

## KARTA PRZEDMIOTU

### I. Dane podstawowe

Nazwa przedmiotu	<b>Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia</b>
Nazwa przedmiotu w języku angielskim	Anesthesiology and nursing in life-threatening situations
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 Beata Chilimoniuk
---	----------------------

Forma zajęć ( <i>katalog zamknięty ze słownika</i> )	Liczba godzin	Semestr	Punkty ECTS
Wykład	30	VI	8
Ćwiczenia	15	VI	
Zajęcia praktyczne	80	VI	
Praktyka zawodowa	80	VI	
Samokształcenie	10	VI	

Wymagania wstępne	Posiadanie wiedzy i umiejętności w zakresie podstaw pielęgniarstwa oraz pielęgniarstwa specjalistycznego (internistyczne, chirurgiczne, pediatryczne).
-------------------	--

### II. Cele kształcenia dla przedmiotu

Uzyskanie przez studenta wiedzy z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego oraz opieki pielęgniarstwa wobec chorego w stanie zagrożenia życia.
Nabycie przez studenta umiejętności obsługi specjalistycznego sprzętu niezbędnego w opiece nad chorym w stanie zagrożenia życia oraz nad pacjentem znieczulonym do zabiegu operacyjnego.
Przygotowanie studenta do sprawowania profesjonalnej opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w stanie zagrożenia życia oraz nad pacjentem wymagającym postępowania anestetycznego.

### 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 pielęgniarstwa 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 zlecania;	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_10	metody, techniki i narzędzia oceny stanu świadomości i przytomności;	D.W18.
W_11	standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie;	D.W28.
W_12	metody znieczulenia i zasady opieki nad pacjentem po znieczuleniu;	D.W30.
W_13	patofizjologię i objawy kliniczne chorób stanowiących zagrożenie dla życia (niewydolność oddechowa, niewydolność krążenia, niewydolność układu nerwowego, wstrząs, sepsa);	D.W31.
W_14	metody i skale oceny bólu, poziomu sedacji oraz zaburzeń snu oraz stanów delirycznych u pacjentów w stanach zagrożenia życia;	D.W32.
W_15	metody i techniki komunikowania się z pacjentem niezdolnym do nawiązania i podtrzymania efektywnej komunikacji ze względu na stan zdrowia lub stosowane leczenie	D.W33.
W_16	zasady profilaktyki powikłań związanych ze stosowaniem inwazyjnych technik diagnostycznych i terapeutycznych u pacjentów w stanie krytycznym	D.W34.
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	prowadzić poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień	D.U2.
U_03	prowadzić profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób;	D.U3.
U_04	rozpoznawać powikłania po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i zabiegach operacyjnych;	D.U8.
U_05	doraźnie podawać pacjentowi tlen i monitorować jego stan podczas tlenoterapii;	D.U9.
U_06	wykonywać badanie elektrokardiograficzne i rozpoznawać	D.U10.

	zaburzenia zagrażające życiu;	
U_07	przygotowywać pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych;	D.U12.
U_08	dokumentować sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian i realizowaną opiekę pielęgniarstwa, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych;	D.U15.
U_09	uczyć pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych;	D.U16.
U_10	przewodzą u osób dorosłych i dzieci żywienie dojelitowe (przez zgłębnik i przetokę odżywczą) oraz żywienie pozajelitowe;	D.U17.
U_11	rozpoznawać powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego;	D.U18.
U_12	pielęgnować pacjenta z przetoką jelitową oraz rurką intubacyjną i tracheotomijną;	D.U19.
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 niefarmakologiczne postępowanie przeciwbólowe;	D.U24.
U_17	przygotowywać i podawać pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza;	D.U26.
<b>W zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH:</b>		
K_01	kierować się dobrem pacjenta, szanować godność i autonomię osób powierzonych opiece, okazywać zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną;	KS.1.
K_02	przestrzegać praw pacjenta;	KS.2.
K_03	samodzielnie i rzetelnie wykonywać zawód zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegać wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem;	KS.3.
K_04	ponosić odpowiedzialność za wykonywane czynności zawodowe;	KS.4.
K_05	zasięgać opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu;	KS.5.
K_06	przewidywać i uwzględniać czynniki wpływające na reakcje własne i pacjenta;	KS.6.
K_07	dostrzegać i rozpoznawać własne ograniczenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonywać samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych.	KS.7.

#### IV. Opis przedmiotu/ treści programowe

Wykład:

Klinika

1. Anestezjologia i intensywne leczenie - przedmiot nauczania. Organizacja pracy w anestezjologii i na Oddziale Intensywnej Terapii, kryteria przyjęcia pacjenta do OIT. Zasady organizacji opieki specjalistycznej - intensywne leczenie medyczne.

