy):
 - używamy lejka stetoskopu (dźwięk o niskiej częstotliwości, lepiej słyszymy przy pomocy lejka) i osłuchujemy wszystkie miejsca, począwszy od zastawki mitralnej,
 - S_3 słyszalny zaraz po drugim tonie serca nad zastawką mitralną (w drugim międzyżebrowie).

Przebieg czynności serca: S_1 – skurcz – S_2 – S_3 – rozkurcz – S_1 – skurcz – S_2 – S_3 – rozkurcz.

Uwaga!

Jak różnicować S_3 z rozdwojeniem S_1 ?

S_3 lepiej słyszymy przy pomocy lejka.

Tony serca – patologia

1. Czwarty ton serca S_4 (późnorozkurczowy):
 - używamy lejka stetoskopu (dźwięk o niskiej częstotliwości), osłuchujemy ponownie wszystkie miejsca, zaczynając od zastawki mitralnej,
 - S_4 jest słyszalny tuż przed pierwszym tonem serca nad zastawką mitralną i trójdzielną,
 - może być normą u osób poniżej 20 r. ż. (u sportowców).

Przebieg czynności serca: S_4 – S_1 – skurcz – S_2 – S_3 – rozkurcz – S_4 – S_1 – skurcz – S_2 – S_3 – rozkurcz.

Uwaga! Jak różnicować S_4 z rozdwojeniem S_1 ?

S_4 lepiej słyhać przez lejek, a S_1 lepiej słyszymy za pomocą membrany.

2. Szmer w sercu:
 - są wynikiem turbulencji krwi,
 - wysłuchujemy każdą okolicę sercową jak przy tonach lab – dab ,
 - możemy wysłuchać lab – $fudab$ lub lab – $dabfu$.

Przyczyny:

- funkcjonalne – kiedy nie ma choroby serca, ale zaczyna się inne zaburzenie: nadczynność tarczycy, gorączka, 2 i 3 trymestr ciąży, anemia; stany te powodują maksymalny przepływ krwi, a zarazem więcej odgłosów,
- niewinne – u dzieci (cienka klatka piersiowa),
- szmer patologiczne spowodowane zwężeniem i niedomykalnością zastawek, przeciekami przedsińkowymi, komorowymi, przetrwałym przewodem Bottala.

Pielęgniarka/położna zna charakterystykę szmerów i w osłuchiowaniu ocenia i diagnozuje: ich lokalizację, głośność, czas występowania (czy ciągle przez okres skurczu i rozkurczu). Szmer skurczowy mogą być: funkcjonalne, niewinne, patologiczne, zaś szmer rozkurczowy są zawsze patologiczne. Ocenia się również jakość szmerów (dmuchający, dudniący, szorstki, chropowaty), ich promieniowanie, to znaczy, w którym kierunku szmer są słyszalne, oraz ich intensywność:

- 1° bardzo słabo słyszalny (nie jestem pewien)
- 2° nie mamy wątpliwości, dobrze słyszalny na początku
- 3° słychać zaraz po przyłożeniu stetoskopu do klatki piersiowej
- 4° są głośne, mogą zamazać tony lab–dab
- 5° mogą być badane palpacyjnie
- 6° słychać je bez przykładania stetoskopu (Szczeklik, 2024).

Osluchiwanie to ostatni element badania przedmiotowego układu krążenia. Poza osłuchiowaniem serca pielęgniarka/położna dokonuje także osłuchiwania ciśnienia tętniczego krwi (CTK) i interpretacji wyniku pomiaru. Zostało ono opisane w rozdziale dotyczącym wywiadu i badania fizykalnego układu sercowo-naczyniowego.

11.1 Wywiad i badanie fizykalne układu sercowo-naczyniowego

Badanie układu sercowo-naczyniowego jest dopełnieniem badania fizykalnego układu krążenia. Pozwala ocenić stopień wydolności naczyń obwodowych.

Podczas wywiadu w ocenie układu tętniczego i żylnego pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Czy pacjent ma dolegliwości bólowe?
- Czy pacjent ma skurcze łydek?
- Czy występują obrzęki kończyn, owrzodzenia, trudno gojące się rany?
- Czy u pacjenta zdiagnozowano hypercholesterolemię, otyłość, cukrzycę, chorobę serca, udar mózgu, niewydolność tętniczą lub żylną?
- Jaką pracę wykonuje pacjent (stojącą, siedzącą)?
- Czy pacjent pali papierosy?
- Czy pacjent jest aktywny ruchowo (ćwiczy, biega, uprawia sport)?
- Jakie leki pacjent przyjmuje systematycznie (w tym leki hormonalne)?
- Czy ktoś w rodzinie pacjenta chorował na niewydolność tętniczą lub żylną?
- Czy ktoś w rodzinie miał żylaki kończyn dolnych?
- Czy ktoś w rodzinie miał zawał serca, udar mózgu (jeśli tak, to w jakim wieku)?
- Czy ktoś w rodzinie miał zdiagnozowaną hypercholesterolemię i/lub otyłość lub cukrzycę?

Po uprzednim przygotowaniu pacjenta, wyjaśnieniu mu istoty i celu badania, przystępujemy do badania podmiotowego. Badanie fizykalne układu sercowo-naczyniowego uwzględnia w swojej ocenie: oglądanie, palpację i osłuchiwanie.

OGŁĄDANIE

Pielęgniarka/położna ogląda zabarwienie skóry (zaczerwienienia, zasinienia). Ocenia występowanie cech stanu zapalnego naczyń tętniczych i żylnych (miejscowo: zaczerwienienie, ból, podwyższona ciepłota, obrzęk) oraz występowanie obrzęków, owrzodzeń, ran, zgorzeli, owłosienia (występowanie lub zanik). Na koniec dokonuje także oceny wzoru naczyniowego (żylaki podudzi).

PALPACJA

W badaniu palpacyjnym pielęgniarka/położna ocenia:

- tętno na tętnicach: skroniowych, szyjnych zewnętrznych, ramiennych, łokciowych, promieniowych, udowych, podkolanowych, piszczelowych tylnych, grzbietowych stopy,
- cechy tętna: częstość, miarowość, wypełnienie, napięcie, rytm, wysokość, symetryczność,
- ucieplenie kończyn, występowanie obrzęków (w skali 1–4),
- wydolność tętnic:
 - próba wypełnienia kapilarnego (dłonie, stopy),

- test Allena (drożność tętnicy łokciowej i promieniowej),
- test przepływu krwi na kończynach dolnych (test koloru na zmianę pozycji),
- badanie ciśnienia tętniczego krwi (CTK),
- wydolność tętna żylnego: żyły szyjne zewnętrzne, żyły kończyn górnych, żyły kończyn dolnych (Ciechaniewicz, 2024).

BADANIE TĘTNA OBWODOWEGO

Jest uzupełnieniem badania przedmiotowego. Prawidłowo tętno powinno być zgodne z biciem serca, symetryczne, miarowe. Prawidłowa czynność serca u osoby dorosłej wynosi od około 60 do 90 uderzeń na minutę w spoczynku. Pielęgniarka/położna bada tętno symetrycznie i porównuje po obu stronach ciała, uwzględniając tętnice: szyjną zewnętrzną, promieniową, pachową, ramienną, łokciową, promieniową, udową, podkolanową, piszczelową tylną i grzbietową stopy (Zaborowski, 2016).

Badając tętno, należy przyłożyć dwa palce (wskazujący i środkowy) np. na nadgarstku od strony kciuka, gdzie pod skórą daje się wyczuć tętno na tętnicy promieniowej. Następnie liczy się uderzenia (pulsowanie) przez 10 sekund i mnoży uzyskaną liczbę przez 6, aby uzyskać liczbę uderzeń tętna na minutę (tętno minutowe). W przypadku pacjentów z zaburzeniami rytmu serca badanie tętna przeprowadza się przez całe 60 sekund.

Określając cechy tętna, ocenia się specyficzne cechy tj.: częstotliwość, miarowość, napięcie, wypełnienie, chybkość i symetria:

- częstotliwość/szybkość (szybkie, wolne) – odzwierciedla częstotliwość rytmu serca (tab. 6),
- miarowość – miarowe, tzn. wyczuwalne w równych odstępach czasu i zgodne z biciem serca, lub niemiarowe,
- amplitudę (napięcie) – tętno duże i małe, tj. sposób uwypuklenia się tętnicy pod wpływem przepływającej krwi:
 - 0 – tętno nieobecne,
 - +1 – tętno słabo wyczuwalne,
 - +2 – tętno normalne,
 - +3 – tętno przepełnione.
- chybkość określa, jak szybko tętnica wypełnia się krwią i jak gwałtownie opada podczas jednego cyklu pracy serca (czas trwania fali skurczowej – chybkie bądź leniwe jako odzwierciedlenie stanu układu krążenia),
- symetria – sprawdzamy czy na tych samych tętnicach, po obu stronach ciała tętno jest jednakowe (pod względem wymienionych cech).

Po badaniu pielęgniarka/ położna informuje pacjenta o wyniku pomiaru.

Uzyskany wynik zapisuje w jednostkach uderzenia tętna na minutę (ud') lub HR lub BPM. Informację przekazuje lekarzowi.

Tabela 6. Prawidłowa częstotliwość rytmu serca w zależności od wieku (Fleming i in., 2011)

Wiek	Częstotliwość rytmu serca (uderzenia/minutę); mediana (1–99 centyla)
noworodki (urodzone o czasie)	127 (90–164)
0–3 mies.	143 (107–181)
3–6 mies.	140 (104–175)
6–9 mies.	134 (98–168)
9–12 mies.	128 (93–161)
12–18 mies.	123 (88–156)
18–24 mies.	116 (82–149)
2–3 lat	110 (76–142)
3–4 lat	104 (70–136)
4–6 lat	98 (65–131)
6–8 lat	91 (59–123)
8–12 lat	84 (52–115)
12–15 lat	78 (47–108)
15–18 lat	73 (43–104)

Należy również wspomnieć, że najczęściej występującymi zaburzeniami rytmu serca są:

- tachykardia – występuje, gdy liczba uderzeń tętna na minutę jest powyżej normy,
- bradykardia – gdy liczba uderzeń tętna na minutę jest poniżej normy.

Na przyspieszenie tętna (tachykardię) mają wpływ różne czynniki:

- fizjologiczne: wysiłek fizyczny i emocje (stres),
- patologiczne: gorączka, zbyt mała objętość krwi krążącej w organizmie (hipowolemia, np. po masywnym krwotoku), niedokrwistość, niewydolność serca, nadczynność tarczycy, działanie różnych leków (np. stosowanych w leczeniu astmy i POChP).

Na zwolnienie tętna (bradykardię) mają wpływ różne czynniki:

- fizjologiczne: odpoczynek, sen, (liczba uderzeń tętna poniżej normy występuje u sportowców i u osób po 65 r.ż.),
- patologiczne: leki (zwłaszcza stosowane w leczeniu arytmii, nadciśnienia tętniczego, przeciwzakrzepowego, leki uspokajające), niektóre infekcje, bezdech senny, anoreksja.

OCENA WYPEŁNIENIA KAPILARNEGO

Badając wypełnienie kapilarne, pielęgniarka/położna:

- bada pacjenta pozostającego w pozycji leżącej lub siedzącej,
- ręka badanego ułożona jest luźno poniżej poziomu serca,
- pielęgniarka/położna uciska paznokieć pacjenta swoim paznokciem przez ok. 1–2 sekundy (paznokieć pacjenta błednie),
- po tym czasie zwalnia ucisk i ocenia, po jakim czasie płytka paznokcia pacjenta zaróżowi się.

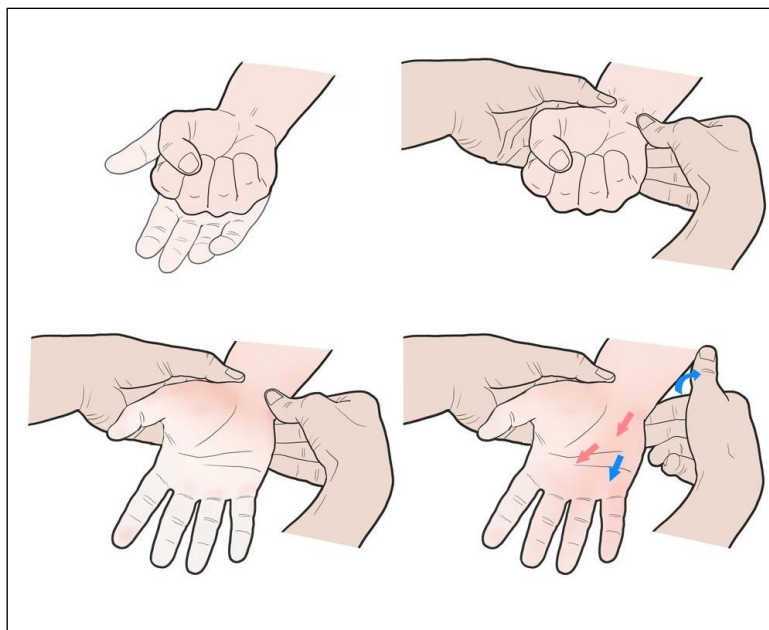
Interpretacja wyniku badania: po zwolnieniu ucisku płytka paznokcia powinna się zaróżowić:

- w ciągu ok. 2 sekund – norma dla kończyny górnej,
- w ciągu ok. 3 sekund – norma dla kończyny dolnej (Douglas, 2017).

Drożność tętnicy łokciowej i promieniowej oraz tętniczego łuku dłoniowego łączącego obie tętnice ocenia się za pomocą **testu Allena** (ryc. 30). Pielęgniarka/położna bada pacjenta znajdującego się w pozycji siedzącej lub leżącej:

- ręka badanego powinna być ułożona luźno poniżej poziomu serca i odwrócona wewnętrzną stroną dłoni do góry,
- pielęgniarka/położna poleca badanemu zacisnąć pięść ręki lewej, sama w tym czasie dokonuje ucisku na tętnicę promieniową i łokciową pacjenta na ich przebiegu, na przedramieniu, powyżej nadgarstka (na 30 sekund),
- po upływie tego czasu badany otwiera dłoń (powinna być biała),
- pielęgniarka/położna zwalnia ucisk najpierw z jednej tętnicy, np. promieniowej – dłoń badanego zaróżowi się od kciuka,
- następnie badany ponownie zaciska pięść, a pielęgniarka/położna zaciska obie tętnice (promieniową i łokciową) pacjenta,
- tym razem badająca zwalnia ucisk z drugiej tętnicy łokciowej – dłoń pacjenta zaróżowi się od małego palca,
- kolejną czynnością jest powtórzenie tej samej sekwencji badania tym razem na drugiej kończynie górnej i ocena drożności obu tętnic (promieniowej i łokciowej).

Interpretacja wyniku badania: jeśli dłoń zaróżowi się w czasie do 5 sekund od momentu zwolnienia ucisku, próba jest ujemna i unaczynienie ręki jest prawidłowe. Jeśli dłoń zaróżowi się po upływie 5 sekund – próbę uznaje się za dodatnią (Douglas, 2017).



Rycina 30. Test Allena (Murawska, 2025).

OCENA WYDOLNOŚCI NACZYŃ

Ocenę wydolności naczyń pielęgniarka/położna przeprowadza, wykonując test badający przepływ krwi na kończynach dolnych (test koloru na zmianę pozycji, zwany testem podnoszenia i opuszczania):

- badany leży płasko na plecach,
- pielęgniarka/położna unosi ku górze obie kończyny dolne pacjenta pod kątem ok. 70–80° od podłoża i podtrzymuje je,
- taką pozycję utrzymuje się przez ok. 60 sekund,
- skóra podudzi staje się biała – występuje brak przepełnienia,
- następnie pielęgniarka/położna opuszcza kończyny i ocenia, jak szybko skóra kończyn się zaróżowi.

Interpretacja wyniku badania: jeśli skóra kończyn dolnych zaróżowi się w ciągu 60 sekund od momentu ułożenia nóg na płaskim podłożu, wynik jest ujemny. Jeśli skóra kończyn dolnych zaróżowi się w czasie dłuższym niż 60 sekund – wynik jest dodatni (Cartledge, 2017).

BADANIE TĘTNA ŻYLNego

Badając tętno żyłne, pielęgniarka/położna:

- układa pacjenta płasko na plecach, z głową opartą na wezgłowiu,
- pacjent patrzy przed siebie i lekko odchyła głowę na lewą stronę,
- pielęgniarka/położna unosi wezgłowie i głowę pacjenta pod kątem ok. 45°,
- pielęgniarka/położna ogląda wypełnienie żyły i ocenia tętno żyłne.

Interpretacja wyniku badania: jeśli pacjent stoi lub siedzi prosto, żyła szyjna jest zapadnięta, kiedy leży – żyła jest całkowicie wypełniona, szybkie wypełnienie żyły szyjnej prawej podczas badania świadczy o prawidłowej wydolności prawej komory serca (Cartledge, 2017).

Oceniając wydolność żył głębokich pielęgniarka/położna wykonuje: próbę Trendelenburga (ryc. 31), próbę Perthesa (ryc. 32) i próbę ucisku.

Próba Trendelenburga

→ Etap 1:

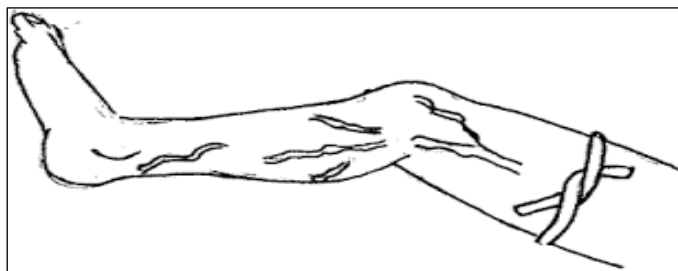
- pielęgniarka/położna układa pacjenta płasko na plecach i poleca, aby uniósł w górę kończynę dolną,
- z żyłaków odpływa krew (kończyna blednie),
- w tym ułożeniu pielęgniarka/położna zakłada opaskę uciskową na wysokości jednej trzeciej górnej części uda pacjenta,
- następnie poleca badanemu, aby wstał, i obserwuje wypełnianie się żyłaków poniżej opaski.

Interpretacja wyniku badania: próba Trendelenburga potwierdza lub wyklucza niewydolność żylną kończyn dolnych. Jeżeli żyłaki wypełnią się szybko, stwierdzamy niewydolność żył, a jeżeli wypełnienie następuje po upływie ok. 20– 35 sekund – żyły są wydolne.

→ Etap 2:

- pielęgniarka/położna ponownie układa pacjenta w pozycji leżącej i poleca mu, aby uniósł w górę kończynę dolną,
- z żyłaków odpływa krew (kończyna blednie),
- po opróżnieniu żyłaków zakładamy opaskę uciskową w jednej trzeciej górnej części uda,
- pielęgniarka/położna poleca, aby pacjent wstał,
- pielęgniarka/położna zdejmuję opaskę.

Interpretacja wyniku badania: szybkie pojawienie się żyłaków w obrębie żyły odpiszczelowej świadczy o niewydolności zastawek w obrębie ujścia żyły odpiszczelowej.

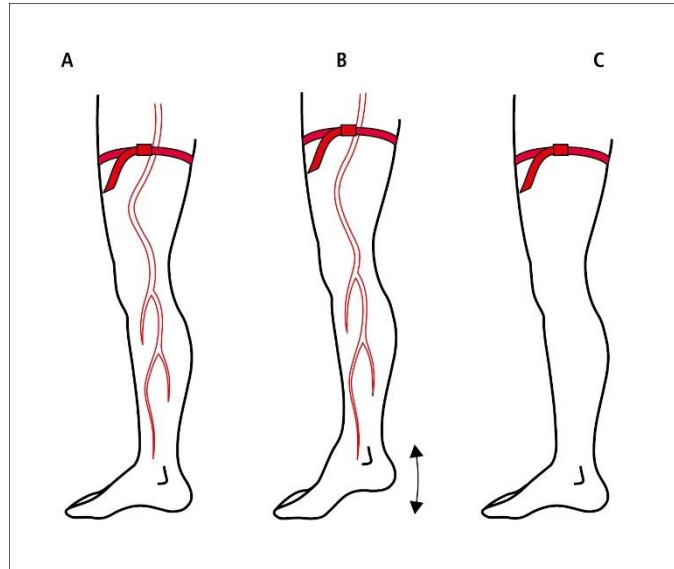


Rycina 31. Próba Trendelenburga (Grzela, Jawień i Ciecierski, 2001).

Próba Perthesa

- pielęgniarka/położna poleca pacjentowi, aby przez chwilę stał wyprostowany,
- u stojącego badanego, u którego żyłaki są wypełnione, zakłada się opaskę uciskową powyżej kolana – w części bliższej uda,
- następnie pielęgniarka/położna poleca, aby badany kilkakrotnie szybko wspiął się na palce.

Interpretacja wyniku badania: o drożności żył głębokich świadczy zapadnięcie się żyłaków.



Rycina 32. Próba Perthesa (Medycyna Praktyczna, 2026).

Próba ucisku

Pielęgniarka/położna opuszkami palców dotyka poszerzoną żyłę i wywiera silny ucisk tej samej żyły w odległości ok. 10–20 cm powyżej badanego punktu.

Interpretacja wyniku badania: przy niesprawnych zastawkach na odcinku między punktami uciskowymi z chwilą wywarcia ucisku ręką położoną niżej wyczuwalny jest impuls fali krwi. Przy sprawnych zastawkach taki impuls nie powstaje (Cartledge, 2017).

PRZEWLEKŁA NIETYDOLNOŚĆ NACZYNIOWA

Rozpoznanie niewydolności tętniczej i żylniej jest ważnym kryterium diagnostycznym. Pielęgniarka/położna na podstawie badania podmiotowego, obserwacji, oglądania i palpacji potrafi zinterpretować wynik badania. Pomocne w tym zakresie jest umiejętne różnicowanie objawów obu tych schorzeń (tab. 7).

Tabela 7. Różnicowanie niewydolności tętniczej i żylniej (Cartledge, 2017)

Objawy	Niewydolność tętnicza	Niewydolność żylna
ból	chromanie przestankowe, ból może występować w spoczynku	pobolewanie przy opuszczaniu kończyny
tętno	osłabione lub brak	prawidłowe, ale może być niewyczuwalne z powodu obrzęku
zabarwienie skóry	zblednięcie po uniesieniu i zaczerwienienie po opuszczeniu kończyny	prawidłowe lub sinicze po opuszczeniu kończyny, przebarwienia wokół stawu skokowego

Tabela 7. Różnicowanie niewydolności tętniczej i żyłnej (cd.)

temperatura (miejscowo) obrzęk	kończyna chłodna nieobecny lub nieznaczny	kończyna ucieplona obecny, często znaczny
zmiany skórne	skóra cienka, błyszcząca, atroficzna, zanik owłosienia, paznokcie bruzdowate, zgrubiałe	obecność brunatnego pigmentu w okolicy stawu skokowego, zastoinowe zapalenie skóry, może wystąpić zgrubienie skóry połączone ze zwiększeniem obwodu kończyny
owrzodzenia(jeśli występują)	palce stóp, miejsca urazów	wokół stawów skokowych, szczególnie przyśrodkowo
zgorzel	może być obecna	nie występuje

OSŁUCHIWANIE CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI

Jest ostatnim etapem badania układu sercowo-naczyniowego.

