

KARTA PRZEDMIOTU

I. Dane podstawowe

Nazwa przedmiotu	Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne
Nazwa przedmiotu w języku angielskim	Neurology and neurological 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	30	V	8
Ćwiczenia	15	V	
Zajęcia praktyczne	80	V	
Praktyka zawodowa	80	V	
Samokształcenie	10	V	

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 nerwowego.
Wykształcenie prawidłowej postawy studenta do samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, 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-ginekologicznym, pediatrycznym, geriatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, w intensywnej opiece	D.W3.

	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	patofizjologię, objawy kliniczne, przebieg, leczenie i rokowanie chorób wieku rozwojowego: układu oddechowego, układu krążenia, układu nerwowego, dróg moczowych, układu pokarmowego oraz chorób endokrynologicznych, metabolicznych, alergicznych i krwi;	D.W13.
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	organizować izolację pacjentów z chorobą zakaźną w miejscach publicznych i w warunkach domowych;	D.U4.
U_05	przygotowywać pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych;	D.U12.
U_06	wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych;	D.U13.
U_07	dokumentować sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian i realizowaną opiekę pielęgniarstwa, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych;	D.U15.
U_08	uczyć pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych;	D.U16.
U_09	prowadzić u osób dorosłych i dzieci żywienie dojelitowe (przez zgłębnik i przetokę odżywcza) oraz żywienie pozajelitowe;	D.U17.
U_10	rozpoznawać powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego;	D.U18.
U_11	prowadzić rozmowę terapeutyczną;	D.U20.
W zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH:		
K_01	kieruje się dobrem pacjenta, szanuje godność i autonomię	KS.1.

	osób powierzonych opiece, okazuje zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną;	
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 neurologicznych, opieka pielęgniarska w oparciu o indywidualny proces pielęgowana.
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 wczesne i późne, rokowanie, czynniki ryzyka, prewencja pierwotna i wtórna udarów mózgu.
4. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z udarem mózgu w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
5. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), przebieg, rokowanie, czynniki ryzyka, powikłania wczesne i późne stwardnienia rozsianego.
6. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
7. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), przebieg, rokowanie, czynniki ryzyka, powikłania wczesne i późne padaczki.
8. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z padaczką w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
9. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), przebieg, rokowanie, czynniki ryzyka, powikłania wczesne i późne wybranych chorób neurodegeneracyjnych.
10. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z wybraną chorobą neurodegeneracyjną w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
11. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), przebieg, rokowanie, czynniki ryzyka, powikłania wczesne i późne neuroinfekcji.
12. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z neuroinfekcją w oparciu o standardy i procedury pielęgniarskie.
13. Etiopatogeneza, objawy kliniczne, diagnostyka, leczenie (w tym właściwości i działanie

leków, działania niepożądane, interakcja z innymi lekami i drogi podania), przebieg, rokowanie, czynniki ryzyka, powikłania wczesne i późne wybranych chorób mięśni.

14. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z wybraną chorobą mięśni w oparciu o standardy i procedury pielęgniarstwa.
15. Urazy czaszkowo-mózgowe etiopatogeneza, objawy, diagnostyka, leczenie.
16. Zasady diagnozowania i planowania oraz realizacja opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z urazem układu nerwowego w oparciu o standardy i procedury pielęgniarstwa.
17. Patofizjologia, objawy kliniczne, przebieg, leczenie i rokowanie chorób wieku rozwojowego układu nerwowego.

Ćwiczenia:

1. Ocena stanu funkcji układu nerwowego na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego, skale do oceny neurologicznej.
2. Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta oraz asystowanie lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych układu nerwowego zgodnie z aktualnymi standardami i zasadami: punkcja lędźwiowa, badanie potencjałów wywołanych, EEG, badania scyntygraficzne układu nerwowego, elektroneurografia, EMG, angiografia, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
3. Ocena stanu odżywienia oraz zdolności połykania i dostosowanie sposobu żywienia pacjenta do jego możliwości: żywienie dojelitowe (przez zgłębnik i przetokę odżywczą) oraz żywienie pozajelitowe;

Zajęcia praktyczne/praktyka zawodowa:

1. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z udarem (niedokrwiennym/ krwotocznym) mózgu w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
2. Prowadzenie działań z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej wobec pacjentów z chorobami neurologicznymi. Organizowanie izolacji pacjentów z chorobą zakaźną w miejscach publicznych i w warunkach domowych.
3. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
4. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z padaczką w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
5. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z chorobą neurodegeneracyjną w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
6. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z neuroinfekcją w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
7. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z urazem czaszkowo-mózgowym/urazem kręgosłupa w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.
8. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z wybraną chorobą mięśni w oparciu o indywidualny proces pielęgnowania.