2. Monitorowanie pacjenta w OIT i w czasie zabiegu operacyjnego. Metody, techniki i narzędzia oceny stanu świadomości i przytomności. Monitorowanie podstawowych i dodatkowych parametrów funkcji życiowych przy użyciu specjalistycznego sprzętu (metody pomiaru oddechu, pulsoksymetria, kapnometria, zapis pracy serca, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, OCZ, metody pomiaru rzutu minutowego serca, diureza dobową, godzinową, bilans płynów, monitorowanie czynności ośrodkowego układu nerwowego/BIS, zwiotczenie/TOF). Dostępny naczyniowe żyłne i tętnicze.
3. Sedacja oraz zaburzenia snu oraz stany deliryczne u pacjentów w stanach zagrożenia życia.
4. Utrzymanie drożności dróg oddechowych i wspomaganie oddechu - metody i rodzaje, standardy i procedury, specjalistyczny sprzęt. Tlenoterapia.
5. Ból - definicja, podział, patomechanizm, ocena natężenia bólu, kliniczna ocena chorego z bólem. Ból w stanach zagrożenia życia i w anestezjologii. Metody postępowania i farmakoterapia.
6. Metody znieczulenia (ogólne, przewodowe/miejscowe, całkowicie dożyłne, mieszane). Podstawowy sprzęt używany w czasie znieczulenia. Wyposażenie sali operacyjnej.
7. Znieczulenie ogólne - na czym polega, standardy i procedury postępowania. Zasady znieczulenia pacjentów do operacji w trybie planowym i nagłym, ocena stanu pacjenta i ryzyka znieczulenia i operacji, wskazania i przeciwwskazania do tego rodzaju znieczulenia, premedykacja. Środki znieczulenia ogólnego. Monitorowanie w czasie znieczulenia i operacji. Powikłania znieczulenia ogólnego.
8. Znieczulenie regionalne - na czym polega. Stosowane rodzaje znieczulenia miejscowego, odrębności w przygotowaniu stanowiska znieczulenia i przygotowaniu chorego. Zasady znieczulenia pacjentów do operacji w trybie planowym i nagłym, ocena stanu pacjenta i ryzyka znieczulenia i operacji, wskazania i przeciwwskazania do tego rodzaju znieczulenia, premedykacja. Środki znieczulenia miejscowego. Monitorowanie w czasie znieczulenia i operacji. Powikłania znieczulenia miejscowego.
9. Sala wybudzeń i zasady opieki nad pacjentem po znieczuleniu: monitorowanie, ocena bólu pooperacyjnego i metody analgezji pooperacyjnej (w tym analgezji kontrolowanej przez pacjenta). Powikłania analgezji. Pooperacyjne nudności i wymioty.
10. Odrębności znieczulenia dzieci. Ostre stany zagrożenia życia u dzieci.
11. Standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie. Patofizjologia, przyczyny, czynniki ryzyka, objawy kliniczne, diagnostyka, leczenie, rokowanie i przebieg chorób stanowiących zagrożenie dla życia:
  - ostra niewydolność oddechowa,
  - ostra niewydolność nerek
  - ostre stany niewydolności krążenia (w tym NZK, zawał serca itp.)
  - niewydolność układu nerwowego,
  - wstrząs,
  - sepsa.
12. Zatrucia - objawy, postępowanie, rokowanie.
13. Uraz wielonarządowy- diagnostyka, standardy i procedury postępowania.

### **Pielęgniarstwo**

1. Pielęgniarstwo w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki – podstawy prawne wykonywania zawodu i kształcenie podyplomowe.

2. Metody i techniki komunikowania się z pacjentem niezdolnym do nawiązania i podtrzymania efektywnej komunikacji ze względu na stan zdrowia lub stosowane leczenie.
3. Zasady profilaktyki powikłań związanych ze stosowaniem inwazyjnych technik diagnostycznych i terapeutycznych u pacjentów w stanie krytycznym.
4. Zadania pielęgniarki anestezjologicznej, standardy, procedury, zasady diagnozowania i planowania opieki nad chorym przygotowywanym do znieczulenia. Stanowisko znieczulenia - wyposażenie. Przygotowanie pacjenta do znieczulenia w trybie planowym i nagłym.
5. Zadania pielęgniarki w anestezjologii dziecięcej - opieka nad znieczulonym dzieckiem.
6. Opieka pielęgniarska nad pacjentem po znieczuleniu. Udział pielęgniarki w intensywnym nadzorze bezprzrzedowym i przrzedowym. Monitorowanie funkcji życiowych i rozpoznawanie ich zaburzeń. Rola pielęgniarki w diagnostyce i leczeniu bólu.
7. Pielęgowanie chorego z dostępem naczyniowym (żylnym i tętnicznym) oraz ze sztuczną drogą oddechową – procedury i standardy postępowania. Zasady profilaktyki zakażeń w intensywnej terapii i na bloku operacyjnym.
8. Postępowanie pielęgniarskie w czasie resuscytacji oraz opieka pielęgniarska nad chorym po skutecznej resuscytacji. Udział pielęgniarki w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym.
9. Zadania pielęgniarki, standardy, procedury, zasady diagnozowania i planowania opieki nad pacjentem w oddziale intensywnej terapii. Opieka pielęgniarska nad chorym w stanie zagrożenia życia spowodowanym:
  - ostrą niewydolnością oddechową,
  - ostrą niewydolnością nerek
  - ostrą niewydolnością krążenia (w tym NZK, zawał serca itp.)
  - niewydolnością układu nerwowego,
  - wstrząsem,
  - sepsą
  - zatruciem.