Pielęgniarka/położna zna fazy osłuchiwania CTK wg Korotkowa:

1. pojawienie się pierwszych tonów o charakterze stuków – oznacza ciśnienie skurczowe,
2. tony ciche, bardziej stłumione,
3. ponowny wzrost głośniejszych tonów,
4. nagłe ściszenie tonów,
5. zanik tonów – oznacza ciśnienie rozkurczowe.

Pielęgniarka/położna zna zasady obowiązujące podczas pomiaru ciśnienia tętniczego krwi:

- pomiar ciśnienia krwi wykonywany jest przy użyciu przyrządu zwanego sfigmomanometrem (ciśnieniomierzem) z zastosowaniem techniki osłuchowej (Korotkowa, która jest modyfikacją metody Riva-Rocci):
- badania dokonuje się po 5-10 min odpoczynku i 30 minutach od spożycia posiłku, wypicia kawy czy wypalenia papierosa,
- pacjent znajduje się w pozycji siedzącej lub leżącej,
- ramię badanego powinno być podparte i ułożone na wysokości serca,
- mankieta zakłada się na gołe ramię pacjenta około 2–3 cm powyżej zgięcia łokciowego; powinien przylegać dokładnie do ramienia i obejmować ok. 75% - 80% obwodu ramienia pacjenta. Stosuje się następujące rozmiary (szerokości) mankietów:
 - u dzieci do 2 roku życia – 6 cm,
 - u dzieci do 4 roku życia – 8 cm,
 - u dzieci do 9 roku życia – 11 cm,
 - u dorosłych – standardowo 12–14 cm) (Ciechaniewicz, 2024),
- za pomocą gumowej gruszki, której zawór powinien być zamknięty, pompuje się powietrze do mankiety; w trakcie pompowania mankieta wywiera coraz większy nacisk na ramię, co w pewnym momencie prowadzi do zatrzymania krwi płynącej przez tętnicę, wtedy przestaje się wyczuwać tętno, ale mankieta należy wypełniać dalej, aby słupek rtęci lub wskazówka manometru podniosła się o ok. 30 mm Hg,
- nad tętnicą przykładana się membranę stetoskopu i powoli (2–3 mm Hg/sekundę) otwiera zawór gruszki, wolno, wypuszczając powietrze z mankiety; w pewnym momencie słyszalny będzie pierwszy cichy ton oznaczający pierwszy strumień krwi przepływający przez tętnicę podczas skurczu serca – moment pojawienia się pierwszego tonu odpowiada na skali aparatu wartości skurczowego ciśnienia tętniczego,

- w trakcie dalszego wypuszczania powietrza tony powoli cichną aż do całkowitego zaniku; poziom, przy którym zanika ostatni słyszalny ton, odpowiada rozkurczowemu ciśnieniu tętniczemu,
- gdy tony jest słyszalny aż do 0 mm Hg – ciśnienie rozkurczowe przyjmuje się wartości nieoznaczalne,
- mankiety przed kolejnym pomiarem być całkowicie opróżnione z powietrza przez co najmniej 30 sekund.

Po badaniu pielęgniarka/położna:

- informuje pacjenta o wyniku pomiaru,
- dokumentuje wynik pomiaru (w zapisie używa się jednostek mmHg i zapisuje RR lub BP, lub CTK),
- przekazuje informację lekarzowi,
- dezynfekuje mankiety i stetoskop.

Uwaga!

Zasadą jest dokonywanie pomiaru na lewej kończynie górnej (wyjątkiem są przeciwwskazania względne i bezwzględne):

- przeciwwskazaniem względnym jest: założone wkłucie obwodowe na lewym lub prawym ramieniu i niedowład lewostronny lub prawostronny.
- przeciwwskazaniem bezwzględnym jest: przetoka tętniczo-żylna (u osób dializowanych) na lewej lub prawej kończynie górnej, mastektomia i usunięcie węzłów chłonnych po stronie lewej lub prawej.

Według nowych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) obecnie istnieją trzy kategorie klasyfikacji ciśnienia tętniczego mierzonego w stanie spoczynku fizycznego i psychicznego (tab. 8, 9):

- niepodwyższone: < 120/70 mmHg,
- podwyższone: od 120 mmHg do 139 mmHg / od 70 mmHg do 89 mmHg,
- nadciśnienie: $\geq 140/90$ mmHg.

Uwaga!

Wszyscy pacjenci z nadciśnieniem tętniczym kwalifikują się do leczenia, natomiast ci z nowej kategorii podwyższonego ciśnienia tętniczego będą podlegają stratyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego przed podjęciem decyzji o leczeniu. Nadciśnienie tętnicze ocenia się po dwukrotnym badaniu wykonanym na co najmniej dwóch wizytach.

Tabela 8. Wartości ciśnienia tętniczego skurczowe i rozkurczowe (Ślusarska, 2017)

Kategoria	Ciśnienie skurczowe mm Hg	Ciśnienie rozkurczowe mm Hg
Nadciśnienie izolowane skurczowe	≥ 140	≥ 90
Nadciśnienie stopień 1 (łagodne)	140–159	90–99
Nadciśnienie stopień 2 (umiarkowane)	160–179	100–109
Nadciśnienie stopień 3 (ciężkie)	≥ 180	≥ 110

Tabela 9. Prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego (CTK) wg wieku (Ślusarska, 2017)

Wiek (w latach)	Wartość CTK mmHg
noworodek	60/40
poniżej 1 r.ż.	90/60
1–3 r.ż.	95/65
3–6 r.ż.	100/65
6–9 r.ż.	110/65
9–12 r.ż.	110/70
osoba dorosła	<120/<80

Na podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego krwi mają wpływ różne czynniki:

- fizjologiczne: wysiłek fizyczny i emocje (stres) oraz zbyt mała ilość przyjętych płynów,
- patologiczne: gorączka, niewydolność serca, działanie niektórych leków (np. NLPZ).

Na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego krwi mają wpływ różne czynniki:

- fizjologiczne: odpoczynek, sen, (niższe ciśnienie tętnicze występuje także u sportowców i osób po 65 r.ż.),
- patologiczne: osłabienie, omdlenie, senność, niektóre leki (np. stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego, arytmii, przeciwzakrzepowe, moczopędne, uspokajające).

Hipotensję stwierdza się wtedy, gdy wartość skurczowego ciśnienia tętniczego krwi jest niższa niż 100 mm Hg i/lub wartość rozkurczowego ciśnienia krwi jest niższa niż 60 mm Hg. Trzeba jednak pamiętać o tym, że jednorazowy pomiar nie może być podstawą do zdiagnozowania niedociśnienia. Aby potwierdzić takie rozpoznanie, należy przeprowadzać co najmniej 2–3 pomiary na dobę przez kilka kolejnych dni.

12. Wywiad i badanie fizykalne układu nerwowego

Marzena Grzanek, Ewa Borowiak

Badanie fizykalne układu nerwowego dostarcza dodatkowych, niezbędnych informacji dotyczących funkcjonowania ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego i ogólnego stanu fizykalnego pacjenta.

Podczas wywiadu pielęgniarka/położna powinna pozyskać informacje w odpowiedzi na następujące pytania:

- Co się dzieje? Jaki jest powód wizyty pacjenta?
- Czy pacjent ma dolegliwości bólowe?
- Czy u pacjenta występują zawroty głowy?
- Czy pacjent ma problemy z poruszaniem się i zachowaniem równowagi?
- Czy pacjent odczuwa mrowienie, drętwienie, a jeśli tak, to której części ciała?
- Czy pacjent ma niedowład, a jeśli tak, które części ciała obejmuje?
- Czy pacjent ma trudności z mową?
- Czy u pacjenta rozpoznano choroby przebiegające z dysfunkcją układu nerwowego (np. zapalenie opon i mózgu, nadciśnienie tętnicze, ChNS, miażdżycę, cukrzycę, nowotwory, kiłę, gruźlicę, niewydolność naczyń mózgowych, nerek, wątroby, padaczkę, otępienie)? Jeżeli tak, to jak przebiegało dotychczasowe leczenie?
- Czy pacjent miał uraz głowy?
- Czy pacjent nadużywa alkoholu, leków lub innych środków?
- Jaką dietę stosuje (niedożywienie)?
- Jakie wykształcenie ma pacjent?
- Z jakiego środowiska kulturowego pochodzi?
- Czy w środowiska nauki, pracy i zamieszkania pacjent jest narażony na działanie trucizn?
- Jakie hobby ma pacjent?
- Czy ktoś w rodzinie miał udar mózgu (niedokrwienny, krwotoczny)?

Po uprzednim przygotowaniu pacjenta, wyjaśnieniu mu istoty i celu badania, przystępujemy do badania podmiotowego.

W ocenie układu nerwowego pielęgniarka/położna wykorzystuje niżej wymienione techniki badania: oglądanie, palpację, opukiwanie, osłuchiwanie.

OGŁĄDANIE

Badając układ nerwowy, pielęgniarka/położna dokonuje oceny stanu przytomności pacjenta. W przypadku pacjenta nieprzytomnego stosuje się:

- skalę AVPU,
- skalę Glasgow Coma Scale, GCS (otwieranie oczu, reakcja słowna, reakcja ruchowa)
- odruch oczno-główny, tzw. objaw oczu lalki.

W przypadku pacjenta przytomnego ocenia się:

- a) samopoczucie osoby badanej służy do tego:
 - skala depresji GDS (geriatryczna skala depresji),
- b) stan psychiczny (skala Mini-Mental State Examination, MMSE):
 - ocena orientacji autopsychicznej: dane personalne,
 - ocena orientacji allopsychicznej: otoczenie, miejsce, czas,
 - ocena mowy: śledzenie mowy spontanicznej,
- c) stan sprawności fizycznej – określenie poziomu samodzielności (porażenia, niedowłady):
 - sposób poruszania się / sylwetka,
 - rozbieranie się i ubieranie.

Oglądając pacjenta, pielęgniarka/położna ocenia:

- symetrię twarzy,
- występowanie ruchów mimowolnych: tiki, mlaskanie, grymasy twarzy, mruganie oczami, wysuwanie języka,
- postawę ciała (zachowanie równowagi),
- ułożenie kończyn (swobodne, przymusowe) – uwzględniając występowanie niedowładów, porażień, przykurczy,
- stan mięśni: przerosty, zaniki,
- występowanie drżeń pęczkowych,
- chód: koszący, brodzący, kaczkowaty, mózdkowy („chód pijanego człowieka”, „chód na szerokiej podstawie”), tzw. chód drobnymi kroczkami.

PALPACJA

W badaniu palpacyjnym pielęgniarka/położna ocenia nerwy:

- węchowy,
- wzrokowy,
- okoruchowy,
- bloczkowy,
- odwodzący,
- trójdzielny,
- twarzowy,
- słuchowy,
- językowo-gardłowy,
- błędny,
- dodatkowy,
- podjęzykowy (Klejbor, 2019).

Badając część ruchową obwodowego układu nerwowego, pielęgniarka/położna ocenia:

- postawę ciała,
- chód i równowagę (próba Romberga, próba pozycyjna),
- zakres ruchów: bierne ruchy zginania i prostowania, odwodzenia i przywodzenia kończyn, czynne ruchy zginania i prostowania, odwodzenia i przywodzenia kończyn,
- napięcie mięśni (oceniaamy opór mięśniowy, skala Lovetta 0–5),
- zbornosć ruchów (koordynację ruchową, ruchy celowe) – próba palec–nos, kończyny górne i ich ruchy naprzemienne (tzw. młynek), kończyny dolne – próba pięta–kolano.

Pielęgniarka/położna bada również odruchy:

- żreniczny,
- rogówkowy,
- podniebienny (wymiotny),
- żuchwowy,
- z mięśnia dwugłowego ramienia,
- z mięśnia trójgłowego ramienia,
- z mięśnia ramienno-promieniowego,
- brzuszne (górne, środkowe, dolne),
- z mięśnia czworogłowego uda (kolankowy),
- z mięśnia piszczelowego tylnego,
- ze ścięgna Achillesa,
- skokowy,
- podeszwowe: odruch Rossolimo, odruch Oppenheima, odruch Babińskiego.

Badając objawy oponowe, pielęgniarka/położna ocenia:

- sztywność karku: próba przygięcia głowy do klatki piersiowej nie jest możliwa do wykonania, występuje ból, opór (objaw dodatni),
- objaw Brudzińskiego: próba przygięcia głowy do klatki piersiowej wywołuje zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych i skokowych (objaw dodatni),
- objaw Kerniga: próba uniesienia wyprostowanej kończyny dolnej wywołuje opór uniemożliwiający jej dalsze unoszenie, dołącza się odruchowe zgięcie kończyn w stawie kolanowym (objaw dodatni).

Badając objawy korzeniowe, pielęgniarka/położna ocenia, czy występuje:

- rwa ramienna,
- rwa udowa (objaw Mackiewicza),
- rwa kulszowa (objaw Lasegue'a).

Badając czucie, pielęgniarka/położna ocenia:

- czucie powierzchowne (dotyk, temperatura),
- czucie głębokie (ból),
 - stereognozję – rozpoznawanie przedmiotów wyłącznie za pomocą dotyku,
 - grafestezję – umiejętność różnicowania kształtów rysowanych na skórze,
 - dyskryminację czuciową – nie odróżnianie dwóch działających jednocześnie bodźców dotykowych rozmieszczonych w określonej od siebie odległości.

Badanie układu nerwowego obejmuje:

- ocenę stanu świadomości i sprawności umysłowej,
- ocenę mowy,
- badanie nerwów czaszkowych,
- badanie funkcji ruchu,
- badanie odruchów,
- badanie czucia (Podemski, 2019).

Pielęgniarka/położna dokonuje oceny stanu świadomości i sprawności umysłowej pacjenta, która obejmuje badanie:

- stanu przytomności pacjenta,
- orientacji autopsychicznej (dane personalne),
- orientacji allopsychicznej (czas, miejsce, przestrzeń),
- pamięci (zdolności pamiętania i zapamiętywania),
- uwagi i liczenia,
- przypominania,
- funkcji językowych: nazywania, powtarzania, wykonywania poleceń, pisanie,
- praktyki konstrukcyjnej – rysowania figur geometrycznych.

W ocenie mowy pielęgniarka/położna uwzględnia występowanie:

- dysfonii: chory nie może wydobyć dźwięku o prawidłowej sile, mówi poprawnie, ale szeptem,
- dyzartrii: zaburzenie mowy o charakterze artykulacji – chory rozumie mowę i nie brakuje mu słów, ale ich wymawianie jest zaburzone,
- afazji: pacjent nieprawidłowo rozumie znany sobie język, używa nieprawidłowych słów, niepoprawnych form gramatycznych, np. „tu jest moja książka” zamiast „tu jest moja ręka”; wyróżniamy tu:
 - afazję Broca – pacjent rozumie mowę, ale nie może nic powiedzieć (wyjątkiem są wulgaryzmy),
 - afazję Wernickiego – pacjent potrafi mówić, ale nie rozumie mowy własnej i innych,

- mowy skandowanej: brak płynności, spowolnienie mowy, słowa podzielone na sylaby, nieprawidłowy akcent, niekiedy każda sylaba wymawiana na osobnym wydechu, tendencja do zacinania się na początku słowa lub sylaby (Lorentowicz, 2017).

W dalszym etapie badania uwzględnia się stan przytomności i reakcje na bodźce.

Pielęgniarka/położna wykorzystuje w badaniu skalę AVPU i skalę Glasgow.

Skala AVPU:

- A** (*alert*) — badany czujny, uważny,
- V** (*vocal*) — badany reaguje na głos,
- P** (*pain*) — badany reaguje na ból,
- U** (*unresponsive*) — badany jest nieprzytomny, nie reaguje.

W skali Glasgow (tab. 10) pielęgniarka/położna ocenia: otwieranie oczu, reakcję słowną i ruchową.

Tabela 10. Skala Glasgow (Zaborowski, 2016).

Czynność	Opis	Ocena
Otwieranie oczu	spontanicznie	4
	na polecenie	3
	na bodźce bólowe	2
	brak odpowiedzi	1
Najlepsza reakcja słowna	zorientowany, rozmawia	5
	zdezorientowany, ale rozmawia	4
	niezrozumiałe słowa	3
	niezrozumiałe dźwięki	2
	brak reakcji	1
Najlepsza reakcja ruchowa	wykonuje polecenia	6
	umiejscawia bodźce bólowe	5
	ucieczka od bólu	4
	zgięciowa na ból	3
	wyprostna na ból	2
	brak	1

W skali Glasgow:

- uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii,
- łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów,
- należy zaznaczyć, z jakich składowych powstał wynik, np.: GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6,
- zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:
 - zaburzenia łagodne (13–15 pkt),
 - zaburzenia umiarkowane (9–12 pkt),
 - brak przytomności (6–8 pkt),
 - odkorowanie (5 pkt),
 - odmóżdzenie (4 pkt),
 - śmierć mózgu (3 pkt).

Uwaga! U dzieci stosowana jest Pediatryczna Skala GCS (tab. 11).

Tabela 11. Pediatryczna Skala Glasgow (Andres, 2021).

Czynność	Opis	Ocena
Odpowiedź wzrokowa	brak odpowiedzi	1
	otwiera oczy na ból	2
	otwiera oczy na polecenie głosowe	3
	otwiera oczy spontanicznie	4
Odpowiedź słowna	brak odpowiedzi	1
	pobudzone, niespokojne	2
	niespokojne w odpowiedzi na bodźce	3
	płacz ustępujący po przytuleniu	4
	uśmiecha się, wodzi wzrokiem	5
Odpowiedź ruchowa	brak odpowiedzi ruchowej	1
	reakcja wyprostna	2
	reakcja zgięciowa	3
	odsuwa się od bólu	4
	lokalizuje ból	5
	spełnia polecenia	6

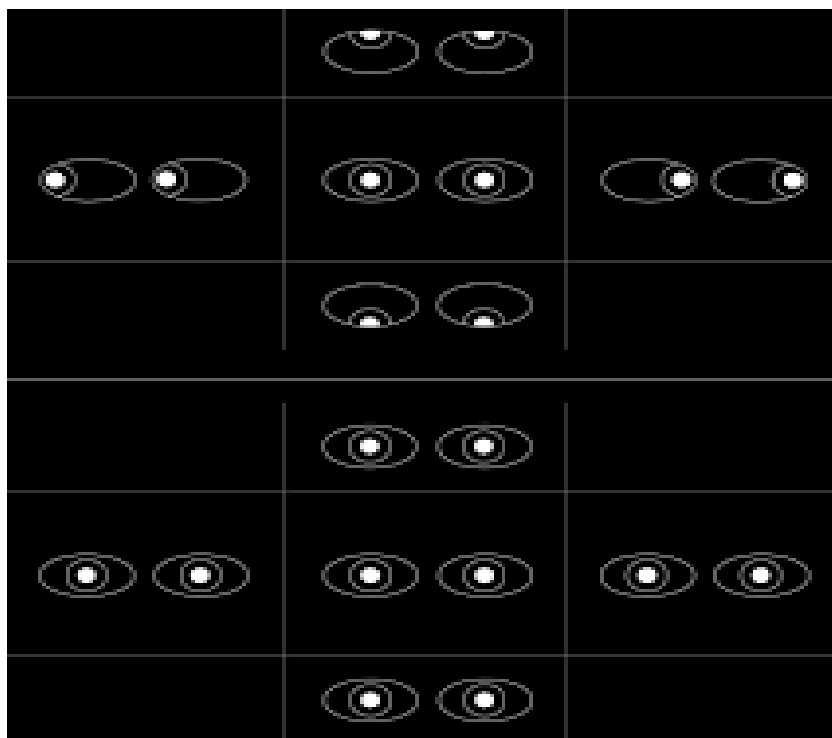
Pielęgniarka/położna na podstawie zaobserwowanych objawów ocenia również występowanie objawów odkorowania i odmóżdzenia.

Odkorowanie charakteryzuje patologiczna reakcja zgięciowa, w której występuje przywiedzenie ramion do klatki piersiowej, zgięcie kończyn górnych w stawach łokciowych (skierowanych w górę) i nadgarstkowych (dłonie skierowane do wewnątrz) oraz przeprost w stawach kończyn dolnych.

Odmóżdzenie charakteryzuje patologiczna reakcja wyprostna, w której występuje odwiedzenie, obrót i ułożenie ramion wzdłuż klatki piersiowej do wewnątrz (wyprost w stawach łokciowych), nawrócenie przedramion i zgięcie w stawach nadgarstkowych (dłonie skierowane na zewnątrz) oraz przeprost w stawach biodrowych i kolanowych kończyn dolnych, a także odwrócenie stóp (Cartledge, 2017).

Pielęgniarka/położna ocenia odruch oczno-głowy – „objaw oczu lalki” (ryc. 33):

- występuje u osób będących w śpiączce,
- jest wykorzystywany w celu ustalenia, czy pacjent ma nienaruszoną funkcję pnia mózgu,
- przy utrzymaniu stałego ustawienia osi gałki ocznej oczy poruszają się w kierunku odwrotnym do obrotu głowy (Kozubski, 2016).



Rycina 33. Odruch oczno-główny („objaw oczu lalki”) (Trobe, 2011).

Pielęgniarka/położna ocenia poziom funkcjonowania podstawowych procesów psychicznych poprzez zastosowanie Mini-Mental State Examination (MMSE) – Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego:

1. Orientacja w czasie i w miejscu

Orientacja w czasie

Jaki jest teraz rok?

Jaka jest teraz pora roku?

Jaki jest teraz miesiąc?

Jaka jest dzisiejsza data (którego dzisiaj mamy)?

Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?

Orientacja w miejscu

W jakim kraju się znajdujemy?

W jakim województwie się znajdujemy?

W jakim mieście się teraz znajdujemy?

Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?

Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?

2. Zapamiętywanie

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył/powtórzyła. Poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie (jedno słowo na sekundę): byk, mur, las.

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

3. Uwaga i liczenie

Zwracamy się do pacjenta: *Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem stop.*

4. Przypominanie

Zwracamy się do pacjenta: *Proszę wymienić trzy słowa, które miał/miała Pan/Pani wcześniej zapamiętać.*

5. Funkcje językowe

Nazywanie

Prosimy pacjenta o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (np. ołówek, zegarek).

Jak nazywa się ten przedmiot?

Jak nazywa się ten przedmiot?

Powtarzanie

Zwracamy się do pacjenta: *Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie:*

„Ani tak, ani nie, ani ale”.

Wykonywanie poleceń

- a) Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać to polecenie.
 - *proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki,*
 - *złożyć ją oburącz na połowę*
 - *i położyć ją na kolanach.*
- b) Pokazujemy badanemu tekst polecenia zamieszczony na okładce: *proszę zamknąć oczy.* Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać.

Pisanie

Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania.

Pielęgniarka/położna interpretuje wynik skali MMSE i ocenia głębokość otępienia.

Interpretacja wyniku: za każdą prawidłową odpowiedź badany otrzymuje 1 punkt. Maksymalny wynik w teście to 30 punktów:

27–30 wynik prawidłowy

24–26 zaburzenia poznawcze bez otępienia

19–23 otępienie lekkiego stopnia

11–18 otępienie średniego stopnia

0–10 otępienie głębokie

Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS), wersja skrócona – 15 cech.

