

Praktyka zawodowa z Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne

Studia stacjonarne

Autor programu: dr Wioletta Ławska

Liczba godzin: 80 godz.

Czas realizacji: III rok; VI semestr; praktyka semestralna

Miejsce zajęć: Oddział psychiatryczny

1. Cel praktyki

Student po zrealizowaniu programu będzie potrafił opiekować się pacjentem z zaburzeniami zdrowia psychicznego z uwzględnieniem przepisów prawa obowiązującego w psychiatrii

2. Podczas praktyki zawodowej Student opanuje efekty uczenia się w dziedzinie umiejętności i kompetencji społecznych:

Efekty uczenia się w dziedzinie umiejętności:	
Potrafi gromadzić informacje, formułować diagnozę pielęgniarstwa, ustalać cele i plan opieki pielęgniarstwa, wdrażać interwencje pielęgniarstwa oraz dokonywać ewaluacji opieki pielęgniarstwa	D.U.01
Potrafi prowadzić poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień	D.U.02
Potrafi dokumentować sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian i realizować opiekę pielęgniarstwa, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych	D.U.15
Potrafi rozpoznawać powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego	D.U.18
Potrafi prowadzić rozmowę terapeutyczną	D.U.20
Potrafi przekazywać informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta	D.U.22
Potrafi przygotowywać i podawać pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza	D.U.26
Efekty uczenia się w dziedzinie kompetencji społecznych:	
Jest gotów do kierowania się dobrem pacjenta, poszanowania godności i autonomii osób powierzonych opiece, okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną	K.01
Jest gotów do przestrzegania praw pacjenta	K.02
Jest gotów do samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegania wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem	K.03
Jest gotów do ponoszenia odpowiedzialności za wykonywane czynności zawodowe	K.04
Jest gotów do zasięgania opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu	K.05
Jest gotów do przewidywania i uwzględniania czynników wpływających na reakcje własne i pacjenta	K.06
Jest gotów do dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonywania deficytów i potrzeb edukacyjnych	K.07

2. Treści uczenia się:

- 1) Poznanie specyfiki pracy w oddziale psychiatrycznym.
- 2) Zapoznanie się z dokumentacją obowiązującą w oddziale psychiatrycznym.
- 3) Nawiązanie i utrzymanie kontaktu psychoterapeutycznego z pacjentem chorym psychicznie i jego rodziną.
- 4) Udział w leczeniu i pielęgnowaniu pacjentów chorych psychicznie.
- 5) Postępowanie pielęgniarki/rza z pacjentem ze schizofrenią, depresją, CHAD-em, uzależnionym.
- 6) Gromadzenie danych o pacjencie i jego rodzinie oraz rozpoznawanie problemów chorych psychicznie.
- 7) Planowanie i sprawowanie opieki pielęgniarstwa nad osobą chora psychicznie i jego rodziną.
- 8) Prowadzenie dokumentacji procesu pielęgnowania.

9) Ocena trafności rozpoznanych problemów, celów i sposobów działania terapeutycznego w stosunku do pacjenta psychicznie chorego.

10) Samoocena i ocena studenta przez prowadzącego zajęcia.

3. Sposoby weryfikacji efektów uczenia się:

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

4. Warunki zaliczenia:

- obowiązkowa obecność na zajęciach, punktualność,
- przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych,
- przestrzeganie regulaminu placówki,
- pozytywna ocena z prowadzenia dokumentacji procesu pielęgnowania,
- pozytywne oceny z zaliczenia tematów zajęć,
- zaliczenie efektów uczenia się – wg dzienniczka zaliczenia efektów.

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 pielęgniarskiej (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. Nielubiane 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, osądzający, 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, uciezki, 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, jękanie 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 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 dziwnie, 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

.....
.....

Leki, dawkowanie i ich działanie:

Bieżąca ocena stanu pacjenta

.....

.....

Imię i nazwisko pacjenta

Wiek

Data	Ocena stanu pacjenta /raport/
Podpis

Imię i nazwisko pacjenta.....lat.....					
Data	Rozpoznane problemy	Cele opieki	Planowane działania	Realizacja planu opieki	
				Stan uzyskany	Częstotliwość działań