

**Praktyka zawodowa z Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne**  
**Studia stacjonarne**

**Autor programu:** dr Grażyna Dębska

**Liczba godzin :** 160 godz;4 tygodnie;

**Czas realizacji** II/III rok; IV/VI semestr; praktyka semestralno/wakacyjna

**Miejsce zajęć:** oddział pediatryczny

**1. Cel praktyki:**

Sprawowanie opieki nad chorym dzieckiem w warunkach szpitalnych.

**2. Umiejętności - wyniku kształcenia student opanuje efekty kształcenia w dziedzinie umiejętności i kompetencji społecznych:**

<b>W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI</b>	
Gromadzi informacje, formuluje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki zdrowia.	D.U.1
Rozpoznaje uwarunkowania zachowania zdrowia odbiorców opieki w różnym wieku i stanie zdrowia	D.U.2
Prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia, dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień.	D.U.3
Motywuje chorego i jego opiekunów do wejścia do grup wsparcia społecznego	D.U.4
Prowadzi profilaktykę powikłań w przebiegu chorób	D.U.5
Organizuje izolację chorych zakaźnie w miejscach publicznych i w warunkach domowych.	D.W.6
Ocenia rozwój psychofizyczny dziecka, wykonuje testy przesiewowe, wykrywa zaburzenia w rozwoju.	D.W.7
Pobiera materiał do badań diagnostycznych.	D.U.9
Ocenia stan ogólny pacjenta w kierunku powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i powikłań pooperacyjnych.	D.U.10
Doraźnie podaje tlen, modyfikuje dawkę stałą insuliny szybko i krótko działającej.	D.U.11
Przygotowuje chorego do badań diagnostycznych pod względem fizycznym i psychicznym	D.U.12
Dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarstwa.	D.U.13
Rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia	D.U.16
Rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego	D.U.20
Prowadzi rozmowę terapeutyczną.	D.U.22
Prowadzi, dokumentuje i ocenia bilans płynów pacjenta.	D.U.25
Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego	D.U.26
Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczniczych.	D.U.27
Prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgnacyjnych i raportów	D.U.28
Dostosowuje interwencje pielęgniarstwa do rodzaju problemów pielęgnacyjnych.	D.U.32
Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza	D.U.33
Potrafi rozpoznawać wskazania do wykonania określonych badań diagnostycznych i posiada umiejętności umożliwiające wystawianie skierowań na określone badania diagnostyczne	D.U.34
Potrafi przygotowywać zapisy form recepturowych substancji leczniczych w porozumieniu z lekarzem lub na jego zlecenie	D.U.35
<b>W DZIEDZINIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH</b>	
Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece.	D.K.1
Systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu.	D.K.2
Przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece.	D.K.3
Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych	D.K.4
Przestrzega praw pacjenta	D.K.5
Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe.	
Przestrzega tajemnicy zawodowej	D.K.7
Współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej	D.K.8
Jest otwarty na rozwój podmiotowości własnej i pacjenta.	D.K.9
Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami	D.K.10

**2. Treści programowe:**

1. Poznanie zadań w ramach zespołu terapeutycznego. Nawiązanie współpracy
2. Ocena ryzyka wystąpienia zakażeń wewnątrzszpitalnych. Stosowanie standardów zapobiegających zakażeniom wewnątrzszpitalnym.
3. Przyjęcie dziecka do oddziału, pomoc w adaptacji do warunków szpitalnych.
4. Obserwacja sposobów przeżywania swojej choroby oraz hospitalizacji przez dziecko.
5. Komunikowanie się z pacjentem w wieku rozwojowym i jego rodziną.
6. Zasady etyki zawodowej w opiece nad dzieckiem.
7. Interpretacja odrębności anatomicznych i czynnościowych organizmu dziecka w poszczególnych przedziałach wiekowych i w różnym stanie zdrowia.
8. Przygotowanie dziecka do badań diagnostycznych, zabiegów leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych-i obserwacja występujących powikłań.
9. Samodzielne pobieranie materiału do podstawowych badań.
10. Specyfika metod leczniczo-terapeutycznych stosowanych u pacjentów w wieku rozwojowym.
11. Podawanie leków różnymi drogami. Obliczanie dawek leków.
12. Rozpoznawanie dzieci z nieprawidłowym rozwojem somatycznym i psychoruchowym oraz problemami zdrowotnymi.
13. Ocena stanu dziecka w wybranych zespołach chorobowych i/lub niepełnosprawności.
14. Rozpoznanie i ocena objawów świadczących o zagrożeniu życia dziecka
15. Określenie problemów zdrowotnych i celu opieki u pacjenta w wieku rozwojowym w różnych stanach chorobowych.
16. Planowanie interwencji pozwalających na optymalny rozwój dziecka i skuteczne postępowanie leczniczo-pielęgnacyjno-rehabilitacyjne w określonej sytuacji zdrowotnej.
17. Stosowanie odpowiednich procedur postępowania w pielęgnacji dziecka według przyjętych standardów.
18. Prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia. Motywuje chorego i jego opiekunów do wejścia do grup wsparcia społecznego.
19. Edukacja zdrowotna dziecka i jego rodziców. Przygotowanie do wypisu.
20. Pisemne sprawozdanie z opieki. Podsumowanie praktyki zawodowej

