PROGRAM KURSU SPECJALISTYCZNEGO
WYWIAD I BADANIE FIZYKALNE

dla pielęgniarek i położnych

Program został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 14.12.2016r.
uwzględnia:

1. Aktualizację programów szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych w obszarze miejsca realizacji stażu zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594), zatwierdzoną przez Ministra Zdrowia w dniu 31.08.2017 r.

Warszawa 2017

PROGRAM PRZYGOTOWANY PRZEZ ZESPÓŁ PROGRAMOWY W SKŁADZIE[1]

1. **dr hab. n. o zdr. Danuta Zarzycka – Przewodnicząca Zespołu;** Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. **dr n. med. Mariola Banaszkiewicz** – Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. **dr n. zdr. Władysław Grabowski** – Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny
4. **mgr Halina Idczak** – Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

PROGRAM ZAKTUALIZOWANY PRZEZ ZESPÓŁ ds. EWALUACJI W SKŁADZIE[2]

1. **dr hab. n. o zdr. Danuta Zarzycka** – Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. **dr n. o zdr. Jarosław Czepczarz** – Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie; Członek Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
3. **mgr piel. Donata Czekała** – Domowa Opieka Medyczna Do-Med.; Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

RECENZENT PROGRAMU

dr hab. n. med. Danuta Dyk – Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

[1] Powołany Zarządzeniem Nr 38/14 Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 maja 2014 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Opracowania Programu Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
[2] Powołany Zarządzeniem Nr 65/16 Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 września 2016 r. w sprawie powołania zespołu do spraw ewaluacji programów kształcenia szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych.

AKTUALIZACJA zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w dniu 31.08.2017r. PRZYGOTOWANA PRZEZ ZESPÓŁ ds. EWALUACJI W SKŁADZIE

1. **dr hab. n. hum. Maria Kózka, prof. UJ** – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
2. **dr n. o zdr. Grażyna Wójcik** – Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
3. **mgr Sabina Wiatkowska** – Przewodnicząca Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych

Powołany Zarządzeniem Nr 32/17 Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 maja 2017 r. w sprawie powołania zespołu do spraw ewaluacji programów szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych w obszarze miejsca realizacji stażu zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594).

1. ZAŁOŻENIA ORGANIZACYJNO-PROGRAMOWE

Rodzaj kształcenia
Kurs specjalistyczny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

Efekty kształcenia wskazane w programie kursu specjalistycznego ***Wywiad i badanie fizykalne, dla pielęgniarek i położnych*** są dla organizatora i uczestnika kształcenia obowiązkowym elementem programu. Osiągnięcie wskazanych efektów kształcenia gwarantuje, że każdy uczestnik kursu specjalistycznego będzie posiadać takie same kwalifikacje, niezależnie od miejsca ukończenia kształcenia, podmiotu organizującego kształcenie oraz systemu kształcenia.

Cel kształcenia
Ukształtowanie kompetencji samodzielnego, kompleksowego badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta dorosłego oraz analizy wyników badania w kierunku sformułowania wniosków pozwalających na planowanie i realizowanie opieki pielęgniarskiej.

Czas trwania kształcenia
Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu kursu specjalistycznego w kontakcie z wykładowcą/opiekunem stażu wynosi **100** godzin dydaktycznych:
zajęcia teoretyczne – **75** godzin,
zajęcia praktyczne – **25** godzin.

Sposób organizacji
Za przebieg i organizację kursu specjalistycznego odpowiedzialny jest organizator kształcenia.
Planując realizację kształcenia, organizator powinien:
1. Opracować regulamin organizacyjny kursu specjalistycznego, który w szczególności określa:
   - organizację;
   - zasady i sposób naboru osób;
   - prawa i obowiązki osób uczestniczących;
   - zakres obowiązków kadry dydaktycznej prowadzącej nauczanie teoretyczne i praktyczne;
   - zasady przeprowadzenia egzaminu końcowego.
2. Powołać kierownika kursu specjalistycznego.
   Do zadań kierownika kursu, oprócz zadań określonych w przepisach Ministra Zdrowia, z tego zakresu powinno należeć:
   - współdecydowanie o doborze kadry dydaktycznej;
   - przedstawienie uczestnikom kursu: celu, programu i organizacji kształcenia;
   - ocenianie placówek szkolenia praktycznego wg specyfiki i organizacji zajęć;
   - pomaganie w rozwiązywaniu problemów;
   - udzielanie indywidualnych konsultacji uczestnikom kursu;
   - zbieranie i analizowanie opinii o przebiegu kursu.
3. Przeprowadzić postępowanie kwalifikacyjne.
4. Powołać wykładowców posiadających kwalifikacje określone w programie kursu.

5. Powołać w uzgodnieniu z kierownikiem kursu opiekunów szkolenia praktycznego, którzy powinni być merytorycznymi pracownikami placówek, w których odbywa się szkolenie praktyczne. Do zadań opiekuna szkolenia praktycznego należy:
   - instruktaż wstępny (zapoznanie z celem szkolenia praktycznego, z organizacją pracy, wyposażeniem placówki, jej personelem, zakresem udzielanych świadczeń i in.);
   - instruktaż bieżący (organizacja i prowadzenie zajęć, kontrola nad ich prawidłowym przebiegiem, pomoc w rozwiązywaniu problemów i in.);
   - instruktaż końcowy (omówienie i podsumowanie zajęć, zaliczenie świadczeń zdrowotnych określonych w programie kształcenia, ocena uzyskanych wiadomości i umiejętności).
6. Zapewnić bazę dydaktyczną do szkolenia teoretycznego, dostosowaną do liczby uczestników kursu, w tym:
   - sale wykładowe i seminaryjne wyposażone w sprzęt multimedialny;
   - sale ćwiczeniowe wyposażone w sprzęt do przeprowadzenia badania fizykalnego.
7. Zapewnić środki dydaktyczne, o których mowa w programie poszczególnych modułów.
8. Dobrać placówki stażowe zgodnie z planem nauczania, w których możliwe będzie zdobywanie umiejętności niezbędnych do wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych.
9. Posiadać wewnętrzny system monitorowania jakości kształcenia.

Sposób sprawdzania efektów kształcenia

W toku realizacji programu kształcenia przewiduje się ocenianie:

1. Bieżące – rozumiane jako zaliczanie poszczególnych modułów (sprawdzenie stopnia opanowania wiedzy i umiejętności będących przedmiotem nauczania teoretycznego i praktycznego, w tym świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kształcenia).
2. Końcowe – zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251) kurs specjalistyczny kończy się egzaminem teoretycznym, przeprowadzonym w formie pisemnej lub ustnej, albo egzaminem praktycznym.
   Rodzaj egzaminu i formę egzaminu teoretycznego ustala organizator kształcenia, z uwzględnieniem zakresu, w jakim prowadzony jest kurs specjalistyczny.

2. OGÓLNE EFEKTY KSZTAŁCENIA

Zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego ***Wywiad i badanie fizykalne*** otrzymuje pielęgniarka, położna, która:

1) w zakresie wiedzy:
- szczegółowo charakteryzuje i krytycznie analizuje, zakres i charakter badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta dorosłego z uwzględnieniem swoistości jego sytuacji zdrowotnej;
- przedstawia zasady gromadzenia informacji o sytuacji zdrowotnej pacjenta, dokumentowania wyników badania.

2) w zakresie umiejętności potrafi:
- wykonać kompleksowe badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta dorosłego z uwzględnieniem swoistości jego sytuacji zdrowotnej;
- krytycznie analizować, dokumentować informacje zgromadzone metodą badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wykorzystywać dla potrzeb opieki pielęgniarskiej.

3) w zakresie kompetencji społecznych:
- szanuje godność i autonomię pacjenta bez względu na jego wiek, płeć, niepełnosprawność, orientację seksualną oraz pochodzenie narodowe i etniczne;

- przestrzega zasad etyczno-deontologicznych w relacji z pacjentem, rodziną i współpracownikami;
- przejawia postawę permanentnego pogłębiania wiedzy z obszaru wywiadu i badania fizykalnego.

3. SZCZEGÓŁOWE EFEKTY KSZTAŁCENIA

W zakresie wiedzy uczestnik kursu:

W1. omawia zasady prowadzenia badania podmiotowego;
W2. omawia poznanie pacjenta wg systemu Calgary-Cambridge;
W3. omawia zasady i sposoby dokumentowania wyników badania podmiotowego;
W4. charakteryzuje zakres informacji ogólnych dotyczących osoby badanej (dane personalne, źródło informacji, główny problem zdrowotny);
W5. zna system opisu objawów i dolegliwości pacjenta wg schematów OLD CART, FIFE, SAMPLE;
W6. omawia zakres gromadzenia subiektywnych informacji o stanie funkcji układów i części ciała;
W7. zna wiarygodne skale/kwestionariusze wykorzystywane do diagnozowania stanu zdrowia oraz ryzyka wystąpienia zaburzeń;
W8. omawia zasady i sposób oceny stanu psychicznego w tym nastroju, spostrzegania, uwagi, pamięci, mowy i myślenia;
W9. omawia sposób oceny uzależnienia od nikotyny, alkoholu, substancji psychoaktywnych;
W10. zna system opisu objawów i dolegliwości pacjenta wg schematu cztery A;
W11. omawia zasady i sposób badania przedmiotowego, w tym oceny podstawowych parametrów życiowych, stanu świadomości i przytomności, odżywienia z zastosowaniem dostępnych skal i norm;
W12. omawia zasady i sposób badania fizykalnego skóry i jej wytworów oraz oceny zmian skórnych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W13. omawia zasady i sposób badania fizykalnego i oceny węzłów chłonnych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W14. omawia zasady i sposób badania fizykalnego głowy i szyi oraz oceny zmian w obrębie nosa i zatok, jamy ustnej i gardła z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W15. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie narządu wzroku z wykorzystaniem metody oglądania;
W16. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie ucha z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W17. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie gruczołów piersiowych i dołów pachowych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W18. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu oddechowego z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji, opukiwania i osłuchiwania;
W19. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji, opukiwania i osłuchiwania;
W20. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu krążenia obwodowego z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji i osłuchiwania;
W21. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie brzucha z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji, opukiwania i osłuchiwania;
W22. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu moczowego z wykorzystaniem metod oglądania, opukiwania, palpacji;