#### **Ćwiczenia:**

1. Podstawowe i zaawansowane postępowanie resuscytacyjne u dorosłych i dzieci. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa wg obowiązujących wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji .
2. Przygotowanie pacjenta do znieczulenia. Okooperacyjne monitorowanie funkcji życiowych. Ocena ryzyka znieczulenia. Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej.
3. Opieka nad pacjentem po znieczuleniu i operacji: monitorowanie, w tym ocena bólu pooperacyjnego – skale oceny. Technika analgezji kontrolowanej przez pacjenta. Powikłania analgezji. Pooperacyjne nudności i wymioty. Sala wybudzeń.
4. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zagrożeniem życia hospitalizowanym w Oddziale Intensywnej Terapii:
  - monitorowanie i ocena wszystkich funkcji życiowych,
  - dostępy naczyniowe żyłne i tętnicze,
  - utrzymanie drożności dróg oddechowych i wspomaganie oddechu
  - tlenoterapia
  - płynoterapia
  - pielęgnacja stomii jelitowej
  - żywienie enteralne i parentralne

- leczenie nerkozastępcze
  - metody wspomagające pracę serca oraz krążenie
5. Zasady i sposoby gromadzenia informacji o pacjencie (w tym pacjent nieprzytomny, z bezpośrednim zagrożeniem życia). Formułowanie diagnoz pielęgniarских, prowadzenie opieki nad pacjentem w stanie zagrożenia życia w oparciu o proces pielęgnowania, prowadzenie dokumentacji obowiązującej w OIT.

### **Zajęcia praktyczne**

w Centrum Symulacji Medycznych

1. Monitorowanie parametrów życiowych przy użyciu specjalistycznego sprzętu. (D.U10; D.U12)
2. Pielęgnowanie chorego z centralnym dostępem naczyniowym oraz sztuczną drogą oddechową. (D.U3; D.U19)
3. Opieka pielęgniarская nad pacjentem przygotowywanym do znieczulenia, opieka w trakcie znieczulenia (D.U9; D.U12; D.U18; D.U22; D.U26)
4. Rozpoznanie zatrzymania krążenia i oddychania. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (D.U9; D.U10; D.U22; D.U26)

w podmiocie leczniczym

1. Przyjęcie pacjenta do oddziału i założenie dokumentacji medycznej obowiązującej w OIT.
2. Przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych. Profilaktyka powikłań związanych ze stosowaniem inwazyjnych technik diagnostycznych i terapeutycznych u pacjentów w stanie krytycznym.
3. Monitorowanie podstawowych i dodatkowych parametrów funkcji życiowych przy użyciu specjalistycznego sprzętu (metody pomiaru oddechu, pulsoksymetria, kapnometria, zapis pracy serca, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, OCŻ, metody pomiaru rzutu minutowego serca, diureza dobową, godzinową, bilans płynów, monitorowanie czynności ośrodkowego układu nerwowego/BIS).
4. Gromadzenia informacji o pacjencie (w tym osoba nieprzytomna, w bezpośrednim zagrożeniu życia). Formułowanie diagnoz pielęgniarских, prowadzenie opieki nad pacjentem w stanie zagrożenia życia w oparciu o proces pielęgnowania, prowadzenie dokumentacji obowiązującej w OIT.
5. Pielęgnowanie chorego z dostępem naczyniowym (żylnym i tętnicznym) oraz ze sztuczną drogą oddechową – procedury i standardy postępowania. Zasady profilaktyki zakażeń w intensywnej terapii i na bloku operacyjnym.
6. Opieka pielęgniarская nad pacjentem przygotowywaną do znieczulenia (ogólnego, regionalnego), opieka w trakcie znieczulenia i nadzór pooperacyjny.
7. Opieka pielęgniarская nad pacjentem z zagrożeniem życia w wyniku wstrząsu, przebiegu ostrej niewydolności oddechowej, ostrej niewydolności nerek i innych stanów zagrażających życiu, w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
8. Ocena bólu i udział w farmakoterapii. Przygotowywanie i podawanie leków różnymi drogami.
9. Rozpoznanie zatrzymania krążenia i oddychania. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa osoby dorosłej, dziecka i niemowlęcia. Modyfikacja BLS i ALS w przypadku kobiety ciężarnej. Opieka pielęgniarская nad chorą po skutecznej resuscytacji. Zajęcia w Centrum Symulacji Medycznych

