

**KARTA PRZEDMIOTU****I. Dane podstawowe**

Nazwa przedmiotu	<b>Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne</b>
Nazwa przedmiotu w języku angielskim	Internal diseases and internal medicine nursing Internal medicine and internal medicine nursing
Kierunek studiów	Pielęgniarstwo
Poziom studiów (I, II, jednolite magisterskie)	I
Forma studiów (stacjonarne, niestacjonarne)	Stacjonarne
Dyscyplina	Nauki o Zdrowiu
Język wykładowy	Polski

Koordinator przedmiotu/osoba odpowiedzialna	Dr Jolanta Celej-Szuster
---	--------------------------

Forma zajęć ( <i>katalog zamknięty ze słownika</i> )	Liczba godzin	Semestr	Punkty ECTS
Wykład	60	III	14
Ćwiczenia	30	III	
Zajęcia praktyczne	120	III	
Praktyka zawodowa	160	IV	
Samokształcenie	10 +10	III, IV	

Wymagania wstępne	Posiadanie wiedzy z zakresu podstaw pielęgniarstwa. Posiadanie umiejętności wykonywania podstawowych procedur pielęgniarstkich.
-------------------	--

**II. Cele kształcenia dla przedmiotu**

Przygotowanie studenta do sprawowania profesjonalnej opieki pielęgniarstkiej nad pacjentem z chorobami układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego, endokrynnego, moczowego, ruchu, krwiotwórczego oraz układowymi chorobami tkanki łącznej.
Wykształcenie prawidłowej postawy studenta do samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegania wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem, kierowania się dobrem pacjenta oraz okazywania empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną, a także ponoszenia odpowiedzialności za wykonywane czynności zawodowe.

**III. Efekty uczenia się dla przedmiotu wraz z odniesieniem do efektów kierunkowych**

Symbol	Opis efektu przedmiotowego	Odniesienie do efektu kierunkowego
W zakresie WIEDZY absolwent zna i rozumie:		
W_01	czynniki ryzyka i zagrożenia zdrowotne u pacjentów w różnym wieku;	D.W1.
W_02	etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i zasady opieki pielęgniarstkiej nad pacjentami w wybranych chorobach;	D.W2.
W_03	zasady diagnozowania i planowania opieki nad pacjentem w pielęgniarstwie internistycznym, chirurgicznym, położniczo-	D.W3.

	ginekologicznym, pediatrycznym, geriatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, w intensywnej opiece medycznej, opiece paliatywnej, opiece długoterminowej;	
W_04	rodzaje badań diagnostycznych i zasady ich zlecenia;	D.W4.
W_05	zasady przygotowania pacjenta w różnym wieku i stanie zdrowia do badań oraz zabiegów diagnostycznych, a także zasady opieki w trakcie oraz po tych badaniach i zabiegach;	D.W5.
W_06	właściwości grup leków i ich działanie na układy i narządy pacjenta w różnych chorobach w zależności od wieku i stanu zdrowia, z uwzględnieniem działań niepożądanych, interakcji z innymi lekami i dróg podania;	D.W6.
W_07	standardy i procedury pielęgniarstwa stosowane w opiece nad pacjentem w różnym wieku i stanie zdrowia;	D.W7.
W_08	reakcje pacjenta na chorobę, przyjęcie do szpitala i hospitalizację;	D.W8.
W_09	zasady organizacji opieki specjalistycznej (geriatrycznej, intensywnej opieki medycznej, neurologicznej, psychiatrycznej, pediatrycznej, internistycznej, chirurgicznej, paliatywnej, długoterminowej oraz na bloku operacyjnym);	D.W10.
W zakresie UMIEJĘTNOŚCI absolwent potrafi:		
U_01	gromadzić informacje, formułować diagnozę pielęgniarstwa, ustalać cele i plan opieki pielęgniarstwa, wdrażać interwencje pielęgniarstwa oraz dokonywać ewaluacji opieki pielęgniarstwa;	D.U1.
U_02	przewodzić poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień;	D.U2.
U_03	przewodzić profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób;	D.U3.
U_04	organizować izolację pacjentów z chorobą zakaźną w miejscach publicznych i w warunkach domowych;	D.U4.
U_05	wykonywać badanie elektrokardiograficzne i rozpoznawać zaburzenia zagrażające życiu;	D.U10.
U_06	modyfikować dawkę stałą insuliny szybko- i krótkodziałającej;	D.U11.
U_07	przygotowywać pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych;	D.U12.
U_08	wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych;	D.U13.
U_09	przygotowywać zapisy form recepturowych substancji leczniczych w ramach kontynuacji leczenia;	D.U14.
U_10	dokumentować sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian i realizowaną opiekę pielęgniarstwa, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych;	D.U15.
U_11	uczyć pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych;	D.U16.
U_12	rozpoznawać powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego;	D.U18.
U_13	przewodzić rozmowę terapeutyczną;	D.U20.
U_14	przekazywać informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta;	D.U22.
U_15	asystować lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych;	D.U23.