W23. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie odbytu i gruczołu krokowego z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W24. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie żeńskich zewnętrznych narządów płciowych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W25. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie męskich zewnętrznych narządów płciowych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W26. omawia zasady i sposób badania fizykalnego ogólnego, odcinkowego i miejscowego oraz oceny zmian ze strony układu mięśniowo-szkieletowego z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji;
W27. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu nerwowego w tym: nerwów czaszkowych, czucia, równowagi i koordynacji ruchowej, odruchów powierzchownych i głębokich, objawów oponowych, objawów korzeniowych;
W28. ocenia kompletność zgromadzonych informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej pacjenta wg schematu SOAP;
W29. analizuje zakres informacji subiektywnych o stanie zdrowia pacjenta, objawach patologicznych, pochodzących z zaburzonych funkcji układów i części ciała;
W30. zna system PES (Problem, Etiology, Symptom) opisu rozpoznania stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej;
W31. charakteryzuje klasyfikacje diagnoz i interwencji pielęgniarskich.

W zakresie umiejętności uczestnik kursu potrafi:
U1. stosować zasady badania podmiotowego;
U2. stosować system Calgary-Cambridge w celu poznania stanu zdrowia pacjenta dorosłego;
U3. gromadzić informacje ogólne dotyczące osoby badanej (dane personalne, źródło informacji, główny problem zdrowotny);
U4. opisać objawy i dolegliwości pacjenta wg schematów OLD CART, FIFE, SAMPLE;
U5. pozyskać dane dotyczące przeszłości i obecnego stanu zdrowia badanego, w tym dane psychosocjalne pacjenta oraz dane dotyczące rodziny;
U6. gromadzić subiektywne informacje o stanie funkcji układów i części ciała;
U7. stosować wiarygodne skale/kwestionariusze wykorzystywane do diagnozowania stanu zdrowia oraz ryzyka wystąpienia zaburzeń;
U8. rozpoznać objawy sugerujące uzależnienie od nikotyny, alkoholu, substancji psychoaktywnych;
U9. ocenić stan psychiczny pacjenta w tym: nastrój, spostrzeganie, uwagę, pamięć, mowę i myślenie;
U10. dokumentować wyniki badania podmiotowego;
U11. zastosować ocenę kompleksową stanu zdrowia pacjenta wg schematu cztery A;
U12. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny skóry i jej wytworów oraz węzłów chłonnych;
U13. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny głowy, szyi i narządów zmysłów w tym oka, ucha, nosa oraz zatok, jamy ustnej i ślinianek;
U14. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny klatki piersiowej w tym układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, gruczołów piersiowych oraz obwodowego układu krążenia;
U15. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny brzucha;
U16. wykorzystywać metody badania fizykalnego do oceny układu moczowego, gruczołu krokowego i odbytu;

U17. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny żeńskich narządów płciowych oraz męskich narządów płciowych;
U18. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny układu mięśniowo-szkieletowego, układu nerwowego w tym nerwów czaszkowych, czucia, siły mięśniowej, równowagi i koordynacji ruchowej oraz odruchów;
U19. analizować jakość zgromadzonych informacji o sytuacji zdrowotnej pacjenta dorosłego w kontekście schematów SOAP i OLD CART;
U20. posługiwać się wybraną klasyfikacją diagnoz i interwencji pielęgniarskich;
U21. formułować wstępne rozpoznanie stanu zdrowia osoby dorosłej na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego oraz dokumentować wynik rozpoznania dla potrzeb opieki pielęgniarskiej.

W zakresie kompetencji społecznych uczestnik kursu:
K1. przestrzega tajemnicy zawodowej;
K2. przejawia empatię w relacji z pacjentem;
K3. szanuje godność i autonomię pacjenta;
K4. wykazuje odpowiedzialność za badaną osobę dorosłą;
K5. systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności.

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

4. PLAN NAUCZANIA

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin teorii	Staż*	Liczba godzin stażu	Łączna liczba godzin kontaktowych
			Miejsce realizacji		
I	Badanie podmiotowe osoby dorosłej	10	Oddział chorób wewnętrznych –15 godz. Oddział neurologiczny; Oddział anestezjologii i intensywnej terapii – 10 godz.	25	**100**
II	Badanie przedmiotowe osoby dorosłej	55			
III	Ocena stanu zdrowia pacjenta na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego	10			
Łącznie		**75**		**25**	**100**

*Warunkiem przystąpienia do stażu jest zaliczenie modułu I, II i III.

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

5. MODUŁY KSZTAŁCENIA

5.1. MODUŁ I

Nazwa modułu	**BADANIE PODMIOTOWE OSOBY DOROSŁEJ**
Cel kształcenia	Ukształtowanie kompetencji badania podmiotowego osoby dorosłej.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik kursu:** **W zakresie wiedzy:** W1. omawia zasady prowadzenia badania podmiotowego; W2. omawia poznanie pacjenta wg systemu Calgary-Cambridge; W3. omawia zasady i sposoby dokumentowania wyników badania podmiotowego; W4. charakteryzuje zakres informacji ogólnych dotyczących osoby badanej (dane personalne, źródło informacji, główny problem zdrowotny); W5. zna system opisu objawów i dolegliwości pacjenta wg schematów OLD CART, FIFE, SAMPLE; W6. omawia zakres gromadzenia subiektywnych informacji o stanie funkcji układów i części ciała; W7. zna wiarygodne skale/kwestionariusze wykorzystywane do diagnozowania stanu zdrowia oraz ryzyka wystąpienia zaburzeń; W8. omawia zasady i sposób oceny stanu psychicznego w tym nastroju, spostrzegania, uwagi, pamięci, mowy i myślenia; W9. omawia sposób oceny uzależnienia od nikotyny, alkoholu, substancji psychoaktywnych.
	W zakresie umiejętności potrafi: U1. stosować zasady badania podmiotowego; U2. stosować system Calgary-Cambridge w celu poznania stanu zdrowia pacjenta dorosłego; U3. gromadzić informacje ogólne dotyczące osoby badanej (dane personalne, źródło informacji, główny problem zdrowotny); U4. opisać objawy i dolegliwości pacjenta wg schematów OLD CART, FIFE, SAMPLE; U5. pozyskać dane dotyczące przeszłości i obecnego stanu zdrowia badanego, w tym dane psychosocjalne pacjenta oraz dane dotyczące rodziny; U6. gromadzić subiektywne informacje o stanie funkcji układów i części ciała; U7. stosować wiarygodne skale/kwestionariusze wykorzystywane do diagnozowania stanu zdrowia oraz ryzyka

	wystąpienia zaburzeń; U8. rozpoznać objawy sugerujące uzależnienie od nikotyny, alkoholu, substancji psychoaktywnych; U9. ocenić stan psychiczny pacjenta w tym: nastrój, spostrzeganie, uwagę, pamięć, mowę i myślenie; U10. dokumentować wyniki badania podmiotowego.
	W zakresie kompetencji społecznych: K1. przestrzega tajemnicy zawodowej; K2. przejawia empatię w relacji z pacjentem; K3. szanuje godność i autonomię pacjenta; K4. wykazuje odpowiedzialność za badaną osobę dorosłą; K5. systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	**Wykładowcą może być:** 1. Pielęgniarka, położna posiadająca stopień naukowy doktora lub tytuł magistra pielęgniarstwa/położnictwa oraz nie mniej niż 5-letni staż pracy w zakresie odpowiadającym tematyce prowadzonych zajęć i spełnia co najmniej jeden z warunków: 1) nauczyciel akademicki lub 2) ukończony kurs „Advanced Physical Assessment" lub 3) tytuł specjalisty uzyskany po 2001 roku lub 4) ukończony kurs specjalistyczny *Wywiad i badanie fizykalne*. 2. Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji.
Wymagania wstępne	Posiada wiedzę z zakresu anatomii i fizjologii człowieka oraz patologii.
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Zajęcia teoretyczne: Wykład – 10 godz., w tym zaliczenie. Staż wykazany w module III.
Metody dydaktyczne	Wykład informacyjny, wykład problemowy
Środki dydaktyczne	Sprzęt multimedialny (projektor, laptop, wskaźnik, wg potrzeb nagłośnienie).