Wykonanie: pielęgniarka/położna prosi osobę badaną, aby oceniła swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni poprzez zakreślenie właściwej odpowiedzi – TAK lub NIE.

1. Myśląc o całym swoim, życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(-a)?
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(-ni) aktywności i zainteresowań?
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(-a)?
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(-ni) coś złego?
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(-a)?
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(-a)?
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(-a) od innych ludzi?
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(-a) energii?
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?

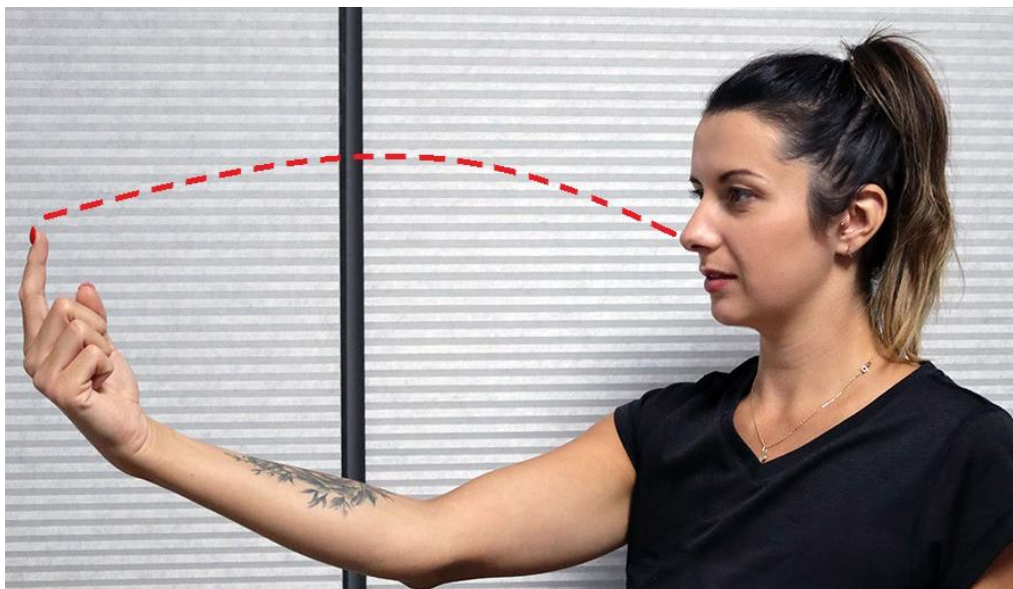
Interpretacja wyników: uzyskanie przez osobę badaną poniżej 6 punktów sugeruje brak występowania objawów depresji, 6 lub więcej punktów świadczy o możliwości rozpoznania depresji, 15 punktów oznacza podejrzenie głębokiej depresji (Turaj, 2025).

NERWY CZASZKOWE

Pielęgniarka/położna przeprowadza badanie nerwów czaszkowych.

1. Nerw węchowy:
 - badany rozpoznaje zapachy.
2. Nerw wzrokowy:
 - ocena ostrości wzroku,
 - ocena dna oka,
 - ocena pola widzenia.
3. Nerw okoruchowy:
 - nerw II, III, IV, VI badamy jednocześnie.
4. Nerw błotkowy:
 - ocena ustawienia gałek ocznych,
 - ocena ruchów gałek ocznych,
 - ocena symetrii szpar powiekowych,
 - ocena wielkości, symetrii i kształtu źrenic:
 - ocena reakcji źrenic na światło,
 - ocena odruchu na zbieżność.
5. Nerw trójdzielny:
 - ocena mięśni żucia,
 - ocena symetrii, napięcia mięśni,
 - ocena ustawienia żuchwy,
 - ocena czucia powierzchownego (dotyku, temperatury),
 - ocena odruchu rogówkowego.
6. Nerw odwodzący.
7. Nerw twarzowy:
 - ocena ruchów mięśni mimicznych twarzy.
8. Nerw słuchowy:
 - ocena słuchu (próba Webera, próba Rinnego, próba Romberga).
9. Nerw językowo-gardłowy:
 - nerw IX, X badamy jednocześnie.
10. Nerw błędny:
 - ocena położenia języczka,
 - ocena połykania i napinania podniebienia miękkiego,
 - ocena odruchu wymiotnego,
 - ocena głosu, mowy,
 - ocena rozpoznawania smaku (słony, słodki, gorzki, kwaśny).
11. Nerw dodatkowy:
 - ocena masy mięśni,
 - ocena drżenia pęczkowego,
 - ocena symetrii i położenia barków, szyi, głowy,
 - ocena siły mięśnia czworobocznego,
 - ocena siły mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowatego.
12. Nerw podjęzykowy:
 - ocena symetrii położenia języka,
 - ocena rozmiaru i barwy języka,
 - ocena ruchomości języka,
 - ocena siły mięśni języka,
 - ocena drżeń pęczkowych (Klejbor, 2019).

Zborność ruchów pielęgniarka/położna ocenia, sprawdzając koordynację ruchową i ruchy celowe, m.in. za pomocą próby palec – nos (ryc. 34). Pacjentowi poleca się, aby dotknął palcem czubek swojego nosa, a następnie palec pielęgniarki (stojącej naprzeciwko), której dłoń jest zwrócona w stronę pacjenta, na koniec badany ponownie dotyka swojego nosa. Próbę wykonuje się także naprzemiennie lub z dotykiem palca osoby badającej (palec–palec–nos). Próbę pacjent wykonuje najpierw z otwartymi oczami, następnie z zamkniętymi.



Rycina 34. Próba palec – nos (Radlak, 2022).

Ruchy celowe w kończynach górnych sprawdza metoda młynka. Pielęgniarka poleca, aby pacjent wykonywał ruchy rękoma i naprzemiennie, równocześnie kręcił obiema rękami, najpierw na zewnątrz, potem do wewnątrz. Próbę wykonuje się najpierw z otwartymi oczami, następnie powtarza przy zamkniętych.

Ruchy celowe w kończynach dolnych sprawdza próba pięta – kolano. Pielęgniarka poleca, aby piętą prawej stopy pacjent dotknął kolana kończyny dolnej lewej, a następnie – piętą stopy lewej dotknął kolana prawej nogi. Próbę wykonuje się najpierw z otwartymi oczami, następnie z zamkniętymi (Cartledge, 2017).

Badając odruchy, pielęgniarka/położna ocenia:

- odruch źreniczny (reakcja na światło),
- odruch rogówkowy,
- odruch żuchwowy,
- odruch podniebienny (gardłowy, wymiotny),
- odruch z mięśnia dwugłowego ramienia,
- odruch z mięśnia trójgłowego,
- odruch z mięśnia ramiennie-promieniowego,
- odruchy brzuszne,
- odruch z mięśnia czworogłowego uda (kolankowy),
- odruch z mięśnia piszczelowego tylnego,
- odruch ze ścięgna Achillesa,
- odruch skokowy,
- odruchy podeszwowe: odruch Babińskiego, odruch Rossolimo, odruch Oppenheima.

Pielęgniarka/położna ocenia ruchy bierne. Wykonuje u pacjenta ruchy zginania i prostowania oraz przywodzenia i odwodzenia w stawach i ocenia zakres możliwości ruchów biernych.

Pielęgniarka/położna ocenia również ruchy czynne, które wykonuje sam pacjent: na polecenie osoby badającej wykonuje zginanie, prostowanie, odwodzenie i przywodzenie we wskazanych stawach. Ocena obejmuje:

- ruchy bierne i czynne stawów paliczkowych palców rąk kończyny prawej i lewej,
- ruchy bierne i czynne kończyny górnej prawej i lewej,
- ruchy bierne i czynne kończyny dolnej prawej i lewej,
- ruchy bierne i czynne stawów paliczkowych stóp prawej i lewej.

Pielęgniarka/położna dokonuje oceny funkcji ruchu, sprawdzając także napięcie mięśniowe według Skali Lovetta (Douglas, 2017).

0 – brak skurczu mięśnia – atonia (brak ruchu)

1 – ślad skurczu mięśnia (lekkie drżenie mięśnia)

2 – słaby skurcz umożliwiający ruch w odciążeniu (delikatne przesunięcie kończyny w poziomie).

3 – skurcz mięśnia umożliwiający ruch z pokonaniem oporu stawianego przez ciężar własny kończyny (niewielkie uniesienie kończyny w górę)

4 – skurcz mięśnia umożliwiający ruch z pokonaniem oporu stawianego przez ciężar własny kończyny oraz pokonanie niewielkiego oporu stawianego przez badającego (badający stawia opór 2–3 palcami jednej dłoni)

5 – siła mięśniowa prawidłowa – pokonanie dużego oporu stawianego przez badającego (badający stawia opór całą dłonią)

Ocena obejmuje:

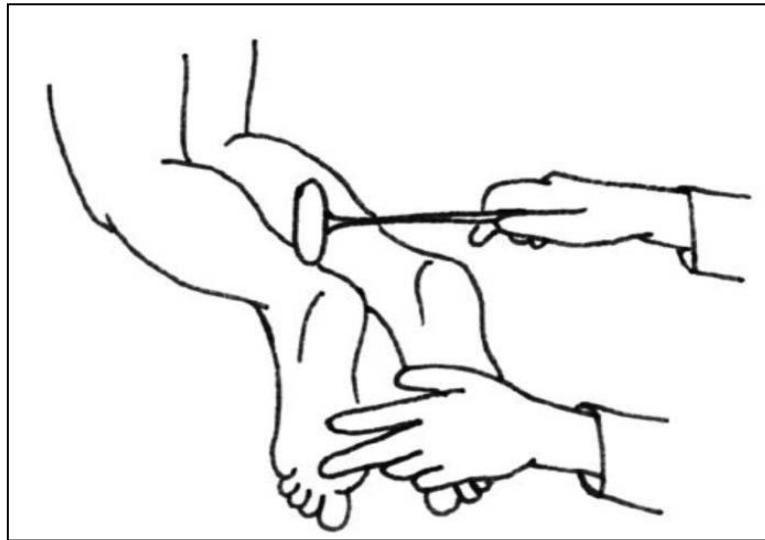
- napięcie mięśni kończyn górnych prawej i lewej: poleca się pacjentowi, aby uniół obie kończyny ku górze jednocześnie lub (najpierw zdrową, później chorą), następnie bada się siłę mięśniową pokonywania oporu na kończynach górnych poprzez wywołanie ucisku, najpierw z mniejszym, później większym natężeniem i ocenia się zakres możliwości ruchowych. W następnej kolejności badania poleca się pacjentowi, aby uściśnął jednocześnie obie dłonie pielęgniarki/położnej i w tym czasie ocenia się siłę mięśniową,
- napięcie mięśni kończyn dolnych prawej i lewej: poleca się pacjentowi, aby uniół obie kończyny ku górze jednocześnie lub (najpierw zdrową, później chorą) lub przesunął po płaskim podłożu. Następnie pielęgniarka/położna bada pokonywanie oporu na kończynach dolnych wywołanego siłą ucisku, najpierw z mniejszym, później większym natężeniem i ocenia siłę mięśniową kończyn dolnych na podstawie skali Lovetta (tab. 12),

Kolejnym etapem badania jest sprawdzenie odruchów ścięgniastych:

- odruch żuchwowy (sprawdzanie odruchu wywołanego przez lekkie uderzenie młoteczką neurologiczną we własny palec ułożony na brodzie pacjenta: pacjent delikatnie otwiera usta, uderzenie powoduje przymknięcie ust i uniesienie żuchwy w odpowiedzi na odruchowy skurcz żwaczy),
- odruchy ścięgniaste kończyn górnych:
 - sprawdzanie odruchu głębokiego z mięśnia dwugłowego ramienia wywołanego poprzez uderzenie młoteczką neurologiczną w wyrostek rylcowaty kości promieniowej: przedramię pacjenta powinno być ułożone swobodnie, należy zachować kąt rozarty pomiędzy przedramieniem i ramieniem; po uderzeniu, na skutek skurczu mięśni dwugłowego ramienia, ramiennie-promieniowego oraz ramiennego, obserwuje się zgięcie przedramienia w stawie łokciowym,
 - sprawdzanie odruchu z mięśnia trójgłowego ramienia: ramię pacjenta jest uniesione i zgięte w stawie łokciowym, przedramię delikatnie zwisające; młoteczką neuro-

logicznym uderza się w ścięgno mięśnia trójgłowego ramienia, nieco powyżej wyrostka łokciowego – w ten sposób wywołuje się skurcz tego mięśnia z równoczesnym wyprostowaniem kończyny w stawie łokciowym,

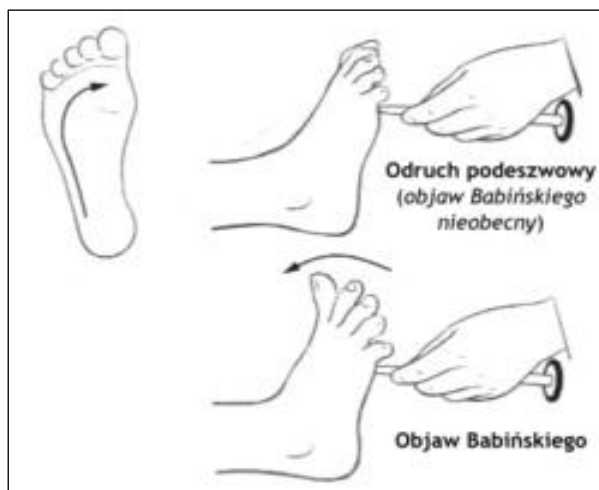
- odruchy ścięgniste kończyn dolnych:
 - badanie odruchu kolanowego (rzepkowego) z mięśnia czworogłowego uda: po uderzeniu młoteczką neurologiczną w ścięgno mięśnia czworogłowego uda poniżej rzepki następuje skurcz mięśnia czworogłowego uda – kończyna prostuje się w stawie kolanowym,
 - badanie odruchu skokowego ze ścięgna Achillesa (ryc. 35): pacjent klęczy, jego stopy zwisają poza oparcie (kant) łóżka lub krzesła; młoteczką neurologiczną uderza się w ścięgno Achillesa – to wywołuje skurcz mięśnia brzuchatego łydki, jednocześnie występuje zgięcie podeszwowe stopy.



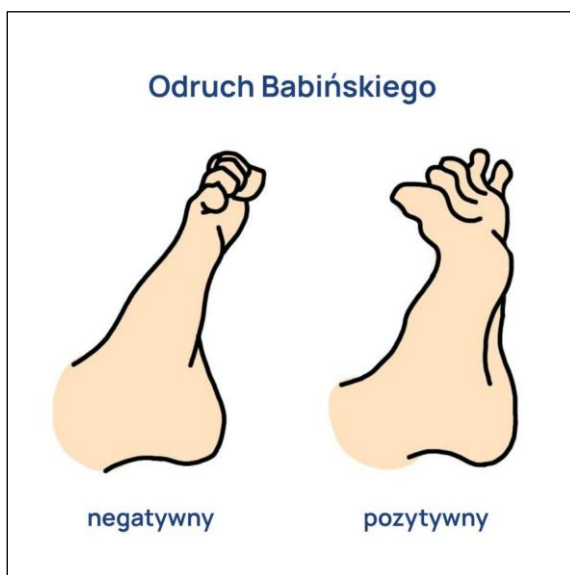
Rycina 35. Badanie odruchu ze ścięgna Achillesa (Magiera, 2001).

Pielęgniarka/położna ocenia również odruchy podeszwowe:

- a) odruch Babińskiego – z wykorzystaniem końcowej części rękojeści młoteczka neurologicznego, który drażni skórę stopy od strony zewnętrznej. Badanie rozpoczynamy od pięty, „rysując” linię wzdłuż stopy w kierunku małego palca i dalej do palucha (ryc. 36); **interpretacja wyniku badania:** powinno wystąpić odruchowe zgięcie palców do podstawy stopy (tzw. zgięcie podeszwowe), odgięcie palucha do góry wskazuje na dodatni odruch Babińskiego (ryc. 37);



Rycina 36. Wywoływanie odruchu Babińskiego (Malki, 2010).

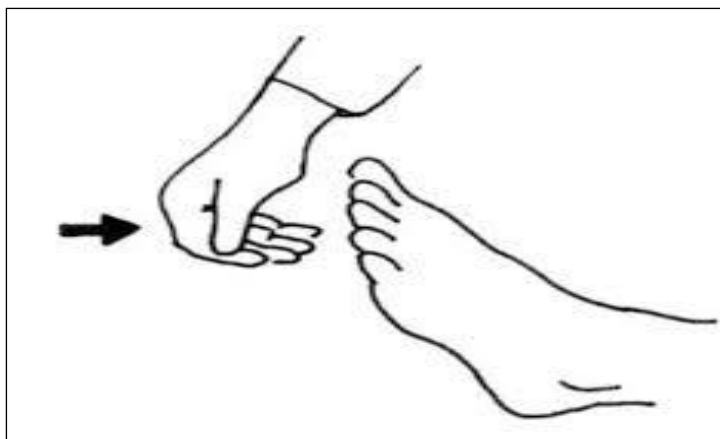


Rycina 37. Odruch Babińskiego (Matusiak, 2025).

Uwaga!

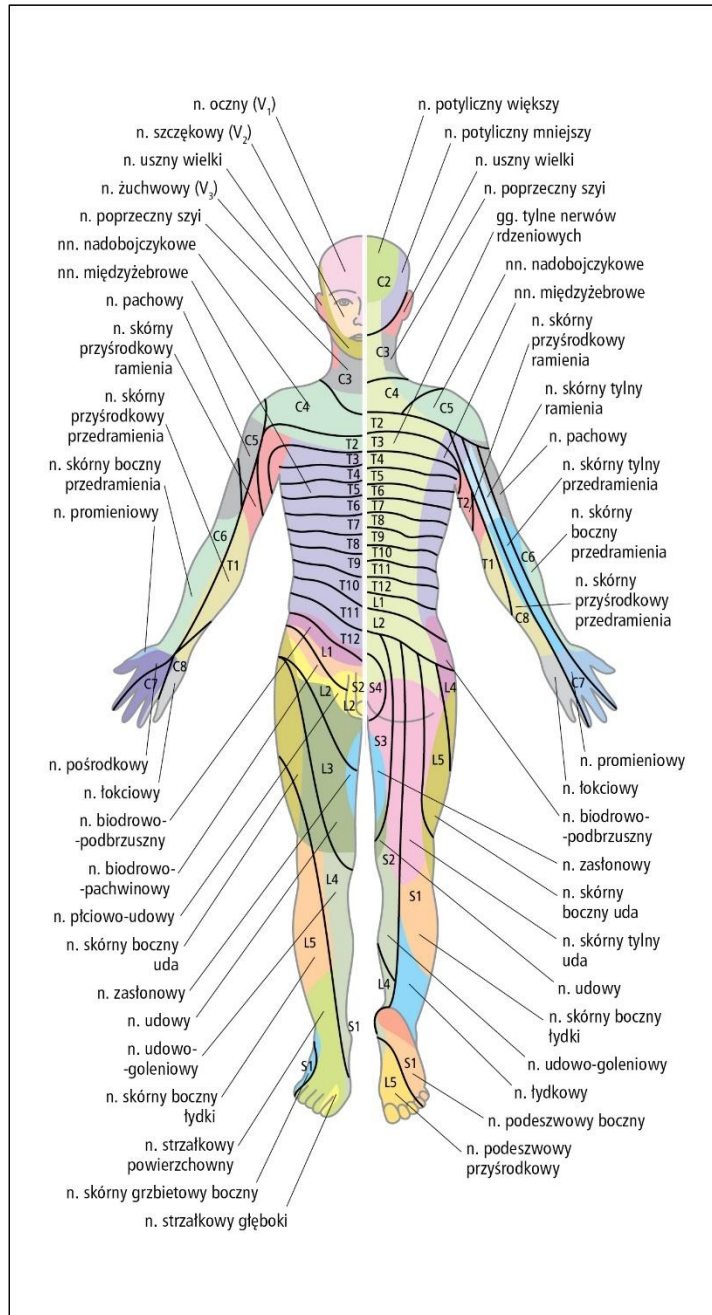
Odruch Babińskiego występuje jako objaw fizjologiczny u dzieci do 2 roku życia.

- b) odruch Oppenheima – uciska się przednią krawędź kości piszczelowej, następnie przesuwa ucisk w kierunku stawu skokowego; **interpretacja wyniku badania:** jeżeli nastąpi charakterystyczny wyprost palucha, objaw jest dodatni;
- c) odruch Chaddocka – rękojeścią młoteczka neurologicznego dotyka się skóry kostki bocznej stopy po stronie zewnętrznej; **interpretacja wyniku badania:** jeżeli nastąpi zgięcie grzbietowe palca lub palców stopy, odruch jest dodatni;
- d) odruch Rossolimo (ryc. 38) – szybkim i energicznym ruchem, pielęgniarka/położna uderza opuszkami palców jednej ręki w opuszki palców stopy pacjenta; **interpretacja wyniku badania:** czynność może wywołać zgięcie podeszwowe palców w badanej stopie oraz ich odwiezienie (Cartledge, 2017).



Rycina 38. Odruch Rossolimo (Magiera, 2021).

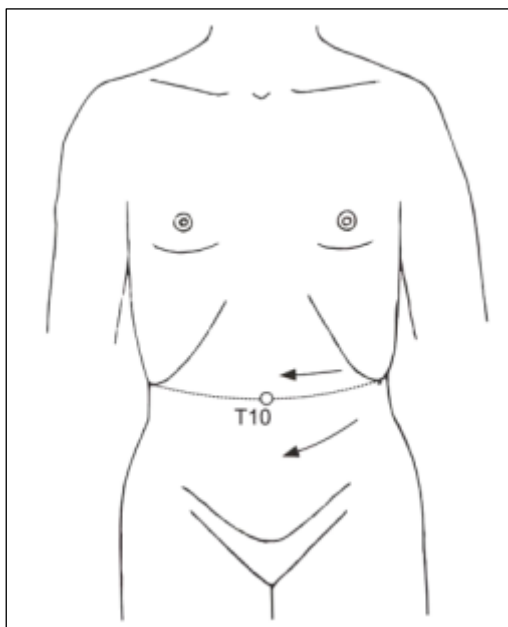
Pielęgniarka/położna dokonuje również oceny czucia. Bada je własnym palcem, dotykając poszczególnych obszarów na skórze pacjenta (symetrycznie – stronę prawą i lewą jednocześnie) i oceniając reakcję pacjenta. Czucie głębokie ocenia się przy użyciu narzędzia (np. radła Wartenburga lub rękojeści młoteczka neurologicznego). Przeprowadzenie badania dokumentuje się z wykorzystaniem dermatomów czucia powierzchniowego i głębokiego (ryc. 39). Służą one do lokalizowania i dokumentowania uszkodzeń nerwów obwodowych lub korzeni nerwowych na podstawie rozpoznanych zaburzeń czucia.



Rycina 39. Dermatyny czucia powierzchniowego i głębokiego (Bodzioch, 2025).

