

DOKUMENTACJA DO PROCESU PIELEGNOWANIA Z PRZEDMIOTU
PIELĘGNIARSTWO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Praktyka zawodowa z Pielęgniarstwa w opiece długoterminowej

Studia stacjonarne

Autor programu: dr n. o zdr. Magdalena Nieckula

Liczba godzin: 40 godzin, 1 tydzień

Czas realizacji: III rok; V semestr, semestralna

Miejsce zajęć: Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

1. Cel praktyki:

Przygotowanie studenta do sprawowania opieki pielęgniarskiej nad osobą w podeszłym wieku oraz kształtowanie pozytywnej postawy niezbędnej do odpowiedzialnej i sumiennej pracy z zakresu samodzielnego diagnozowania, planowania, realizacji i oceny sytuacji osób starszych w opiece długoterminowej w warunkach środowiska zamieszkania i instytucji.

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

W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI	
Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarską, ustala cele i plan opieki pielęgniarskiej, wdraża interwencje pielęgniarskie oraz dokonuje ewaluacji opieki pielęgniarskiej	D.U01
Prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień	D.U02
Prowadzi profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób	D.U03
Dobiera technikę i sposoby pielęgnowania rany, w tym zakładania opatrunków	D.U06
Dobiera metody i środki pielęgnacji ran na podstawie ich klasyfikacji	D.U07
Rozpoznaje powikłania po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i zabiegach operacyjnych	D.U08
Wystawia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych	D.U13
Dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian oraz realizowaną opiekę pielęgniarską, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych	D.U15
Uczy pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych	D.U16
Rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego	D.U18
Prowadzi rozmowę terapeutyczną	D.U20
Prowadzi rehabilitację przyłóżkową i aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej	D.U21
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	K01
Przestrzega prawa pacjenta	K02
Samodzielnie i rzetelnie wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzega wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem	K03
Ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności zawodowe	K04
Dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych	K07

3. Treści programowe:

1. Założenia organizacyjne, cele praktyki, wykaz umiejętności, kryteria oceny.
Organizacja pracy w opiece długoterminowej. Poznanie zadań w ramach zespołu terapeutycznego.
2. Rozpoznawanie potrzeb bio-psycho-społecznych pacjentów opieki długoterminowej, narzędzia oceny, planowanie opieki z wykorzystaniem modeli pielęgnowania.
3. Badania diagnostyczne stosowane w schorzeniach wieku podeszłego, przygotowanie pacjenta do badań, postępowanie z pacjentem po badaniu.
4. Problemy chorych z zaawansowaną niesprawnością (po udarze mózgu, po złamaniu szyjki kości udowej) w opiece długoterminowej. Rola pielęgniarki w edukacji chorego i jego rodziny w zakresie organizacji opieki w warunkach domowych.
5. Przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki. Podsumowanie zajęć.
Samoocena studenta.

4. Sposoby weryfikacji efektów uczenia się:

Obserwacja zachowania studenta podczas zajęć, analiza przypadku, rozwiązanie zadania problemowego

5. Warunki zaliczenia praktyki zawodowej:

1. 100% obecność na zajęciach
2. przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych,
3. zaliczenie dokumentacji procesu pielęgnowania (i/lub raportu),
4. zaliczenie obowiązującej tematyki zajęć,
5. zaliczenie efektów uczenia się - wg dziennika.

Koordynator przedmiotu

Dr n. o zdr. Magdalena Nieckula

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
W NOWYM TARGU
Instytut Medyczny
Kierunek PIELĘGNIARSTWO

Imię i nazwisko

studenta.....

Rok studiów..... semestr studiów..... numer grupy.....

Przedmiot: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

1. KRYTERIA OCENY PROCESU PIELĘGNOWANIA

Imię i nazwisko Studenta

L.p.	Kryterium	Punktacja 0-3 pkt
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) – 20-21 pkt

Plus dobry (4,5) – 18-19 pkt

Dobry (4,0) – 15-17 pkt

Plus dostateczny (3,5) – 13-14 pkt

Dostateczny (3,0) – 11-12 pkt

Niedostateczny (2,0) – 10 pkt i poniżej

Ocena końcowa:.....

Podpis nauczyciela sprawdzającego.....

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

I. DANE PERSONALNE:

Nazwisko i imię (Inicjały).....wiek

Stan cywilnyzawód

Wykształcenie

Przyjęty dnia

Rozpoznanie lekarskie

.....

II. DOTYCHCZASOWA SITUACJA CHOREGO:

Przebyte choroby

Uczulenia

Nietolerancja pokarmowa

Nalogi

III. WARUNKI MIESZKANIOWE

.....

.....