	Zestaw skal i kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia pacjenta dorosłego. Środki dydaktyczne i sprzęt medyczny. Karta zaliczenia umiejętności wywiadu i badania fizykalnego osoby dorosłej.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu	Praca pisemna – Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem na podstawie samodzielnie skonstruowanego narzędzia do badania podmiotowego. Obserwacja uczestnicząca.
Treści modułu kształcenia	**I. <u>Zasady prowadzenia badania podmiotowego</u>.** **1. Przygotowanie do rozmowy:** 1) autorefleksja; 2) analiza dokumentacji medycznej; 3) wyznaczenie celów rozmowy; 4) przygotowanie warunków otoczenia; 5) sporządzanie notatek – dokumentacja pielęgniarska. **2. Poznanie pacjenta wg systemu Calgary-Cambridge:** 1) nawiązanie kontaktu; 2) zachęcenie pacjenta do mówienia; 3) identyfikacja problemów emocjonalnych i reagowanie na nie; 4) interpretacja informacji uzyskanych od pacjenta; 5) formułowanie i weryfikowanie hipotez diagnostycznych; 6) ustalenie wspólnie z pacjentem planu działania i zakończenie spotkania z pacjentem. **3. Determinanty badania podmiotowego:** 1) zasady komunikowania się z pacjentem - aktywne słuchanie, pytania naprowadzające, komunikacja niewerbalna, reakcje empatyczne, potwierdzanie ważności, uspokajanie, partnerstwo, podsumowanie, wzmacnianie pozycji pacjenta w relacji z pielęgniarką; 2) czynniki zakłócające przebieg wywiadu - pacjent: milczący, zdezorientowany, częściowo lub całkowicie niezdolny do udzielania informacji, gadatliwy, płaczący, rozzłoszczony lub zakłócający spokój, mający problemy z czytaniem, głuchy i z innymi dysfunkcjami (niewidomy, niepełnosprawny intelektualnie);

	3) psychospołeczne aspekty rozmowy z pacjentem - różnice kulturowe, etyka i profesjonalizm. **II. <u>Zakres informacji gromadzonych w ramach badania podmiotowego (wywiadu)</u>:** **1.** Dane ogólne (data zbierania wywiadu, dane personalne, skierowanie, PESEL…). **2.** Dane dotyczące osoby, od której zbierany jest wywiad (pacjenta lub członka rodziny lub innych osób). **3.** Dane dotyczące głównego problemu zdrowotnego z zastosowaniem schematów mnemotechnicznych, np. OLD CART (O-onset, L-location, D-duration, C-characteristics, A-aggraviting, R-relieving factors, T-treatment - początek, lokalizacja, czas trwania, charakter, czynniki pogarszające, czynniki łagodzące, zastosowane leczenie) oraz FIFE (F-feelings, I-ideas, F-function, E-expectations - odczucia, myśl, fukcjonowanie, oczekiwania). **4.** Informacje o stanie zdrowia pacjenta w sytuacji zdarzenia nagłego wg schematu SAMPLE (S-symptoms, A-allergies, M-medication, P-past medical history, L-last meal, E-environment - objawy przedmiotowe, alergie, leki, przebyte choroby, ostatni posiłek, przyczyny sytuacji). **5.** Dane dotyczące przeszłości zdrowotnej pacjenta: 1) choroby przebyte w dzieciństwie; 2) choroby wieku dojrzałego; 3) choroby psychiczne; 4) wypadki i urazy; 5) zabiegi operacyjne; 6) pobyty w szpitalu. **6.** Dane dotyczące obecnego stanu zdrowia: 1) przyjmowane leki; 2) alergie; 3) stosowane używki: produkty tytoniowe, alkohol, substancje psychoaktywne; 4) nawyki żywieniowe; 5) badania przesiewowe; 6) szczepienia; 7) rytm snu; 8) aktywność fizyczna (regularność), wypoczynek; 9) zagrożenia środowiskowe (dom, szkoła, miejsce pracy). **7.** Informacje dotyczące rodziny (wywiad rodzinny):

	1) wiek i stan zdrowia rodziców lub wiek i przyczyna śmierci rodziców, rodzeństwa, współmałżonka, dzieci, innych krewnych; 2) występowanie takich chorób jak: cukrzyca, choroby serca i układu krążenia – nadciśnienie, udary, hipercholesterolemia, choroby nerek, gruźlica, nowotwory, zapalenie stawów, niedokrwistość, alergia, astma, bóle głowy, padaczka, choroby psychiczne, alkoholizm, nikotynizm, uzależnienie od substancji psychoaktywnych. **8.** Informacje dotyczące danych psychosocjalnych (wywiad psychosocjalny): 1) sytuacja w domu – osoby ważne dla pacjenta (rodzina, przyjaciele); 2) rytm życia codziennego; 3) wyznanie; 4) znaczące doświadczenia życiowe; 5) rodzaj i warunki wykonywanej pracy; 6) warunki socjalne; **9.** Dolegliwości ze strony poszczególnych układów i narządów: 1) **parametry życiowe** - oddech, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, ciężar ciała, zmiany ciężaru ciała w ostatnim okresie; 2) **skóra** - zmiany skórne, guzki, owrzodzenia, świąd, suchość skóry, zmiana zabarwienia; 3) **włosy i paznokcie -** zmniejszenie lub brak owłosienia, zmiany w obrębie paznokci; 4) **głowa** - urazy, zawroty głowy, bóle głowy – właściwości (charakter, nasilenie, moment występowania i czas trwania, czynniki łagodzące i nasilające, objawy towarzyszące); 5) **oczy** – ostrość wzroku, zaburzenia widzenia (widzenie jednooczne, obustronna utrata wzroku, mroczki przed oczami, dwojenie), ból w obrębie oczodołu, zaczerwienienie wewnątrz i wokół oczu, nadmierne łzawienie, uczucie pieczenia, urazy oka, ciała obce; 6) **uszy** – wyciek, infekcje, zaburzenia słyszenia (niedosłuch), ból ucha, szum uszny; 7) **nos** – powonienie, częste przeziębienia, wydzielina, świąd, katar sienny, krwawienia z nosa; 8) **zatoki** – infekcje, ból; 9) **jama ustna i gardło** – stan zębów i dziąseł, krwawienia z dziąseł, bolesność języka, częste bóle gardła, ból zęba, chrypka, trudności w przełykaniu, ostatnie badanie jamy ustnej; 10) **szyja** – guzy, wole, ból lub sztywność karku;

	11) **gruczoły piersiowe** – nieprawidłowa zmiana w obrębie piersi (umiejscowienie, czas pojawienia się zmiany, wielkość i charakter zmiany), zmiany zarysu piersi, zagłębienia w piersi, występowanie obrzęku, zaciąganie skóry nad sutkiem, ból lub dyskomfort, wyciek z brodawki sutkowej, samobadanie piersi; 12) **układ oddechowy:** a) kaszel i plwocina - charakter, kolor, ilość, b) krwioplucie - ilość krwi, okoliczności występowania, czas trwania, c) ból w klatce piersiowej, świsty, rzężenia, duszność (uczucie braku powietrza, duszność orthopnoe, napadowa duszność nocna) - czas trwania, czynniki nasilające i zmniejszające, objawy towarzyszące; 13) **układ krążenia:** a) ból w klatce piersiowej - lokalizacja, właściwości (charakter), nasilenie, moment występowania i czas trwania, warunki występowania, czynniki łagodzące i nasilające, objawy towarzyszące, b) kołatanie serca - charakterystyka (przerwy w biciu serca, szybkie bicie serca, trzepotanie, mocne uderzenia, zatrzymywanie czynności serca), czas trwania, sposób ustąpienia objawów (nagle, stopniowo), c) obrzęki – lokalizacja, czas występowania, rozmieszczenie, objawy towarzyszące, d) bóle kończyn górnych lub dolnych – lokalizacja, właściwości (charakter), nasilenie, moment występowania i czas trwania, czas ustępowania, warunki występowania, czynniki łagodzące i nasilające, inne objawy (ziębnięcie, drętwienie, bladość kończyn dolnych, kurcze mięśni nóg, żylaki), e) badania w kierunku - nadciśnienia tętniczego, niedociśnienia, choroby wieńcowej i udaru mózgu, zaburzeń lipidowych, chorób tętnic obwodowych (wskaźnik kostkowo-ramienny) oraz wyniki EKG lub innego badania serca; 14) **układ pokarmowy:** a) apetyt, zgaga, nudności, wymioty, nadmierne odbijanie lub oddawanie gazów, b) dysfagia/odynofagia, c) dyskomfort i ból w obrębie jamy brzusznej - lokalizacja, właściwości (charakter), nasilenie, moment występowania i czas trwania, warunki występowania, czynniki łagodzące i nasilające, objawy towarzyszące, d) defekacja: częstość, rytm, objętość stolca, zaparcia, biegunka, ból podczas wypróżnienia, cechy stolca (smoliste, z krwią, ze śluzem, z ropą), e) świąd okolicy odbytu, nasilona tkliwość w okolicy odbytu, krwawienia z odbytu, guzki krwawnicze,

	f) nietolerancja pokarmowa, g) przepukliny, h) badania w kierunku: raka okrężnicy i jelita grubego, wirusowego zapalenia wątroby typu A, B, C; 15) **układ krwiotwórczy** – niedokrwistość, łatwe powstawanie siniaków lub krwawień, przetoczenia krwi w przeszłości i ewentualne reakcje na nie; 16) **układ dokrewny** – nietolerancja zimna lub gorąca, nadmierna potliwość, nadmierne pragnienie lub łaknienie, wielomocz; 17) **układ moczowy:** a) częstość mikcji i ilość oddawanego moczu, b) przebieg mikcji – dolegliwości w trakcie (ból, pieczenie, moment występowania), słaby strumień moczu, uczucie parcia na pęcherz, c) ocena makroskopowa moczu – zabarwienie, zmętnienie/ropomocz, zapach, d) nietrzymanie moczu, e) owrzodzenia okolicy ujścia cewki moczowej, wyciek z cewki moczowej; 18) **układ płciowy żeński**: a) wiek wystąpienia pierwszej miesiączki, termin ostatniej miesiączki, charakter cykli miesiączkowych (regularność, częstość i czas trwania, obfitość krwawień miesiączkowych, bolesność), b) liczba ciąż, porodów i poronień (samoistnych i sztucznych), powikłania związane z ciążą, c) krwawienia międzymiesiączkowe, upławy, świąd, guzki, d) wiek wystąpienia menopauzy, objawy menopauzalne, krwawienia pomenopauzalne, e) badania w kierunku raka szyjki macicy: badanie cytologiczne, test HPV; 19) **układ płciowy męski:** a) ból – lokalizacja (w dolnej części pleców, bioder i górnej części ud, jąder), właściwości (charakter), nasilenie, moment występowania i czas trwania, warunki występowania, czynniki łagodzące i nasilające, objawy towarzyszące, b) przepukliny, obrzęki, c) badania w kierunku raka gruczołu krokowego (badanie per rectum, stężenie antygenu swoistego dla prostaty – PSA), d) samobadanie jąder;

