

## **PRAKTYKA ZAWODOWA Z PODSTAW PIELĘGNIARSTWA Studia stacjonarne**

**Autor programu:** dr Paulina Jabłońska

**Liczba godzin:** 120godz;

**Czas realizacji:** 3 tygodnie; I rok ; II semestr; praktyka wakacyjna

**Miejsce zajęć:** oddział dla chorych dorosłych: chorób wewnętrznych, opiekuńczo-pielęgnacyjny

### **1. Cel ogólny:**

Doskonalenie podstawowych umiejętności zawodowych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb i rozwiązywania problemów zdrowotnych chorego hospitalizowanego.

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

<b>W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI:</b>	
Monitoruje stan zdrowia pacjenta podczas pobytu w szpitalu lub innych jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia	C.U04
Dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i podejmowanych działań pielęgniarских	C.U05
Stosuje wybrane metody pielęgnowania w opiece nad pacjentem	C.U01
Gromadzi informacje różnymi metodami w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarской	C.U02
Ustala cele i plan opieki pielęgniarской oraz realizuje ją wspólnie z pacjentem i jego rodziną	C.U03
Wykonuje testy diagnostyczne dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu oraz cholesterolu we krwi, a także inne testy paskowe.	C.U06
Wykonuje pomiar temperatury ciała tętna, oddechu, ciśnienia tętniczego krwi, ośrodkowego ciśnienia żylnego, obwodów, saturacji, szczytowego przepływu wydechowego oraz pomiary antropometryczne ( pomiar masy ciała, wzrostu, wskaźnika BMI, wskaźników dystrybucji tkanki tłuszczowej: WHR, WHtR, grubości fałdów skórno-tłuszczowych).	C.U08
Prowadzi, dokumentuje i ocenia bilans płynów pacjenta	C.U07
Pobiera materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych oraz asystuje lekarzowi przy badaniach diagnostycznych	C.U09
Stosuje zabiegi przeciwzapalne	C.U10
Przechowuje i przygotowuje leki zgodnie z obowiązującymi standardami	C.U11
Podaje pacjentowi leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza lub zgodnie z posiadanymi kompetencjami oraz oblicza dawki leków.	C.U12
Wykonuje płukanie jamy ustnej, gardła, oka, ucha, żołądka, pęcherza moczowego, przetoki jelitowej i rany	C.U14
Zakłada i usuwa cewnik z żył obwodowych, wykonuje kroplowe wlewy dożylnie oraz monitorować i pielęgnować miejsce wkłucia obwodowego, wkłucia centralnego i portu naczyniowego	C.U15
Wykorzystuje dostępne metody karmienia pacjenta (doustnie, przez zgłębnik, przetoki odżywcze)	C.U16
Przemieszcza i pozycjonuje pacjenta z wykorzystaniem różnych technik i metod.	C.U17
Wykonuje gimnastykę oddechową i drenaż ułożeniowy, odśluzowywywuje drogi oddechowe i inhalację	C.U18
Wykonuje nacieranie, oklepywanie, ćwiczenia czynne i bierne	C.U19
Wykonuje zabiegi higieniczne	C.U20
Pielęgnowuje skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków	C.U21

farmakologicznych i materiałów medycznych, w tym stosuje kąpiele lecznicze	
Ocenia ryzyko rozwoju odleżyn i stosuje działania profilaktyczne	C.U22
Wykonuje zabiegi doodbytnicze	C.U23
Zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę i usuwa cewnik	C.U24
Zakłada zgłębnik do żołądka oraz monitoruje i usuwa zgłębnik	C.U25
Prowadzi dokumentację medyczną oraz posługuje się nią	C.U26
<b>W DZIEDZINIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH:</b>	
Przestrzega prawa pacjenta	K02
Dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych	K07