U_16	oceniać poziom bólu, reakcję pacjenta na ból i jego nasilenie oraz stosować farmakologiczne i nefarmakologiczne postępowanie przeciwbólowe;	D.U24.
U_17	postępować zgodnie z procedurą z ciałem zmarłego pacjenta;	D.U25.
U_18	przygotowywać i podawać pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza;	D.U26.
<b>W zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH:</b>		
K_01	kieruje się dobrem pacjenta, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece, okazuje zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną;	KS.1.
K_02	przestrzega praw pacjenta;	KS.2.
K_03	samodzielnie i rzetelnie wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzega wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem;	KS.3.
K_04	ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności zawodowe;	KS.4.
K_05	zasięga opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu;	KS.5.
K_06	przewiduje i uwzględnia czynniki wpływające na reakcje własne i pacjenta;	KS.6.
K_07	dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych.	KS.7.

#### IV. Opis przedmiotu/ treści programowe

##### Wykład:

1. Zasady organizacji opieki specjalistycznej na oddziałach internistycznych, opieka pielęgniarska w oparciu o indywidualny proces pielęgnowana.
2. Reakcje pacjenta na chorobę, przyjęcie do szpitala i hospitalizację.
3. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), przebieg, powikłania, rokowanie, czynniki ryzyka w chorobach układu krążenia:
  - ✓ nadciśnienie tętnicze
  - ✓ choroba wieńcowa / niedokrwienność serca
  - ✓ ostra i przewlekła niewydolność krążenia
  - ✓ wstrząs kardiogeny i kardiogeny obrzęk płuc
  - ✓ zaburzenia rytmu serca
  - ✓ choroba zakrzepowa naczyń żylnych
  - ✓ wady serca
4. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w wybranych chorobach układu krążenia w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
5. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, przebieg, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), rokowanie, czynniki ryzyka w chorobach układu oddechowego:
  - ✓ zapalenia płuc i oskrzeli
  - ✓ astma oskrzelowa
  - ✓ przewlekła obturacyjna choroba płuc
  - ✓ ostra i przewlekła niewydolność oddechowa
  - ✓ gruźlica.

6. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w wybranych chorobach układu oddechowego w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
7. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, przebieg, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), rokowanie, czynniki ryzyka w chorobach układu pokarmowego:
  - ✓ choroba refluksowa przełyku
  - ✓ choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy
  - ✓ nieswoiste zapalenia jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna).
  - ✓ choroba pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych
  - ✓ choroby wątroby, marskość wątroby
  - ✓ ostre i przewlekłe zapalenie trzustki
  - ✓ krwotok z przewodu pokarmowego
8. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w wybranych chorobach układu pokarmowego w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
9. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, przebieg, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), rokowanie, czynniki ryzyka w chorobach narządów wydzielania wewnętrznego:
  - ✓ cukrzyca
  - ✓ choroby tarczycy przebiegające z nadczynnością i niedoczynnością
10. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w cukrzycy i w wybranych chorobach tarczycy w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
11. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, przebieg, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), rokowanie, czynniki ryzyka w chorobach układu moczowego:
  - ✓ ostra i przewlekła niewydolność nerek, (w tym dializoterapia)
  - ✓ zakażenia układu moczowego.
  - ✓ kamica moczowa
  - ✓ zespół nerczycowy
12. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w wybranych chorobach moczowego w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
13. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, przebieg, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), rokowanie, czynniki ryzyka w chorobach układu ruchu i w układowych chorobach tkanki łącznej:
  - ✓ reumatoidalne zapalenie stawów
  - ✓ osteoporoza
  - ✓ choroba zwyrodnieniowa stawów.
  - ✓ toczeń
  - ✓ sklerodermia
14. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w wybranych chorobach układu ruchu i układowych chorobach tkanki łącznej w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
15. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, przebieg, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), rokowanie, czynniki ryzyka w chorobach układu krwiotwórczego:
  - ✓ niedokrwistości
  - ✓ skaza krwotoczna
  - ✓ białaczki
16. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w wybranych chorobach układukrwiotwórczego w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.