Kolejnym działaniem pielęgniarki/położnej jest ocena odruchów skórnych brzusznych (ryc. 40). Odruchy brzuszne (odruby skórne górne, środkowe i dolne) bada się tęnym przedmiotem (np. rękojeścią młoteczka neurologicznego), którym drażni się symetrycznie skórę brzucha wzdłuż łuku żebrowego, na wysokości pępka, i wzdłuż więzadła pachwinowego, w kierunku od zewnątrz do wewnątrz, do linii pośrodkowej ciała, i ocenia się reakcję mięśniową (ryc. 40).

Interpretacja wyniku badania: powinien wystąpić skurcz mięśnia prostego brzucha po badanej stronie.



Rycina 40. Badanie odruchów skórnych brzusznych (UMP, b.r.).

Pielęgniarka/położna dokonuje również oceny objawów oponowych (obecność sztywności karku). Badany leży w pozycji na wznak. Pielęgniarka/położna unosi głowę pacjenta, próbując przygiąć ją do klatki piersiowej lub poleca mu, aby sam wykonał tę czynność.

Interpretacja wyniku badania:

- Wynik ujemny – pacjent unosi głowę i dotyka podbródkiem do klatki piersiowej (brak sztywności karku).
- Wynik dodatni – występuje opór, tj. pacjent nie unosi głowy i nie dotyka podbródkiem do klatki piersiowej (objaw sztywności karku – dodatni objaw oponowy).



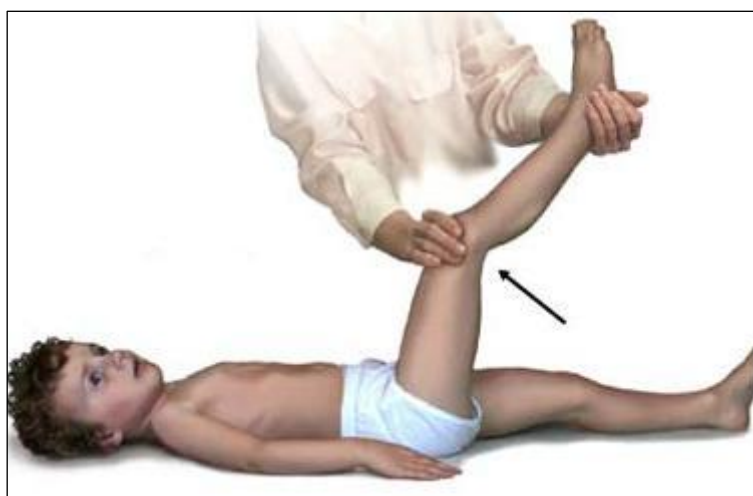
Rycina 41. Objaw Brudzińskiego (Fizjobaza, *Objaw Brudzińskiego*).

Pielęgniarka/położna bada również występowanie objawu Brudzińskiego. Pacjent leży w pozycji na wznak. Pielęgniarka/położna unosi jego głowę i próbuje przygiąć ją do klatki piersiowej (ryc. 41).

Interpretacja wyniku badania:

- Wynik dodatni:
 - **karkowy (górny)** występuje przy biernym przygięciu głowy pacjenta do klatki piersiowej i charakteryzuje się zgięciem kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych,
 - **policzkowy** występuje wówczas, gdy ucisk na policzek poniżej kości jarzmowej powoduje zgięcie kończyn górnych w stawach ramieniowych i łokciowych,
 - **łonowy (dolny)** występuje wówczas, gdy ucisk na okolicę spojenia łonowego powoduje zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych.

Pielęgniarka/położna dokonuje również oceny występowania objawu oponowego Kerniga (ryc. 42). Badany leży płasko w pozycji na wznak. Zgina kończynę dolną w stawie biodrowym. Pielęgniarka/położna podejmuje próbę wyprostowania kończyny w stawie kolanowym.

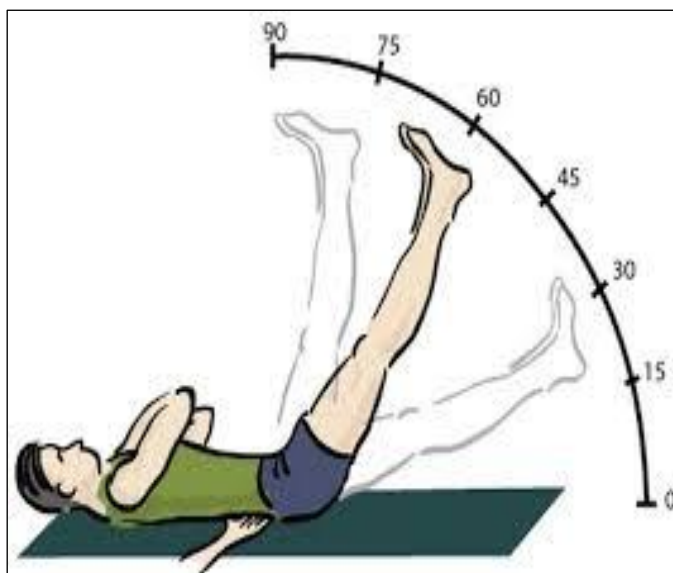


Rycina 42. Objaw Kerniga (Fizjobaza, *Objaw Kerniga*).

Interpretacja wyniku badania: przy próbie wyprostowania kończyny w stawie kolanowym pojawia się skurcz mięśni, który powoduje opór i ból uniemożliwiający wyprost kończyny (Cartledge, 2017).

Kolejny etap badania to ocena objawów korzeniowych (rozciągowych):

- a) objaw Lasegue'a (ryc. 43): badany leży w pozycji na wznak z wyprostowanymi kończynami, pielęgniarka/położna poleca, aby pacjent uniósł ku górze wyprostowaną zdrową kończynę dolną, następnie chorą; **interpretacja wyniku badania:** wykonanie tego polecenia nie jest możliwe w przypadku kończyny chorej; pacjent prezentuje opór – nie może unieść wyprostowanej kończyny ku górze (ból ciągnący się w całej przedniej długości uda to objaw rwy kulszowej);
- b) objaw Mackiewicza: badany leży w pozycji na brzuchu z wyprostowanymi kończynami, na polecenie pielęgniarki/położnej zgina zdrową kończynę dolną w stawie kolanowym i dotyka piętą/podudziem do pośladka, następnie wykonuje to samo polecenie w odniesieniu do kończyny chorej; **interpretacja wyniku badania:** wykonanie tego polecenia nie jest możliwe w przypadku kończyny chorej; pacjent prezentuje opór – nie może zgąć i unieść kończyny, nie może dotknąć piętą/podudziem do pośladka (ból ciągnący się w całej tylnej długości uda to objaw rwy udowej) (Podemski, 2019).



Rycina 43. Objaw Lasegue'a (Rehabilitacja ARPvave, b.r.).

Pielęgniarka/położna dokonuje także oceny chodu pacjenta.

Chód paretyczny (niedowładny): chory chodzi powoli, małymi krokami, z trudnością przesuwa stopy; jeśli niedowład jest szczególnie nasilony w prostownikach stóp, chód staje się brodzący. Może wystąpić niedowład wiotki kończyn dolnych.

Chód brodzący: z powodu opadnięcia stóp chory nadmiernie zgina nogi w kolanach. Może świadczyć o: zapaleniu wielonerwowym.

Chód kaczkowaty: podczas chodzenia widoczne jest kołysanie w biodrach, duża trudność wchodzenia na schody, występuje niedowład mm. obręczy i ud. Może świadczyć o: występującej dystrofii mięśniowej (łac. *dystrophia musculorum progressiva*).

Chód spastyczny (kurczowy) – chory podczas chodzenia nie zgina kończyn w stawach kolanowych, z trudnością odrywa stopy od podłoża, a przesuując kończyny, zaczepia palcami o podłogę. Może świadczyć o: niedowładzie spastycznym kończyn dolnych.

Chód koszący – chodzenie umożliwiające głównie ruchy w stawie biodrowym, wyprostne ułożenie kończyny jest powodem tego, że pacjent podczas chodzenia nie odrywając stopy kończyny z niedowładem od podłogi i zakreśla nią półkule (*circumductio*), czyli „kosi”, jednocześnie kończyna górna

zachowuje charakterystyczne ułożenie zgięciowe: ramię lekko odwiedzone, przedramię zgięte, ręka i palce ręki zgięte dłoniowo.

Może świadczyć o: spastycznym niedowładzie połowicznym pochodzenia mózgowego.

Chód małymi kroczkami – jednoczesne usztywnienie i pochylenie tułowia ku przodowi, brak fizjologicznych współruchów kończyn górnych (balansowanie rąk podczas chodzenia).

Może świadczyć o: zespołach parkinsonowskich.

Chód mózdkowy – podobny do chodu człowieka pijanego: chwianie się i zataczanie podczas chodzenia. Aby utrzymać równowagę, chory szeroko rozstawia kończyny (chód na szerokiej podstawie), występuje asynergia tułowia: brak prawidłowej koordynacji ruchów kończyn dolnych i tułowia, chory podczas chodzenia jakby pozostawia tułów w tyle. Zamknięcie oczu nie zwiększa zaburzeń lub tylko lekko je nasila, w razie uszkodzenia robaka (*vermis*) chory pada do tyłu, w uszkodzeniu półkuli chory pada na stronę uszkodzoną (Lorentowicz, 2017).

13. Wywiad i badanie fizykalne noworodka

Marzena Grzanek, Dominika Bieniek*

Badanie fizykalne noworodka charakteryzuje się odrębną specyfiką, w której uwzględnia się również wywiad z matką. Badanie podmiotowe obejmuje informacje dotyczące przebiegu ciąży i porodu, ale także chorób matki, np. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób układowych, serca, płuc, tarczycy, nerek, zaburzeń hematologicznych, chorób zakaźnych (różyczki, WZW B,C), kiły, AIDS, opryszczki. Wywiad z matką dotyczy również chorób występujących w rodzinie, takich jak hemofilia czy mukowiscydoza.

Badanie fizykalne noworodka polega na ocenie jego możliwości adaptacyjnych i wydolnościowych. Adaptacja do nowych (pozamacicznych) warunków życia niesie ze sobą duże wyzwania dla dziecka. Po urodzeniu uruchamiane są różne mechanizmy wyzwalające funkcjonowanie poszczególnych narządów i układów w organizmie. Proces oddychania, krążenia, odżywiania czy wydalania wymaga przystosowania się noworodka do nowej rzeczywistości.

Jako podstawę do kwalifikacji noworodka donoszonego przyjmuje się kryterium wieku ciążowego (38–42 tygodnie). Noworodek urodzony poniżej 38 tygodnia ciąży określany jest mianem wcześniaka, natomiast urodzony po 42 tygodniu – noworodka przenoszonego.

Badanie kliniczne (przedmiotowe) noworodka jest dwuetapowe: pierwsza, wstępna ocena stanu noworodka odbywa się bezpośrednio po urodzeniu dziecka, jeszcze na sali porodowej. Na tym etapie pielęgniarka/położna powinna zwrócić uwagę na: adaptację pourodzeniową noworodka ze szczególnym uwzględnieniem czynności oddychania i krążenia, na występowanie wad wrodzonych, które mogą mieć wpływ zarówno na proces adaptacji, jak i dalszy rozwój noworodka, oraz uszkodzenia płodowe i urazy okołoporodowe.

Druga, szczegółowa ocena dojrzałości noworodka, to badanie wykonywane przez pielęgniarkę/położną zaraz po urodzeniu dziecka. Ocenia się kolejno podstawowe parametry życiowe i zapisuje wyniki skali Apgar, która obejmuje ocenę pięciu najważniejszych parametrów: oddychania, czynności serca, zabarwienia skóry, napięcia mięśni i odruchów. Świadczą one o stopniu przystosowania dziecka do samodzielnego życia. Za każdą z tych cech noworodek może otrzymać od 0 do 2 punktów, maksymalny wynik to 10 punktów (8–10 pkt to stan dobry, 4–7 pkt – stan średni, 0–3 pkt – stan ciężki). Ocenę przeprowadzamy w 1., 3., 5. i 10. minucie życia dziecka (Bień, 2023).

Parametry oceniane w skali Apgar i liczba punktów (Świetliński, 2023):

1. Oddychanie:
 - regularne, głośny płacz – 2,
 - zwolnione, nieregularne, pojedyncze – 1,
 - brak – 0.
2. Czynność serca:
 - powyżej 100 ud/min – 2,
 - poniżej 100 ud/min – 1,
 - brak – 0.
3. Zabarwienie skóry:
 - całe ciało różowe – 2,
 - tułów różowy, kończyny sine – 1,
 - ciało jednolicie białe lub sine – 0.
4. Napięcie mięśni:
 - prawidłowe – zgięciowe (aktywne ruchy całego ciała) – 2,
 - obniżone (poruszanie tylko kończynami) – 1,
 - brak (uogólniona wiotkość) – 0.

* Zakład Dydaktyki w Położnictwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi; dominika.bieniek@umed.lodz.pl

5. Odruchy (reakcja na cewnik wprowadzany do nosa):

- kaszel lub kichanie – 2.
- grymas – 1,
- brak – 0.

Tuż po porodzie pielęgnarka/położna przeprowadza pierwsze pomiary noworodka:

- ciężar ciała
 - jest ważnym wskaźnikiem ewentualnych problemów ze zdrowiem dziecka,
 - prawidłowa masa ciała noworodka powinna wynosić od 2500 g do 4500 g, waga poniżej lub powyżej tej granicy wymaga szczególnej diagnostyki;
- długość ciała
 - długość ciała noworodka wynosi od 46 cm do 58 cm i jest to długość ciemieniowo-piętowa (długość ciała chłopców może być ok. 5% większa niż u dziewczynek);
- obwód głowy
 - obwód głowy noworodka wynosi od 34 cm do 36 cm i prawidłowo jest on większy od obwodu klatki piersiowej; za duży obwód może wskazywać na problemy neurologiczne: małogłowie, jeśli wynosi poniżej 34 cm, lub wodogłowie, jeśli wynosi powyżej 36 cm;
- obwód klatki piersiowej
 - od 32 cm do 33 cm (Bień, 2023);
- proporcje ciała noworodka
 - głowa stanowi ¼ długości całego ciała,
 - klatka piersiowa ma beczkowaty kształt (na przekroju jest okrągła),
 - kończyny dolne są krótkie,
 - kończyny są zgięte we wszystkich stawach (pozycja zgięciowa zgodna z ułożeniem płodu),
 - paznokcie ostre, wystają poza opuszki palców.

Prawidłowe parametry ciała noworodka:

- temperatura ciała – ok. 36,5–37°C,
- oddech – ok. 40/60 min.,
- tętno – ok. 140–160 uderzeń/min.,
- CTK – ok. 60–90 mmHg / 30–60 mmHg,
- tuż po urodzeniu czynność serca wynosi ok. 140–180 ud./min. (do ok. 30 minut od urodzenia), po zakończeniu okresu przejściowego może mieścić się w przedziale 100–160 ud./min.) (Świetliński, 2023),

W pierwszych 15 minutach po urodzeniu oddech noworodka jest powierzchowny, przyspieszony i nieregularny – ok. 60–80/min., następnie pogłębia się i normuje, w tym czasie można zaobserwować: stękanie wydechowe, poruszanie skrzydełek nosa, wciąganie mostka i międzyżebry, tryb oddychania przeponowy.

W pierwszych 15–30 min. życia można stwierdzić wzmożoną aktywność dziecka przejawiającą się: pobudzeniem ruchowym kończyn, występującymi naprzemiennie ruchami głowy, drżeniem, płaczem. Objawy ze strony przewodu pokarmowego to: wydzielanie śliny, ruchy robaczkowe jelit, pasaż smółki.

Po początkowym okresie aktywności ruchowej noworodek zasypia lub znacznie obniża swoją aktywność w kolejnych 60–100 min., później obserwuje się wzrost aktywności trwający ok. 10 minut, towarzyszą temu: przyspieszenie czynności serca, przyspieszenie oddechu, zaczerwienienie powłok skórnych, samoistne oczyszczanie dróg oddechowych z wydzieliny.

W badaniu przedmiotowym pielęgnarka/położna uwzględnia specyficzne cechy noworodka. W ocenie stanu ogólnego noworodka uwzględnia poszczególne układy i narządy dziecka. Oglądanie/obserwacja dotyczy:

- stanu świadomości (przytomności),
- wyglądu noworodka (z uwzględnieniem fizjologicznych zmian skórnych):
 - sine zabarwienie skóry,
 - marmurkowatość skóry,
 - plethora (nadmiar płynów ustrojowych),
 - plamy o zabarwieniu kawy mlecznej,
 - skóra arlekina (powierzchnię skóry pokrywają łuski tzw. rybia łuska),
 - bociani dziób / plamy łososiowe,
 - plamy mongolskie,
 - meszek płodowy,
 - maź płodowa,
 - milia (prosaki – małe, białe lub żółtawe wypełnione keratyną cysty podskórne, nazywane plamkami mlecznymi),
 - przejściowa melanoza krostkowa noworodka,
 - trądzik noworodkowy,
- zabarwienia powłok skórnych (zaróżowione, zażółcone, blade, sine, zielonkawe – zespół aspiracji smółki),
- proporcji ciała,
- symetrii:
 - nieprawidłowości budowy twarzoczaszki,
 - nieprawidłowości w budowie tułowia i kończyn,
- ułożenia ciała,
- aktywności,
- cech dysmorfii,
- oceny adekwatności masy ciała do czasu trwania ciąży,
- rozwoju tkanki podskórnej.

Oglądając noworodka, pielęgniarka/położna obserwuje, czy występują: złuszczenie i otarcia naskórka, nacięcia, miejscowe zasinienie, zmiany barwnikowe, wady wrodzone rozwojowe: skóry (zaskórniaki, znamiona), naczyń krwionośnych (naczyniaki, wybroczyny), naczyń limfatycznych, przydatków, a także uraz porodowy i jego następstwa.

W badaniu palpacyjnym pielęgniarka/położna ocenia: napięcie skóry i jej elastyczność (sprężystość fałdu skórno-powłok brzusznych), obrzęki, temperaturę, wilgotność.

Badanie głowy noworodka obejmuje oglądanie i ocenę:

- twarzy, w tym:
 - oczu (ich wielkości, symetrii, osadzenia gałek ocznych, wylewów podspojówkowych, zapalenia spojówek),
 - nosa (biorąc pod uwagę drożności nozdrzy, deformacji nosa),
 - jamy ustnej (pod kątem rozszczepu wargi),
 - języka, odruchu ssania, symetrię i wielkość języka, wędzidełka,
 - podniebienia :potwierdzając lub nie występowanie rozszczepu podniebienia, perłę Epsteina (to łagodne, wypełnione keratyną białe lub żółtawe cysty, połykające, o średnicy 1–3 mm, występują w jamie ustnej noworodków i lokalizują się po obu stronach szwu podniebiennego),
 - gardła,
- uszu: ich wielkości, kształtu, osadzenia małżowin usznych,
- węzłów chłonnych,
- szyi,
- klatki piersiowej (jej symetrii, zniekształceń, ruchomości),
- gruczołów sutkowych.

W palpacji głowy noworodka pielęgniarka/położna ocenia: spoistość i twardość czaszki, bolesność, zgrubienia, krwiaki, przedgłowie (ryc. 44), wielkość i napięcie ciemiączka przedniego, tylnego, szerokość szwów czaszkowych, tętnienie ciemienia, wzrost ciśnienia śródczaszkowego, obwód głowy (Helwich, 2015).



Rycina 44. Noworodek z przedgłowie (Godula-Stuglik, 2020).

W ocenie układu oddechowego noworodka pielęgniarka/położna wykorzystuje następujące techniki badania: oglądanie, palpację, opukiwanie i osłuchiwanie.

OGLĄDANIE

Pielęgniarka/położna ocenia: zabarwienie powłok skórnych, występowanie duszności: występowanie tzw. trójkąta siniczego, poruszanie skrzydełek nosa, uruchomienie dodatkowych mięśni oddechowych (międzyżebrowych), a także kształt klatki piersiowej, symetrię i ruchomość klatki piersiowej, oddechy (ich charakter, częstość) oraz gruczoły sutkowe: powiększenie gruczołów, wyciek.

PALPACJA

Pielęgniarka/położna ocenia: występowanie nieprawidłowości, nierówności pod skórą.

OPUKIWANIE

Za pomocą opukiwania ocenia się i charakteryzuje występowanie odgłosów opukowych.

OSŁUCHIWANIE

W osłuchiwaniu pielęgniarka/położna ocenia i charakteryzuje występowanie szmerów oddechowych (Dobrzańska, 2021).

W ocenie układu krążenia pielęgniarka/położna wykorzystuje niżej wymienione techniki badania: oglądanie, palpację, osłuchiwanie.

OGLĄDANIE

Pielęgniarka/położna ogląda i ocenia: zabarwienie twarzy, występowanie sinicy: obwodowej, sinicy centralnej, występowanie obrzęków.

PALPACJA

W badaniu ocenia się:

- tętno obwodowe (symetryczne): tętnice szyjne, tętnice ramienne, tętnice promieniowe, tętnice udowe, tętnice podkolanowe, tętnice grzbietowe stopy,
- w okolicy koniuszka serca – związane ze skurczem, zmianą położenia i kształtu serca-widoczne jest tętnienie wyczuwalne w IV/V międzyżebżu,
- uderzenie sercowe (unoszenie się ściany klatki piersiowej w okolicy podstawy serca na lewo od mostka- wywołane uderzeniem o nią prawej komory w czasie skurczu serca),
- tzw. koci mruk – drżenie wyczuwane dłońią nad okolicą serca; może świadczyć o występowaniu wad serca.

OSŁUCHIWANIE SERCA

Pielęgniarka/położna ocenia: występowanie tonów serca i częstość akcji serca (140–160 ud./min.) (Dobrzańska, 2021).

W ocenie jamy brzusznej noworodka pielęgniarka/położna wykorzystuje niżej wymienione techniki badania: oglądanie, osłuchiwanie, palpację, opukiwanie.

OGLĄDANIE

Pielęgniarka/położna ocenia: kształt brzucha (wzdęty, zapadnięty), skórę i tkankę podskórną (kikut pępowinowy, 1 żyła, 2 tętnice), obecność poszerzonych naczyń krwionośnych, symetryczność okolic w poszczególnych kwadrantach, występowanie przepuklin, powiększenie wątroby, śledziony, nerek).

OSŁUCHIWANIE

W osłuchiwaniu jamy brzusznej noworodka pielęgniarka/położna ocenia: perystaltykę jelit, aortę brzuszną i tętnice nerkowe.

PALPACJA

W badaniu palpacyjnym jamy brzusznej noworodka ocenia się: napięcie powłok skórnych, ucieplenie, wilgotność, zmiany patologiczne, bolesność uciskową.

OPUKIWANIE

Jest ostatnim elementem badania brzucha, pielęgniarka/położna ocenia występowanie odgłosów opukowych (Dobrzańska, 2021).

W badaniu układu moczowo-płciowego pielęgniarka/położna dokonuje oceny, wykorzystując: oglądanie, obserwację, palpację.

Oglądając zewnętrzne narządy płciowe u dziewczynek, pielęgniarka/położna ocenia: czy wargi większe „obejmują” wargi mniejsze, czy występuje wydzielina z pochwy, czy występują anatomiczne wady rozwojowe, np. obojnactwo. Dodatkowo ocenia odbyt i okolicę. Ocena odbytu obejmuje stwierdzenie obecności przetok (lub ich brak).

