

Praktyka zawodowa z Rehabilitacji i pielęgnowania niepełnosprawnych
Studia stacjonarne

Autor programu: dr Grażyna Dębska

Liczba godzin : 80 godz; 2 tydzień;

Czas realizacji III rok; V semestr; praktyka semestralna

Miejsce zajęć: Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy w Nowym Targu, ZOZ o Profilu Rehabilitacyjnym w Rabie Wyżnej

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:

W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI	
Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki zdrowia.	D.U.1
Rozpoznaje uwarunkowania zachowania zdrowia odbiorców opieki w różnym wieku i stanie zdrowia	D.U.2
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
Prowadzi profilaktykę powikłań w przebiegu chorób	D.U.5
Diagnostuje stopień ryzyka rozwoju odleżyn i dokonuje ich klasyfikacji	D.U.8
Dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarstwa	D.U.13
Instruuje pacjenta i jego opiekuna w zakresie użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych.	D.U.18
Rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego	D.U.20
Prowadzi rozmowę terapeutyczną.	D.U.22
Prowadzi rehabilitację przyłóżkową i usprawnianie ruchowe pacjenta oraz aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej.	D.U.24
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
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
KOMPETENCJE SPOŁECZNE	
Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece.	D.K.1
Systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu.	D.K.2
Przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece.	D.K.3
Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych	D.K.4
Przestrzega praw pacjenta	D.K.5
Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe.	
Przestrzega tajemnicy zawodowej	D.K.7
Współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej	D.K.8
Jest otwarty na rozwój podmiotowości własnej i pacjenta.	D.K.9
Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami	D.K.10

3. Treści programowe:

Tematyka praktyki zawodowej:

1. Zapoznanie się organizacją pracy w oddziale rehabilitacyjnym. Nawiązanie współpracy.
2. Metody opieki pielęgnacyjnej nad osobami niepełnosprawnymi będącymi na różnych etapach rehabilitacji: leczniczej, społecznej i zawodowej- pomoc w czynnościach samoobsługowych.
3. Rozpoznanie problemów i planowanie opieki osoby niepełnosprawnej z uwzględnieniem ustalonego programu rehabilitacji.

4. Realizowanie działań pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych ograniczających skutki unieruchomienia (przykurcze, odleżyny, zaniki mięśniowe, zniekształcenia, zakrzepy, pogorszenie wydolności układu oddechowego). Wykorzystanie zaopatrzenia ortopedycznego i pomocy technicznych w leczniczym usprawnianiu i usamodzielnianiu osób niepełnosprawnych.
5. Ocena efektywności działań pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych podejmowanych na rzecz osoby niepełnosprawnej.
6. Ocena chorego i jego środowiska dla potrzeb rehabilitacji: samoobsługa, wydolność chodu, pokonywanie przeszkód architektonicznych, adaptacja mieszkania dla potrzeb niepełnosprawnego, możliwości podjęcia i wykonywania pracy zarobkowej.
7. Technika wykonywania wybranych ćwiczeń: zasady wyciągów, pionizacja czynna i bierna, ćwiczenia chodu, asekuracja, pomoc w posługiwaniu się pomocami ortopedycznymi. Ćwiczenia samoobsługi – pomoce techniczne. Terapia zajęciowa.
8. Rozpoznanie problemów rodziny wynikających z niepełnosprawności podopiecznego i prowadzonej rehabilitacji. Formy pomocy członkom rodziny w opanowaniu umiejętności komunikowania się z pacjentem i udzielania mu pomocy i wsparcia w pielęgnacji i rehabilitacji
9. Problemy opieki nad pacjentami upośledzonymi umysłowo i chorymi psychicznie, niewidomymi i niesłyszącymi.
10. Udział pielęgniarki w usprawnianiu i pielęgnowaniu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

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

Koordynator przedmiotu
Dr Grażyna Dębska

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA CHOREGO DZIECKA

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa

Imię i nazwisko studenta

rok II semestr IV

.....

Rok akademicki:.....

Szpital:

Oddział:

Data rozpoczęcia procesu pielęgnowania

Data zakończenia procesu pielęgnowania

<u>L.p.</u>	<u>Efekt kształcenia</u>	<u>Punktacja</u> <u>0-4 pkt</u>
<u>1.</u>	<u>Umiejętność gromadzenia i analizowania informacji dotyczącej sytuacji zdrowotnej pacjenta</u>	
<u>2.</u>	<u>Umiejętność formułowania diagnozy pielęgniarstwa</u>	
<u>3.</u>	<u>Umiejętność określania celów opieki</u>	
<u>4.</u>	<u>Umiejętność planowania działań adekwatnych do sytuacji zdrowotnej pacjenta i rodziny</u>	
<u>5.</u>	<u>Realizacja planowanych działań zgodnych z aktualnymi standardami udzielania świadczeń pielęgniarstwa</u>	
<u>6.</u>	<u>Samodzielność i kreatywność w proponowaniu rozwiązań</u>	
<u>7.</u>	<u>Umiejętność oceny efektów zrealizowanych działań</u>	
<u>8.</u>	<u>Umiejętność oceny procesu pielęgnowania i formułowania wniosków do dalszej pielęgnacji pacjenta i jego rodziny</u>	
<u>9.</u>	<u>Umiejętność stosowania poprawnej terminologii medycznej</u>	
<u>10.</u>	<u>Umiejętność estetycznego zapisu w dokumentacji pacjenta</u>	

IŁOŚĆ PUNKTÓW**OCENA**

0-19	niedostateczny (2,0)
20-23	dostateczny (3,0)
24-27	plus dostateczny (3,5)
28-31	dobry (4,0)
32-35	plus dobry (4,5)
36-40	bardzo dobry (5,0)

NAUCZYCIEL PROWADZACY (PODPIS):.....