Ćwiczenia:

1. Wykonywanie badania elektrokardiograficznego i rozpoznawanie zaburzeń rytmu serca zagrażających życiu.
2. Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta oraz asystowanie lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych układu krążenia zgodnie z aktualnymi standardami i zasadami: koronarografia, echokardiografia (w tym przezprzetykowa), badanie dopplerowskie, scyntygrafia serca i emisyjna tomografia pozytronowa PET, próba wysiłkowa, badanie metodą Holtera,
3. Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta oraz asystowanie lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych układu oddechowego zgodnie z aktualnymi standardami i zasadami: spirometria, bronchoskopia,
4. Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta oraz asystowanie lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych układu pokarmowego zgodnie z aktualnymi standardami i zasadami: gastroskopia, endoskopowacholangiopankreatografia, kolonoskopia,
5. Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta oraz asystowanie lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych układu krążenia zgodnie z aktualnymi standardami i zasadami: badanie usg. nerek i pęcherza moczowego, cystoskopia, urografia, godzinowa i dobowy zbiórka moczu, angiografia tętnic nerkowych, scyntygrafia nerek, biopsja nerki,
6. Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta oraz asystowanie lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych zgodnie z aktualnymi standardami i zasadami: artroskopia, biopsja cienkoigłowa tarczycy, biopsja aspiracyjna szpiku kostnego, trepanobiopsja, badanie histopatologiczne węzła chłonного.

Zajęcia praktyczne/praktyka zawodowa:

1. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami układu sercowo-naczyniowego w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
2. Prowadzenie działań z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej wobec pacjentów z chorobami wewnętrznymi. Organizowanie izolacji pacjentów z chorobą zakaźną w miejscach publicznych i w warunkach domowych.
3. Postępowanie zgodnie z procedurą z ciałem zmarłego pacjenta.
4. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami układu oddechowego w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
5. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami układu pokarmowego w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
6. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami układu moczowego w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
7. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami narządów wydzielania wewnętrznego w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
8. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami układu ruchu i w układowych chorobach tkanki łącznej w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
9. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami układu krwiotwórczego w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.

Samokształcenie:

1. Wady serca
2. Ostre i przewlekłe zapalenie trzustki
3. Krwotok z przewodu pokarmowego
4. Zespół nerczycowy
5. Sklerodermia
6. Chłoniaki

## V. Metody realizacji i weryfikacji efektów uczenia się

Symbol efektu	Metody dydaktyczne (lista wyboru)	Metody weryfikacji (lista wyboru)	Sposoby dokumentacji (lista wyboru)
<b>WIEDZA</b>			
W_01 - W_09	Wykład informacyjny, wykład problemowy. Zadanie do wykonania	Test  Przygotowanie prezentacji	Arkusz testu,  Prezentacja zawierająca treści dotyczące danego tematu
<b>UMIĘJĘTNOŚCI</b>			
U_01 - U_18	Ćwiczenia praktyczne, studium przypadku, praca w grupach	Realizacja zleconego zadania w opiece nad pacjentem w oparciu o proces pielęgnowania. Praca pisemna	Check-lista wykonanego prawidłowo zadania. Arkusz zawierający kryteria oceny efektów uczenia się Arkusz z przygotowanym przez studenta procesem pielęgnowania
<b>KOMPETENCJE SPOŁECZNE</b>			
K_01- K_07	Obserwacja studenta	Przedłużona obserwacja przez opiekuna / nauczyciela prowadzącego; Ocena 360 <sup>o</sup>	Arkusz obserwacyjny

## VI. Kryteria oceny, wagi...

1. **Zaliczenie wiedzy z wykładów:** Egzamin przeprowadzany jest w formie testu wielokrotnego wyboru, składającego się z 50 pytań z czterema wariantami odpowiedzi, spośród których tylko jedna jest prawidłowa. Za wskazanie prawidłowej odpowiedzi przyznawany jest jeden punkt. Na rozwiązanie testu przewidzianych jest 60 minut.

Ocena z egzaminu wystawiana jest zgodnie z zasadami:

a) za każdą prawidłową odpowiedź 1 pkt.

b) skala procentowa:

poniżej 60% - ocena niedostateczna

60 - 67% - dostateczny

68 - 74 % - dość dobry

75 - 86% dobry

87 - 93% - ponad dobry

94 - 100 % bardzo dobry;

2. **Zaliczenie umiejętności:**

a) **Ćwiczenia:**

- **Ocena pracy pisemnej (z ćwiczeń):**

Praca zgodna z zadaniem - 0-2pkt.