**3. Sposoby weryfikacji efektów kształcenia:**

Sprawdzian praktyczny, sprawozdanie pisemne, sprawdzian ustny, ocena prowadzonej dokumentacji, samoocena studenta Zaliczenie z oceną: suma ocen (35% wiedzy, 50% umiejętności i 5% kompetencji społecznych, 10 % dokumentacja ) przez opiekuna dydaktycznego praktyk w porozumieniu z opiekunem praktyk/ pielęgniarką z ramienia zakładu pracy.

**4. Warunki zaliczenia praktyki zawodowej:**

- obowiązkowa 100% obecność na zajęciach
- przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych
- zaliczenie z dokumentacji procesu pielęgnowania
- zaliczenie tematów zajęć
- zaliczenie efektów kształcenia – wg dzienniczka

Koordynator przedmiotu  
Dr Grażyna Dębska

## DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA CHOREGO DZIECKA

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa

Imię i nazwisko studenta

rok II semestr IV

.....

Rok akademicki:.....

Szpital: .....

Oddział: .....

Data rozpoczęcia procesu pielęgnowania .....

Data zakończenia procesu pielęgnowania .....

<u>L.p.</u>	<u>Efekt kształcenia</u>	<u>Punktacja</u> <u>0-4 pkt</u>
1.	<u>Umiejętność gromadzenia i analizowania informacji dotyczącej sytuacji zdrowotnej pacjenta</u>	
2.	<u>Umiejętność formułowania diagnozy pielęgniarstwa</u>	
3.	<u>Umiejętność określania celów opieki</u>	
4.	<u>Umiejętność planowania działań adekwatnych do sytuacji zdrowotnej pacjenta i rodziny</u>	
5.	<u>Realizacja planowanych działań zgodnych z aktualnymi standardami udzielania świadczeń pielęgniarstwa</u>	
6.	<u>Samodzielność i kreatywność w proponowaniu rozwiązań</u>	
7.	<u>Umiejętność oceny efektów zrealizowanych działań</u>	
8.	<u>Umiejętność oceny procesu pielęgnowania i formułowania wniosków do dalszej pielęgnacji pacjenta i jego rodziny</u>	
9.	<u>Umiejętność stosowania poprawnej terminologii medycznej</u>	
10.	<u>Umiejętność estetycznego zapisu w dokumentacji pacjenta</u>	

## ILOŚĆ PUNKTÓW

## OCENA

0-19	niedostateczny (2,0)
20-23	dostateczny (3,0)
24-27	plus dostateczny (3,5)
28-31	dobry (4,0)
32-35	plus dobry (4,5)
36-40	bardzo dobry (5,0)

NAUCZYCIEL PROWADZACY (PODPIS):.....

DATA:.....

**DOKUMENTACJA PRPROCESU PIELEGNOWANIA CHOREGO DZIECKA**

Data przyjęcia ..... Data wypisania .....

**Część I.** A. Dane osobowe, B. Uwagi specjalne, C. Dane wstępne, D. Dane uzupełniające,  
E. Dane bieżące – notatki pielęgniarские.

**Część II.** F a). Rozpoznanie pielęgniarские, w stosunku do dziecka,  
F b). Rozpoznanie pielęgniarские, w stosunku do matki, G. Plan pielęgnacji,  
H. Ocena końcowa.

**A. Dane osobowe:**

Nazwisko i imię [inicjały]

Data urodzenia ..... wiek .....

Imię matki ..... lat ..... wykształcenie .....

Zawód ..... nie pracuje .....

Imię ojca ..... lat ..... wykształcenie .....

Zawód ..... nie pracuje .....

**B. Uwagi specjalne.**

1. Uczulenie .....

.....

2. Wady, zaburzenia rozwojowe .....

.....

3. Hospitalizacja/ która z kolei/ .....

.....

4. Zapobieganie krzywicy<sup>1</sup> .....

.....

5. Szczepienia ochronne .....

.....

6. Pielęgnowanie w domu .....

.....

.....

.....