	20) **układ mięśniowo-szkieletowy**: a) ocena bólu - lokalizacja, właściwości (charakter), nasilenie, moment występowania i czas trwania, warunki występowania, czynniki łagodzące i nasilające, objawy towarzyszące, b) ograniczenie ruchomości lub aktywności ruchowej, c) obrzęk, sztywność, zaczerwienienie, d) badanie w kierunku: osteopenii i osteoporozy (pomiar gęstości mineralnej kości, wskaźnik Z i T); 21) **układ nerwowy** – afazja, dyzartria, ataksja, omdlenia i podobne zaburzenia, utraty przytomności, napady padaczkowe, osłabienie siły mięśniowej, porażenia, niedowłady, drętwienie, mrowienie, drżenie, ruchy mimowolne, niepokój ruchowy nóg; 22) **stan psychiczny** – zmęczenie, nerwowość, napięcie, nastrój (obniżenie, podwyższenie, myśli samobójcze), wygląd zewnętrzny, zachowanie, skupienie uwagi, pamięć, postrzeganie, procesy myślowe, afekt, mowa, sprawność umysłowa – wyższe funkcje poznawcze w tym orientacja allopsychiczna i orientacja autopsychiczna np.: Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (Mini-Mental State Examination – MMSE). **10. Dokumentowanie wyników badania.**
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Bickley L.S.: *Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym*. Termedia, Poznań 2010. 2. Dyk D. (red.): *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014. **Literatura uzupełniająca:** 1. Allan M.A., Marsh J.: *Wywiad i badanie przedmiotowe*. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2004 2. Bickley L.S., Szilagyi P.G.: *Bates – kieszonkowy przewodnik po badaniu przedmiotowym i podmiotowym*., Wyd. Termedia, Poznań 2014 3. Krajewska-Kułak E., Szczepański M.(red.): *Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych*. Wyd. Czelej, Lublin 2008
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Staż wykazany w module III.

5.2. MODUŁ II

Nazwa modułu:	**BADANIE PRZEDMIOTOWE OSOBY DOROSŁEJ**
Cel kształcenia:	Ukształtowanie kompetencji badania przedmiotowego osoby dorosłej oraz wstępnej analizy wyników badania.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik kursu:** **W zakresie wiedzy:** W10. zna system opisu objawów i dolegliwości pacjenta wg schematu cztery A; W11. omawia zasady i sposób badania przedmiotowego, w tym oceny podstawowych parametrów życiowych, stanu świadomości i przytomności, odżywienia z zastosowaniem dostępnych skal i norm; W12. omawia zasady i sposób badania fizykalnego skóry i jej wytworów oraz oceny zmian skórnych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W13. omawia zasady i sposób badania fizykalnego i oceny węzłów chłonnych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W14. omawia zasady i sposób badania fizykalnego głowy i szyi oraz oceny zmian w obrębie nosa i zatok, jamy ustnej i gardła z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W15. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie narządu wzroku z wykorzystaniem metody oglądania; W16. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie ucha z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W17. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie gruczołów piersiowych i dołów pachowych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W18. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu oddechowego z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji, opukiwania i osłuchiwania; W19. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji, opukiwania i osłuchiwania; W20. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu krążenia obwodowego z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji i osłuchiwania; W21. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie brzucha z wykorzystaniem metod oglądania, palpacji, opukiwania i osłuchiwania;

	W22. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu moczowego z wykorzystaniem metod oglądania, opukiwania, palpacji; W23. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie odbytu i gruczołu krokowego z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W24. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie żeńskich zewnętrznych narządów płciowych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W25. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny zmian w obrębie męskich zewnętrznych narządów płciowych z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W26. omawia zasady i sposób badania fizykalnego ogólnego, odcinkowego i miejscowego oraz oceny zmian ze strony układu mięśniowo-szkieletowego z wykorzystaniem metod oglądania i palpacji; W27. omawia zasady i sposób badania fizykalnego oraz oceny objawów ze strony układu nerwowego w tym: nerwów czaszkowych, czucia, równowagi i koordynacji ruchowej, odruchów powierzchownych i głębokich, objawów oponowych, objawów korzeniowych.
	W zakresie umiejętności potrafi: U11. zastosować ocenę kompleksową stanu zdrowia pacjenta wg schematu cztery A; U12. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny skóry i jej wytworów oraz węzłów chłonnych; U13. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny głowy, szyi i narządów zmysłów w tym oka, ucha, nosa oraz zatok, jamy ustnej i ślinianek; U14. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny klatki piersiowej w tym układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, gruczołów piersiowych oraz obwodowego układu krążenia; U15. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny brzucha; U16. wykorzystywać metody badania fizykalnego do oceny układu moczowego, gruczołu krokowego i odbytu; U17. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny żeńskich narządów płciowych oraz męskich narządów płciowych; U18. wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny układu mięśniowo-szkieletowego, układu nerwowego w tym nerwów czaszkowych, czucia, siły mięśniowej, równowagi i koordynacji ruchowej oraz odruchów.
	W zakresie kompetencji społecznych: K1. przestrzega tajemnicy zawodowej;

	K2. przejawia empatię w relacji z pacjentem; K3. szanuje godność i autonomię pacjenta; K4. wykazuje odpowiedzialność za badaną osobę dorosłą; K5. systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być: 1. Pielęgniarka, położna posiadająca stopień naukowy doktora lub tytuł magistra pielęgniarstwa/położnictwa oraz nie mniej niż 5-letni staż pracy w zakresie odpowiadającym tematyce prowadzonych zajęć i spełnia co najmniej jeden z warunków: 1) nauczyciel akademicki lub 2) ukończony kurs „Advanced Physical Assessment" lub 3) tytuł specjalisty uzyskany po 2001 roku lub 4) ukończony kurs specjalistyczny *Wywiad i badanie fizykalne*. 2. Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji.
Wymagania wstępne	Zaliczenie modułu I.
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Zajęcia teoretyczne: 55 godz. • wykład – 20 godz. • ćwiczenia – 35 godz., w tym zaliczenie. Staż wykazany w module III.
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład informacyjny, wykład problemowy, pokaz, ćwiczenia w warunkach symulowanych realizowane w grupach nie więcej niż 10 osobowych.
Stosowane środki dydaktyczne	Sprzęt multimedialny (projektor, laptop, wskaźnik, wg potrzeb nagłośnienie); Zestaw skal i kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia pacjenta dorosłego. Środki dydaktyczne i sprzęt medyczny. Karta zaliczenia umiejętności wywiadu i badania fizykalnego osoby dorosłej.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez	Zaliczenie wybranych umiejętności na ćwiczeniach wg *Karty zaliczenia umiejętności*. Obserwacja uczestnicząca.

uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu	
Treści modułu kształcenia	**1. Ocena objawów ogólnoustrojowych:** 1) Ocena kompleksowa stanu zdrowia – cztery A: **A**nalgesia (analgezja), **A**ctivity of daily living (aktywność życia codziennego), **A**dverseeffects (działania niepożądane), **A**berrantbehaviors (nieprawidłowe działania związane z lekami). 2) Nadwaga, otyłość, niedowaga, czynniki ryzyka i choroby powiązane. 3) Definiowanie zespołu objawów dla zmian nowotworowych, procesu zapalnego, bakteriemii. 4) Dokumentowanie wyników badania. **2. Badanie skóry i jej wytworów/przydatków:** 1) Badanie skóry: a) zasady badania – znaczenie prawidłowego oświetlenia, stosowanie dodatkowego oprzyrządowania powiększającego obraz, przeprowadzenie badania z uwzględnieniem trzech kolejnych pozycji ciała, znaczenie zachowania odpowiedniej kolejności w badaniu skóry; b) stosowane metody: oglądanie, palpacja – określenie: zabarwienia skóry, unaczynienia, wilgotności, ucieplenia, charakteru powierzchni skóry, grubości, napięcia, sprężystości, ruchomości, zmian skórnych; c) gruczoły potowe (ekrynowe i apokrynowe) i łojowe, ocena tkanki podskórnej. d) zmiany zabarwienia skóry – określenie charakteru tych zmian (kształt: linijne, geograficzne, skupione, pełzające, obrączkowate, lokalizacja oraz objawy towarzyszące), e) zmiany barwnikowe łagodne (plamy cafe-au-lait, łupież pstry, bielactwo, sinica, żółtaczka, karotenemia, rumień) i zmiany złośliwe (np.: czerniak – model oceny ryzyka czerniaka HARMM, ocena czerniaka – metoda ABCD); f) zmiany skórne – pierwotne i wtórne, charakterystyka tych zmian (lokalizacja, rozmieszczenie oraz kształt i wielkość); g) trądzik – zmiany pierwotne i wtórne; h) zmiany naczyniowe skóry i plamice – pajączek naczyniowy, pajączek żylny, naczyniak, wybroczyny, podbiegnięcia krwawe; i) zmiany skórne w wybranych chorobach (np. łuszczyca, ospa wietrzna, pokrzywka, guzy skóry: rogowacenie słoneczne, rogowacenie łojotokowe, rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy);