Zawierająca rzetelne informacje -0-2pkt.

Pisana poprawnie pod względem stylistyki -0-2pkt.

Pisana poprawnie pod względem merytorycznym -0-2pkt.  
Estetyczna -0-2pkt.

Możliwość uzyskania od 0 pkt. do 10 pkt.

Skala procentowa:

poniżej 60% - ocena niedostateczna

60 - 67% - dostateczny

68 - 74 % - dość dobry

75 - 86% dobry

87 - 93% - ponad dobry

94 - 100 % bardzo dobry;

●—**Check-lista prawidłowo wykonanego zadania**

Zaliczenie umiejętności opiera się na poprawnym wykonaniu czynności. Student może otrzymać od 0 do 2 punktów w zależności od jakości wykonania danego zadania:

0 pkt. - student nie wykonał poprawnie czynności

1 pkt. - student wykonał czynność poprawnie, ale po ukierunkowaniu przez nauczyciela

2 pkt. - student poprawnie i samodzielnie wykonał czynność

Skala procentowa:

poniżej 60% - ocena niedostateczna

60 - 67% - dostateczny

68 - 74 % - dość dobry

75 - 86% dobry

87 - 93% - ponad dobry

94 - 100 % bardzo dobry;

Check-lista wykonanego prawidłowo zadania			
Umiejętności	Wykonanie czynności		
	2pkt.	1pkt.	0pkt.
U_05, U_07, U_15 przygotowuje pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych, asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych oraz zapewnia opiekę pacjentowi po ich wykonaniu:			
1. pomaga pacjentowi i/lub rodzinie w akceptacji planowego badania			
2. udziela prawidłowych informacji dotyczących karencji pokarmowej przed badaniem diagnostycznym			
3. przygotowuje chorego zgodnie z procedurą do poszczególnych badań			
4. transportuje lub prowadzi chorego na badanie i z powrotem na oddział			
5. potrafi przygotować zestaw do badania (EKG, endoskopia przewodu pokarmowego, spirometria, trepanobiopsja itp. )			
6. informuje pacjenta o sposobach zachowania się pacjenta w trakcie badania (zgłaszanie dolegliwości, sposób oddychania, przyjęcia pożądanego pozycji ciała i pozostawanie w bezruchu), w zależności od stanu pacjenta student zapewnia odpowiednią pozycję pacjenta			

7. bez względu na stan przytomności pacjenta informuje go o wszelkich wykonywanych czynnościach podczas badania.			
8. kontroluje i ocenia samopoczucie i wskaźniki podstawowych funkcji życiowych (tętno, RR, oddech, temperatura, wilgotność i zabarwienie skóry, stan świadomości).			
9. zapewnia ułożenie i/ lub pomoc w przyjęciu i utrzymaniu pożądanego pozycji ciała pacjenta po badaniu			
10. dokonuje obserwacji w kierunku powikłań po badaniu (np.: stanu zapalenia w miejscu nakłucia, krwotoku, niedowładów, utraty czucia, zaburzeń w oddawaniu moczu i innych powikłań).			
11. bierze współudział w łagodzeniu zgłaszanych dolegliwości poprzez podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza,			
12. eliminuje do minimum nadmiar bodźców dźwiękowych, świetlnych			
13. rozpoznaje pogorszenie się stanu chorego			
14. w razie konieczności układa chorego w pozycji bocznej ustalonej			
15. zabezpiecza drożność dróg oddechowych			
16. prawidłowo rozpoznaje stan zatrzymania krążenia i oddychania			
17. prowadzi akcję resuscytacyjną do momentu przybycia zespołu			
18. wymienia objawy reakcji anafilaktycznej			
19. dokumentuje wszystkie objawy i wykonane czynności.			

