**Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy**

****

**Planowanie zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej   
opartej na dowodach naukowych   
w *Zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej nad osobami starszymi***

**Praca zaliczeniowa z praktyki zawodowej**

***……………………………………………………..***

***Imię i nazwisko studenta, nr albumu***

Aneks do Zarządzenia Rektora Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy z dnia 6 maja 2020 roku w sprawie zmian w programie studiów na kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia o profilu praktycznym dotyczących praktyk zawodowych na podstawie art. 51 b ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 poz. 1668 z póżn. zm.) w związku z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 kwietnia 2020 r. zmieniającego Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 581) oraz z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 maja 2020 r. zmieniającego Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu, lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 885), pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 581)

**Legnica, 2020**

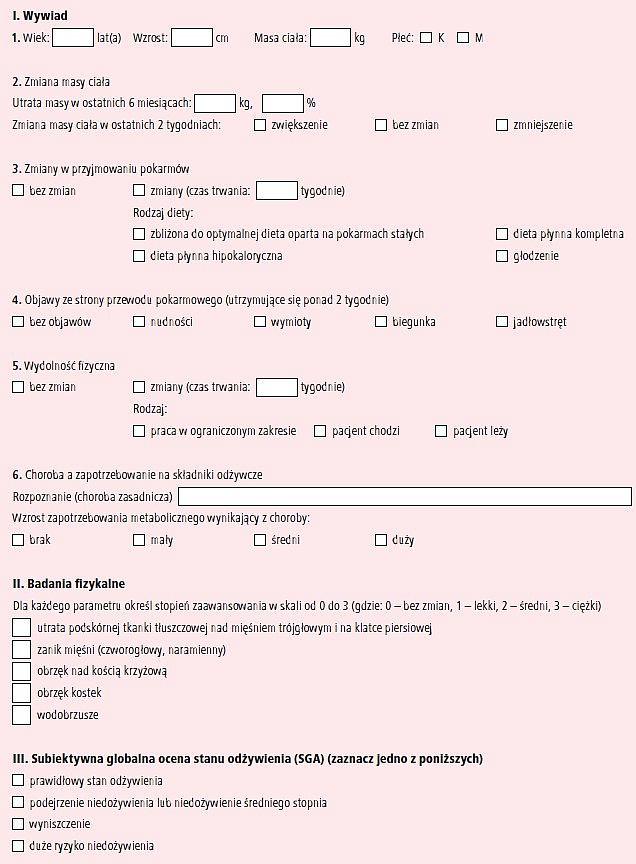
**I Studium przypadku** – opis sytuacji zdrowotnej pacjenta

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**II Interwencje pielęgniarskie**

1. **Ocena stanu somatycznego pacjenta**

**Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji** *(zaznaczyć właściwe i opisać):*

* **ocena stanu odżywienia (SGA)**
* 
* **odżywianie**–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

□ karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik ..................................................................................................................................................................................

□ karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem ..................................................................................................................................................................................

□ zakładanie zgłębnika ..................................................................................................................................................................................

□ inne niewymienione ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **higiena ciała**–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

□ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie − toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej ...................................................................................................................................................................................

□ inne niewymienione ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **oddawanie moczu**–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

□ cewnik …………………………………………………………………………………………………………………………………

□ inne niewymienione ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **oddawanie stolca–**samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

□ pielęgnacja stomii ..................................................................................................................................................................................

□ wykonywanie lewatyw i irygacji .................................................................................................................................................................................. □ inne niewymienione ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **przemieszczanie pacjenta**–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

□ z zaawansowaną osteoporozą

………………………………………………………………………………......................................................................

□ którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności ..................................................................................................................................................................................

□ inne niewymienione .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* rany przewlekłe

□ odleżyny .................................................................................................................................................................................. □ rany cukrzycowe …………………………………………………………………………………………………………………………………

□ inne niewymienione

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

* **oddychanie wspomagane**

…………………………………………………………………………………………………………………………świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami

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

* inne ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Ocena zdolności pacjenta do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ............................................

# Ocena pacjenta wg skali Barthel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność** | **Wynik** |
| 1. | **Spożywanie posiłków:**  **0**-nie jest w stanie samodzielnie jeść  **5**-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety  **10**-samodzielny, niezależny |  |
| 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 (jedna lub dwie osoby)  **10**-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna  **15**-samodzielny |  |
| 3. | **Utrzymywanie higieny osobistej:**  **0**-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych  **5**-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4. | **Korzystanie z toalety (WC)  0**-zależny  **5**-potrzebuje 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 < 50 m  **5**-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m  **10**-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m  **15**-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach:  0**-nie jest w stanie  **5**-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie  **10**-samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie:  0**-zależny  **5**-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy  **10**-niezleżny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. |  |

1. **Działania z zakresu psychoedukacji**

* Określenie deficytów i problemów pacjenta

□ trudności w radzeniu sobie z objawami choroby, z lękiem, ze stresem

………………………………………………………………………………………………………

□ brak wiedzy o chorobie

……………………………………………………………………………………………………….

□ odtrącenie bądź obawa o odtrącenie rodziny

……………………………………………………………………………………………………….

□ obawa o utratę niezależności

……………………………………………………………………………………………………….

□ obawa o pogorszenie stanu zdrowia, nawrót choroby

……………………………………………………………………………………………………….

□ brak kontaktu z otoczeniem

……………………………………………………………………………………………………….

□ trudności finansowe

……………………………………………………………………………………………………….

□ brak wsparcia

……………………………………………………………………………………………………….

□ inne

…………………………………………………………………………………………………………………

* Działania z zakresu psychoedukacji

□ tematyka

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

□ metody przekazu informacji, terapia zajęciowa, zajęcia warsztatowe z pacjentem, grupy wsparcia inne

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Ocena podjętych interwencji pielęgniarskich

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

*podpis studenta*