---

<sup>1</sup> dotyczy niemowlęcia

7. Problemy w rodzinie .....

.....

.....

.....

8. Inne .....

.....

.....

**9. Rozpoznanie lekarskie**

wstępne .....

.....

kolejne .....

.....

.....

**C. Dane wstępne: (1. Wywiad, 2. Oględziny, 3. Waga, uzębienie)**

I. WYWIAD: data ..... informuje .....

a/ choroba zaczęła się .....

.....

.....

b/ objawy .....

.....

.....

.....

c/ dotychczasowe postępowanie .....

.....

.....

.....

.....

.....

d/ choroby przebyte wcześniej .....

.....

e/ inne .....

.....

.....

## II. OGLĘDZINY DZIECKA:

a/ budowa ciała .....

b/ wygląd ogólny .....

c/ skóra .....

.....

d/ jama ustna .....

.....

e/ temperatura.....oddech .....

g/ inne .....

.....

.....

## \*III. POMIARY-(waga uzębienie) – ocena rozwoju somatycznego/

a/ masa ciała .....

b/ długość/wysokość .....

c/ obwód głowy .....

d/ obwód klatki piersiowej .....

e/ ilość zębów .....

f/ inne .....

g/ interpretacja oceny rozwoju somatycznego **interpretacja zgodnie z statkami centylowymi**

.....

.....

**D. DANE UZUPELNIAJACE:** (1. Dziecko w środowisku rodzinnym, 2. Ocena rozwoju psycho-ruchowego).

1. Dziecko w środowisku rodzinnym, wywiad z .....

data .....

a/ oczekiwane-nie, planowane-nie .....

b/ donoszone-nie, urodzone w .....

c/ inne .....

d/ciąża: przebieg – prawidłowy-nie, ewentualne zaburzenia .....

.....

.....

e/ poród: szpital, izba porodowa, dom.

Przebieg prawidłowy-nie .....

f/ opieka nad dzieckiem:

zajmuje się głównie .....

pomaga ..... poświęca-nie, dziecku mało-dużo ..... czasu .....

Żłobek: dzienny, tygodniowy: uczęszcza-nie od m/ca życia.

Opieka medyczna: poradnia D.

Inne .....

Porady – czas, ewentualnie częstość, najważniejsze wskazówki/lekarz, położna,

Pielęgniarka .....

.....

stosowanie porad .....

.....

.....

g/ karmienie /rodzaj diety, przyjmowane płyny, sposób karmienia, apetyt/ .....

.....

.....

h/ sen .....

.....

i/ inne warunki socjalno-bytowe: (osobny pokój, wydzielony kąpiel, higiena, ubranie, spacer)

.....

.....

.....

j/ zabawki .....

.....

**k/** zachowanie matki w stosunku do dziecka .....  
.....  
.....

**l/** trudności .....  
.....

**ł/** środowisko rodzinne /mieszkający wspólnie, zdrowie/ razem mieszka .....  
osób ..... dzieci ..... inni .....

**m/** mieszkanie: ilość izb ....., duże, małe, jasne, ciemne, suche, wilgotne, łazienka, kanalizacja, elektryczność, ogrzewanie centralne, piece.

Inne .....  
.....

**n/** warunki bytowe /według oceny udzielającej wywiadu/ bd, db, dst, ndst. ....  
.....  
.....

podstawowe źródło utrzymania .....  
.....

**o/** współzycie, problemy rodziny .....  
.....  
.....

współzycie: b. dobre, dobre, dość zgodne, niezgodne ewentualne problemy .....  
.....  
.....

**p/** uwagi różne .....  
.....  
.....



**2. OCENA ROZWOJU PSYCHORUCHOWEGO:**

**a/** przyzwyczajenia i upodobania dziecka: .....

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

**b/** samodzielność dziecka: .....

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

**c/** poziom rozwoju psychomotorycznego (do lat 3): .....

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

**d/** stan psychiczny (mowa, uwaga, emocje, zachowanie, nastrój): .....

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



**b/ Karta badań**

<b>Data zlecenia</b>	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Odst.</b>	<b>Uwagi</b>	<b>Interpretacja wyniku</b>

**c/ Karta leków doustnych**

<b>Data zlecenia</b>	<b>Nazwa leku</b>	<b>Dawka</b>	<b>Czas</b>	<b>Uwagi</b>

**d/ Karta iniekcji i inne**

<b>Data zlecenia</b>	<b>Nazwa leku</b>	<b>Droga podania</b>	<b>Ilość</b>	<b>Uwagi</b>

Lp.	Diagnoza pielęgniarstwa	Cel opieki	Plan interwencji pielęgniarstwa	Realizacja i ocena bieżącej opieki