Oglądanie zewnętrznych narządów płciowych u chłopców obejmuje ocenę: kształtu i wielkości prącia, ujścia cewki moczowej, obecności jąder w worku mosznowym (lub ich braku), powiększenia jąder (wodniak), obecności stulejki (lub jej braku), stwierdzenie anatomicznych wad rozwojowych: obojnactwa, wierzchniactwa, spodziectwa (lub ich braku). Dodatkowo ocenia odbyt i okolicę. Ocena odbytu obejmuje stwierdzenie obecności przetok (lub ich brak) (Bukowska, 2025).

W badaniu układu kostno-stawowego pielęgniarka/położna dokonuje oceny, wykorzystując oglądanie, obserwację, palpację:

- kończyn (górnych, dolnych); wyglądu (deformacje), wielkości i proporcji ramion i palców,
- liczby palców: mnogości palców, zrostu palców (rąk, stóp), linii papilarnych (występowanie bruzdy poprzecznej),
- zniekształcenia ułożeniowego (stopa płaska, koślawą, szpotawą, koślawość, szpotawość kolan i stóp).

W badaniu układu kostno-stawowego dokonuje się palpacji – oceny poszczególnych stawów: barkowego, łokciowego, nadgarstkowego, stawów palczkowych dłoni, stawu biodrowego, kolanowego, skokowego oraz stawów palczkowych stóp.

Pielęgniarka/położna ocenia: ruchomość bierną i czynną stawów, ich bolesność, odwodzenie, przywodzenie, zginanie i prostowanie, przeprowadza także badanie w kierunku stwierdzenia ewentualnej obecności objawów niedowładu splotu barkowego (porażenie typu Erba-Duchenne’a lub Dejerine-Klumpke) oraz występowanie objawu przeskakiwania w stawach biodrowych.

Dodatkowym elementem jest badanie kręgosłupa w kierunku oceny skrzywienia czy rozszczepu (Dobrzańska, 2014).

W badaniu układu mięśniowego pielęgniarka/położna dokonuje oceny, wykorzystując: oglądanie/obserwację, palpację. Sprawdza napięcie mięśniowe w obrębie kończyn: obniżone, wzmożone, przeprowadza ocenę ułożenia ciała: pozycja dobrowolna, pozycja przymusowa. Potwierdza/ neguje czy występuje odgięciowe ułożenie głowy (zapal. opon mózgowo-rdzeniowych), przykurcze.

W badaniu układu nerwowego pielęgniarka/położna dokonuje oceny, wykorzystując oglądanie, obserwację, palpację. Ocena psychoruchowa obejmuje: odruch szukania, odruch ssania, odruch połykania, odruch kichania, toniczny odruch szyjny, odruch chwytny, odruch pełzania, odruch chodu automatycznego, odruch Moro, odruch Babińskiego. Ocena neurologiczna obejmuje ośrodkowy układ nerwowy i obwodowy układ nerwowy.

W ocenie dojrzałości w zmodyfikowanej skali Ballard określającej cechy morfologiczne pielęgniarka/położna ocenia: skórę, meszek płodowy, bruzdy na stopach, brodawki sutków, ucho, narządy płciowe męskie i żeńskie.

W ocenie dojrzałości w zmodyfikowanej skali Ballard określającej cechy neurologiczne pielęgniarka/położna ocenia:

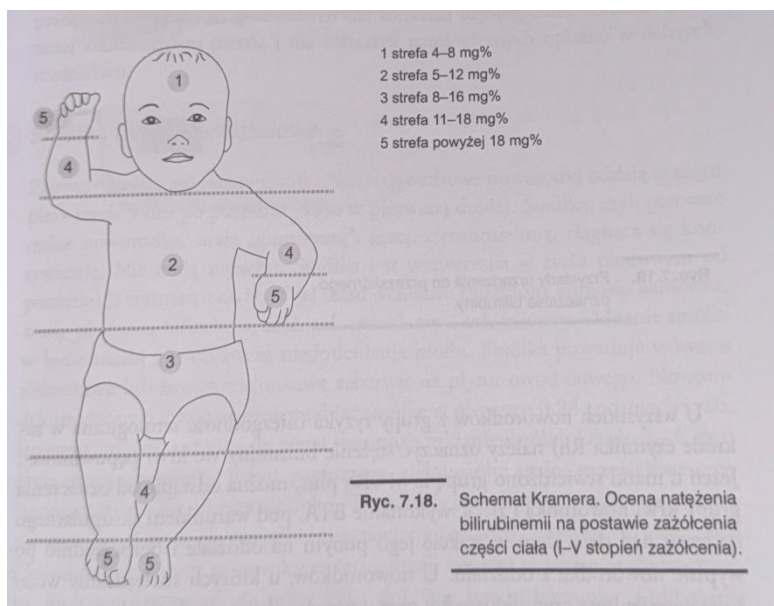
- postawę,
- kąt zgięcia dłoni (między kłębikiem a dłoniową powierzchnią przedramienia po maksymalnym przygięciu dłoni w kierunku przedramienia),
- ułożenie ramion (w pozycji na plecach oceniamy kąt zgięcia w stawie łokciowym, który powstaje po zgięciu przedramion na 5 s., a następnie pełnym ich wyprostowaniu i powrocie kończyn do naturalnej pozycji),
- kąt podkolanowy (w pozycji na plecach z ustabilizowaną miednicą mierzymy kąt podkolanowy po przygięciu kolan do klatki piersiowej, a następnie wyprostowaniu podudzia),
- objaw szarfy (w pozycji na plecach oceniamy położenie łokcia względem linii środkowej ciała po pociągnięciu dłoni na wysokości szyi w kierunku przeciwległego barku),
- pięta do ucha (w pozycji na plecach oceniamy odległość między stopą a głową oraz stopień wyprostu w stawie kolanowym po przyciągnięciu stopy dziecka w kierunku głowy).

Ocena dojrzałości noworodka w zmodyfikowanej skali Ballard – uwzględnia skalę punktową (od 1 do 5). Określa się 7 cech morfologicznych i 6 cech neurologicznych. Suma punktów pozwala na przybliżone określenie czasu trwania ciąży z dokładnością do ok. 2 tygodni (Dobrzańska, 2021).

W ocenie stanu zdrowia noworodka pielęgniarka/położna powinna uwzględnić również stany przejściowe, takie jak: fizjologiczny spadek masy ciała, odczyny ciążowe, rumień noworodkowy, fizjologiczny wzrost temperatury ciała, smótkę, stolce przejściowe, zaburzenia krzepnięcia, fizjologiczna żółtaczka.

Żółtaczka fizjologiczna może występować u ok. 60–70% noworodków urodzonych w terminie. Najczęściej pojawia się w 2 dobie życia, najwyższe stężenie bilirubiny występuje w 4–5 dobie życia i stopniowo zmniejsza się do 10 doby życia (Świetliński, 2023).

Bezinwazyjną metodę służącą do oceny poziomu bilirubiny na podstawie zaobserwowanego zażółcenia części ciała prezentuje schemat Kramera (ryc. 45).



Rycina 45. Schemat Kramera (Świetliński, 2023).

14. Wywiad i badanie fizykalne dziecka

Marzena Grzanek

Badanie fizykalne dziecka ma swoisty, niepowtarzalny charakter. W badaniu należy przede wszystkim uwzględnić odrębności w rozwoju małego pacjenta, biorąc pod uwagę różnice psychomotoryczne związane z wiekiem pacjenta (Dyk, 2017). Jako podstawę do kwalifikacji przyjmuje się następujący podział:

- 1–12 miesiąc życia – okres niemowlęcy,
- 1–3 rok życia – okres poniemowlęcy (wczesne dzieciństwo),
- 3–5 rok życia – okres przedszkolny,
- 6–11 rok życia – okres wczesnoszkolny,
- 12–18 rok życia – okres dojrzewania.

Specyfika badania pediatricznego polega również na tym, że wielu przypadkach źródłem informacji nie jest sam pacjent lecz jego rodzic/opiekun. Nie należy jednak ignorować informacji, które podaje dziecko. W sytuacji, gdy mały pacjent potrafi i jest w stanie odpowiadać na zadawane pytania, traktujemy jego odpowiedzi z powagą. Często są to konkretne i rzeczowe wypowiedzi wyrażone szczerymi emocjami, co pomaga nam jednocześnie ocenić również odczucia dziecka.

W bezpośrednim kontakcie z dzieckiem należy uwzględnić ocenę nie tylko stanu psychicznego i emocjonalnego małego pacjenta, ale także jego stosunek do rodziców, a przy tym również zwrócić uwagę na prezentowaną przez opiekunów postawę i sposób traktowania dziecka. Ten element badania pozwala nam ocenić relacje i więzi łączące małego pacjenta z jego opiekunami.

Specyfika badania małego pacjenta obejmuje także wywiad z matką, który dotyczy przebiegu ciąży, porodu, połogu, przebytych chorób i jej ogólnego stanu zdrowia, a także chorób występujących w rodzinie.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe dziecka wymaga zachowania odpowiedniej kolejności etapów oraz dokonania oceny parametrów rozwojowych charakterystycznych dla danego wieku. W przypadku dziecka chorego należy skoncentrować się na symptomach chorobowych.

Badanie pacjentów pediatricznych (małoletnich) w większości przypadków odbywa się w obecności ich rodziców/opiekunów, którzy w imieniu małego pacjenta podejmują decyzje i wyrażają zgodę (lub nie wyrażają zgody) na zaproponowane przez lekarza metody diagnostyki i leczenia.

Pacjent nastoletni (po ukończeniu 16 r.ż.) może być badany:

- przez lekarza w obecności rodzica/opiekuna i pielęgniarki/położnej,
- przez pielęgniarkę/położną w obecności rodzica/opiekuna oraz drugiej osoby z personelu medycznego.

Taki pacjent zgodnie z obowiązującym prawem może również współdecydować o zaproponowanej przez lekarza formie terapii.

Uwaga!

„Jednym z podstawowych praw pacjenta jest udzielenie zgody na zaproponowane leczenie. Zgoda powinna być udzielona po otrzymaniu od lekarza rzetelnej informacji dotyczącej stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz dostępnych metod diagnostycznych, możliwych do przewidzenia następstw ich zastosowania lub zaniechania, wyników leczenia oraz rokowań”. (...) „W przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, wymagana jest zgoda podwójna: przedstawiciela ustawowego, jak i samego małoletniego pacjenta. W przypadku rozbieżności decyzji, np. rodzica i małoletniego pacjenta, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy. Przedstawicielem ustawowym pacjenta małoletniego są rodzice, a także przysposabiający opiekun lub kurator” (Rzecznik Praw Pacjenta, 2020).

Badanie fizykalne podmiotowe dziecka (wywiad) obejmuje: dane personalne, główne dolegliwości, obecny stan zdrowia, obecną chorobę. Wywiad dotyczący przeszłości odnosi się do czasu ciąży i narodzin: okres przedporodowy, okres porodu (skala APGAR), okres poporodowy. Wywiad

dotyczący karmienia obejmuje: karmienie piersią, karmienie sztuczne, nawyki żywieniowe. Uwzględniając karmienie piersią, oceniamy: częstotliwość, czas trwania karmienia, przebieg, odzwyczajanie. W przypadku karmienia sztucznego oceniamy: rodzaj, liczbę posiłków, ich częstotliwość, problemy związane z karmieniem: wymioty, ulewania, refluks, występujące kolki, biegunki. Bierzemy także pod uwagę podaż witamin, wprowadzanie pokarmów stałych, rodzaj i ilość spożywanego pokarmu, co dziecko lubi, a czego nie.

Wywiad dotyczący wzrastania i rozwoju dziecka obejmuje:

- rozwój fizyczny: masa ciała, długość ciała/wzrost, obwody,
- „kamienie milowe” w rozwoju – pielęgniarka/położna pyta, kiedy dziecko zaczęło utrzymywać główkę, odwracać się na plecy, stać, chodzić, mówić,
- rozwój społeczny: rytm czuwania i snu, korzystanie z toalety, mowę, zachowania nawykowe, osiągnięcia.

Pielęgniarka/położna ocenia obecny stan zdrowia dziecka, uwzględniając: nietolerancje pokarmowe, alergie, uczulenia, wrażliwość na ukąszenia owadów, szczepienia, badania przesiewowe, przebyte choroby, tryb życia, dojrzewanie płciowe, obciążenia dziedziczne.

Wyróżnia się następujące rodzaje wywiadu:

- wywiad ogólny: społeczny/środowiskowy, ukierunkowany na problem, wynikający z sytuacji,
- wywiad ukierunkowany na konkretny problem, dotyczy: choroby, jej przebiegu, dolegliwości, objawów, okoliczności występowania objawów, ewentualnego leczenia, pytań uzupełniających (dotyczących funkcjonowania poszczególnych narządów, układów),
- wywiad wynikający z sytuacji: bez związku z problemami obecnej choroby, bez związku z problemami obecnej choroby w opinii opiekuna, dotyczący problemów zgłaszanych przez opiekuna lub dziecko, problemów dostrzeżonych przez badającego.

W zależności od wieku dziecka wywiad może być oceniany obiektywnie lub subiektywnie:

- niemowlęta/opiekun – wywiad obiektywny,
- małe dzieci/opiekun – wywiad obiektywny,
- dzieci starsze – wywiad subiektywny,
- młodzież – wywiad subiektywny,
- informacje podają rodzice/opiekunowie – wywiad obiektywny.

W celu uzupełnienia informacji wykorzystuje się również dokumentację dziecka, np. książeczkę zdrowia dziecka, wyniki badań, ew. dokumentację szpitalną.

Badanie fizykalne (przedmiotowe) dziecka obejmuje: oglądanie, dotykanie, opukiwanie, osłuchiwanie i dodatkowo pomiar parametrów, pomiary antropometryczne.

W badaniu przedmiotowym ogólnym pielęgniarka/położna dokonuje oceny wzrokowej (subiektywna ocena badającego), uwzględniając: stan ogólny dziecka, budowę i proporcje poszczególnych części ciała, rozwój somatyczny i psychoruchowy, odżywienie.

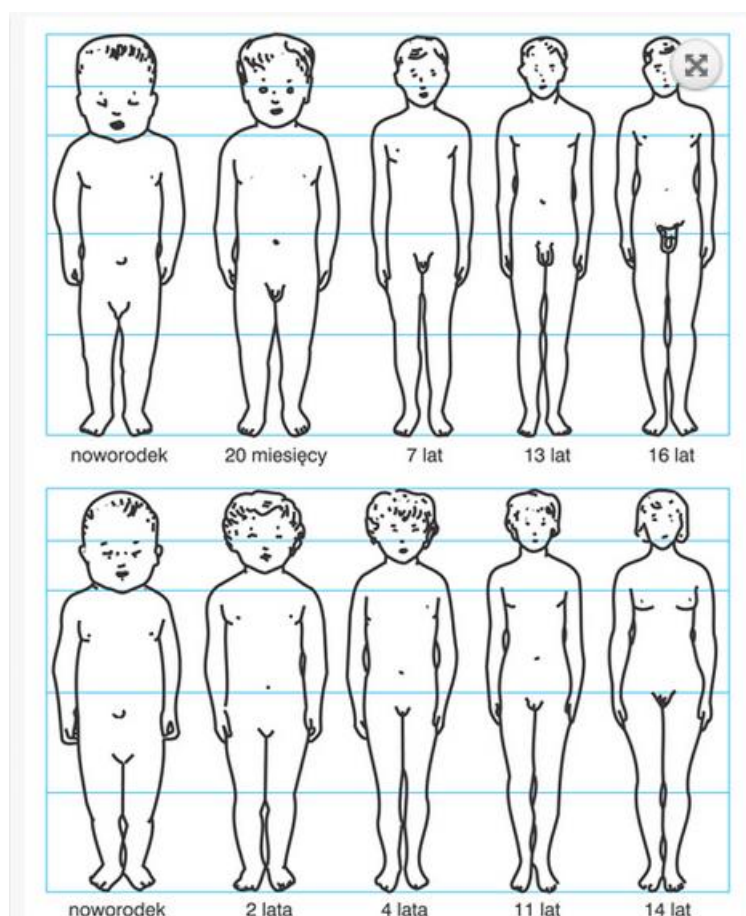
Obserwując dziecko, pielęgniarka/położna ocenia: zachowanie dziecka (stan psychiczny, tj. emocje, nastrój) oraz zachowanie rodziców/opiekunów dziecka (relacja dziecko–rodzic), stan fizyczny, ułożenie ciała (pozycja fizjologiczna, ułożenie przymusowe, ograniczenie ruchomości ciała), rozwój fizyczny i sposób poruszania się (postawa ciała, swoboda poruszania się, symetria ruchów, występowanie współruchów).

Wykorzystując obserwację, pielęgniarka/położna ocenia:

- zgodność rozwoju psychofizycznego z wiekiem metrykalnym (rozwój fizyczny i psychiczny dziecka powinien przebiegać harmonijnie i zgodnie z wiekiem metrykalnym),
- rozwój psychiczny i ruchowy stosowny do wieku (u dzieci w wieku poniemowlęcym oceniamy zakres opanowanych czynności),
- rozwój badanego dziecka – porównujemy go z normami (siatki centylowe).

W ocenie rozwoju fizycznego pielęgniarka/położna uwzględnia budowę ciała:

- oceniamy, czy rozwój poszczególnych części ciała w różnych okresach życia jest nierówny, czy powoduje zmienność sylwetki lub zmienność proporcji ciała,
- zwracamy uwagę na proporcje głowy, tułowia i kończyn (ryc. 46).

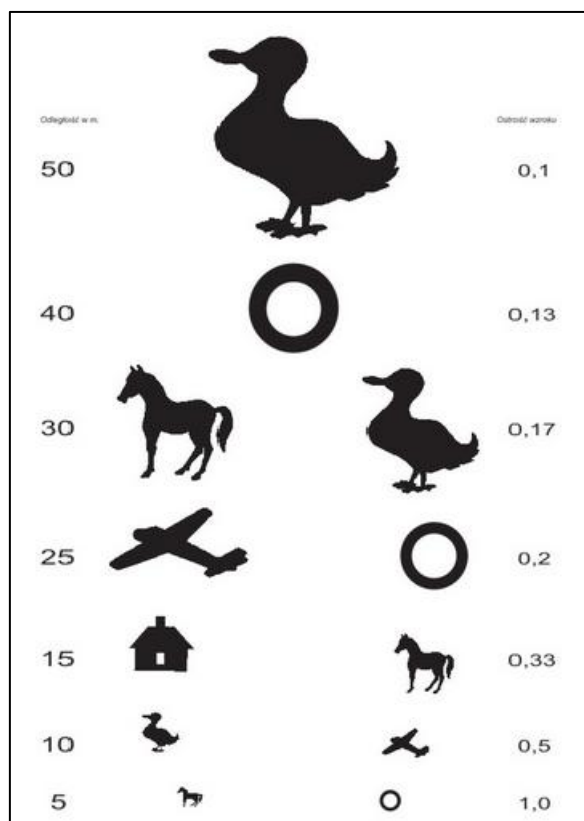


Rycina 46. Zmiany wyglądu i proporcji ciała u chłopców i dziewcząt (Dziecko, 2026).

Dokonując oceny wydolności narządowej, pielęgniarka/położna ocenia charakter głosu dziecka: naturalny (czysty, dźwięczny), ochrypy, występowanie trudności w wydawaniu dźwięków, w wypowiedzaniu słów, „mówienie przez nos”.

Badając skórę, tkankę podskórną, przydatki skórne, pielęgniarka/położna ocenia: powierzchnię skóry, jej zabarwienie (sinica, żółtaczka, rumień), występowanie zmian naczyniowo-ruchowych (naczyniaki, znamiona, narośle), pot, zapach ciała, błony śluzowe (czerwień wargowa), język i podniebienie, obrzęki (miejscowe, uogólnione). Ocenie poddaje się także przydatki skórne: włosy, rzęsy i brwi, paznokcie.

W badaniu głowy pielęgniarka/położna ocenia: kształt, symetrię budowy, prawidłowość wykszeplenia, ciemiączko. Na twarzy pielęgniarka/położna ocenia: symetrię, mimikę, tiki. Ocena oczu obejmuje: ich kształt, wielkość i symetrię źrenic, szerokość i symetrię szpar powiekowych, ruchomość gałek ocznych, powiek (górne i dolne), ostrość wzroku (u dzieci powyżej 3 r.ż.) (Pediatriczne tablice Snellena; ryc. 47).



Nos – oceniamy: kształt, symetrię i budowę, drożność. Uszy – oceniamy: kształt małżowin, symetrię, obecność wydzieliny, przewod słuchowy zewnętrzny, reakcję na ucisk wyrostka sutkowatego. Jama ustna i gardło – oceniamy: kształt i zabarwienie błon śluzowych, języka, warg, podniebienia, policzków i gardła, uzębienie (rodzaj i liczbę zębów), a także migdałki podniebienne: wielkość migdałków, wygląd migdałków (naloty) (Dobrzańska, 2014). Szyja – oceniamy: zmiany skórne, przepływy, torbiele, wielkość węzłów chłonnych.

Badając układ oddechowy pielęgniarka/położna ocenia: budowę klatki piersiowej (kształt), tor oddechowy (piersiowo-brzuszny, brzuszny – u niemowląt), występowanie zaburzeń oddychania, częstość oddechów.

Gruczoły piersiowe – oceniamy ich kształt, symetrię, obecność ewentualnej wydzieliny.

Badając układ krążenia pielęgniarka/położna ocenia: obecność/ brak zniekształcenia klatki piersiowej w okolicy serca, tony serca, miarowość akcji serca, (pomiar tętna na tętnicach), pomiar ciśnienia tętniczego, osłuchiwanie serca: obecność/ brak szmerów oddechowych i tarcia, obecność/ brak objawów chorobowych niewydolności serca: (duszność, sinica, obrzęki).

Badając brzuch pielęgniarka/położna ocenia: kształt i symetrię, które mogą się zmienić przez powiększone narządy: wątrobę, śledzionę, nerki, wzdęte jelita, zalegające masy kałowe i gazy, obecność płynu w jamie otrzewnej lub guza.

Badając układ moczowy dziecka pielęgniarka/położna ocenia: nerki, wypełniony pęcherz moczowy widoczny w linii środkowej ciała nad spojeniem łonowym.

Badając układ płciowy pielęgniarz/położna ocenia:

- o u dziewczynek: wygląd sromu, obecność wydzieliny,
- o u chłopców: wielkość i kształt prącia, miejsce ujścia cewki moczowej, obecność stulejki, obecność jąder w mosznie.

Obserwując okolicę odbytu dziecka pielęgniarka/położna ocenia: nieprawidłowości anatomiczne, stan zapalny, nadżerki, przetoki, żylaki.

W badaniu układu kostno-stawowego pielęgniarka/położna uwzględnia: symetrię ciała, bolesność i siłę mięśniową (obniżone lub wzmożone napięcie mięśniowe, niedowład, porażenie), ruchomość stawów (zakres ruchów czynnych), postawę, zniekształcenia (stóp, kręgosłupa) (Dobrzańska, 2014).