### 3. Treści programowe

1. Poznanie środowiska szpitalnego /specyfika pracy w podmiocie leczniczym , zakres realizowanych zadań.
2. Poznanie charakteru pracy i zadań członków zespołu interdyscyplinarnego. Poznanie organizacji i specyfiki pracy pielęgniarki.
3. Nawiązanie kontaktu z członkami zespołu terapeutycznego oraz pacjentami/jego rodziną w różnym stanie zdrowia z wykorzystaniem różnych metod komunikowania.
4. Przyjęcie pacjenta do szpitala i oddziału, poznanie obowiązującej dokumentacji medycznej.
5. Pomoc pacjentowi w procesie adaptacji do warunków szpitalnych i readaptacji do warunków domowych.
6. Gromadzenie informacji o pacjencie na podstawie dokumentacji medycznej, wywiadu, obserwacji i badania fizykalnego celem określenia jego sytuacji zdrowotnej i społecznej.
7. Ocena sytuacji zdrowotnej i społecznej chorego.
8. Rozpoznanie potrzeb i problemów zdrowotnych z uwzględnieniem przyczyn zaburzeń jego funkcjonowania bio-psycho-społecznego. Określenie celu opieki, zaplanowanie interwencji pielęgniarskich, realizacja planu opieki, ocena stopnia osiągnięcia celu.
9. Dokumentowanie podejmowanych działań- dokumentacja procesu pielęgnowania.
10. Zapewnienie choremu bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.
11. Opieka pielęgniarska w wybranych sytuacjach klinicznych pacjenta.
12. Wykonywanie wybranych zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych zgodnie z obowiązującą procedurą.
13. Przygotowanie chorych do badań, pobieranie materiałów do badań.
14. Prowadzenie poradnictwa z zakresu samoopieki, racjonalnego stylu życia i żywienia.
15. Przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej.

### 4. Sposoby weryfikacji efektów uczenia się:

- ocena umiejętności praktycznych,
- ocena odpowiedzi ustnej,
- ocena prowadzonej dokumentacji procesu pielęgnowania, samoocena.

### 5. Warunki zaliczenia praktyki zawodowej:

- obowiązkowa 100% obecność na zajęciach
- przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych
- zaliczenie prowadzenia procesu pielęgnowania
- zaliczenie tematów
- zaliczenie efektów uczenia się –potwierdzone wpisem do dziennika zaliczeń efektów uczenia się

**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH  
W NOWYM TARGU  
Instytut Medyczny  
Kierunek PIELĘGNIARSTWO**

Imię i nazwisko studenta.....  
Rok studiów..... semestr studiów..... numer grupy.....  
Przedmiot: Podstawy pielęgniarstwa

**1. KRYTERIA OCENY PROCESU PIELĘGNOWANIA**

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) – 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

### DANE PERSONALNE

**Inicjały imienia i nazwiska pacjenta**

.....**wiek**.....

**Płeć:** kobieta/mężczyzna \* **Miejsce zamieszkania:** miasto/ wieś\*

**Stan cywilny** .....**zawód** .....**wykształcenie**.....

### SYTUACJA ZDROWOTNA PACJENTA

**Oddział**.....

**Data objęcia opieką od** .....**do**..... **data przyjęcia do szpitala**.....

**Doba hospitalizacji**..... **Tryb przyjęcia:** planowy/ nagły \*

**Rozpoznanie lekarskie** .....

.....

**Choroby współistniejące/choroby przewlekłe**.....

.....

**Alergie** .....

**Objawy zgłaszane przez pacjenta w dniu przyjęcia do szpitala**.....

.....

.....

.....

.....

**Dolegliwości zgłaszane przez pacjenta w dniu objęcia opieką**.....

.....

.....

.....

.....

### SYTUACJA RODZINNO- SPOŁECZNA PACJENTA

**Warunki mieszkaniowe:** bardzo dobre/dobre/średnie/złe

**Uwagi**.....

.....

**Podstawowe źródło utrzymania:** pensja/emerytura/ renta/inne.....

**Osoby wspólnie zamieszkujące z pacjentem.**.....

**Udział rodziny/opiekunów w opiece nad pacjentem.**.....

## **STAN BIOLOGICZNY PACJENTA**

Układ krążenia .....

Układ oddechowy.....

Układ pokarmowy.....

Układ moczowo-płciowy.....

Układ kostno-stawowo-mięśniowy.....

Skóra przydatki błony śluzowe.....

Układ nerwowy.....

Narządy zmysłów.....

Stan  
higieniczny.....  
.....  
.....  
Stan odżywienia.....  
.....

**STAN PSYCHICZNY PACJENTA**

Reakcja pacjenta na hospitalizację  
.....  
.....

Stosunek pacjenta do postępowania diagnostycznego oraz pielęgnacyjno-leczniczego  
.....  
.....  
.....

**STOSOWANE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE**

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





<b>Data dyżuru</b>	<b>Ocena wyników opieki pielęgniarskiej</b>	<b>Wskazówki /uwagi</b>

--	--	--