	j) zmiany patologiczne w obrębie tkanki podskórnej – guzy, tłuszczaki, włókniaki; k) badanie obrzęków: charakterystyczne cechy obrzęków, przyczyny i rodzaje obrzęków (obrzęki uogólnione i obrzęki miejscowe), zasady obserwacji obrzęków. 2) Badanie włosów (głowy i innych owłosionych okolic ciała): a) stosowane metody – oglądanie i palpacja, określenie ilości i cech jakościowych włosów, ich rozmieszczenia i struktury; b) typy utraty włosów – łysienie plackowate, trichotillomania, grzybica głowy; c) porost włosów – hipertrichoza, hirsutyzm; 3) Badanie paznokci: a) stosowane metody – oglądanie i palpacja, cechy paznokcia prawidłowego, czynniki uszkadzające paznokcie; b) typy zniekształceń i zmian paznokci – palce pałeczkowate, bruzdy poprzeczne (linie Beau), poprzeczne białe pasma (pasma Messa), zanokcica, krwawienia pod płytką paznokciową, zmiany zabarwienia płytki paznokciowej: paznokcie Terry'ego, bielactwo paznokci, naparstkowanie, grzybica. 4) Dokumentowanie wyników badania. **3. Badanie węzłów chłonnych:** 1) Umiejscowienie głównych grup węzłów chłonnych: a) głowy i szyi: przedusznych, tylnych usznych, potylicznych, migdałkowych, podżuchwowych, podbródkowych, powierzchownych szyjnych, tylnych szyjnych, głębokiego łańcucha szyjnego; b) innych grup: podobojczykowych, nadobojczykowych, pachowych, nadkłykciowych, pachwinowych, podkolanowych. 2) Oglądanie – kształt i umiejscowienie zgrubienia, oglądanie skóry pod względem zmian zabarwienia, ocena bolesności widocznej zmiany. 3) Palpacja – wyczuwalność, wielkość, kształt, przesuwalność względem podłoża, umiejscowienie, ucieplenie, zmiany konsystencji. 4) Rozpoznanie różnicowe miejscowego i uogólnionego powiększenia węzłów chłonnych – przyczyny powiększenia węzłów chłonnych. 5) Dokumentowanie wyników badania. **4. Badanie głowy i szyi:** 1) Badanie głowy:

	a) oglądanie – kształt i wielkość czaszki, proporcje twarzoczaszki do mózgoczaszki, ocena wyglądu i symetrii, kontrola ewentualnych zmian pourazowych, również w części owłosionej głowy; b) oglądanie twarzy w kierunku obrzęku (różnicowanie obrzęku przy zespole Cushinga, zespole nerczycowym, obrzęku śluzowatym), inne zmiany (powiększenie ślinianki przyusznej, akromegalia, choroba Parkinsona); c) palpacja – stwierdzenie nieprawidłowych konturów oraz bolesności w obrębie głowy, szyi: urazy, zapalenie (np.: ślinianek, węzłów chłonnych). 2) Badanie nosa i zatok: a) oglądanie: nosa ze zwróceniem uwagi na kształt i symetrię nosa, ruchu skrzydełek nosa podczas wdechu i wydechu, skóry nosa (zabarwienie, wykwity i bolesność dotykowa), części przedniej przegrody nosa (kontrola symetrii, odchyleń i obecności wydzieliny), błony śluzowej (zmiany zapalne, polipy); b) palpacja – badanie zatok przynosowych czołowych i szczękowych; c) zdolność rozpoznawania zapachów; d) badanie upowietrznienia zatok. 3) Badanie jamy ustnej i gardła: a) oglądanie – przedsionka jamy ustnej, stanu błony śluzowej, migdałków podniebiennych, odruchów gardłowych; b) zmiany w obrębie czerwieni wargowej: zapalenie kącików warg, słoneczne zapalenie warg, opryszczka, obrzęk naczynioruchowy, wrzód pierwotny w kile, rak wargi; c) zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, gardła i podniebienia: afty (drożdżyca), zapalenie dziąseł, zatrucie ołowiem, zmiany nowotworowe, wysiękowe zapalenie migdałków, zapalenie gardła, błonica, wał podniebienny, mięsak Kaposiego w AIDS, plamki Fordyce'a, plamki Koplika, wybroczyny (petocje), leukoplakia; d) zmiany w obrębie dziąseł i zębów: zapalenie brzeżne dziąseł, ostre martwiczo-wrzodziejące zapalenie dziąseł, rozrost dziąseł, guz ciążowy (nadziąślak), ścieranie zębów, recesja dziąseł, erozja zębów, abrazja zębów z ząbkowaniem, zęby Hutchinsona; e) zmiany w obrębie języka: język geograficzny, język włochaty, język pobruzdowany, język gładki (zapalenie atroficzne), kandydoza, żylaki, afta, zmiany śluzówkowe, leukoplakia, wały żuchwowe, 4) Badanie oka: a) oglądanie:

	– części zewnętrznej gałki ocznej, struktur gałki ocznej – twardówka (zabarwienie i unaczynienie), rogówka (przejrzystość i powierzchnia), tęczówka (zabarwienie i obecność zagłębień), źrenice (wielkość, symetria oraz reakcja na światło i akomodacja), – odmiany i nieprawidłowości powiek – obrzęk, szeroka lub zwężona szpara powiekowa, opadnięcie powieki górnej, entropion, ektropion, retrakcja powiek i wytrzeszcz gałek ocznych, – guzki i obrzęk wokół oczu – tłuszczyk, zapalenie nadtwardówki, jęczmień, gradówka, żółtak płaski, zapalenie woreczka łzowego, – zmętnienia w rogówce i soczewce – obwódka rogówki, blizna rogówki, skrzydlik, zaćma, zaćma obwodowa, – nieprawidłowości źrenic – zespół Adiego, porażenie nerwu okoruchowego, objaw Hornera, wąskie nierówne źrenice, – kolor powiek i gałki ocznej: zaczerwienienie – zapalenie spojówek, wylew dospojówkowy, uraz, zakażenie rogówki, zapalenie tęczówki, jaskra, – zmiany w obrębie spojówek i układu łzowego, korzystanie z dodatkowego sprzętu optycznego (okulary, soczewki kontaktowe); b) badanie ostrości widzenia; c) badanie pola widzenia, zaburzeń pola widzenia: niedowidzenie połowicze jednoimienne, niedowidzenie połowicze dwuskroniowe, ubytki kwadrantowe; d) badanie rozpoznawania barw, zaburzeń różnicowania barw: daltonizm, deutanotropia, protanotropia, tritanotropia; e) badanie ruchów gałek ocznych, zaburzenia ruchów zewnątrzgałkowych: zez zbieżny, zez rozbieżny, zez skierowany do góry, zez skierowany do dołu; f) badanie dna oka - stan fizjologiczny; 5) Badanie ucha: a) oglądanie i palpacja małżowiny usznej w kierunku różnicowania zmian: bliznowiec, guzki dnawe, zapalenie chrząstki i skóry obrąbka ucha, guzki reumatoidalne, torbiel skórna; b) oglądanie przewodu słuchowego oraz błony bębenkowej w kierunku różnicowania zmian: perforacja błony bębenkowej, stwardnienie błony bębenkowej, wysięk surowiczy, zapalenie ucha środkowego, pęcherzykowe zapalenie błony bębenkowej;

	c) badanie słuchu (próba szeptu); d) badanie przewodnictwa kostnego - test na lateralizację (test Webera); e) badanie przewodnictwa kostno-powietrznego - test Rinniego. 6) Badanie szyi: a) oglądanie - kształt szyi, długość, szerokość, symetria, ruchomość, stan skóry; b) oglądanie - wola, guzka pojedynczego, wola wieloguzkowego, blizn po przebytych zabiegach operacyjnych, powiększenia węzłów chłonnych, ślinianki przyusznej, powiększenia tarczycy, tchawicy, dużych naczyń tętniczych i żylnych. c) badanie tarczycy: – osłuchiwanie tarczycy - szmery naczyniowe; – palpacja tarczycy - wielkość, kształt, spoistość, bolesność; – opukiwanie rękojeści mostka - wole zamostkowe. 7) Dokumentowanie wyników badania głowy i szyi. **5. Piersi i doły pachowe**: 1) Badanie gruczołów piersiowych u kobiet: a) oglądanie: – gruczołów piersiowych w różnych pozycjach (z opuszczonymi ramionami, z opartymi na biodrach, z uniesionymi ponad głową i w pochyleniu tułowia do przodu), – gruczołów piersiowych (wielkość, symetria, zarys, wygląd skóry, zabarwienie), – brodawek sutkowych (wielkość, kształt, kierunek ustawienia, wygląd otoczki brodawki, wyciek z brodawki); b) palpacja: – wybór terminu badania, pozycja w czasie badania, metody badania, – badanie spoistości, tkliwości gruczołu, – nieprawidłowa zmiana/masa (lokalizacja, wielkość, kształt, spoistość, odgraniczenie od otoczenia, tkliwość, ruchomość). 2) Badanie gruczołów piersiowych u mężczyzn – oglądanie, palpacja otoczki i części gruczołowej sutka. 3) Badanie dołów pachowych:

	a) oglądanie – wysypka, cechy zakażenia, zmiany barwnikowe; b) palpacja – ocena tkliwości i bolesności dołu pachowego i ocena węzłów chłonnych. 4) Badanie pacjentki po mastektomii lub po operacyjnym powiększeniu piersi. 5) Samobadanie piersi. 6) Dokumentowanie wyników badania piersi i dołów pachowych. **6. Układ oddechowy:** 1) Zasady badania klatki piersiowej: a) oglądanie – kształt klatki piersiowej, symetria ruchów oddechowych klatki piersiowej, zabarwienie skóry i błon śluzowych, ocena słyszalności i zapachu oddechu, częstotliwości oddechów, rytmu oddechu i amplitudy, zwiększony wysiłek oddechowy, ocena ustawienia tchawicy; b) palpacja – skóry i tkanki podskórnej, bolesnych obszarów klatki piersiowej, badanie stopnia rozszerzalności klatki piersiowej i drżenia głosowego; c) opukiwanie – technika, rodzaje odgłosów opukowych, miejsca opukiwania, dolne granice płuc, stłumienie przepony, badanie ruchomości dolnych granic płuc (ruchomość przepony); d) osłuchiwanie – dźwięki oddechowe podstawowe, dźwięki oddechowe dodatkowe (trzeszczenia, tarcie opłucnowe, świsty), dźwięki przewodzone na powierzchnię klatki piersiowej, powstające w czasie mowy i szeptu pacjenta. 2) Dokumentowanie wyników badania. **7. Układ sercowo-naczyniowy:** 1) Badanie serca: a) oglądanie – okolicy przedsercowej, położenia uderzenia koniuszkowego; b) palpacja – okolicy przedsercowej, uderzenie koniuszkowe serca; okolic klatki piersiowej pod kątem nadmiernego tętnienia oraz drżeń i wibracji; c) opukiwanie – oznaczenie granic serca; d) osłuchiwanie – tony podstawowe serca (S1 i S2), tony dodatkowe serca (S_3 i S_4), oraz zastawek serca; 2) Badanie naczyń: a) oglądanie i palpacja – symetria, obrzęki; b) układ tętnic – test Allena, owłosienie; c) układ żył – żylaki, zabarwienie i struktura skóry i paznokci, tętno żylne, ciśnienie żylne;

	d) naczynia włośniczkowe – nawrót kapilarny. 3) Pomiar i ocena tętna na tętnicy: a) szyjnej – amplituda, kształt fali tętna, drżenia; b) ramiennej, łokciowej, promieniowej – częstość, rytm; c) udowej, podkolanowej, piszczelowej tylnej, grzbietowej stopy - częstość, rytm; 4) Badanie tętnienia żył szyjnych (optyczne monitorowanie OCŻ). 5) Dokumentowanie wyników badania. **8. Badanie brzucha:** 1) Zasady badania brzucha: a) oglądanie - kształt brzucha (płaski, wypukły, wklęsły, symetryczny), zmiany na skórze (uwypuklenia, objaw głowy meduzy, pajączki naczyniowe, rozstępy, zmiany zabarwienia, cechy żółtaczki, blizny), pępek (kształt, lokalizacja, zmiany patologiczne w obrębie pępka, owłosienie, linia biała, przepukliny); b) osłuchiwanie - ruchy perystaltyczne jelit, duże naczynia (aorta, tętnice nerkowe, biodrowe wspólne, udowe), badanie tarcia wątroby, buczenie żylne; c) opukiwanie brzucha - wyznaczenie granic stłumienia wątroby, opukowa lokalizacja śledziony; d) obmacywanie - wątroba (badanie zwykłe i hakowe), badanie palpacyjne śledziony i nerek; 2) Badanie płynu w obrębie jamy brzusznej: opukiwanie, żabi brzuch, objaw chełbotania. 3) Badanie różnicujące ostre stany zapalne w obrębie brzucha (określenie punktu Lanza i McBurneya): a) objaw Blumberga; b) objaw Murphy'ego; c) objaw Chełmońskiego; d) objaw Jaworskiego; e) objaw zasłonowy; f) objaw Rovsinga; g) objaw Goldflama. 4) Dokumentowanie wyników badania. **9. Badanie odbytu:** 1) Zasady badania odbytu: a) oglądanie okolicy odbytu: zabarwienie skóry i błony śluzowej, otarcia, kłykciny, szczelina odbytu,

	owrzodzenia, torbiel i zatoka włosowata (pilonidalna), guzki krwawnicze, wypadanie odbytnicy; b) palpacja: badanie per rectum w kierunku polipów, bólu, obecności krwi, guzków krwawniczych badanie prostaty. 2) Dokumentowanie wyników badania. **10. Badanie żeńskich narządów płciowych (dla pielęgniarek):** 1) Badanie zewnętrzne – oglądanie: a) ocena rozwoju dojrzałości płciowej wg skali Tannera, b) oglądanie nieprawidłowości w obrębie wzgórka łonowego, skóry krocza, warg sromowych (większych i mniejszych), łechtaczki, ujścia cewki moczowej oraz przedsionka pochwy, 2) Dokumentowanie wyników badania. **11. Badanie męskich narządów płciowych:** 1) Zasady badania męskich narządów płciowych: a) ocena rozwoju dojrzałości płciowej wg skali Tannera; b) oglądanie: prącia (stan zapalny, stwardnienie włókniste - choroba Peyroniego, kłykciny kończyste, opryszczka, wrzody, rak), napletka (stan zapalny, zwężenie – stulejka), żołądź i miejsce ujścia cewki moczowej (spodziectwo), moszny, jąder i najądrza (obrzęk, przepuklina, wnętrostwo, małe jądra, ostre zapalenie jąder, nowotwór jądra); c) badanie palpacyjne: kształt i konsystencja prącia, moszny, jąder i najądrza, powrózków nasiennych, pachwinowych węzłów chłonnych, badanie gruczołu krokowego, badanie przepuklin. 2) Samobadanie jąder. 3) Dokumentowanie wyników badania. **12. Badanie układu mięśniowo-szkieletowego:** 1) Zasady badania układu mięśniowo-szkieletowego: a) schemat badania: od głowy do palców stóp; b) ocena: budowy ciała (typy, proporcje, pomiary) i krzywizn kręgosłupa; c) ocena: symetryczności, stawów, mięśni, zakresu ruchów (stawy panewkowe – zakres ruchu 360˚, zawiasowe – zakres ruchu 90˚, kłykciowe – zakres ruchu zróżnicowany) oraz stanu otaczających tkanek, występowania trzeszczeń i wiotkości; d) oglądanie i badanie palpacyjne stawów;

	e) oglądanie i badanie palpacyjne mięśni, ścięgien w kierunku napięcia i sprężystości oraz zakresu ruchu; f) oglądanie: – dłoni: guzek reumatoidalny, palec butonierkowaty, palec typu łabędzia szyja, guzek Heberdena, guzek Boucharda, przykurcz Dupuytrena, palec cynglowy, zanik kłębu, ganglion, – stopy: płaskostopie, koślawość palucha, wrośnięty paznokieć, palec młoteczkowaty, odcisk, modzel, brodawka, owrzodzenie neuropatyczne; g) palpacja: płyn w stawie kolanowym (objaw uwypuklenia, objaw balonu, balotowanie rzepki), zespół bolesnego barku, zespół ciasnoty podbarkowej Neera, zespół cieśni nadgarstka, obrzęk lub bolesność stawu łokciowego; h) badanie chodu; i) pomiar długości kończyn dolnych; j) dłoń: test Tinela, test Phalena. 3) Dokumentowanie wyników badania. **13. Badanie układu nerwowego** 1) Zasady badania układu nerwowego: a) skrócone badanie neurologiczne wg American Academy Neurology; b) badanie nerwów czaszkowych: – I para nerwów czaszkowych – badanie węchu, – II para nerwów czaszkowych – badanie ostrości wzroku, pola widzenia, dna oka, – III, IV i VI para nerwów czaszkowych – badanie ustawienia gałek ocznych, ruchów gałek ocznych, symetryczności szpar powiekowych, wielkości, symetryczności i kształtu źrenic, reakcji źrenic na światło, odruchu na zbieżność i nastawienie (akomodacja), – V para nerwów czaszkowych – badanie mięśni żucia, symetrii, napięcia mięśni, ustawienia żuchwy, czucia powierzchownego (bólu, dotyku i temperatury), odruchu rogówkowego, – VII para nerwów czaszkowych – badanie ruchów mięśni mimicznych twarzy, rozpoznawania smaku (słodki, słony), – VIII para nerwów czaszkowych – badanie słuchu, – IX i X para nerwów czaszkowych – ocena położenia języczka, połykania i napinania podniebienia

	miękkiego, odruchu wymiotnego, głosu i mowy, rozpoznawania smaku (gorzki i kwaśny), – XI para nerwów czaszkowych – ocena masy mięśni, drżenia pęczkowego, symetrii i położenia barków, szyi i głowy, siły mięśnia czworobocznego, siły mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, – XII para nerwów czaszkowych – ocena symetrii i położenia języka, rozmiaru, drżeń pęczkowych, barwy języka, ruchomość języka i siłę mięśni języka; c) badanie obwodowego układu nerwowego: – część ruchowa - pozycja ciała, w tym ułożenie dowolne kończyn, ruchy mimowolne, bierne, czynne, objętość i napięcie mięśni, siła mięśniowa (skala Lovetta), próba Barry'ego, koordynacja ruchowa i ruchy celowe (kończyna górna: ruchy naprzemienne, próba palec-nos, kończyna dolna: próba pięta-kolano), ocena chodu, próba Romberga, – część czuciowa – ocena czucia powierzchownego (ból, temperatura, dotyk), ocena czucia głębokiego (bólu, wibracji, stereognozji, grafestezji); d) głębokie odruchy ścięgniste: odruch z mięśnia dwugłowego, odruch z mięśnia trójgłowego, odruch z mięśnia ramienno-promieniowego, odruch z mięśnia czworogłowego, odruch skokowy; e) odruchy skórne - brzuszne (górne, dolne), f) odruchy podeszwowe (objaw Babińskiego); g) oglądanie: drgawki, drżenia (spoczynkowe, posturalne, zamiarowe), dyskinezy ustno-twarzowe, tiki, dystonia, atetoza, pląsawica, oczopląs, porażenie twarzy, zaburzenia chodu i postawy. 2) Badanie objawów oponowych – sztywność karku, objaw Brudzińskiego, objaw Kerniga, objaw Hermana. 3) Badanie objawów korzeniowych – objaw Lasegue'a. 4) Dokumentowanie wyników badania.
	Literatura podstawowa: 1. Bickley L.S.: *Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym*. Termedia, Poznań 2010 2. Dyk D. (red.): *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014 **Literatura uzupełniająca:** 1. Allan M.A., Marsh J.: *Wywiad i badanie przedmiotowe*. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2004 2. Bickley L.S., Szilagyi P.G.: *Bates – kieszonkowy przewodnik po badaniu przedmiotowym i podmiotowym*., Wyd. Termedia, Poznań 2014

	3. Krajewska-Kułak E., Szczepański M.(red.): *Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych*. Wyd. Czelej, Lublin 2008
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Staż wykazany w module III.

