**Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy**

****

**Planowanie zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej
opartej na dowodach naukowych
w *Edukacji terapeutycznej w wybranych chorobach przewlekłych
– opieka diabetologiczna***

**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 Ocena kliniczna pacjenta**

* diagnoza lekarska

…………………………………………………………………………………………………

* wykonane u pacjenta badania diagnostyczne *(zaznaczyć X)*
* morfologia krwi obwodowej
* poziom cukru
* stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)
* test tolerancji glukozy
* badanie moczu – glukoza i aceton ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* aktualne dolegliwości występujące u pacjenta
	+ charakter i czas trwania objawów chorobowych
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
	+ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	+ choroby współistniejące
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
	+ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	+ występowanie cukrzycy u najbliższych członków rodziny
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….
	+ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* sposób leczenia cukrzycy
* wyłącznie dietą
* doustne leki przeciwcukrzycowe i/lub analogi GLP

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

* stałe dawki insuliny

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

* wielokrotne (≥3) wstrzyknięcia insuliny; intensywna insulinoterapia

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

* inne

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

III **Przygotowanie programu edukacji pacjenta**

1. **Określenie deficytów i problemów pielęgnacyjnych pacjenta** (*zaznaczyć właściwe i opisać):*
* częste oddawanie moczu
	+ …………………………………………………………………………………………..
* chudnięcie
	+ …………………………………………………………………………………………..
* zwiększone pragnienie
	+ …………………………………………………………………………………………..
* ogólne osłabienie
	+ …………………………………………………………………………………………..
* śpiączka cukrzycowa
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* nefropatia
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* retinopatia
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* neuropatia
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* choroba wieńcowa
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zespół stopy cukrzycowej
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* niedostatek wiedzy na temat choroby
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* brak umiejętności samodzielnego oznaczenia stężeń glukozy we krwi za pomocą glukometru
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* brak wiedzy na temat samokontroli w cukrzycy
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….
* brak wiedzy na temat odżywiania w cukrzycy
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….
* brak przekonania o konieczności prowadzenia dzienniczka samokontroli
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….
* brak przekonania konieczności podejmowania aktywności fizycznej
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….
* możliwych powikłaniach zaniechanego leczenia
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia nastroju
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..
* inne
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….
	+ ………………………………………………………………………………………………….

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

1. **W oparciu o ustalone problemy udziel pacjentowi indywidualnych odpowiedzi
na pytania dotyczące samokontroli w cukrzycy**
* *Czy muszę kontrolować cukrzycę?*

*.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Co to jest samokontrola w cukrzycy? .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*
* *Czy konieczne jest prowadzenie dzienniczka samokontroli?*

*................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Jakich zasad należy przestrzegać podczas badania cukru we krwi?*

*........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Kiedy należy dokonywać pomiarów? (patrz Tabela1)*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Dlaczego ważne jest umycie rąk przed badaniem stężenia glukozy?*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Jak postępować przy wysokich stężeniach cukru?*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Jakie mogą być przyczyny obniżenia stężenia cukru we krwi? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*
* *W jaki sposób będę mógł (mogła) radzić sobie ze stanami obniżonego stężenia cukru we krwi? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*
* ocena zrealizowanych działań pielęgniarskich
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Tabela 1. Zalecana częstość samokontroli glikemii w zależności od stosowanego sposobu leczenia**  |
| **Sposób leczenia cukrzycy** | **Częstość pomiarów glikemii przy prowadzeniu samokontroli** |
| chorzy leczeni wyłącznie dietą  | raz w miesiącu skrócony profil glikemii oraz raz w tygodniu badanie o różnych porach dnia |
| chorzy stosujący doustne leki przeciwcukrzycowe i/lub analogi GLP | raz w tygodniu skrócony profil glikemii, codziennie 1 badanie o różnych porach dnia |
| chorzy leczeni stałymi dawkami insuliny  | codziennie 1–2 pomiary glikemii o różnych porach, dodatkowo raz w tygodniu skrócony profil glikemii oraz raz w miesiącu dobowy profil glikemii |
| wielokrotne (≥3) wstrzyknięcia insuliny; intensywna insulinoterapia | wielokrotne (co najmniej 4 ×/d) wg ustalonego sposobu leczenia oraz potrzeb pacjenta |
| wszyscy chorzy  | pomiary doraźne w sytuacji wystąpienia złego samopoczucia, nagłego pogorszenia stanu zdrowia itp. |
| GLP – peptyd glukagonopodobny |

…………………………………………………………

*podpis studenta*