DATA:.....

DOKUMENTACJA PRPOCESU PIELEGNOWANIA CHOREGO DZIECKA

Data przyjęcia Data wypisania

Część I. A. Dane osobowe, B. Uwagi specjalne, C. Dane wstępne, D. Dane uzupełniające,
E. Dane bieżące – notatki pielęgniarские.**Część II.** F a). Rozpoznanie pielęgniarские, w stosunku do dziecka,
F b). Rozpoznanie pielęgniarские, w stosunku do matki, G. Plan pielęgnacji,
H. Ocena końcowa.**A. Dane osobowe:**Nazwisko i imię [inicjały]

Data urodzenia wiek

Imię matki lat wykształcenie

Zawód nie pracuje

Imię ojca lat wykształcenie

Zawód nie pracuje

B. Uwagi specjalne.

1. Uczulenie

.....

2. Wady, zaburzenia rozwojowe

.....

3. Hospitalizacja/ która z kolei/

.....

4. Zapobieganie krzywicy¹

.....

5. Szczepienia ochronne

.....

.....

6. Pielęgnowanie w domu

.....

.....

.....

¹ dotyczy niemowlęcia

7. Problemy w rodzinie

.....

.....

.....

.....

8. Inne

.....

.....

9. Rozpoznanie lekarskie

wstępne

.....

kolejne

.....

.....

C. Dane wstępne: (1. Wywiad, 2. Oględziny, 3. Waga, uzębienie)

I. WYWIAD: data informuje

a/ choroba zaczęła się

.....

.....

b/ objawy

.....

.....

.....

.....

c/ dotychczasowe postępowanie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d/ choroby przebyte wcześniej

.....

.....

e/ inne

.....

.....

.....

.....

II. OGLEDZINY DZIECKA:

a/ budowa ciała

b/ wygląd ogólny

c/ skóra

.....

d/ jama ustna

.....

e/ temperatura.....oddech

g/ inne

.....

.....

.....

*III. POMIARY-(waga uzębienie) – ocena rozwoju somatycznego/

a/ masa ciała

b/ długość/wysokość

c/ obwód głowy

d/ obwód klatki piersiowej

e/ ilość zębów

f/ inne

g/ interpretacja oceny rozwoju somatycznego **interpretacja zgodnie z statkami centylowymi**

.....

.....

.....

.....

D. DANE UZUPEŁNIAJACE: (1. Dziecko w środowisku rodzinnym, 2. Ocena rozwoju psycho-ruchowego).

1. Dziecko w środowisku rodzinnym, wywiad z

data

a/ oczekiwane-nie, planowane-nie

b/ donoszone-nie, urodzone w

c/ inne

d/ciąża: przebieg – prawidłowy-nie, ewentualne zaburzenia

.....

.....

e/ poród: szpital, izba porodowa, dom.

Przebieg prawidłowy-nie

f/ opieka nad dzieckiem:

zajmuje się głównie

pomaga poświęca-nie, dziecku mało-dużo czasu

Żłobek: dzienny, tygodniowy: uczęszcza-nie od m/ca życia.

Opieka medyczna: poradnia D.

Inne

Porady – czas, ewentualnie częstość, najważniejsze wskazówki/lekarz, położna,

Pielęgniarka

.....

stosowanie porad

.....

g/ karmienie /rodzaj diety, przyjmowane płyny, sposób karmienia, apetyt/

.....

.....

h/ sen

.....

i/ inne warunki socjalno-bytowe: (osobny pokój, wydzielony kąpiel, higiena, ubranie, spacer)

.....

.....

.....

j/ zabawki

.....

k/ zachowanie matki w stosunku do dziecka

.....

.....

l/ trudności

.....

ł/ środowisko rodzinne /mieszkający wspólnie, zdrowie/ razem mieszka

osób dzieci inni

.....

m/ mieszkanie: ilość izb, duże, małe, jasne, ciemne, suche, wilgotne, łazienka, kanalizacja, elektryczność, ogrzewanie centralne, piece.

Inne

.....

n/ warunki bytowe /według oceny udzielającej wywiadu/ bd, db, dst, ndst.

.....

.....

podstawowe źródło utrzymania

.....

o/ współzycie, problemy rodziny

.....

.....

współzycie: b. dobre, dobre, dość zgodne, niezgodne ewentualne problemy

.....

.....

p/ uwagi różne

.....

.....

.....

2. OCENA ROZWOJU PSYCHORUCHOWEGO:

a/ przyzwyczajenia i upodobania dziecka:

.....

.....

.....

.....

.....

b/ samodzielność dziecka:

.....

.....

.....

.....

.....

c/ poziom rozwoju psychomotorycznego (do lat 3):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d/ stan psychiczny (mowa, uwaga, emocje, zachowanie, nastrój):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ZAKRES PRZEPROWADZONEJ EDUKACJI ZDROWOTNEJ.

a/

[illegible]

b/ Karta badań

Data zlecenia	Rodzaj badania	Odst.	Uwagi	Interpretacja wyniku

c/ Karta leków doustnych

Data zlecenia	Nazwa leku	Dawka	Czas	Uwagi

d/ Karta iniekcji i inne

Data zlecenia	Nazwa leku	Droga podania	Ilość	Uwagi

Lp.	Diagnoza pielęgniarstwa	Cel opieki	Plan interwencji pielęgniarskiej	Realizacja i ocena bieżącej opieki