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

5.3. MODUŁ III

Nazwa modułu	**OCENA STANU ZDROWIA PACJENTA NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADANIA PODMIOTOWEGO I PRZEDMIOTOWEGO**
Cel kształcenia	Ukształtowanie kompetencji kompleksowej oceny stanu zdrowia osoby dorosłej i formułowania diagnozy pielęgniarskiej na podstawie wyników przeprowadzonego badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik kursu:** **W zakresie wiedzy:** W28. ocenia kompletność zgromadzonych informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej pacjenta wg schematu SOAP; W29. analizuje zakres informacji subiektywnych o stanie zdrowia pacjenta, objawach patologicznych, pochodzących z zaburzonych funkcji układów i części ciała; W30. zna system PES (Problem, Etiology, Symptom) opisu rozpoznania stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; W31. charakteryzuje klasyfikacje diagnoz i interwencji pielęgniarskich.
	W zakresie umiejętności potrafi: U19. analizować jakość zgromadzonych informacji o sytuacji zdrowotnej pacjenta dorosłego w kontekście schematów SOAP i OLD CART; U20. posługiwać się wybraną klasyfikacją diagnoz i interwencji pielęgniarskich; U21. formułować wstępne rozpoznanie stanu zdrowia osoby dorosłej na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego oraz dokumentować wynik rozpoznania dla potrzeb opieki pielęgniarskiej.
	W zakresie kompetencji społecznych: K4. wykazuje odpowiedzialność za badaną osobę dorosłą; K5. systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	**Wykładowcą może być:** 1. Pielęgniarka, położna posiadająca stopień naukowy doktora lub tytuł magistra pielęgniarstwa/położnictwa oraz nie mniej niż 5-letni staż pracy w zakresie odpowiadającym tematyce prowadzonych zajęć i spełnia co najmniej jeden z warunków: 1) nauczyciel akademicki lub

	2) ukończony kurs „Advanced Physical Assessment” lub 3) tytuł specjalisty uzyskany po 2001 roku lub 4) ukończony kurs specjalistyczny *Wywiad i badanie fizykalne*.
Wymagania wstępne	Zaliczenie modułu I i II.
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Zajęcia teoretyczne 10 godz.: • wykład – 3 godz. • ćwiczenia – 7 godz., w tym zaliczenie. Staż – 25 godz. (po zakończeniu modułów I, II, III)
Metody dydaktyczne	Wykład informacyjny, ćwiczenia.
Środki dydaktyczne	Sprzęt multimedialny (projektor, laptop, wskaźnik, wg potrzeb nagłośnienie); Zestaw skal i kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia pacjenta dorosłego.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu	Każdy z uczestników kursu sformułuje diagnozy na podstawie opisu stanu zdrowia osoby dorosłej. Obserwacja uczestnicząca.
Treści modułu kształcenia	**1. Analiza wyników badania stanu zdrowia osoby dorosłej:** 1) Dokumentowanie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego zgodnie z zasadami wg schematu SOAP (Subiective – dane subiektywne; Objective – dane obiektywne; Assessment – ocena, Plan – plan działania). 2) Zakres informacji biopsychospołecznych (badanie podmiotowe i badanie przedmiotowe) niezbędnych do sformułowania wstępnej diagnozy pielęgniarskiej. 3) Stosowanie skal do oceny stanu zdrowia pacjenta: wady i zalety. **2. Ocena stanu zdrowia osoby dorosłej a ustalenie wstępnego rozpoznania pielęgniarskiego:** 1) Formułowanie diagnoz wg struktury: P – Problem, E – Etiology, S – Symptoms. 2) Charakterystyka klasyfikacji NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association* – i sposób jej wykorzystywania w opiece pielęgniarskiej. 3) Charakterystyka klasyfikacji ICNP® – *International Classification for Nursing Practice* – i sposób jej

	stosowania w opiece pielęgniarskiej. 4) Formułowanie diagnoz pielęgniarskich z wykorzystaniem terminologii NANDA i ICNP. **3. Wykorzystywanie klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej (NANDA i ICNP) w planowaniu opieki pielęgniarskiej opartej na zasadach krytycznego myślenia i dowodach naukowych:** 1) Klasyfikacja NOC – *Nursing Outcomes Classification,* i NIC – *Nursing Interventions Classification,* w planowaniu opieki pielęgniarskiej. 2) Schemat budowania opisu interwencji i oceny z wykorzystaniem osi terminów ICNP®.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Ackley B., Ladwing G.: *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich*. Wyd. GC Media House, Warszawa 2011 2. Bickley L.S.: *Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym*. Termedia, Poznań 2010 3. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008 4. *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej*, wersja 1.0. Wyd. Makmed, Lublin 2005 **Literatura uzupełniająca:** 1. Allan M.A., Marsh J.: *Wywiad i badanie przedmiotowe*. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2004 2. Górajek-Jóźwik J.(red.): *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Staż – 25 godz. po zakończeniu zajęć teoretycznych modułów I, II, III: Oddział chorób wewnętrznych –15 godz. Oddział neurologiczny; Oddział anestezjologii i intensywnej terapii – 10 godz.

6. PROGRAM ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

6.1. STAŻ: **Oddział chorób wewnętrznych (15 godz.)** oraz **Oddział neurologiczny** lub **Oddział anestezjologii i intensywnej terapii (10 godz.).**

Cel stażu: Doskonalenie kompetencji kompleksowego badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta z uwzględnieniem swoistości jego sytuacji zdrowotnej.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 25

Liczebność grupy: 5–6 osób

Opiekun stażu:
1. Pielęgniarka z minimum 5-letnim stażem pracy w przedmiotowym zakresie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
   1) tytuł magistra pielęgniarstwa i:
      a) ukończony kurs „Advanced Physical Assessment” lub
      b) tytuł specjalisty uzyskany po 2001 roku lub
      c) ukończony kurs specjalistyczny *Wywiad i badanie fizykalne*;
   2) tytuł magistra w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i tytuł specjalisty uzyskany po 2001roku.
2. Lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia na stażu:
1. Wykonanie badania podmiotowego i przedmiotowego osoby dorosłej oraz dokumentowanie wyników badania.
2. Analiza i interpretacja wyników badania podmiotowego i przedmiotowego osoby dorosłej.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Zaliczenie świadczeń zdrowotnych.

7. WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PO UKOŃCZENIU KURSU SPECJALISTYCZNEGO *WYWIAD I BADANIE FIZYKALNE*

1. Wykonanie badania podmiotowego osoby dorosłej oraz dokumentowanie wyników badania.
2. Wykonanie badania przedmiotowego osoby dorosłej oraz dokumentowanie wyników badania.
3. Analiza wyników badania podmiotowego i przedmiotowego osoby dorosłej dla potrzeb formułowania diagnozy pielęgniarskiej.

8. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik 1. Wykaz skal, kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia osoby dorosłej

Uwaga: Wykaz nie stanowi listy zamkniętej, może być stosowany wybiórczo i zawsze może być uzupełniony o inne narzędzia, które mają zastosowanie ze względu na stan zdrowia pacjenta.

1. Skala ryzyka rozwoju odleżyn Bradena.
2. Kwestionariusz oceny ryzyka zachorowania na raka piersi.
3. Skala oceny ryzyka sercowo-naczyniowego – SCORE.
4. Kwestionariusz oceny stanu świadomości wg skali Glasgow.
5. Krótka skala oceny stanu psychicznego (Mini Mental State Examination – MMSE).
6. Skala oceny lęku i depresji pacjentów hospitalizowanych – HADS.
7. Skala oceny bólu wzrokowo-analogowa –Visual AnalogueScale.
8. Kwestionariusz wielowymiarowy oceny bólu MPQ (McGill Pain Questionnaire).
9. Kwestionariusz uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma.
10. Kwestionariusz oceny samodzielności pacjenta wg skali Barthel.
11. Kwestionariusz oceny równowagi i chodu i ryzyka upadków za pomocą testu Tinetti (POMA).
12. Skala Lovetta do oceny siły mięśniowej.
13. Szybka ocena diety.
14. Kwestionariusz oceny stanu odżywienia wg Mini Nutritional Assessment (MNA).
15. Skala nudności wg WHO.
16. Skala wymiotów wg WHO.
17. Międzynarodowy system klasyfikacji odleżyn EPUAP/NPUAP
18. Skala nasilenia duszności MRC (Medical Research Council).
19. Skala NYHA – skala do oceny i klasyfikacji ciężkości objawów niewydolności serca. Aktualnie, ze względu na swoją prostotę i stopień rozpowszechnienia, jest najczęściej używaną w naukach klinicznych.
20. Skala objawów łagodnego rozrostu prostaty: International Prostate Symptom Score (IPSS).
21. Kwestionariusz Malzacka do oceny bólu (MPQ – MeGill – Malzack Pain Questionaire).
22. Skala słowna oceny bólu (VRS – Verbal Reating Scale).
23. Skala AVPU – ocena przytomności.
24. Kwestionariusz zmęczenia chronicznego.
25. Skala Karnofsky'ego sprawności ogólnej.
26. Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego – ADL.
27. Kwestionariusz zmęczenia życiem codziennym.
28. Skala zachowań hipochondrycznych – wskaźnik Whiteleya.
29. Kwestionariusz PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders).
30. Kwestionariusz uzależnienia od alkoholu - AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test).
31. Kwestionariusz oceny uzależnienia od alkoholu – CAGE.
32. Kwestionariusz oceny depresji za pomocą skali Becka.
33. Kwestionariusz oceny sposobu odżywiania.
34. Bristolska skala uformowania stolca.
35. Skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn wg Norton.
36. Zmodyfikowana skala oceny zmian skórnych wg Rodnana.
37. Ocena świądu i zaburzeń snu u chorych na atopowe zapalenie skóry.
38. Skala Baxtera do oceny linii naczyniowej założonej do naczynia obwodowego.

