**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*