## b) Zajęcia praktyczne/ praktyki zawodowe

### ●—Arkusze zawierający kryteria oceny efektu uczenia się

Zaliczenie każdej umiejętności opiera się na poprawnym wykonaniu czynności. Student może otrzymać od 0 do 2 punktów w zależności od jakości wykonania danego zadania:

0 pkt. - student nie wykonał poprawnie czynności

1 pkt. - student wykonał czynność poprawnie, ale po ukierunkowaniu przez nauczyciela

2 pkt. - student poprawnie i samodzielnie wykonał czynność

Skala procentowa:

poniżej 60% - ocena niedostateczna

60 - 67% - dostateczny

68 - 74 % - dość dobry

75 - 86% dobry

87 - 93% - ponad dobry

94 - 100 % bardzo dobry;

Arkusze zawierający kryteria oceny efektu uczenia się				
Symbol efektu	Kryteria oceny efektu	Wykonanie czynności		
		2pkt.	1pkt.	0pkt.
U_01	gromadzi informacje (arkusz dokumentacji pielęgniarstwa)			
	formułuje diagnozę pielęgniarstwa (arkusz dokumentacji pielęgniarstwa)			
	ustala cele i plan opieki pielęgniarstwa (arkusz dokumentacji pielęgniarstwa)			
	wdraża interwencje pielęgniarstwa (realizuje plan opieki)			



	dokonyje ewaluacji opieki pielęgniarskiej (arkusz dokumentacji pielęgniarskiej)			
U_02	rozpoznaje problemy pielęgnacyjne dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień (arkusz dokumentacji pielęgniarskiej) prowadzi poradnictwo w tym zakresie z uwzględnieniem wieku i stanu zdrowia pacjentów			
U_03	rozpoznaje problemy pielęgnacyjne dotyczące powikłań występujących w przebiegu chorób(arkusz dokumentacji pielęgniarskiej) prowadzi profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób			
U_04	rozpoznaje problemy pielęgnacyjne dotyczące patogenów zakaźnych(arkusz dokumentacji pielęgniarskiej) organizuje izolację pacjentów z chorobą zakaźną w szpitalu zgodnie z procedurą wewnątrzszpitalną			
U_05	wykonuje badanie elektrokardiograficzne zgodnie z procedurą (Check-lista wykonanego prawidłowo zadania) rozpoznaje zaburzenia zagrażające życiu			
U_06	wykonuje pomiar glikemii zgodnie z procedurą modyfikuje dawkę stałą insuliny szybko- i krótkodziałającej			
U_07	przygotowuje pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych (Check-lista wykonanego prawidłowo zadania)			
U_08	wystawia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych (obsługa programu informatycznego obecnego w oddziale)			
U_09	przygotowuje zapisy form recepturowych substancji leczniczych w ramach kontynuacji leczenia (obsługa programu informatycznego obecnego w oddziale)			
U_10	dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta dynamikę jej zmian i realizowaną opiekę pielęgniarską z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych (arkusz dokumentacji pielęgniarskiej, obsługa programu informatycznego obecnego w oddziale)			
U_11	rozpoznaje deficyt wiedzy chorego w zakresie doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych (arkusz dokumentacji pielęgniarskiej) Uczy pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych			
U_12	rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego: - po podaniu leków sprawdza miejsce wkłucia - zna objawy reakcji alergicznych i anafilaktycznych - wymienia objawy wstrząsu anafilaktycznego -rozpoznaje pozanaczyniowe podanie leku czy płynu -zna zasady postępowania w przypadku podania pozanaczyniowego			
U_13	prowadzi rozmowę terapeutyczną: dostosowuje rozmowę do możliwości i zdolności komunikacyjnych pacjenta aktywnie słucha chorego wykazuje empatię			

	-dba o eliminację szumów i barier w trakcie komunikacji (w tym, respektuje zasady RODO)			
U_14	przekazuje informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta			
U_15	asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych(Check-lista wykonanego prawidłowo zadania)			
U_16	ocenia poziom bólu przy pomocy skal bólu ocenia reakcję pacjenta na ból i jego nasilenie stosuje farmakologiczne sposoby łagodzenia bólu stosuje nefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu			
U_17	postępuje zgodnie z procedurą z ciałem zmarłego pacjenta			
U_18	przygotowuje i podaje pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza: -doustnie -dożylnie -do dróg oddechowych -doodbytniczo -na skórę i błony śluzowe			

●—Ocena arkusza z przygotowanym przez studenta procesem pielęgnowania:

Kryteria oceny arkusza:

1. Profesjonalne i kompletne wypełnienie kwestionariusza wywiadu dotyczącego stanu bio-psycho-społecznego pacjenta z uwzględnieniem obowiązujących procedur i standardów.
2. Profesjonalne wypełnienie dodatkowych narzędzi skal oceniających stan zdrowia pacjenta.
3. Poprawne wyłonienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta i sformułowanie diagnoz pielęgniarstkich.
4. Zaplanowanie działań pielęgniarstkich w opiece nad pacjentem w oparciu o wyłonione sformułowane diagnozy pielęgniarstkie zgodnie z obowiązującymi procedurami i standardami.
5. Udokumentowanie realizacji zaplanowanych działań wobec pacjenta z uwzględnieniem jego praw i poszanowaniem decyzji (pacjent współdecyduje w procesie podejmowanej wobec niego terapii).
6. Systematyczna ocena stanu pacjenta i jej dokumentowanie.
7. Ewaluacja podjętych działań pielęgniarstkich pod kątem ich efektywności, w przypadku braku pozytywnych efektów dokonanie zmian w procesie pielęgnacyjnym.

