

**Praktyka zawodowa z Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne**  
**Studia stacjonarne**

**Autor programu:** dr Wioletta Ławska

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

**Czas realizacji:** II. rok ; IV semestr; praktyka semestralna

**Miejsce zajęć:** oddział chirurgii ogólne/urazowo- ortopedycznej

**1. Cel praktyki**

Sprawowanie opieki nad chorym psychicznie w warunkach szpitalnych

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

<b>W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI</b>	
Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki zdrowia.	D.U.1
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
Pobiera materiał do badań diagnostycznych.	D.U.9
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 powikłania leczenia farmakologicznego	D.U.20
Prowadzi rozmowę terapeutyczną.	D.U.22
Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego.	D.U.26
Prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgnacyjnych i raportów	D.U.28
Przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi.	D.U.31
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 praw pacjenta	D.K.5
Przestrzega tajemnicy zawodowej	D.K.7
Współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej	D.K.8

### **3. Treści kształcenia**

1. Poznanie specyfiki pracy w oddziale psychiatrycznym. Zapoznanie studentów z autentycznymi problemami chorych. Poznanie środowiska, w którym przebywają chorzy psychicznie. Zapoznanie się z dokumentacją obowiązującą w oddziale psychiatrycznym.
2. Nawiązanie i utrzymanie kontaktu psychoterapeutycznego z pacjentem chorym psychicznie.
3. Wdrożenie dokumentacji procesu pielęgnowania. Gromadzenie danych o pacjencie i jego rodzinie potrzebnych do procesu pielęgnowania. Rozpoznanie problemów chorych psychicznie.
4. Planowanie i sprawowanie opieki pielęgniarzkiej nad osobą chora psychicznie i jego rodziną. Prowadzenie dokumentacji procesu pielęgnowania.
5. Próba oceny trafności rozpoznanych problemów, celów i sposobów działania terapeutycznego w stosunku do pacjenta psychicznie chorego

### **4. Sposoby weryfikacji efektów kształcenia:**

Sprawdzian praktyczny, sprawozdanie pisemne, sprawdzian ustny, ocena prowadzonej dokumentacji, samoocena studenta. Zaliczenie z oceną: suma ocen (40% wiedzy, 40% umiejętności i 20% kompetencji społecznych) przez opiekuna dydaktycznego praktyk w porozumieniu z opiekunem praktyk/ pielęgniarką z ramienia zakładu pracy.

### **5. 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 dziennika

# Dokumentacja procesu pielęgnowania – pielęgniarstwo psychiatryczne

Imię i nazwisko studenta .....

Rok akademicki...../.....

## I. Dane o pacjencie i środowisku

1. Imię i nazwisko (inicjały).....
2. Rok urodzenia.....
3. Adres zamieszkania .....
4. Warunki mieszkaniowe, z kim mieszka .....
- .....
5. Wykształcenie.....
6. Źródło utrzymania .....
7. Sposób spędzania wolnego czasu  
.....  
.....
8. Upodobania, nałogi, przyzwyczajenia  
.....  
.....

## II. Dane o stanie zdrowia

1. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym: pierwszy (kiedy?) .....
- Kolejny .....
2. Stan prawny (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – zgoda na hospitalizację, tryb wnioskowy, bez zgody)  
.....  
.....
3. Bezpośrednia przyczyna hospitalizacji  
.....  
.....
4. Rozpoznanie lekarskie  
.....  
.....

5. Czas trwania kolejnych remisji .....
6. Przebyte choroby  
.....  
.....
7. Uczulenia  
.....  
.....
8. Funkcjonowanie poszczególnych układów (zwrócić uwagę na patologię)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **III. Stan psychiczny pacjenta**

1. Aktualny stosunek pacjenta do choroby (zaprzecza, pomniejsza, wyolbrzymia, akceptuje diagnozę itp.)  
.....  
.....
2. Reakcja na chorobę i hospitalizację (lęk, strach, gniew, niepokój, obojętność itp.)  
.....  
.....  
.....
3. Czym jest choroba dla pacjenta ?  
.....  
.....
4. W jakim stopniu jest utrudnieniem w życiu osobistym, rodzinnym, zawodowym i blokuje potrzeby chorego?  
.....  
.....  
.....
5. Stosunek do leczenia i opieki pielęgniarstwa (pozytywny / negatywny)

.....  
.....  
.....  
6. Proponowane zmiany przez chorego odnośnie leczenia, pielęgnacji, sali, regulaminu itp.

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

7. Problemy z adaptacją do warunków szpitalnych

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

8. Życzenia dotyczące odwiedzin

.....

9. Ważne osoby w życiu chorego

.....

10. Doświadczenia z poprzednich hospitalizacji

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

11. Lubiane zajęcia terapeutyczne

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

12. Nie lubiane i niechciane zajęcia na oddziale

.....  
.....

#### **IV. Osobowość pacjenta i właściwości jego procesów psychicznych**

##### **1. Dzieciństwo i młodość:**

**rodzina** (przez kogo wychowywany, rodzeństwo, środowisko z jakiego pochodzi, stan materialny rodziny)

.....  
.....