Ocena neurologiczna dziecka obejmuje: słownictwo, pamięć, zdolności poznawcze, badanie nerwów czaszkowych, głębokie i powierzchowne odruchy ścięgnowe, równowagę i koordynację, funkcje nerwów czuciowych i ruchowych, obecność odruchów rozwojowych, odruch z mięśnia trójkowego, odruch brzuszny, odruch ze ścięgna piętowego, odruch podeszwy.

W ocenie czynności życiowych pielęgniarka/położna dokonuje pomiaru: oddechów (tab. 12), tętna (tab. 13), CTK (tab. 14), temperatury ciała, wzrostu, masy ciała.

Tabela 12. Interpretacja oddechów u dzieci (Andres, 2021)

Grupa wiekowa	oddechy/min.
poniżej 1 r.ż.	30–40
2–5 r.ż.	24–30
5–12 r.ż.	20–24
powyżej 12 r.ż.	12–20

Tabela 13. Interpretacja wartości tętna u dzieci (Dyk, 2020)

Grupa wiekowa	Uderzenia tętna/min.
do 1 m.ż.	100–180
2–6 m.ż.	100–140
6–12 m.ż.	100–120
2–6 r.ż.	90–110
7–10 r.ż.	80–100
11–14 r.ż.	70–90

Tabela 14. Interpretacja ciśnienia tętniczego (CTK) u dzieci (Dyk, 2020)

Grupa wiekowa	CTK mmHg
0–1 r.ż.	90/60
1–3 r.ż.	95/65
3–6 r.ż.	100/65
6–9 r.ż.	110/65
9–12 r.ż.	110/70
13–15 r.ż.	120/80

Prawidłowe wartości temperatury ciała dziecka w zależności od miejsca pomiaru (Górajek-Józwik, 2024):

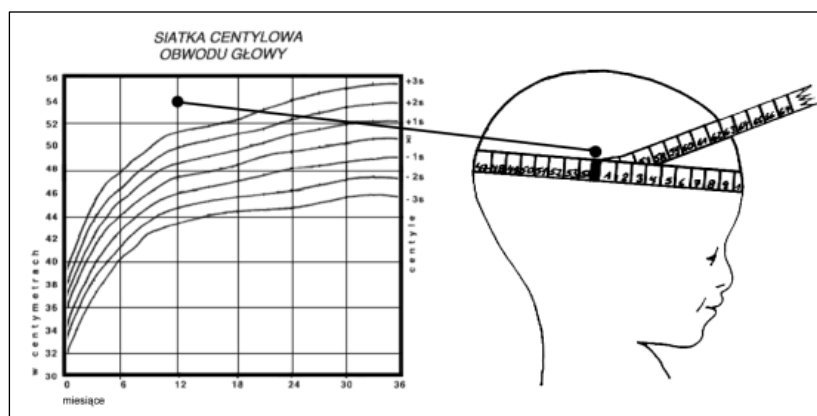
- odbyt 36,6–38,0°C,
- błona bębenkowa 35,6–37,7°C,
- dół pachowy 35,6–37,2°C,
- czoło 35,6–37,9°C.

Pielęgniarka/położna uwzględni także stan odżywienia dziecka, dokonując:

- pomiaru masy ciała,
- pomiaru długości, wysokości ciała (uzyskane wartości odnosimy do wskaźnika masy ciała i wzrostu (BMI) stosownie do płci i wieku dziecka w tabelach centylowych),
- wzrostu i masy ciała (przyrost powyżej 97 centyla i spadek masy ciała poniżej 3 centyla, nagły wzrost lub spadek w stosunku do wcześniejszego poziomu wymagają przeprowadzenia dodatkowych badań).

W ocenie stanu zdrowia dziecka wykorzystuje się również pomiary antropometryczne:

- pomiar długości/wysokości i masy ciała u dzieci: masa ciała, wysokość/długość ciała, długość kończyny górnej, długość kończyny dolnej, długość tułowia, obwód klatki piersiowej, obwód ramienia, grubość fałdu skórno-brzusznego nad mięśniem trójętrowym ramienia,
- pomiar obwodu głowy u dzieci < 2 r.ż. i interpretacja wg siatki centylowej (ryc.48).



Rycina 48. Pomiar obwodu głowy u dziecka (Furmańczyk, 2015).

15. Wywiad i badanie fizykalne osoby w starszym wieku

Ewa Borowiak

Badanie fizykalne osoby w starszym wieku składa się z badania podmiotowego i przedmiotowego. W swej istocie charakteryzuje się pewną specyfiką. Stan psychofizyczny pacjenta może uniemożliwiać pozyskanie pełnych informacji bezpośrednio od niego. Dlatego też w niektórych przypadkach rozmowa z bliskimi/opiekunami seniora pozwala na uzupełnienie wiedzy, stając się tym samym cennym źródłem informacji.

Odmienność badania osoby w podeszłym wieku dotyczy wielu aspektów i związane jest z koniecznością przestrzegania poniższych zasad:

- badanie wymaga oceny stanu psychicznego seniora we wstępnej fazie,
- należy pamiętać, że u osób starszych występuje brak możliwości koncentracji na głównych dolegliwościach,
- należy dbać o dobrą komunikację, wypowiadać słowa spokojnie, wyraźnie, powoli, bez podnoszenia głosu, a także brać pod uwagę ograniczenia pacjenta (założona proteza zębowa, okulary, aparat słuchowy),
- należy pytać o typowy dzień pacjenta, jego odczucia (aby ocenić jakość życia, sposób myślenia, fizyczną niezależność),
- należy pytać o sen, apetyt, przybieranie na wadze czy utratę masy ciała,
- podczas zbierania wywiadu trzeba zwrócić uwagę na higienę osobistą pacjenta (jego stroju) i opiekuna, a także pozyskać opinię pacjenta dotyczącą spełnienia jego oczekiwań w stosunku do opiekuna,
- należy rozmawiać z opiekunem w obecności pacjenta,
- badanie nie może trwać zbyt długo.

Wywiad dotyczący aktualnej sytuacji zdrowotnej osoby starszej obejmuje:

- dane personalne,
- wiek,
- główne dolegliwości dotyczące poszczególnych części ciała i układów:
 - głowa (zawroty, bóle głowy),
 - oczy (stopniowa utrata ostrości widzenia),
 - uszy (stopniowa utrata słuchu),
 - jama ustna (utrata smaku, ograniczenie ruchomości języka, suchość błon śluzowych jamy ustnej, braki uzębienia, ból wywołany przez protezy zębowe),
 - gardło (zmiany głosu, trudności z przełykaniem),
 - szyja, klatka piersiowa (ból),
 - układ krążenia (trudności w jedzeniu i spaniu, napadowa duszność nocna),
 - przewód pokarmowy (ruch jelit co 2–3 dni: norma, zaparcia, ból, wymioty, biegunka, nietrzymanie stolca),
 - układ moczowo-płciowy (częste oddawanie moczu, inkontynencja, gorączka),
 - mięśnie szkieletowe (ból mięśni, pleców),
 - układ nerwowy (omdlenia, upadki, zaburzenia: mowy, siły mięśni, czucia, snu, drętwienie, mrowienie, nadmierne pocenie się, obniżone samopoczucie, zaburzenia psychiczne oraz gorączka),
 - kończyny (obrzęki okolicy kostek, ból nóg),
 - skóra (suchość, świąd, przebarwienia),
- obecny stan zdrowia:
 - aktualnie leczona choroba,
 - aktualne dolegliwości, objawy (okoliczności występowania objawów),
 - przyjmowane leki i inne środki, w tym odurzające (należy obejrzeć opakowania leków, przeliczyć tabletki, obserwować seniora podczas samodzielnego dawkowania leków),

- stosowana dieta (rodzaj, ilość i częstotliwość spożywanych pokarmów, zdolność seniora w zakresie żucia i połykania, suchość jamy ustnej (xerostomia), ilość pieniędzy przeznaczanych na zakup żywności, wyposażenie kuchni, dysfunkcje organizmu, np. zaburzenia wzroku, zesztywniające zapalenie stawów, obniżony zmysł smaku, nietrzymanie moczu),
- stan psychiczny (należy zapytać, jaki jest nastrój, czy występuje uczucie smutku, beznadziejności, bezradności, czy pacjent doświadczył utraty osób bliskich, czy może mieć depresję, czy występują myśli samobójcze),
- tryb życia (aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem, sen, nałogi),
- aktualne wyniki badań.

Wywiad dotyczący przeszłości obejmuje:

- choroby przebyte w dzieciństwie (zapalenie ślinianek, odra, różyczka, gorączka reumatyczna, ospa wietrzna itd.),
- rozpoznane choroby wieku dojrzałego (cukrzyca, nadciśnienie, astma itd.),
- rozpoznane choroby psychiczne, układu sercowo-naczyniowego, nowotworowe i inne,
- przebyte wypadki i urazy,
- przebyte hospitalizacje, zabiegi operacyjne,
- przyjmowane leki, transfuzje, szczepienia,
- obciążenia dziedziczne (na co chorowali/chorują rodzice, rodzeństwo i dziadkowie).

Uwzględniając specyfikę badania osoby w podeszłym wieku należy rozważyć przedstawione poniżej uwagi do przeprowadzania wywiadu:

1. Może wymagać podziału na dwie części: wywiad z pacjentem, wywiad z opiekunem.
2. Wymaga poświęcenia większej ilości czasu.
3. Jest utrudnione w przypadku występowania: afazji, zaburzeń poznawczych czy też upośledzenia zmysłów, np. słuchu, wzroku.
4. Wymaga wyjaśnienia pacjentowi niektórych terminów, np. zaparcia, wylew, zawał.
5. Jest utrudniony z powodu występowania wielu niespecyficznych objawów (objawy kliniczne mogą różnić się od występujących u osób młodych).
6. Powinien obejmować pytania odnoszące się do utrudnień w wykonywaniu codziennych czynności, np.: „od jak dawna nie robi pani zakupów?”, „czy proteza zębowa ostatnio nie jest za luźna?”.
7. Powinien obejmować pytania o objawy, które często są traktowane jako element starości (duszność, upośledzenie wzroku, słuchu, nietrzymanie moczu, trudności w chodzeniu, zaparcia, zawroty głowy lub upadki).
8. Często wymaga uzupełnienia przez informacje od opiekuna oraz analizę dotychczasowej dokumentacji.
9. W dokumentacji – jeśli to możliwe – cytujemy słowa badanego, nie naszą interpretację.

Badanie fizykalne (przedmiotowe) obejmuje:

- oglądanie,
- dotykanie (obmacywanie),
- opukiwanie,
- osłuchiwanie,
- pomiar parametrów życiowych (świadomość, tętno, ciśnienie krwi tętniczej, oddech, saturacja, temperatura ciała),
- pomiary antropometryczne (wzrost i masa ciała, obwód szyi, ramienia, talii, bioder, brzucha, podudzia),
- całościową (kompleksową) ocenę geriatryczną (COG, KOG), która została opisana niżej.

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA

Całościowa ocena geriatryczna (COG) – jest wielokierunkowym, zintegrowanym procesem diagnostycznym, przeprowadzanym przez zespół osób (lekarz, pielęgniarz, fizjoterapeuta/rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny, dietetyk), którego celem są: diagnoza problemów zdrowotnych, psychologicznych, socjalnych pacjenta, ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia/rehabilitacji/opieki (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny). Pozwala także określić zdolność osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania oraz realizacji potrzeb biopsychospołecznych. COG obejmuje:

1. Ocenę stanu czynnościowego:

- skala oceny podstawowych czynności codziennych w skali Katza (ang. Activities of Daily Living, ADL) – niska punktacja świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania; badanie wykonuje pielęgniarz,
- ocena złożonych czynności dnia codziennego w skali Lawtona (ang. Instrumental Activities of Daily Living, IADL) – ocenia zdolność podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu i pozwala na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb człowieka w zakresie pomocy/opieki; badanie wykonuje pielęgniarz,
- ocena sprawności chorego wg skali Barthel – narzędzie oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych; badanie wykonuje pielęgniarz.

2. Ocenę stanu zdrowia fizycznego:

- skala oceny równowagi i chodu – test Tinetti, który przeprowadza fizjoterapeuta,
- ocena ryzyka upadków (skala Tinetti) – zbiorcza ocena układu nerwowego i kostno-stawowego; badanie wykonuje fizjoterapeuta,
- ocena chodu i sprawności funkcjonalnej (test „Wstań i idź”), które przeprowadza fizjoterapeuta,
- ryzyko powstawania odleżyn w skali Norton, badanie wykonuje pielęgniarz,
- ocena stanu odżywienia (ang. Mini Nutritional Assessment, MNA), której dokonuje pielęgniarz lub dietetyk.

3. Ocenę funkcji umysłowych, którą przeprowadza psycholog:

- skala Folsteina (ang. Mini-Mental State Examination, MMSE, znana też jako wspomniana wcześniej Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego) – bada najważniejsze aspekty sprawności umysłowej: orientację, liczenie, zapamiętywanie, koncentrację uwagi, pamięć świeżą i funkcje językowe; może ją przeprowadzić pielęgniarz po przeszkoleniu, ale do interpretacji zaangażowany jest psycholog,
- skrócony test sprawności umysłowej wg Hogdkinsona (ang. Abbreviated Mental Test Score, AMTS),
- skala niedokrwienna Hachinskiego (ang. Hachinski Ischaemic Score, HIS),
- skala oceny depresji GDS wg Yesavage’a; może ją przeprowadzić pielęgniarz po przeszkoleniu, ale do interpretacji zaangażowany jest psycholog,
- skala depresji Hamiltona,
- test oceniający funkcje poznawcze – test zegara.

4. Ocenę socjalno-środowiskową:

- określenie potrzeb w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej, jak i długoterminowej,
- ocena socjalno-środowiskowa winna być prowadzona z udziałem pracownika socjalnego, pielęgniarzki środowiskowej i rodziny lub opiekuna pacjenta.

Znaczenie badania w praktyce zawodowej pielęgniarki:

- pielęgniarka dokonuje oceny wybranych aspektów funkcjonowania pacjenta w celu wykrycia deficytów oraz w zakresie realizacji potrzeb biopsychospołecznych i pojawiających się problemów pielęgnacyjnych,
- do oceny może zastosować standaryzowane narzędzie pomiaru – skalę CDS (Skala Oceny Zależności od Opieki, ang. Care Dependency Scale), która służy do oceny potrzeb, poziomu zależności od opieki, ryzyka odleżyn, niedożywienia oraz upadków (Muszalik, 2020),
- ważnym elementem oceny zdrowia osób starszych jest oszacowanie ryzyka zespołu słabości poprzez zastosowanie standaryzowanych narzędzi badawczych, np. SHARE-FI (Muszalik, 2018),
- do oceny stanu świadomości pielęgniarka może zastosować skalę AMTS, która jest prosta i krótka do wykonania (Romanik, 2017).

Efektem zastosowania COG powinno być sformułowanie oceny sprawności funkcjonalnej i określenie zapotrzebowania na profesjonalne wsparcie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych osób starszych. Znajomość wyników oceny COG ułatwia pielęgniarce rozpoznanie wszystkich potrzeb biopsychospołecznych oraz zaplanowanie opieki dla seniora.

Badanie osoby w starszym wieku zobowiązuje pielęgniarkę/ położną do przestrzegania niżej przedstawionych zasad:

1. Techniki badania fizykalnego są takie same jak u młodszych osób dorosłych.
2. Przeprowadzenie badania wymaga dłuższego czasu niż w przypadku osób młodszych.
3. Pacjent do badania wymaga przygotowania psychicznego i fizycznego. Należy zadbać o oprotezowanie wzroku i słuchu osoby badanej.
4. Badanie powinno się przeprowadzać w miarę możliwości w osobnym pomieszczeniu/pokoju, bez obecności osób trzecich, z wyłączonym telewizorem/radiem. Należy zadbać o optymalne oświetlenie, przybory do pisania.
5. Osoba badana podczas badania, o ile jest to możliwe, pozostaje w pozycji siedzącej. Należy dopasować wysokość fotela, leżanki.
6. Należy zadbać o intymność podczas całego badania (np. zwrócić uwagę na odpowiednią długość koszuli).
7. Nie należy zostawiać seniora samego.
8. Badanie przeprowadza się w ciszy i spokoju.
9. W trakcie badania należy mówić wolno, krótkimi zdaniami.
10. Badanie nie może trwać zbyt długo. Jego długość należy dostosować do samopoczucia pacjenta i jego stanu zdrowia.

W całościowej ocenie osoby w podeszłym wieku pomocne są skale (załączniki 1–9).

16. Podsumowanie i wnioski

Marzena Grzanek

Badanie podmiotowe i przedmiotowe jest podstawowym i głównym źródłem wiedzy o pacjencie, zaś dobry kontakt pielęgniarki/położnej z pacjentem stanowi podstawę dialogu i jest ważnym, integralnym elementem badania.

Ocena stanu zdrowia jest jedną z metod gromadzenia danych o pacjencie. Badanie podmiotowe umożliwia pozyskanie wielu cennych informacji. Dobrze przeprowadzony wywiad stanowi bazę informacji nie tylko o fizycznym stanie zdrowia pacjenta, dotyczy także sfery psychicznej, a przede wszystkim ujmuje jego ogólny stan zdrowia w pełnym aspekcie biopsychospołecznym.

Dopełnienie wywiadu elementami badania przedmiotowego pozwala poszerzyć zakres pozyskanych informacji o inne szczegóły konieczne do postawienia diagnozy pielęgniarskiej, która jest podstawą do zaplanowania interwencji niezbędnych w realizacji procesu pielęgnowania pacjenta.

Ocena stanu zdrowia, której dokonuje pielęgniarka/położna w trakcie badania fizykalnego, umożliwia poznanie pacjenta, jego indywidualnej, odmiennej osobowości. Podstawą tej relacji w ocenie Aleksandry Gutysz-Wojnickiej jest szacunek i zachowanie godności człowieka oraz pełnej jego akceptacji. Autorka pisze: *osoba dokonująca oceny stanu zdrowia zobowiązana jest w czasie wszelkich kontaktów z pacjentem okazywać bezwarunkową akceptację, szacunek i poszanowanie godności* (Gutysz-Wojnicka, 2020). Szacunek dla osoby, dla każdego człowieka/pacjenta, niezależnie od jego wieku, wykształcenia, pochodzenia i innych cech, powinien być nadrzędnym wymiarem w bezpośrednim kontakcie pielęgniarka–pacjent.

Relacja z pacjentem wymaga szczególnego rodzaju komunikacji. Pielęgniarka/położna na co dzień w swojej pracy zawodowej nawiązuje kontakt z różnymi ludźmi – różnymi pacjentami. Są to osoby w różnym stanie zdrowia, z różnorodnymi dysfunkcjami, w różnych grupach wiekowych, o zróżnicowanych cechach charakteru, różnym temperamencie, statusie społecznym i materialnym, prezentujące nie tylko swoją indywidualną tożsamość, odmienność, różny poziom kultury osobistej, ale również różne postawy i oczekiwania.

Pacjent pediatryczny czy pacjent w wieku podeszłym wymagają szczególnego, specyficznego rodzaju kontaktu. Ta interakcja dodatkowo poszerzona jest zwykle o jego rodziców czy opiekunów, co w wielu przypadkach wcale nie ułatwia porozumienia. Czasami wręcz utrudnia lub zaburza właściwy kontakt, stawiając tym samym dodatkowe wyzwania przed pielęgniarką/położną w celu zachowaniu poprawnej, dobrej i efektywnej komunikacji.

Nie bez znaczenia w kontekście całościowej i indywidualnej opieki nad pacjentem w codziennej praktyce pielęgniarek i położnych pozostaje również kwestia komunikacji w zespole interdyscyplinarnym. Komunikowanie odgrywa istotną rolę w procesie kształtowania i podtrzymywania kontaktów w relacjach międzyludzkich na poziomie personelu medycznego, dla którego profesjonalny przekaz informacji powinien skutkować poprawą zdrowia i dobrostanu pacjenta.

Andres (2021) jest zdania, że dobre relacje personelu umożliwiają nie tylko *zdefiniowanie indywidualnych celów terapeutycznych* dla pacjenta, ale przede wszystkim umożliwiają ukierunkowaną opiekę i wsparcie w realizacji profesjonalnych działań na jego rzecz i bez wątpienia są pomocne w tym zakresie.

Krystyna Wolska-Lipiec zauważa również, jak ważna jest istota kontaktu na poziomie porozumienia personelu medycznego: *pomiędzy członkami grupy zawodowej zachodzą relacje oparte na komunikacji interpersonalnej niezbędne do realizacji wspólnych celów*. Umiejętna komunikacja, dobre porozumienie z pacjentem uwarunkowane jest również doбором odpowiednich metod i technik. Aby sprostać oczekiwaniom pacjentów i ich rodzin, a także podążać za nowymi trendami, pielęgniarstwo rozwija się również w zakresie nowoczesnej komunikacji: *Aby skutecznie tworzyć wspólnotę światową, pielęgniarstwo powinno nadążać za dynamicznie rozwijającymi się technikami komunikacji elektronicznej* (Wolska-Lipiec, 2016).

Anna Piątek stwierdza, że *zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych jest niezbędnym warunkiem osiągnięcia celów ochrony zdrowia i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*. (...) *Osiągnięcie wysokich standardów jakości jest ściśle związane z orientacją na klienta/pacjenta*. Według

autorki opieka pielęgniarska wysokiej jakości stanowi integralną część systemu opieki zdrowotnej (Piątek, 2017).

Uwzględniając aspekt współczesnych oczekiwań społecznych, należy podkreślić, że duże znaczenie w codziennej praktyce ma zastosowanie innowacyjnych metod i technik komunikacji. Komunikacja elektroniczna z wykorzystaniem możliwości internetowych czy połączeń telefonicznych stanowi obecnie nowoczesny model interakcji lekarz–pielęgniarka/położna–pacjent. Umożliwia natychmiastowy kontakt i przekaz informacji, ułatwia podejmowanie decyzji, szybką diagnostykę, wydawanie zaleceń czy wskazówek edukacyjnych dla pacjenta.

Należy jednak pamiętać, że nawet najbardziej popularne, nowoczesne techniki porozumiewania się nie zastąpią naturalnej komunikacji interpersonalnej, której podstawą jest bezpośredni kontakt pielęgniarki/położnej z pacjentem – rozmowa.

Także z punktu widzenia lekarza, jak zauważa Piotr Zaborowski, mimo różnych zmian dokonujących się w wielu dziedzinach, *tylko jeden element praktyki medycznej pozostał stały i niezmienny. Jest nim kontakt osobisty lekarza z pacjentem* (Zaborowski, 2016).

Jako autorki monografii w pełni to zdanie podzielamy, zwłaszcza w kontekście istoty badania podmiotowego i przedmiotowego. Zdobyte doświadczenie zawodowe i analiza wymienionej literatury pozwala nam stwierdzić, że określone cechy charakteru, odpowiednie predyspozycje osobnicze, ale również nabycie pewnych umiejętności w tym zakresie jest kluczem do sukcesu w relacjach pielęgniarka/położna – pacjent.

