

Praktyka zawodowa z Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne

Studia stacjonarne

Autor programu: mgr Kinga Fecko – Gałowicz

Liczba godzin : 160 godz.;4 tygodnie

Czas realizacji; II rok ;semestr IV Miejsce zajęć:

Oddział chorób wewnętrznych

### 1. Cel praktyki:

Kształtowanie kompetencji zawodowych umożliwiających sprawowanie opieki nad pacjentem w oddziale wewnętrznym

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

## W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI

Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki pielęgniarstwa, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki pielęgniarstwa	D.U1
Prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień	D.U2
Prowadzi profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób	D.U3
Dobiera technikę i sposoby pielęgnowania rany, w tym zakładania opatrunków	D.U6
Doraźnie podaje pacjentowi tlen i monitoruje jego stan podczas tlenoterapii	D.U9
Modyfikuje dawkę stałą insuliny szybko- i krótkodziałającej	D.U11
Przygotowuje pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych	D.U12
Przygotowuje zapisy form recepturowych substancji leczniczych w ramach kontynuacji leczenia	D.U14
Dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian oraz realizowaną opiekę pielęgniarstwa, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych	D.U15
Rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego	D.U18
Prowadzi rozmowę terapeutyczną	D.U20
Przekazuje informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta	D.U22
Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych	D.U23
Przygotowuje i podaje pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza	D.U26

## W DZIEDZINIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH

Kieruje się dobrem pacjenta, poszanowania godności i autonomii osób powierzonych opiece, okazuje zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatie w relacji z pacjentem i jego rodziną	K1
Przestrzega prawa pacjenta	K2
Samodzielnie i rzetelnie wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzega wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem	K3
Ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności zawodowe	K4

Dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych

K7

### **3. Treści programowe:**

1. Założenia organizacyjne, cele praktyki, wykaz umiejętności, kryteria oceny. Organizacja oddziału.
2. Standardy i procedury pielęgniarskie stosowane w rozwiązywaniu problemów chorych.
3. Standardy i procedury pielęgniarskie dotyczące wybranych zabiegów w oddziale internistycznym.
4. Standard edukacji pacjenta z cukrzycą i jego rodziny - zasady samokontroli, zasady diety. Rola wysiłku fizycznego u pacjenta z cukrzycą. Powikłania wczesne i późne cukrzycy
5. Marskość wątroby - stan śpiączki wątrobowej.
6. Niewydolność nerek - mocznica przewlekła.
7. Niewydolność krążeniowo - oddechowa, napad astmatyczny, POChP.
8. Rola pielęgniarki w rehabilitacji chorych z chorobami internistycznymi.
9. Ustalenie diagnozy pielęgniarskiej, planowanie opieki, realizacja i ocena efektów działań pielęgniarskich w stosunku do pacjenta z uwzględnieniem edukacji.
10. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania chorego z ostrą niewydolnością nerek
11. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania – chorego z przewlekłą niewydolnością nerek
12. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z chorobą wrzodową żołądka, dwunastnicy
13. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania - chorego marskością wątroby
14. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z chorobą krwi
15. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z nadczynnością tarczycy
16. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z \niedoczynnością tarczycy
17. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z RZS
18. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
19. Metody terapii w oddziale wewnętrznym, współudział pielęgniarki, obserwacja w kierunku powikłań zastosowanej terapii.
20. Ocena realizacji założonych celów kształcenia. Samoocena studenta

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

Sprawdzian praktyczny, ocena prowadzonej dokumentacji, samoocena studenta

Zaliczenie na ocenę: 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 procesu pielęgnowania
- zaliczenie tematów dnia
- zaliczenie efektów kształcenia – wg dziennik

Koordynator przedmiotu:  
mgr Kinga Fecko – Gałowicz  
Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego

**Akademia Nauk Stosowanych  
w Nowym Targu**  
*Instytut Medyczny*  
*Kierunek Pielęgniarstwo*

**Dokumentacja procesu pielęgnowania pacjenta w oddziale  
chorób wewnętrznych**

.....  
Imię i nazwisko studenta

**1. KRYTERIA OCENY PROCESU PIELEGNOWANIA**

Imię i nazwisko Studenta .....

<b>L.p.</b>	<b>Kryterium</b>	<b>Punktacja 0-3 pkt</b>
1.	Analiza sytuacji zdrowotnej pacjenta	
2.	Formułowanie diagnozy pielęgniarstwa	
3.	Wyłonienie celów opieki	
4.	Planowanie interwencji pielęgniarstwa	
5.	Samodzielność i kreatywność w proponowaniu rozwiązań	
6.	Stosowanie poprawnej terminologii medycznej	
7.	Estetyczny zapis w dokumentacji pacjenta	
	SUMA PUNKTÓW	

**\*Przy uzyskaniu w danym kryterium 0 punktów student otrzymuje ocenę niedostateczną.**

**Ocena i punktacja:**

Bardzo dobry (5,0) – 21-20 pkt

Dobry plus (4,5) – 19-18 pkt

Dobry (4,0) – 17-16 pkt

Dostateczny plus (3,5) – 15-14 pkt

Dostateczny (3,0) – 13-12 pkt

Niedostateczny (2,0) – poniżej 12 pkt

## HISTORIA PIELEGNOWANIA

### I. DANE PERSONALNE:

Nazwisko i imię .....wiek .....

Stan cywilny .....zawód .....

Miejsce pracy .....wykształcenie .....

Adres zamieszkania .....

Przyjęty dnia .....ze skierowaniem, zgłosił się sam, karetką pogotowia  
(właściwe podkreślić).

Wypisany ..... zmarł .....

Rozpoznanie lekarza dyżurnego .....

.....

### II. DOTYCHCZASOWA SITUACJA CHOREGO:

Przebyte choroby .....

Uczulenia .....

Nietolerancja pokarmowa .....

Nalogi .....

### III. WARUNKI MIESZKANIOWE

.....

.....

### IV. SYTUACJA RODZINNA:

Z kim chory mieszka .....

Osoba opiekująca się chorym .....

Adres .....telefon .....

Wpływ sytuacji rodzinnej na stan zdrowia .....

.....

### V. SYTUACJA ZAWODOWA:

Rodzaj wykonywanej pracy .....

Czy pacjent dostrzega związek między charakterem pracy a jednostką chorobową .....

.....

**VI. DANE OKRESLAJĄCE STAN BIOLOGICZNY PACJENTA**

Układ sercowo naczyniowy .....	Układ oddechowy .....
.....	.....
.....	.....
Układ pokarmowy.....	Układ moczowo-pluciowy .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Układ kostno-stawowo-mięśniowy .	zmysły i skóra .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Układ nerwowy .....	Aktywność ruchowa .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Stan higieniczny .....	.....
.....	.....
.....	.....
Inne .....	.....

**VII. STAN PSYCHICZNY:**

Stosunek chorego do hospitalizacji .....

.....

.....

Stosunek do leczenia .....

.....

.....

**VIII. LECZENIE FARMAKOLOGICZNE**

.....

.....

.....

.....

.....

## INDYWIDUALNA KARTA PIELEGNOWANIA

Diagnoza pielęgniarska	Cel Opieki	Plan opieki	Realizacja	Ocena