39. Skala Pirqueta do oceny wielkości migdałków podniebiennych.
40. Skala CCS – czterostopniowa skala zaawansowania dławicy piersiowej.

Załącznik 2. Wykaz sprzętu i środków dydaktycznych do wykorzystania przy realizacji kursu specjalistycznego *Wywiad i badanie fizykalne*

Uwaga:
Wykaz nie stanowi listy zamkniętej, może być stosowany wybiórczo i zawsze może być uzupełniony o inny sprzęt (dobór sprzętu powinien umożliwić uczestnikom kursu osiągnięcie efektów kształcenia).

Organizator kształcenia może rozważyć możliwość zabezpieczenia naturalnego modelu pacjenta odgrywającego scenariusz dydaktyczny lub wysokiej wierności symulatora.

1. **Sprzęt do badania fizykalnego:**
   - stetoskopy dla dorosłych;
   - ciśnieniomierze do badania RR dla osoby dorosłej;
   - pulsoksymetry;
   - otoskopy;
   - oftalmoskopy;
   - wzierniki do nosa (wielorazowe);
   - latarki laryngologiczne;
   - kamertony/widełki stroikowe, częstotliwość 128 i 512 Hz;
   - aparat do pomiaru zawartości tkanki tłuszczowej i obliczania BMI;
   - miara krawiecka;
   - młotki neurologiczne;
   - tablice pseudoizochromatyczne Ishihary;
   - tablice Snellena dla dorosłych;
   - waga ze wzrostomierzem;
   - fałdomierz;
   - dermatoskop;
   - dynamometr do oceny siły mięśniowej;
   - rękawiczki jednorazowego użytku, różne rozmiary w zależności od potrzeb;
   - środek do dezynfekcji skóry;
   - środek do dezynfekcji błon śluzowych;
   - gaziki;
   - szpatułki;
   - igły do iniekcji;
   - patyczki higieniczne do uszu;
   - worki na odpady skażone;
   - worki na odpady komunalne.

2. **Fantomy/symulatory do wykonania badania fizykalnego:**
   - model oka – łącznie z funkcją badania dna oka za pomocą oftalmoskopu (pozwala na ocenę fizjologiczną i zmian patologicznych w dnie oka: minimum: retinopatia nadciśnieniowa, retinopatia cukrzycowa, stan po laserowej koagulacji, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego ostry, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego przewlekły, zmiany zwyrodnieniowe siatkówki, starcze zwyrodnienie plamki żółtej, porównawczo stan fizjologiczny;

- model ucha – z możliwością: właściwego ustawienia małżowiny i przewodu słuchowego zewnętrznego (u dorosłego i dziecka), oceny w otoskopie przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej, oceny fizjologicznej i zmian patologicznych, minimum: surowicze zapalenie ucha środkowego (SOM), przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (CSOM), ostre ropne zapalenie ucha środkowego (ASOM), perlak, perforacja pourazowa, porównawczo stan fizjologiczny;
- tors do badania fizykalnego klatki piersiowej, w tym serca i płuc, pozwalający na ocenę fizjologii i patologii w zakresie:
  serca minimum: ton S_1, ton S_2, ton S_3, ton S_4, niedomykalność zastawki aortalnej, stenoza zastawki pnia płucnego, niedomykalność zastawki dwudzielnej, niedomykalność zastawki trójdzielnej, ubytki przegrody międzyprzedsionkowej,
  płuc minimum: szmer pęcherzykowy, szmer oskrzelowy, szmer pęcherzykowo-oskrzelowy, świsty, furczenia, trzeszczenia, tarcie, obrzęk płuc, stridor, egofonia, pektorylokwia;
- model do badania piersi i węzłów chłonnych – korpus z piersiami ze zmienną lokalizacją różnych postaci guzków, w tym również ruchomych, oraz zmianami wizualnymi w kształcie i wielkości piersi, brodawce, otoczce, skórze oraz ze zmianami w węzłach pachowych, nadobojczykowych;
- model do badania per rectum: minimum: polipy, zmiany nowotworowe, masy kałowe, porównawczo stan fizjologiczny;
- model do nauki samobadania jąder: minimum 2 stadia zmian nowotworowych, porównawczo stan fizjologiczny;
- model zmian patologicznych w obrębie skóry: minimum: zmiany zapalne, zmiany nowotworowe, porównawczo stan fizjologiczny;
- model zmian patologicznych w obrębie kręgosłupa: minimum: wypadnięcie dysku, urazy kręgu, zmiany zwyrodnieniowe, porównawczo stan fizjologiczny;
- model niewydolności żylnej: minimum: owrzodzenie żylne, żylaki, cellulitis, zapalenie skóry, zapalenie naczyń żylnych, lipodermosklerosis, owrzodzenie stopy cukrzycowe, grzybicze pogrubienie paznokci, maceracja skóry, obrzęk kończyny dolnej, teleangiektazje;
- model niewydolności tętniczej: minimum: niewydolność tętnic, owrzodzenie tętnicze, martwica palców stopy, zapalenie tkanki łącznej;
- model narządów płciowych żeńskich;
- model narządów płciowych męskich.

3. Materiały dydaktyczne:

- filmy dydaktyczne, tematyczne;
- plansze tematyczne;
- przykładowe opisy sytuacji zdrowotnej pacjenta (przypadki dydaktyczne) z zastosowaniem schematu OLD CART.

Organizator kursu (pieczęć)

Załącznik 3. Karta zaliczenia umiejętności
Kurs specjalistyczny: Wywiad i badanie fizykalne

Imię i Nazwisko: ……

Czas trwania kursu: ……..……

Lp.	Umiejętności oceny stanu zdrowia osoby dorosłej Uczestnik kursu potrafi:	Ćwiczenia/Staż[1]	
		Data zaliczenia	Podpis
1.	Zgromadzić subiektywne informacje o sytuacji zdrowotnej pacjenta w obszarze funkcji układów (oddechowy, sercowo-naczyniowy, krążenia obwodowego, mięśniowo-szkieletowy, nerwowy) i części ciała (skóra i jej wytwory, węzły chłonne, głowa i szyja, nos, jama ustna i gardło, oko, ucho, gruczoły piersiowe i doły pachowe, brzuch, odbyt i gruczoł krokowy, żeńskie narządy płciowe, męskie narządy płciowe).		
2.	Stosować zasady prowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego, jego dokumentowania, w tym schemat SOAP, OLD CART oraz pakiet wiarygodnych skal/kwestionariuszy do oceny stanu zdrowia pacjenta i jego zaburzeń.		
3.	Wykonać badanie fizykalne układów (oddechowy, sercowo-naczyniowy, krążenia obwodowego, mięśniowo-szkieletowy, nerwowy) i części ciała (skóra i jej wytwory, węzły chłonne, głowa i szyja, nos i zatoki, jama ustna i ślinianki, oko, ucho, gruczoły piersiowe i doły pachowe, brzuch, odbyt):		
3.1.	• Opukiwanie płuc		
3.2.	• Osłuchiwanie płuc		
3.3.	• Osłuchiwanie tonów serca		
3.4.	• Badanie uderzenia koniuszkowego		
3.5.	• Badanie tętna na tętnicach kończyn górnych i dolnych		
3.6.	• Badanie ukrwienia kończyn dolnych i górnych,		
3.7.	• Badanie zakresu ruchów w stawach		
3.8.	• Badanie siły mięśniowej		
3.9.	• Badanie nerwów czaszkowych		
3.10.	• Badanie czucia powierzchownego i głębokiego		
3.11.	• Badanie odruchów powierzchownych i głębokich		
3.12.	• Badanie postawy ciała, chodu i koordynacji ruchów		

3.13.	• Badanie objawów oponowych		
3.14.	• Badanie objawów korzeniowych		
3.15.	• Badanie skóry, paznokci i włosów		
3.16.	• Badanie ostrości wzroku[2]		
3.17.	• Badanie zdolności rozpoznawania barw[2]		
3.18.	• Badanie źrenic		
3.19.	• Badanie dna oka[2]		
3.20.	• Badanie ucha[2]		
3.21.	• Badanie słuchu[2]		
3.22.	• Badanie węzłów chłonnych		
3.23.	• Badanie jamy ustnej, gardła i ślinianek		
3.24.	• Badanie nosa i zatok		
3.25.	• Badanie tarczycy		
3.26.	• Badanie brzucha		
3.27.	• Badanie odbytu[2]		
3.28.	• Badanie obrzęków		
4.	Wykonać kompleksowe badanie podmiotowe i przedmiotowe osoby dorosłej i udokumentować wyniki badania		

[1]Wykładowca/opiekun stażu powinien udokumentować zaliczenie umiejętności przez uczestnika kursu; wymagane jest jednokrotne zaliczenie każdej umiejętności (na ćwiczeniach lub na stażu).
[2] Wskazane zaliczenie w warunkach symulowanych.