Zasadność wykorzystania badania fizykalnego w kompleksowej ocenie stanu zdrowia pacjenta, określenie jego deficytów i zapotrzebowania na opiekę w procesie pielęgnowania z zachowaniem poprawnych relacji w komunikacji interpersonalnej pokazują, iż opisywane powyżej zależności nie pozostają bez znaczenia w procesie wzajemnych interakcji w relacji lekarz–pielęgniarka/położna–pacjent.

Podsumowując, w niniejszej publikacji:

- **wykazano** ważność wywiadu i badania fizykalnego w codziennej pracy pielęgniarki i położnej,
- **zaprezentowano** badanie podmiotowe i przedmiotowe jako główną metodę pracy pielęgniarki i położnej,
- **scharakteryzowano** zasady i techniki stosowane podczas zbierania danych o pacjencie,
- **opisano** szczegółowe elementy badania fizykalnego,
- **wskazano** specyficzne cechy badania fizykalnego w określonej grupie wiekowej pacjentów,
- **przedstawiono** istotę, celowość wywiadu oraz badania fizykalnego w pracy pielęgniarki i położnej jako wstępnego etapu procesu pielęgnowania pacjenta,
- **ukazano** badanie podmiotowe i przedmiotowe jako fundamentalną podstawę w holistycznej opiece nad pacjentem,
- **przedstawiono** wywiad i badanie fizykalne jako niezbędne narzędzia do oceny stanu zdrowia pacjenta, diagnostyki oraz terapii we współpracy w zespole interdyscyplinarnym.

Bibliografia

- [Autor nieznany]. 2018. Metoda badania per rectum u mężczyzny. Dostępne online: https://pl.wikipedia.org/wiki/Badanie_per_rectum#/media/Plik:Digital_rectal_exam_nci-vol-7136-300_pl.png (dostęp: 21.01.2026).
- Abrahams P. 2024. *Atlas anatomiczny. Ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie*. Warszawa, Świat Książki.
- Andres J. (red.). 2021. *Wytyczne Resuscytacji 2021*. Polska Rada Resuscytacji, Kraków. Dostępne online: <https://www.wspr.bialystok.pl/wp-content/uploads/2021/10/wytyczne-ERC-2021.pdf> (dostęp: 13.06.2026).
- Bartoszewicz A. 2016. Komunikowanie się pielęgniarki z dzieckiem. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Bickley L.S. 2014. *Kieszonkowy przewodnik po badaniu podmiotowym i przedmiotowym*. Poznań, Termedia.
- Bień A., Iwanowicz-Palus G., Wdowiak Artur (red.). 2023. *Badanie fizykalne w praktyce położnej*. Warszawa, PZWL.
- Bijoś J., Borek D., Stepaniak A. 2024. O diagnostyce ultrasonograficznej węzłów chłonnych u dzieci – czyli nie tylko wielkość ma znaczenie. Dostępne online: <https://forumpediatrii.pl/artikul/o-dia-gnostyce-ultrasonograficznej-wezlow-chlonnych-u-dzieci-czyli-nie-tylko-wielkosc-ma-znaczenie> (dostęp: 21.01.2026).
- Blausen Medical Communications. 2016. Breast Self-Exam (3 Methods). Dostępne online: https://pl.wikipedia.org/wiki/Samobadanie_piersi#/media/Plik:Blausen_0144_BreastSelfExam_3Methods.png (dostęp: 21.01.2026).
- Bochenek A., Reicher M. 2022. *Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy*. Warszawa, PZWL.
- Bodzioch M. 2025. Segmentowe unerwienie skóry i zakres unerwienia skórnych nerwów [w:] *Czucie, zaburzenia*. Dostępne online: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.I.1.9>. (dostęp: 22.01.2026).
- Borowiak E. 2017. Całościowa ocena geriatryczna (kompleksowa lub wszechstronna ocena geriatryczna). W: Zych A.A. (red.) *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*. Tom 1. Katowice, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Borowiak E. 2019. Całościowa Ocena Geriatryczna w praktyce pielęgniarki rodzinnej. W: Ślusarska B., Marcinowicz L., Kocka K. (red.) *Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa*. Warszawa, PZWL.
- Borowiak E., Kostka T. 2008. Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.) *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa, PZWL.
- Broczek K. 2015. Communication with elderly patient – a key to success in geriatric care. *Postępy Nauk Medycznych* 28(7), str. 444–450.
- Bukowska C. 2025. *Badanie brzucha*. W: Obuchowicz Anna. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Bukowska C. 2025. *Badanie zewnętrznych narządów płciowych*. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Cartledge P., Cartledge C., Lockey A. 2017. *Vademecum. Badanie kliniczne*. Warszawa, MediPage.
- CDT Medicus. 2025. TSH (tyreotropina). Dostępne online: <https://cdtmedicus.pl/badania/tsh/> (dostęp: 21.01.2026).
- Ciechaniewicz W. 2024. *Pielęgniarstwo - ćwiczenia*. Tom 1, 2. Warszawa, PZWL.
- Cleeland J., Koppenhaver S., Czubak J. (red.). 2024. *Kliniczne badanie ortopedyczne*. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- ClinicalSkills. 2011. Badanie palpacyjne położenia tchawicy. Dostępne online: <https://medtube.pl/inne/filmy-medyczne/1229-badanie-palpacyjne-polozenia-tchawicy> (dostęp: 21.01.2026).

- Diaz-Guzman E., Budev M.M. 2008. Accuracy of the physical examination in evaluating pleural effusion. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 75, str. 297–303.
- Dobrzańska A., Ryżko J. 2021. *Pediatrics. Podręcznik do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Douglas G., Nicol F., Robertson C. (red.). 2017. Macleod. *Badanie kliniczne*. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Drop D., Kubicz D., Mirecka J., Górski S., Kocurek A., Kowalska B., Nowakowski M., Skrzypek A., Stalmach-Przygoda A. (red.). 2019: *Zbieranie wywiadu lekarskiego i badanie pacjenta. Zasady postępowania*. Kraków.
- Dyk D. 2020. *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Dyk D., Cudak E. 2020. Badanie podmiotowe. W: Dyk D. (red.) *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Dziecko. 2026. Encyklopedia PWN. Dostępne online: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/dziecko;4008095.html#prettyPhoto> (dostęp: 23.01.2026).
- Fedak M., Kotomska M. 2022. Wywiad. W: Zera A., Musioł M. (red.) *Metody gromadzenia danych o pacjencie. Przewodnik w pielęgniarstwie*. Wyd. 1. Warszawa, PZWL.
- Fizjobaza [b.r.] Objaw Brudzińskiego. Dostępne online: <https://www.fizjobaza.pl/objaw-brudzińskiego> (dostęp: 22.01.2026).
- Fizjobaza [b.r.] Objaw Kerniga różnicujący. Dostępne online: <https://www.fizjobaza.pl/objaw-kerniga-roznicujacy> (dostęp: 22.01.2026).
- Fleming S., Thompson M., Stevens R., Heneghan C., Plüddemann A., Maconochie I., Tarassenko L., Mant D. 2011. Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. *The Lancet* 377(9770), str. 011–1018. DOI: [10.1016/S0140-6736\(10\)62226-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62226-X).
- Fundacja Zobaczć Jutro. 2016. Na czym polega badanie ostrości wzroku do blizy i do dali? Dostępne online: zobaczycjutro.org/badanie-ostrosci-wzroku-do-blizy-dali-optotypy-tablica-snellena/ (dostęp: 23.01.2026).
- Furmańczyk M. 2015. Siatki i inne przypadki. Dostępne online: <https://www.dylematymamytaty.pl/siatki-i-inne-przypadki/> (dostęp: 23.01.2026).
- Gaworska- Krzemińska A. 2020. Badanie żeńskich, męskich narządów płciowych. W: Dyk D. (red.) *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Godula-Stuglik U.E. 2009. Badanie noworodka i ocena dojrzałości [w:] Godula-Stuglik U.E. (red.) *Wybrane problemy neonatologii*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, s. 7–18. Dostępne online: <https://ppm.sum.edu.pl/info/article/SUM58d7645894be40fc82b30e60cfed97f6/> (dostęp: 23.01.2026).
- Górajek-Jóźwik J., Łoś E., Felińska A. 2024. *Ocena podstawowych czynności życiowych* [w:] Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo – ćwiczenia*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Grook Da Oger. 2009. Otoscope. Dostępne online: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Otoscope_001.jpg (dostęp: 21.01.2026).
- Grzela T., Jawień A., Ciecierski M. 2001. Wybrane zagadnienia diagnostyki chorób układu żylnego. *Nowa Medycyna* 4. Dostępne online: <https://www.czytelniamedyczna.pl/1333,wybrane-zagadnienia-diagnostyki-chorob-ukladu-zylnego.html> (dostęp: 12.12.2025).
- Guigoz Y. 2006. The Mini-Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – what does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 10, str. 466–487.
- Gutysz-Wojnicka A. 2020. *Ocena stanu zdrowia*. W: Dyk D. (red.) *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Heilman J. 2010. Pitting edema during and after the application of pressure to the skin. Dostępne online: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Combinpedal.jpg> (dostęp: 22.01.2026).
- Helwich E., Yoder M.C., Polin R A. 2015. *Neonatologia w praktyce*. Wyd. 1. Warszawa, MediPage.
- Idczak H. 2017. Badanie jamy brzusznej. W: Zarzycka D., Ślusarska B. (red.) *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Jaciubek M., Prasek K. 2022. Pomiary. W: Zera A., Musioł M. (red.) *Metody gromadzenia danych o pacjencie. Przewodnik w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.

- Janee. 2012. American Optical (AO) oftalmoskop. Dostępne online: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:AO_Ophthalmoscope.JPG%20 (dostęp: 21.01.2026).
- Jankowiak B. 2016. Komunikowanie z pacjentem umierającym. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Jaracz K., Domitrz I. 2019. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa, PZWL.
- Jurkowska G., Łagoda K. (red.). 2022. *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa, PZWL.
- Kaiser M.J., Bauer J.M., Ramsch C., Uter W., Guigoz Y., Cederholm T., Thomas D.R., Anthony P., Charlton K.E., Maggio M., Tsai A.C., Grathwol D., Vellas B., Sieber C.C. 2009. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 13, str. 782–788.
DOI: [10.1007/s12603-009-0214-7](https://doi.org/10.1007/s12603-009-0214-7).
- Kanczew M. 2025. Samobadanie piersi: klucz do wczesnego wykrywania. Dostępne online: <https://veritamed.com/samobadanie-piersi/> (dostęp: 12.12.2025).
- Kasprzyk Z., Gąsowski J. 2012. Badania w kierunku uszkodzenia narządów docelowych (cz. 2.). Dostępne online: https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/59334,badania-w-kierunku-uszkodzenia-narzadow-docelowych-cz-2 (dostęp: 21.01.2026).
- Kaszuba A. 2021. *Dermatologia. Diagnostyka różnicowa*. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Kluczek I., Wiesiołek P. 2022. Badanie fizykalne. W: Zera A., Musioł M. (red.) *Metody gromadzenia danych o pacjencie. Przewodnik w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Kniażewska M. 2025. Okres poniemowlęcy. Okres przedszkolny. W: Obuchowicz A. (red.). *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Kniażewska M. 2025. Okres wczesnoszkolny. Okres pokwitaniowy. W: Obuchowicz A. (red.). *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Kokot F. (red.). 2012. *Wywiad i badanie przedmiotowe*. Wrocław, Elsevier.
- Komorniczak M. 2009. Skala Tannera – mężczyźni. Dostępne online: https://pl.wikipedia.org/wiki/Skala_Tannera#/media/Plik:Tanner_scale-male.svg (dostęp: 21.01.2026).
- Kostka T., Borowiak E., Kołomecka M. 2007. Całościowa Ocena Geriatryczna. *Lekarz Rodzinny* 12, str. 9–16.
- Kozubski W. (red.). 2016. *Neurologia*. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Kozubski W. 2024. *Neurologia. Kompendium*. Warszawa, PZWL.
- Kózka M., Rumian B., Maślanka M. (red.). 2020. *Pielęgniarstwo ratunkowe*. Warszawa, PZWL.
- Krajewska K. 2016. Komunikacja w pracy położnej. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Krajewska-Kułak E., Kwiatkowska A., Panek W. (red.). 2016. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Krajewska-Kułak E., Lewko J. 2016. Komunikowanie w działalności badawczej i naukowej. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Krajewska-Kułak E., Szczepański P. 2020. *Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych*. Lublin, Wyd. Czelej.
- Krawczyński M. 2013. Harmonogram prawidłowego rozwoju na pierwsze 2 lata życia dziecka. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/prawidlowyrozwj/rozwojfizyczny/57403,harmonogram-prawidlowego-rozwoju-na-pierwsze-2-lata-zycia-dziecka> (dostęp: 23.01.2026).
- Krzywiecka M. 2025. Badanie klatki piersiowej i układu oddechowego. W: Obuchowicz A. (red.). *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Krzywiecka M. 2025. Badanie układu krążenia. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Kubiak T. 2026. Próba Rinnego. Dostępne online: <https://www.marmed.pl/blog/proba-rinnego/> (dostęp: 21.01.2026).
- Kula-Gradzik J., Obuchowicz A. 2025. *Ogólne zasady nawiązywania kontaktu z chorym dzieckiem i jego rodzicami / opiekunami*. W: Obuchowicz A. (red.). *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.

- Lewko J. 2016. Komunikowanie się z ludźmi starszymi. W: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Lorentowicz R. 2017. *Badanie układu nerwowego*. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Lublinium. 2020. Respiratory abnormalities. Dostępne online: [https://pl.wikipedia.org/wiki/Oddech_Cheyne%E2%80%99a-Stokesa#/media/Plik:Breathing_abnormalities_\(Polish\).svg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Oddech_Cheyne%E2%80%99a-Stokesa#/media/Plik:Breathing_abnormalities_(Polish).svg) (dostęp: 21.01.2026).
- Maciejewska J., Wiercińska M. 2022. Objawy chorób skóry: zmiany skórne, wykwity skórne. Dostęp online: <https://www.mp.pl/pacjent/objawy/74383,objawy-chorob-skory-wykwity-skorne> (dostęp: 23.09.2025).
- Magiera L. 2021. Odruch ze ścięgna Achillesa. Dostępne online: <http://www.leksykonmazu.pl/slowko/odruch-ze-sciegna-achillesa/377> (dostęp: 12.12.2025).
- Maison D. 2022. Jakościowe metody badań społecznych. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Malki. 2010. Wywoływanie odruchu Babińskiego. Dostępne online: https://pl.wikipedia.org/wiki/Objaw_Babi%C5%84skiego#/media/Plik:Objaw_babinskiego.png (dostęp: 12.12.2025).
- Matusiak D. 2025. Objaw (odruch) Babińskiego – czym jest i kiedy występuje? Dostępne online: <https://www.alab.pl/centrum-wiedzy/objaw-odruch-babinskiego-czym-jest-i-kiedy-wystepuje/> (dostęp: 22.01.2026).
- Medycyna Praktyczna. 2026. Próby flebologiczne. Próba Perthesa. Dostępne online: https://www.mp.pl/interna/image/B01.001_1761. (dostęp: 22.01.2026).
- Moryś J. 2019. *Rdzeń kręgowy i nerwy rdzeniowe*. W: Jaracz K., Domitrz I. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa, PZWL.
- Motyka M. 2016. *Komunikacja terapeutyczna*. W: Krajewska-Kułak E., Kwiatkowska A., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Murawska J. 2025. Jak sprawdzić, czy masz drożne tętnice? Wykonaj test Allena. Dostępne online: <https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-ukladu-krazenia,jak-sprawdzic-czy-masz-drozne-tetnice--wykonaj-test-allena,artykul,79427151.html> (dostęp: 22.01.2025).
- Musiół M. 2022. *Obserwacja*. W: Zera A., Musiół M. (red.) *Metody gromadzenia danych o pacjencie. Przewodnik w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Muszałik M., Borowiak E., Kotarba A., Doroszkiewicz H., Kędziora-Kornatowska K. 2018. Adaptation and reliability testing of the SHARE-FI instrument for the assessment of risk of frailty syndrome among older Polish patients. *Family Medicine & Primary Care Review* 20(1), str. 36–40
- Muszałik M., Doroszkiewicz H., 2020. Standard opieki nad pacjentem w starszym wieku na oddziale geriatrycznym.(W:) *Problemy pielęgniarstwa geriatrycznego*. Red. Muszałik M. Warszawa, PZWL.
- Nelle J. 2017. Samouczek podstawowych odgłosów płuc – „Najważniejsze w stetoskopie jest to, co znajduję się między oliwkami”. Dostępne online: <https://rm-twojapasia.blogspot.com/2017/06/samouczek-podstawowych-odgosow-puc.html> (dostęp: 12.12.2025).
- Nowak W., Obuchowicz A. 2025. Badanie głowy. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Nyklewicz W. 2016. Podstawy teoretyczne procesu komunikowania. W: Krajewska-Kułak E., Kwiatkowska A., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Obuchowicz A. 2025. Badanie neurologiczne. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Obuchowicz A. 2025. Badanie podmiotowe – wywiad. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Obuchowicz A. (red.). 2025. *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Obuchowicz A. 2025. Badanie przedmiotowe. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.

- Opozda K., Kosmowski W. 2017. Ocena stanu psychicznego pacjenta. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Oszukowski P. 2024. Podręcznik do ginekologii i położnictwa. Gdańsk, Wyd. Mimesis.
- Padykuła M., Czaja E., Pieczyrak-Brhel U., Kózka M. 2017. Znaczenie badania fizykalnego w pielęgniarstwie neurologicznym. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 17(4), str. 46–51.
- Piątek A. 2017. Wybrane aspekty zapewniania jakości opieki pielęgniarstwiej. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 1. Warszawa, PZWL.
- Pietrzak J. 2025. Okres niemowlęcy. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Pietrzak J. 2025. Okres noworodkowy. W: Obuchowicz A. (red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa, PZWL.
- Pietrzyk J., Kwinta P. 2018. *Pediatrica*. Tom 3. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Podemski R. 2019. *Kompendium neurologii*. Gdańsk, Via Medica.
- Radlak K. 2022. Próba palec–nos. Dostępne online: <https://fizjoterapeuty.pl/diagnostyka-funkcjonalna/proba-palec-nos.html> (dostęp: 22.01.2026).
- Radlak K. 2023. Kwadranty jamy brzusznej. Dostępne online: <https://fizjoterapeuty.pl/anatomia/kwadranty-jamy-brzusznej.html> (dostęp: 21.01.2026).
- Rehabilitacja ARPwave [b.r.] Rwa kulszowa: rozpoznanie i diagnostyka. Dostępne online: <https://rehabilitacja-arpwave.pl/rwa-kulszowa-rozpoznanie-i-diagnostyka> (dostęp: 12.12.2025).
- Rolka H. 2016. *Komunikowanie z pacjentem ciężko chorym*. W: Kwiatkowska A., Krajewska- Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Romanik W., Łazarewicz M. *Wersja polska skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) – problemy metodologiczne*. <https://www.psychiatria.com.pl/index.php/issues/2017-vol-17-no-3/wersja-polska-skróconego-testu-sprawnosci-umyslowej-amts-problemy-metodologiczne> (dostęp: 23.04.2026).
- Rubenstein L.Z., Harker J.O., Salva A., Guigoz Y., Vellas B. 2001. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *The Journals of Gerontology. Series A, biological sciences and medical sciences* 56(6), str. M366–M377. DOI: [10.1093/gerona/56.6.m366](https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.m366).
- Ryżko J., Dobrzańska A. (red.). 2024. *Pediatrica do LEK i PES*. Podręcznik do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Rzecznik Praw Pacjenta. 2020. Prawo do wyrażenia zgody – pacjent małoletni. Dostępne online: <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-wyrazenia-zgody-pacjent-maloletni> (dostęp: 12.12.2025).
- Sakurambo. 2006. Example of an Ishihara colour test (numeral 2). Dostępne online: https://pl.wikipedia.org/wiki/Tablice_Ishihary#/media/Plik:Ishihara_2.svg (dostęp: 23.01.2026).
- Sarzyńska-Długosz I. (red.). 2024. *Rehabilitacja kliniczna*. Tom 1. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Serafin L., Sak-Dankosky N. (red.). 2024. *Opieka zorientowana na osobę*. Warszawa, PZWL.
- Servmed [b.r.] Badanie fizykalne klatki piersiowej: układ oddechowy. Slajd 13. Dostępne online: https://servmed.net/file/06032024_Badanie%20przedmiotowe%20cz.%20.pdf (dostęp: 22.01.2026).
- Sienkiewicz Z., Kachaniuk J. 2022. Podręcznik szkoleniowy dla uczestników/uczestniczek kursu specjalistycznego wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Warszawa.
- Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna [w:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). 2007. *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk, Via Medica.
- Skawina A., Gorczyca J., Walocha J. 2020. *Anatomia prawidłowa człowieka*. Brzuch. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Skrzypczyk T., Sobaszek E. 2022. Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym na podstawie indywidualnego studium przypadku. W: Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.) *W drodze do brzegu życia*, Białystok, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Stetoskop.pl [b.r.] Budowa i działanie. Dostępne online: <https://www.stetoskop.pl/o-stetoskopach/budowa-i-dzialanie> (dostęp: 21.01.2026).
- Stępka A. 2019. *Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia*. Warszawa, PZWL.
- Styczyński J., Gil L. 2023. *Powiększenie węzłów chłonnych dla lekarzy praktyków*. Lublin, Wyd. Czelej.
- Szczeklik A., Gajewski P. (red.) 2024. *Interna Szczeklika 2015*. Kraków, Medycyna Praktyczna.
- Szczeklik W., Imiela A., Leśniak W. 2025. Serce, osłuchiwanie. Dostępne online: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.1.1.29> (dostęp: 22.01.2026).
- Ślusarska B. 2017. Badanie gruczołów piersiowych. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Ślusarska B. 2017. Badanie skóry. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Ślusarska B. 2017. Ocena stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb pielęgnowania. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Ślusarska B. 2017a. Badanie układu sercowo-naczyniowego. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Świetliński J. (red.). 2023. *Neonatologia*. Tom 1. Warszawa, PZWL.
- Tomik J. 2018. Subiektywne metody badania słuchu – próby stroikowe. Dostępne online: <https://www.mp.pl/otolaryngologia/artykuly/ucho/179735,subiektywne-metody-badania-sluchu-proby-stroikowe> (dostęp: 21.01.2026).
- Trobe J.D. 2011. *Neurookulistyka. Szybkie rozpoznanie w okulistyce*. Wrocław, Elsevier.
- Turaj W. 2025. *Badanie kliniczne w neurologii*. Wrocław, Edra Urban & Partner.
- Uniwersytet Medyczny w Poznaniu [b.r.] Odruchy brzuszne [w:] Układ nerw[ow]y – ćwiczenia. Dostępne online: <https://kzf.ump.edu.pl/wp-content/uploads/2024/03/nerwycwiczenia.pdf> (dostęp: 22.01.2026).
- Vellas B., Villars H., Abellan G., Soto M.E., Rolland Y., Guigoz Y., Morley J.E., Chumlea W., Salva A., Rubenstein L.Z., Garry P. 2006. Overview of the MNA – Its History and Challenges. *Journal of Nutrition, Nealth & Aging* 10, str. 456–465.
- Walczak A., Muszyńska-Lachota I. 2017. Badanie głowy i szyi. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Warszawski Uniwersytet Medyczny. 2025a. Badanie przedmiotowe z zakresu układu oddechowego. Slajd 17. Dostępne online: <https://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/2025-06/badanie-przedmiotowe-z-zakresu-ukladu-oddechowego-interna-iii-rok.pdf> (dostęp: 22.01.2026).
- Warszawski Uniwersytet Medyczny. 2025b. Topografia klatki piersiowej [w:] Podstawowa diagnostyka różnicowa objawów z zakresu układu krążenia. Slajd 2. Dostępne online: <https://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/2025-06/podstawowa-diagnostyka-roznicowa-objawow-uklad-krzenia04.12.2022.pdf> (dostęp: 22.01.2026).
- Warszawski Uniwersytet Medyczny. 2025c. Topografia klatki piersiowej [w:] Podstawowa diagnostyka różnicowa objawów z zakresu układu krążenia. Slajd 3. Dostępne online: <https://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/sites/klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/files/2025-06/podstawowa-diagnostyka-roznicowa-objawow-uklad-krzenia04.12.2022.pdf> (dostęp: 22.01.2026).
- Ważna M. 2022. Jak prawidłowo oddychać? Na pewno nie przez usta. Dostępne online: <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,jak-prawidlowo-oddychac--na-pewno-nie-przez-usta,artykul,33742738.html> (dostęp: 22.01.2026).
- Wilińska M., Dobrzańska A., Helwich E. 2023. Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Wydanie V. Warszawa, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Media-Press.