**atmosfera w domu** (bezpieczeństwo, wzajemna miłość, wsparcie, jasne reguły i akceptowane wymagania, nadmierna pobłażliwość, brak zainteresowania dziećmi, nadopiekuńczość, dyscyplina, nakazy, zakazy, nadmierna surowość, kary cielesne)

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

**rodzice (lub opiekunowie)** (dominujący, agresywni, impulsywni, osadzający, karzący, skonfliktowani między sobą, rozgrywający swoje sprawy z udziałem dzieci, żyjący zgodnie, kochający się, dbający wzajemnie o autorytet wobec dzieci, religijni, bez skryzalizowanego światopoglądu)

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

**kontakty z rówieśnikami** (wychowany w domu, przedszkolu, aprobowany, lubiany, towarzyski, dominujący, częste kontakty z dziećmi, izolujący się, preferowany rodzaj zabawy)

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

**zapamiętane silne przeżycia z dzieciństwa**

.....  
.....

**szkoła** (w jakim wieku rozpoczął naukę, uczył się dobrze, źle, sprawiał problemy nauczycielom, odczuwał niechęć przed chodzeniem do szkoły – wagary, bójki, ucieczki, powtarzanie klasy)

.....  
.....

**młodość** (zainteresowania, grupy rówieśnicze, hobby, pierwsze doświadczenia z płcią przeciwną, dominujące przeżycie na wspomnienie o młodości)

.....  
.....

Objawy nieprzystosowania w dzieciństwie i młodości (moczenie nocne, jąkanie się, tiki, grymasy, obgryzanie paznokci, lęki nocne, nadmierna nieśmiałość, fobie itp.)

.....  
.....

## 2. Dojrzałość:

**zdobycie wykształcenia i zawodu** (zgodnie z zainteresowaniami, pod presją rodziców, nie lubi swojego zawodu, jest usatysfakcjonowany wyborem, osiągnął zadowolenie, sukces zawodowy, jest doceniany, awansowany, dobrze wynagradzany, samodzielny w pracy, stanowisko kierownicze, praca łatwa, trudna, obciążająca psychicznie, monotonna, jest niedoceniany, dyskryminowany, zagrożony zwolnieniem z pracy)

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

**służba wojskowa** (tak, nie, silne przeżycia, szok, upokorzenie, zadowolenie, zdobycie zawodu

.....

**małżeństwo** (pierwsze, następne, rozwód, separacja, porzucenie, konflikty, zazdrość, niedobrane, zgodne, kochające, dobrane, wspólne zainteresowania, oparcie, dzieci – posiada, nie posiada, małe, dorosłe, samodzielne, studiujące, sprawiające kłopoty, ustabilizowane itp.)

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

**role społeczne** (pełni, nie pełni, polityczne, społeczne, zawodowe, pełni chętnie, są ciężarem, nie wywiązuje się, zrezygnował itp.)

.....  
.....

**przeżycia traumatyzujące** (śmierć bliskich, choroba przewlekła, kalectwo, katastrofa, uwięzienie, utrata współmałżonka, utrata pracy, brak środków do życia, utrata mienia, prestiżu itp.)

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

## V. Stan psychiczny pacjenta w chwili przyjęcia na oddział lub objęcia opieką

1. Wygląd zewnętrzny: ubiór, higiena, budowa ciała, wygląd a wiek pacjenta, wyraz twarzy – mimika, wyraz oczu, postawa ciała, tuki, grymasy itp.

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

2. Zachowanie i nastrój pacjenta: spokojny, pobudzony, nieruchomy, stereotypie, zachowuje się dziwacznie, niespokojny, zmanierowany, nastrój obojętny, chwiejny, wesoły, żywy, smutny, przygnębiony, napięty, sztywny, niedostosowany

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

3. Zaburzenia spostrzegania, pamięci, uwagi, myślenia: omamy, iluzje, trudności ze skupieniem uwagi, nużliwość uwagi, rozproszenie uwagi, zaniki pamięci, luki pamięciowe, konfabulacje, niepamięć wsteczna, następcza, przyspieszenie, zwolnienie myślenia, gonitwa myśli, urojenia i inne

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

4. Zaburzenia świadomości i orientacji: senność patologiczna, zawężenie pola świadomości, przymglenie świadomości, majaczenie, zamroczenie, splatanie, orientacja w miejscu, czasie, własnej osoby

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

5. Inteligencja, mowa, zdolność komunikowania się, poczucie choroby psychicznej

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

6. Orientacja w sprawach zdrowia: identyfikuje swoje potrzeby, zaspakaja je, radzi sobie ze stresem, wykorzystuje mechanizmy obronne, współpracuje z lekarzem i pielęgniarką, zdolny do samoopieki, ma satysfakcjonujące relacje z rodziną i środowiskiem, świadomy zagrożeń zdrowia psychicznego, ujawnia braki w części lub całości opisanych umiejętności i cech

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

7. Życie popędowe: obniżenie lub zanik, skłonności samobójcze, impulsywność

.....  
.....



Data	Ocena stanu pacjenta
	Nazwisko i imię pacjenta .....wiek..... sala .....
Podpis	.....

Nazwisko i imię pacjenta (inicjały) ..... lat .....			
Diagnoza pielęgnarska i cel opieki	Planowane działania	Częstotliwość działań	Stan uzyskany

--	--	--	--