### **Praktyki zawodowe:**

Doskonalenie umiejętności zdobytych podczas praktyk zawodowych:

1. Opieka pielęgniarская nad pacjentem po znieczuleniu w sali wybudzeń. Ocena stanu chorego, monitorowanie podstawowych parametrów życiowych. Ocena bólu i sposoby jego zwalczania, stosowane leki przeciwbólowe i ich działania niepożądane. Pooperacyjne nudności i wy-

<p>mioty – sposoby zapobiegania. Prowadzenie podstawowej dokumentacji.</p> <p>2. Działania diagnostyczne pielęgniarki w oddziale intensywnej opieki medycznej. Ocena stanu chorego na podstawie zachowania, objawów klinicznych, dolegliwości i mierzalnych parametrów funkcji życiowych i rozpoznawanie zaburzeń.</p> <p>3. Opieka pielęgniarska nad chorymi w stanie zagrożenia życia hospitalizowanymi w Oddziale Intensywnej Terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitorowanie bezprzrządowe i przrządowe podstawowych parametrów życiowych,</li> <li>- dostępy naczyniowe żyłne i tętnicze, obwodowe i centralne),</li> <li>- utrzymanie drożności dróg oddechowych i wspomaganie oddechu ,</li> <li>- tlenoterapia,</li> <li>- płynoterapia,</li> <li>- żywienie enteralne i parentralne,</li> <li>- leczenie nerkozastępcze</li> <li>-mmetody wspomagające pracę serca oraz krążenie</li> </ul> <p>4. Zadania pielęgniarki w stanach nagłego zagrożenia życia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ z ostrą niewydolnością oddechową,</li> <li>▪ wymagającym sztucznej wentylacji płuc</li> <li>▪ z ostrą niewydolnością krążenia</li> <li>▪ z ostrą niewydolnością nerek.</li> </ul> <p><b>Samokształcenie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zabiegi resuscytacyjne w różnych grupach wiekowych – rola i zadania pielęgniarki.</li> <li>2. Opieka nad pacjentem po skutecznej resuscytacji – rola i zadania pielęgniarki.</li> <li>3. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zatruciem zagrażającym życiu.</li> <li>4. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z urazem wielonarządowym.</li> <li>5. Opieka pielęgniarska nad pacjentem we wstrząsie.</li> <li>6. Znieczulenie ogólne.</li> <li>7. Znieczulenie przewodowe.</li> </ol>
--

#### 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_16	Wykład informacyjny, wykład problemowy  Zadanie do wykonania	Test  Przygotowanie prezentacji	Arkusz testu  Prezentacja zawierająca treści dotyczące zadanego tematu
<b>UMIEJĘTNOŚCI</b>			
U_01- U_17	Ćwiczenia praktyczne, zadanie do wykonania  Studium przypadku	Realizacja zleconego zadania w opiece nad pacjentem w oparciu o proces pielęgnowania  Praca pisemna	Check-lista wykonanego prawidłowo zadania  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>0</sup>	Arkusze obserwacyjny
---------------	---------------------	--	----------------------

## VI. Kryteria oceny, wagi...

### Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu:

- Obecność na wszystkich wykładach, ćwiczeniach, zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych.
- **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 50 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;

- **Samokształcenie - prezentacja:**

Praca będzie zaliczona po spełnieniu wszystkich wymienionych warunków:

1. Praca zgodna z zadaniem tematem.
2. Zawierająca rzetelne informacje.
3. Poprawna pod względem stylistycznym.
4. Poprawna pod względem merytorycznym.
5. Estetyczna.

- **Zaliczenie umiejętności:**

#### a) 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;

#### b) 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 pielęgniarских.
4. Zaplanowanie działań pielęgniarских w opiece nad pacjentem w oparciu o wyłonione sformułowane diagnozy pielęgniarские 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 pielęgniarских 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 pielęgniarską

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

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;

➤ **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.

### VII. Obciążenie pracą studenta

Forma aktywności studenta	Liczba godzin
Liczba godzin kontaktowych z nauczycielem	205
Liczba godzin indywidualnej pracy studenta	10

### VIII. Literatura

Literatura podstawowa
1. Dyk D., Gutysz-Wojnicka A.: Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki. PZWL, Warszawa 2018r.
2. Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Rolka H.: Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. PZWL, Warszawa 2021r.
3. Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B.: Standardy anestezyjologicznej opieki pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 2022r.
Literatura uzupełniająca
1. Wytyczne resuscytacji 2021. Europejska Rada Resuscytacji i Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2021