- Witkowska J. 2022. Samobadanie piersi – jak prawidłowo wykonać? Dostępne online: <https://www.medicover.pl/nowotwory/rak-piersi/samobadanie/> (dostęp: 21.01.2026).
- Wolska- Lipiec K. (2016). Komunikowanie, jako integralna część pielęgniarstwa. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Zaborowski P. (red.) 2016. Podstawy badania klinicznego. Warszawa, MediPage.
- Zalewski Z. 2016. Etyczne i prawne aspekty komunikowania się pielęgniarki z pacjentem. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Warszawa, PZWL.
- Zarzycka D. 2017. Badanie układu kostno-stawowego. W: Zarzycka D., Ślusarska B. *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom 2. Warszawa, PZWL.
- Zarzycka D., Ślusarska B. 2017. Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1–2. Warszawa, PZWL.
- Zarzycka D., Emeryk A. 2020. *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne*. Warszawa, PZWL. Zdrowie. 2020. Badanie ostrości wzroku. Dostępne online: <https://zdrowie.med.pl/badania/badanie-ostrosci-wzroku> (dostęp: 23.09.2025).

Załączniki

Arkusz Całościowej Oceny Geriatrycznej składa się z kilku elementów:

Załącznik 1. Geriatryczna Skala Oceny Depresji

Załącznik 2. Skala Funkcjonowania Codziennego – ADL

Załącznik 3. Skala Oceny Złożonych Czynności Codziennych wg Lawtona (LADL)

Załącznik 4. Skala Barthel

Załącznik 5. Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia

Załącznik 6. Skala Tinetti – oceny równowagi i chodu

Załącznik 7. TUG test (ang. *timed „up and go” test* – test „wstań i idź”)

Załącznik 8. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego Mini-Mental State Examination (MMSE)

Załącznik 9. Czynniki ryzyka i wartości punktowe

Załącznik 1. Geriatryczna Skala Oceny Depresji

Lp.	Pytanie	Odpowiedź	
		TAK	NIE
1	Czy jest Pan/Pani zadowolony/zadowolona z całego swojego życia?	0	1
2	Czy zmniejszyły się Pana/Pani zainteresowania i/lub liczba zajęć?	1	0
3	Czy ma Pan/Pani poczucie pustki w życiu?	1	0
4	Czy często czuje się Pan/Pani znudzony/znudzona?	1	0
5	Czy zwykle jest Pan/Pani pogodny/pogodna?	0	1
6	Czy obawia się Pan/Pani, że stanie się z Panem/Panią coś złego?	1	0
7	Czy przez większą część czasu czuje się Pan/Pani szczęśliwy/szczęśliwa?	0	1
8	Czy często czuje się Pan/Pani bezradny/bezradna?	1	0
9	Czy woli Pan/Pani zostać w domu, niż wyjść i spotkać się z ludźmi?	1	0
10	Czy uważa Pan/Pani, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?	1	0
11	Czy uważa Pan/Pani, że wspaniale jest żyć?	0	1
12	Czy czuje się Pan/Pani gorszy/gorsza od innych ludzi?	1	0
13	Czy czuje się Pan/Pani pełen/pełna energii?	0	1
14	Czy uważa Pan/Pani, że sytuacja jest beznadziejna?	1	0
15	Czy myśli Pan/Pani, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?	1	0
Wynik końcowy: .../15			

Interpretacja wyniku:

0–5 punktów bez depresji

6–10 punktów: umiarkowana depresja

11–15 punktów: duża depresja

Załącznik 2. Skala Funkcjonowania Codziennego – ADL

Lp.	Czynności	Wykonuje	
1	Kąpiel (natrysk lub wanna)	całkowita samodzielność, nie potrzebuje pomocy (nawet jeżeli korzysta z pomocy przy wchodzeniu lub wychodzeniu z wanny)	1
		niewielka pomoc – np. przy myciu niektórych części ciała	0,5
		znaczna pomoc – potrzebuje pomocy przy kąpieli	0
2	Ubieranie się (wkładanie i zdejmowanie bielizny i ubrań z szafy, używanie suwaka i guzików)	całkowita samodzielność – dobór odzieży, ubieranie się bez pomocy	1
		częściowa pomoc – samodzielne dobieranie odzieży, ale potrzebna pomoc przy suwakach i guzikach	0,5
		brak samodzielności – potrzebna pomoc przy przygotowaniu odzieży i ubieraniu się	0
3	Toaleta (oceniaamy samodzielne pójście do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się i porządkowanie odzieży)	całkowita samodzielność – pacjent sam chodzi do łazienki, załatwia potrzeby fizjologiczne, porządkuje odzież (może używać laski, balkonika, wózka inwalidzkiego; może w nocy używać basenu i opróżnić go rano)	1
		potrzebuje pomocy – w toalecie, podmywaniu się, porządkowaniu odzieży lub przy użyciu basenu	0,5
4	Kontrolowanie zwieraczy (oddawanie moczu i stolca)	całkowite kontrolowanie zwieraczy	1
		częściowy brak kontroli – przypadki braku kontroli zdarzają się „od czasu do czasu”	0,5
		całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika	0
5	Karmienie	całkowita samodzielność – je bez pomocy	1
		częściowa pomoc – np. krojenie mięsa smarowanie masłem chleba	0,5
		brak samodzielności – potrzeba kamienia lub konieczność założenia sondy	0
6	Poruszanie się	całkowita samodzielność (kładzenie się i wstawanie z łóżka oraz siadanie i wstawanie z krzesła bez pomocy lub przy pomocy laski)	1
		kładzenie się lub wstawanie z łóżka lub krzesła tylko przy pomocy	0,5
		stałe przebywanie w łóżku	0
Wynik końcowy: .../6			

Interpretacja wyniku:

5–6 punktów: sprawność

3–4 punkty: umiarkowana sprawność

0–2 punkty: niesprawność

Załącznik 3. Skala Oceny Złożonych Czynności Codziennych wg Lawtona (LADL)

Lp.	Czynności	Wykonuje	
1	Użycie telefonu	co najmniej samodzielnie odbiera telefon	1
		nie odbiera samodzielnie	0
2	Zakupy	bez pomocy	1
		wykonuje z pomocą lub nie wykonuje	0
3	Przygotowanie posiłków	bez pomocy	1
		nie przygotowuje lub tylko podgrzewa	0
4	Sprzątanie	bez pomocy	1
		wymaga pomocy przy codziennych porządkach	0
5	Pranie	cokolwiek pierze	1
		nie jest w stanie przeprać	0
6	Używanie środków transportu	bez pomocy	1
		wymaga jakiegokolwiek pomocy przy korzystaniu z środków transportu	0
7	Posługiwanie się lekami	samodzielnie zażywa leki w sposób właściwy i zalecany	1
		wymaga jakiegokolwiek pomocy, nawet przy przygotowaniu leków	0
8	Posługiwanie się pieniędzmi	samodzielnie posługuje się przy codziennych zakupach lub wymaga jakiegokolwiek pomocy, przy np. wypłacie lub wpłacie	1
		nie posługuje się przy codziennych zakupach	0
Wynik końcowy: .../8			

Interpretacja wyniku:

8 punktów: pełna niezależność, pacjent samodzielnie funkcjonuje w środowisku.

6–7 punktów: niewielka zależność, pacjent wymaga niewielkiego wsparcia w niektórych zadaniach.

3–5 punktów: umiarkowana zależność, pacjent wymaga pomocy w bardziej złożonych czynnościach

0–2 punkty: znaczna zależność, pacjent wymaga opieki i pomocy przy wykonywaniu wymienionych czynności

Załącznik 4. Skala Barthel

1. Spożywanie posiłków:
 - 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść
 - 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, modyfikacji diety
 - 10 – samodzielny, niezależny
2. Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:
 - 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu
 - 5 – większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby
 - 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna
 - 15 – samodzielny
3. Utrzymywanie higieny osobistej:
 - 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych
 - 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów
4. Korzystanie z toalety:
 - 0 – zależny
 - 5 – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam
 - 10 – niezależny, zdejmowanie i zakładanie ubieranie się, podcieranie
5. Mycie, kąpiel całego ciała:
 - 0 – zależny
 - 5 – niezależny
6. Poruszanie się po powierzchniach płaskich:
 - 0 – nie porusza się lub porusza na odległość <50 m
 - 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m
 - 10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną >50 m
 - 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m
7. Wchodzenie i schodzenie po schodach:
 - 0 – nie jest w stanie
 - 5 – potrzebuje pomocy słownej i fizycznej, przenoszenia
 - 10 – samodzielny
8. Ubieranie się i rozbieranie:
 - 0 – zależny
 - 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę bez pomocy
 - 10 – niezależny
9. Kontrolowanie stolca, zwieracza odbytu:
 - 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw
 - 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
 - 10 – panuje (utrzymuje stolec)
10. Kontrolowanie moczu, zwieracza pęcherza moczowego:
 - 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny
 - 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
 - 10 – panuje (utrzymuje mocz)

Interpretacja wyniku (maksimum punktów – 100):

0–20 punktów: osoba niesamodzielną, potrzebującą stałej opieki

21 –80 punktów: osoba częściowo samodzielna, przy niewielkiej pomocy może funkcjonować samodzielnie

81–100 punktów: osoba całkowicie samodzielna

Załącznik 5. Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia

I. Ocena skrócona

A. Czy przyjmowanie pokarmów w okresie ostatnich trzech miesięcy zmniejszyło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy połykaniem?

- w dużym stopniu – 0 pkt
- w umiarkowanym stopniu – 1 pkt
- nie zaobserwowano – 2 pkt

B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:

- więcej niż 3 kg – 0 pkt
- badana osoba nie wie, nie potrafi sprecyzować – 1 pkt
- utrata masy ciała 1–3 kg – 2 pkt
- bez utraty masy ciała – 3 pkt

C. Mobilność / zdolność do samodzielnego przemieszczania się:

- nie opuszcza sam/sama łóżka lub krzesła – 0 pkt
- jest w stanie sam/sama podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz – 1 pkt
- wychodzi samodzielnie z domu – 2 pkt

D. Czy w ciągu trzech ostatnich miesięcy wystąpiła u Pani/Pana choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?

- tak – 0 pkt
- nie – 2 pkt

E. Problemy neuropsychologiczne

- znacznego stopnia demencja lub depresja – 0 pkt
- umiarkowanego stopnia demencja lub depresja – 1 pkt
- bez problemów psychicznych – 2 pkt

F. BMI (ang. *body mass index*) = masa ciała (kg) : (wzrost w metrach)²

- BMI poniżej 19 – 0 pkt
- BMI od ≥ 19 do 21 – 1 pkt
- BMI od ≥ 21 do < 23 – 2 pkt
- BMI ≥ 23 – 3 pkt

II. Ocena pełna

G. Mieszka poza placówką opiekuńczo-leczniczą:

- nie – 0 pkt
- tak – 1 pkt

H. Przyjmuje więcej niż trzy leki dziennie:

- tak – 0 pkt
- nie – 1 pkt

I. Odleżyny lub owrzodzenia:

- tak – 0 pkt
- nie – 1 pkt

J. Ile posiłków dziennie pacjent spożywa?

- jeden posiłek – 0 pkt
- dwa posiłki – 1 pkt
- trzy posiłki – 2 pkt

K. Wybrane wskaźniki spożycia białka:

- co najmniej jeden posiłek z produktów mlecznych (mleko, ser, jogurt): tak ☐ nie ☐
- dwa lub więcej posiłków zawierających jajka lub rośliny strączkowe na tydzień: tak ☐ nie ☐
- mięso, ryby lub drób codziennie: tak ☐ nie ☐
- 0–1 razy „tak”: – 0 pkt
- razy „tak” – 0,5 pkt
- razy „tak” – 1 pkt

L. Spożywa warzywa lub owoce co najmniej dwa razy dziennie:

- nie – 0 pkt
- tak – 1 pkt

M. Ile płynów (woda, sok, kawa, herbata, mleko) dziennie spożywa pacjent?

- poniżej 3 filiżanek/szklanek – 0 pkt
- od 3 do 5 filiżanek – 0,5 pkt
- więcej niż 5 filiżanek – 1 pkt

N. Sposób odżywiania:

- nie jest w stanie jeść samodzielnie – 0 pkt
- je samodzielnie z trudnością – 1 pkt
- je samodzielnie – 2 pkt

O. Samoocena stanu odżywiania:

- ocenia się jako osoba niedożywiona – 0 pkt
- nie potrafi ocenić stanu odżywiania – 1 pkt
- ocenia się jako osoba nie mająca problemów z odżywianiem – 2 pkt

P. W porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku – jak pacjent ocenia swój stan zdrowia?

- jako gorszy – 0 pkt
- nie wie – 0,5 pkt
- tak samo dobry – 1 pkt
- lepszy – 2 pkt

Q. Obwód ramienia:

- <21 cm – 0 pkt
- ≥ 21 cm do < 22 cm – 0,5 pkt
- ≥ 22 cm – 1 pkt

R. Obwód łydki:

- < 31 cm – 0 pkt
- ≥ 31 cm – 1 pkt

Wynik końcowy ...

Interpretacja wyniku

Odżywianie wstępne (MNA-SF):

wynik do 10 punktów = 0 punktów

wynik od 11 punktów = 1 punkt

MNA-SF interpretacja wyników:

11–14 punktów: zadowalający stan odżywienia

Odżywianie całkowite (MNA)

wynik do 23,5 punktów = 0 punktów

wynik od 24 punktów = 1 punkt

MNA interpretacja wyników:

24–30 punktów: zadowalający stan odżywienia

17–23,5 punktów: ryzyko niedożywienia

0–16,5 punktów: niedożywienie osoby badanej

Załącznik 6. Skala Tinetti – oceny równowagi i chodu

RÓWNOWAGA (badany siedzi na twardym krześle bez poręczy)

Lp.	Rodzaj równowagi	Opis	
1	Równowaga podczas siedzenia	zachowuje równowagę – zabezpieczony pochyla się lub ześlizguje z krzesła	1 0
2	Wstawanie z miejsca	wstaje bez pomocy rąk wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma niezdolny do samodzielnego wstania	2 1 0
3	Próby wstawania z miejsca	wstaje przy pierwszej próbie wstaje, ale potrzebuje kilku prób niezdolny do wstania bez pomocy	2 1 0
4	Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 sek.)	stoi pewnie, bez żadnego podparcia stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)	2 1 1 0
5	Równowaga podczas stania	stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (pięty w odległości > 10cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp. stoi niepewnie	2 1 0
6	Próba trącania (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)	stoi pewnie zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję zaczyna się przewracać	2 1 0
7	Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego	stoi pewnie stoi niepewnie	1 0
8.	Obracanie się o 360°	ruch ciągły, pewny ruch niepewny (zataczanie się, chwytanie przedmiotów) ruch przerywany	2 1 0
9	Siadanie	pewny, płynny ruch pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)	2 1 0
Równowaga – wynik końcowy: .../16			

SKALA TINETTI – OCENY RÓWNOWAGI I CHODU (c.d.):

CHÓD: badany stoi obok badającego, idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika, jeśli zwykle posługuje się nimi

Lp.	Cechy chodu	Opis	
10	Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wdaniu polecenia)	start bez wahania jakikolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca	1 0
11	Długość i wysokość kroku		
	A. Zasięg ruchu prawej stopy przy wyroku	przekracza położenie lewej stopy; prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą przekracza położenie lewej stopy lub prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą, nie przekracza miejsca stania lewej stopy; prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi	2 1 0
	B. Zasięg ruchu lewej stopy przy wyroku	przekracza położenie prawej stopy; lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą przekracza położenie prawej stopy lub lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą nie przekracza miejsca stania prawej stopy; lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża	2 1 0
12	Symetria kroku	długość kroku obu stóp wydaje się równa długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa	1 0
13	Ciągłość chodu	chód wydaje się ciągły zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu	1 0
14	Ścieżka chodu (oceniać na odcinku ok. 3 metrów, odnotować odchylenie rzędu 30 cm)	prosta ścieżka bez korzystania z pomocy niewielkie lub średniego stopnia odchylenie, ewentualnie pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.) wyraźne odchylenie od toru	2 1 0
15	Tułów	pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych	2 1 0

16	Pozycja podczas chodzenia	pięty prawie stykają się podczas chodzenia, pięty rozstawione	1 0
Chód – wynik końcowy: .../12			
Łączna liczba punktów (równowaga + chód): .../28			

Interpretacja wyniku: łączny wynik poniżej 26 punktów sygnalizuje problem; przy wyniku poniżej 19 punktów – ryzyko upadku wzrasta pięciokrotnie.

Załącznik 7. TUG test (ang. *timed „up and go” test* – test „wstań i idź”)

Oceniamy czas przejścia pacjenta z pozycji siedzącej do stojącej, następnie marsz na 3-metrowym dystansie, wykonanie zwrotu, marsz powrotny do krzesła oraz siadanie.

Normy czasowe:

<10 sekund: mobilność prawidłowa

10–19 sekund: mobilność dobra

20–29 sekund: mobilność osłabiona – występuje umiarkowane ryzyko upadku

≥30 sekund: znaczne ograniczenie mobilności – występuje wysokie ryzyko upadku.

Kryteria oceny:

- pacjent wstaje bez problemu, chodzi płynnie, nie wykazuje oznak niestabilności – 1 punkt
- pacjent ma niewielkie trudności przy wstawaniu lub chodzeniu, nie wykazuje ryzyka upadku – 2 punkty
- pacjent ma wyraźne problemy z równowagą; występuje konieczność użycia rąk przy wstawaniu, chód niestabilny – 3 punkty
- pacjent wymaga pomocy przy wstawaniu lub chodzeniu, prezentuje wysokie ryzyko upadku – 4 punkty
- pacjent nie jest w stanie wykonać zadania; nie może wstać z krzesła i chodzić bez pomocy – 5 punktów

Interpretacja wyników:

1–2 punkty: niskie ryzyko upadku, pacjent jest mobilny i niezależny

3 punkty: występuje umiarkowane ryzyko upadku

4–5 punktów: występuje wysokie ryzyko upadku (Cleeand, 2024)

Załącznik 8. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (Mini-Mental State Examination, MMSE)

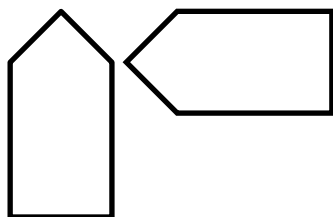
	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:	Pkt.
1	Orientacja <u>Orientacja w czasie</u> • Jaki jest teraz rok? • Jaka jest teraz pora roku? • Jaki jest teraz miesiąc? • Jaka jest dzisiejsza data? • Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?	(1–5)
	<u>Orientacja w miejscu</u> • W jakim kraju się znajdujemy? • W jakim województwie się znajdujemy? • W jakim mieście się teraz znajdujemy? • Jak nazywa się miejsce, w którym jesteśmy? • Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?	(1–5)
2	Zapamiętywanie „Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył(a)”. Słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie (jedno słowo na sekundę): BYK MUR LAS „Proszę je zapamiętać, będę pytać o nie powtórnie za kilka minut”.	(1–3)
3	Uwaga i liczenie „Proszę odejmować kolejno od 100 do 7, aż powiem stop”.	(1–5)
4	Przypominanie „Proszę wymienić trzy słowa, które Pan(i) miał(a) wcześniej zapamiętać”. BYK MUR LAS	(1–3)
5	Funkcje językowe <u>Nazywanie</u> Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówki, zegarek): • Jak nazywa się ten przedmiot?	(1–2)
	<u>Powtarzanie</u> Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: Ani tak, ani nie, ani ale.	1
	<u>Wykonywanie poleceń</u> „Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać to polecenie: Proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki złożyć ją oburącz na połowę i położyć ją na kolana”. - Pokazujemy badanemu tekst polecenia zamieszczony na okładce: „Proszę przeczytać to polecenie, zamknąć oczy i wykonać je”.	(1–3)
	<u>Pisanie</u> Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania: „Proszę napisać na tej kartce dowolne zdanie”.	1
6	Praksja konstrukcyjna* „Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko jest to możliwe”.	1
	Wynik końcowy: .../30	

Wynik interpretujemy dla skali Mini-Mental State Examination (MMSE) (ocena głębokości otępienia): za każdą prawidłową odpowiedź badany otrzymuje 1 punkt, maksymalny wynik w teście to 30 punktów.

***Praksja konstrukcyjna**

Zwracamy się do pacjenta: *Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko jest to możliwe.*

Rysunek zamieszczony jest na odwrocie arkusza odpowiedzi.



Interpretacja wyniku:

27–30 punktów: wynik prawidłowy

24–26 punktów: zaburzenia poznawcze bez otępienia

19–23 punktów: otępienie lekkiego stopnia

11–18 punktów: otępienie średniego stopnia

0–10 punktów: otępienie głębokie

Załącznik 9. Czynniki ryzyka i wartości punktowe

Lp.	Czynniki ryzyka i wartości punktowe	Ocena	
1	Stan fizyczny	bardzo dobry dobry średni bardzo ciężki	4 3 2 1
2	Stan świadomości	pełna przytomność/świadomość apatia zaburzenia świadomości stupor lub śpiączka	4 3 2 1
3	Zdolność przemieszczania	chodzi samodzielnie chodzi z asystą porusza się na wózku stałe pozostaje w łóżku	4 3 2 1
4	Samodzielność przy zmianie pozycji	pełna ograniczona bardzo ograniczona całkowita niesprawność	4 3 2 1
5	Czynności zwieraczy odbytu i cewki	pełna sprawność sporadyczne moczenie częste moczenie całkowite nietrzymanie moczu	4 3 2 1

Suma punktów za każdy czynnik ryzyka dla każdej danej oceny.

Interpretacja wyniku: liczba poniżej 14 punktów świadczy o ryzyku odleżyn.