IV. SYTUACJA RODZINNA:

Z kim chory mieszka

Osoba opiekująca się chorym

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-płciowy
.....
.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

L.p.	Diagnoza pielęgnarska	Cel opieki	Plan interwencji pielęgnarskiej	Realizacja i ocena bieżącej opieki

Edukacja pacjenta (opis zaplanowanych i zrealizowanych działań edukacyjnych):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wskazówki do dalszej pielęgnacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OCENA STANU CHOREGO

Rozpoznanie lekarskie: **Pacjent/pacjentka lat:** **Chory w stanie zdrowia** ciężkim, bardzo ciężkim, agonalnym, średnio ciężkim, dość dobrym, dobrym, względnie dobrym itp. **W porównaniu do** dnia poprzedniego, dyżuru poprzedniego, tygodnia ubiegłego, godzin rannych, popołudniowych, nocnych; **uległ** poprawie, pogorszeniu, bez zmian itp. **Chory** przytomny, nieprzytomny, leżący, ściśle leżący, z ograniczeniem ruchomości, poruszający się z trudem, przy pomocy....., niesamodzielny w zakresie....., samodzielny w zakresie czynności codziennych..... **Pacjent/pacjentka** wg zmodyfikowanej **skali Barthel** uzyskuje ... punktów, (co dotyczy): **spożywanie posiłków:** nie jest w stanie samodzielnie jeść, potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., samodzielny, niesamodzielny; **przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem):** nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, większa pomoc (fizyczna, jedna lub dwie osoby), mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), samodzielny; **utrzymanie higieny osobistej:** potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, niezależny przy myciu, czesaniu się, myciu zębów, goleniu itp., **korzystanie z toalety:** zależny, potrzebuje trochę pomocy, niezależny; **mycie, kąpiel całego ciała:** zależny, niezależny; **poruszanie się (po powierzchniach płaskich):** nie porusza się lub <50m, zależny na wózku, niezależny na wózku, spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby >50m, niezależny >50m; **wchodzenie i schodzenie po schodach:** nie jest samodzielny, potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenie), samodzielny; **ubieranie i rozbieranie się:** zależny, potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonywać bez pomocy, niezależny; **kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu:** nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatywy, czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), panuje (utrzymuje stolec); **kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:** nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny, czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), panuje (utrzymuje mocz). **Pacjent należy do..... kategorii chorych wg wyznaczników(zinterpretuj).** **Pacjent** chudy, wychudzony, z prawidłowo rozwiniętą tkanką podskórną, otyły w znacznym stopniu (masa ciała ...przy wzroście..., **BMI**). **Skóra chorego** ciepła, zimna, sucha, wilgotna, spocona, pomarszczona, dobrze napięta, szara, blada, zażółcona, z niewielką sinicą (lokalizacja), z sinicą (lokalizacja), bez sinicy, sina itp. **Na skórze** widoczne są, występują (opisać wszystkie zmiany z podaniem lokalizacji i rozmiaru; w przypadku odleżyn – podać lokalizację, rozległość, stopień, głębokość oraz ocenę **ryzyka** wg dowolnej skali – **Norton, CBO, Douglas Waterlow – jednej!**). **Oddech** słyszalny, niesłyszalny, płytki, spłycony, głęboki, pogłębiony, świszczący, charczący, utrudniony ... /min., podać cechy oddechu. **CTK wahało się** – podać dwie wartości skrajne tzn. najniższą i najwyższą. **Tętno** .../min. lub wahało się (podać dwie skrajne wartości i wszystkie cechy tętna). **Posiłki z diety** – jakiej? pacjent zjada, nie zjada, częściowo, chętnie, niechętnie, występuje brak łaknienia - stały, okresowy, stolec – oddaje prawidłowo, zaparcia itp. **Występują nudności** stałe, okresowe, pojawiające się po posiłku, przed posiłkiem. **Wymioty** o godz....., ... **razy w ciągu dyżuru treścią w ilości** **Pacjent** wypija, pije, w ograniczonej ilości (z powodu), mało, dużo; wypił w ciągu dnia ...ml. **Wydalił** ...ml **moczu barwy** słomkowej, ciemnego piwa, krwistej, ropnej itp. **W ciągu dyżuru pacjent skarżył się**, zgłaszał, u chorego wystąpiło - (podać lokalizację i czas wystąpienia wszystkich dolegliwości i zmian u chorego na opisywanym dyżurze). Przy opisywaniu **bólu** podajemy: **lokalizację, czas występowania, powiązanie z sytuacją, natężenie, rodzaj promieniowania, charakter itp. np.:** ból zlokalizowany za mostkiem, o charakterze piekącym, o bardzo silnym natężeniu, pojawiający się przy wysiłku (lub stały), promieniujący do żuchwy. **Pacjent w nastroju:** wyrównanym, podwyższonym, obniżonym, spokojnym, zrównoważonym, pobudzony psychoruchowo, smutny, przygnębiony, zaniepokojony, w poczuciu zagrożenia o swój stan zdrowia, martwi się (i inne- określające nastrój chorego). **Kontakt z chorym** łatwy do nawiązania, chętnie podtrzymuje kontakt, niechętnie, odpowiada tylko na zadane pytania, utrudniony, bardzo utrudniony, okresowo niemożliwy do nawiązania kontakt werbalny, reaguje na, nie reaguje na bodźce bólowe, dotyk, żywo reaguje (to w przypadku braku kontaktu werbalnego) itp. **Pacjent** chętnie współpracuje, niechętnie, nastawiony, źle, chętnie, niechętnie poddaje się zabiegom i zaleceniom, nie poddaje się zabiegom i zaleceniom, przestrzega zaleceń, **nie akceptuje/ akceptuje** swoją niepełnosprawność, **jaki jest stosunek pacjenta do prowadzonych ćwiczeń, zabiegów rehabilitacyjnych.** **Chory** jest osobą samotną, ma rodzinę – określić sytuację społeczną chorego (krótko- jedno zdanie, określające zainteresowanie rodziny chorobą, niepełnosprawnością, hospitalizacją pacjenta) np.: pacjent jest osobą samotną, opiekuje się nim sąsiadka odwiedzająca go regularnie. **Wg zlecenia lekarza** pacjent ma prowadzoną rehabilitację - **podać nazwy zabiegów i ich częstotliwość. Zlecenia lekarskie** (leki - dawkowanie i działanie, dieta i inne zlecenia).