Za każde z wymienionych kryteriów student może otrzymać od 0-3 punktów, maksymalnie 21 punktów:

0 - kryterium niespełnione, brak w dokumentacji

1 - kryterium spełnione, ale dokumentacja niekompletna, informacje niepełne, działania zgodne z obowiązującymi procedurami i standardami, ale niekompletne, ogólne trudności w posługiwaniu się dokumentacją pielęgniarstką

2 - kryterium spełnione, ale dokumentacja niekompletna, informacje rzetelne, działania zgodne z obowiązującymi procedurami i standardami, ale niekompletne, brak trudności w posługiwaniu się dokumentacją pielęgniarstką

3 - kryterium spełnione, dokumentacja kompletna, informacje rzetelne, działania zgodne z obowiązującymi procedurami i standardami

Skala procentowa:

- poniżej 60% - ocena niedostateczna
- 60 - 67% - dostateczny
- 68 - 74 % - dość dobry
- 75 - 86% dobry
- 87 - 93% - ponad dobry
- 94 - 100 % bardzo dobry;

### c) Samokształcenie - prezentacja:

Praca będzie zaliczona po spełnieniu warunków:

- Praca zgodna z zadaniem
- Zawierająca rzetelne informacje
- Poprawna pod względem stylistycznym
- Poprawna pod względem merytorycznym
- Estetyczna

### 3. Ocena kompetencji społecznych: Ocena 360<sup>0</sup>

Student może uzyskać za każdą kompetencję 0, 1, 2 lub 3 punkty.

Punktacja/kryteria:

- 3 punkty - uzyskuje student, który **zawsze** przestrzega kompetencji społecznych
- 2 punkty - uzyskuje student, który **często** przestrzega kompetencji społecznych
- 1 punkt - uzyskuje student, który **czasami** przestrzega kompetencji społecznych
- 0 punktów - uzyskuje student, który **nigdy** nie przestrzega kompetencji społecznych

Jeśli student z jakiegokolwiek kompetencji społecznej uzyska 0 punktów, to otrzymuje ocenę niedostateczną i nie może uzyskać zaliczenia z zajęć praktycznych i praktyk zawodowych.

Kompetencje społeczne studenta oceniane są przez: nauczyciela, członków zespołu terapeutycznego, grupę studencką i samego studenta.

Maksymalna liczba punktów: 84

Ocena opisowa:

Student posiada **wysoki** poziom kompetencji społecznych, jeśli uzyska 94% i więcej punktów.

Student posiada **średni** poziom kompetencji społecznych, jeśli uzyska 93-75% punktów.

Student posiada **niski** poziom kompetencji społecznych, jeśli uzyska 74% i mniej punktów.

Arkusze obserwacyjne KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH z oceną 360 <sup>0</sup>		Samocena studenta	Ocena grupy	Ocena członków zespołu terapeutycznego	Ocena nauczyciela
K_01	kieruje się dobrem pacjenta, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece okazuje zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych okazuje empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną				
K_02	przestrzega praw pacjenta				
K_03	samodzielnie i rzetelnie wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzega wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem				
K_04	ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności				

	zawodowe				
K_05	zasięga opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu				
K_06	przewiduje i uwzględnia czynniki wpływające na reakcje własne przewiduje i uwzględnia czynniki wpływające na reakcje pacjenta				
K_07	dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie umiejętności dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie kompetencji społecznych dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych				

#### VII. Obciążenie pracą studenta

Forma aktywności studenta	Liczba godzin
Liczba godzin kontaktowych z nauczycielem	370
Liczba godzin indywidualnej pracy studenta	20

#### VIII. Literatura

Literatura podstawowa
1. Jurkowska G., Łagoda K.: Pielęgniarstwo internistyczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
2. Talarska D., Zozulińska-Żółkiewicz D.: Pielęgniarstwo internistyczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
Literatura uzupełniająca
1. Szczeklik A., Gajewski P.: Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2019.