Imię i nazwisko podopiecznego.....lat.....

Data	Ocena stanu chorego - raport pielęgniarstwa

OCENA PACJENTA WEDŁUG SKALI BARTHEL

Lp.	Czynności	Wynik
1.	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielnie, niezależnie	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie): 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu, 5 – większa pomoc fizyczna (1 lub 2 osoby), 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 – samodzielnie	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny, 5 – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam, 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny, 5 – niezależny (lub pod prysznicem),	
6.	Poruszanie się(po powierzchniach płaskich): 0 – nie porusza się lub dystans <50 m, 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m, 10 – spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby >50 m, 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski, dystans >50m	
7.	Wychodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie, 5 – potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia), 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny, 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy, 10 – niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatywy) 5 – czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe) 10 – panuje / utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie samodzielny, 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje / utrzymuje mocz	

Interpretacja wyników:

I: 86-100 pkt – stan pacjenta „lekki”

II: 21-85 pkt – stan pacjenta „średnio ciężki”

III: 0-20 pkt – stan pacjenta „bardzo ciężki”

Wynik kwalifikacji

Kategoryzacja chorych wg wyznaczników

Wyznaczniki opieki	Kategoria			
	I	II	III	IV
	Opieka			
	Minimalna	Umiarkowana	WzmóŜona	Intensywna
Poruszanie się	Normalne	Pacjent spędza większość czasu w łóŜku	Pacjent leŜący, nie opuszcza łóŜka, moŜe sam zmienić pozycję	Pacjent leŜący, niezdolny do zmiany pozycji (wymaga zmiany co 1-2 godz.)
Czynności higieniczne	Pełna samodzielność	Pacjent wymaga niewielkiej pomocy	Pacjent wymaga pomocy w toalecie	Pacjent wymaga pełnego mycia i zabiegów higienicznych
OdŜywianie	Pełna samodzielność	Pacjent wymaga niewielkiej pomocy	Pacjent wymaga karmienia lub istotnej pomocy	Pacjent odŜywiany przez zgłębnik lub parenteralnie
Wydalanie	Pełna samodzielność	Pacjent wymaga niewielkiej pomocy (zaprowadzenie do WC)	Wymaga podawania basenu lub kaczki	Ma załóŜony cewnik albo nie kontroluje oddawania moczu i stolca
Zakres obserwacji	Tętno i temperatura mierzone 2 razy na dobę	Tętno, ciśnienie i temperatura mierzone 2 razy na dobę, obserwacja po badaniu diagnostycznym	Tętno, ciśnienie i temperatura mierzone częściej niż 2 razy na dobę, obserwacja po badaniu diagnostycznym	Prowadzona karta intensywnego nadzoru, monitorowanie, pomiar tętna i RR co 1 godz.

Skala punktowa oceny ryzyka rozwoju odleżyn NORTON.

	Czynniki ryzyka	4	3	2	1
A	Stan fizykalny	dobry	dość dobry	średni	bardzo ciężki
B	Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	zaburzenia świadomości	stupor lub śpiączka
C	Aktywność, zdolność przemieszczania się	chodzi samodzielnie	chodzi z asystą	porusza się tylko na wózku inwalidzkim	stale pozostaje w łóżku
D	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	pełna	ograniczona	bardzo ograniczona	całkowita niesprawność
E	Czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej	pełna sprawność zwieraczy	sporadyczne moczenie się	zazwyczaj nietrzymanie moczu	całkowite nietrzymanie moczu i stolca