Samokształcenie:

1. Przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielegnacji po przebytych udarach krwotocznym mózgu.
2. Opieka nad pacjentem z udarem niedokrwiennym mózgu leczonym trombolizą i trombektomią
3. Przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielegnacji w chorobach neurodegeneracyjnych (choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, zespoły otępienne).
4. Przygotowanie chorego z SM i jego rodziny do samoopieki i samopielegnacji.
5. Zadania pielęgniarki w procesie diagnozowania pacjenta w neurologii.
6. Prewencja pierwotna i wtórna miażdżycy w chorobach neurologicznych.

V. Metody realizacji i weryfikacji efektów uczenia się

Symbol efektu	Metody dydaktyczne (lista wyboru)	Metody weryfikacji (lista wyboru)	Sposoby dokumentacji (lista wyboru)
WIEDZA			
W_01- W_10	Wykład informacyjny, wykład problemowy. Zadanie do wykonania	Test. Przygotowanie pracy pisemnej	Arkusz testu, punktacja zaliczeniowa. Praca pisemna
UMIEJĘTNOŚCI			
U_01- U_11	Ćwiczenia praktyczne, studium przypadku, praca w grupach, projekt	Realizacja zleconego zadania w opiece nad pacjentem w oparciu o proces pielęgnowania	Check-lista wykonanego prawidłowo zadania. Arkusz zawierający kryteria oceny efektu uczenia się Arkusz z przygotowanym przez studenta procesem pielęgnowania, prezentacja
KOMPETENCJE SPOŁECZNE			
K_01- K_07	Obserwacja studenta podczas zajęć ćwiczeniowych, praktycznych, praktyk zawodowych	Przedłużona obserwacja przez opiekuna / nauczyciela prowadzącego; Ocena 360 ⁰	Arkusz obserwacyjny z Oceną 360 ⁰

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 prezentacji (z ćwiczeń):**

Praca zgodna z zadaniem tematem - 0-2pkt.

Zawierająca rzetelne informacje -0-2pkt.

Poprawna pod względem stylistycznym -0-2pkt.
 Poprawna 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 prawidłowo wykonanego zadania			
Umiejętności	Wykonanie czynności		
	2pkt.	1pk.	0pkt.
U_05 przygotowuje pacjenta fizycznie i psychicznie do punkcji lędźwiowej, 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 punkcji lędźwiowej			
4. transportuje lub prowadzi chorego na badanie i z powrotem na oddział			
5. potrafi przygotować zestaw do punkcji lędźwiowej			
6. informuje pacjenta o sposobach zachowania się pacjenta w trakcie badania			

(zgłaszanie dolegliwości, sposób oddychania, przyjęcia pożądanego położenia 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, ocieplenie, wilgotność i zabarwienie skóry, stan świadomości).			
9. zapewnia ułożenie i/ lub pomoc w przyjęciu i utrzymaniu pożądanego położenia 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 układu 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/ praktyka zawodowa

- **Arkusze zawierające kryteria oceny efektu kształcenia**

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 zawierające kryteria oceny efektu kształcenia				
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)			

	pielęgniarskiej) wdraża interwencje pielęgniarskie (realizuje plan opieki) dokonuje 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	przygotowuje pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych (Check-lista wykonanego prawidłowo zadania)			
U_06	wystawia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych (obsługa programu informatycznego obecnego w oddziale)			
U_07	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_08	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_09	rozpoznaje dysfunkcje w zakresie przyjmowania posiłków u pacjenta (arkusz dokumentacji pielęgniarskiej), prowadzi u osób dorosłych i dzieci żywienie dojelitowe (przez zgłębnik i przetokę odżywczą) oraz żywienie pozajelitowe			
U_10	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_11	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)			

- **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 - praca pisemna:

Praca będzie zaliczona po spełnieniu warunków:

- Praca zgodna z zadanym tematem
- Zawierająca rzetelne informacje
- Pisana poprawnie pod względem stylistycznym
- Pisana poprawnie pod względem merytorycznym
- Estetyczna

3. Ocena kompetencji społecznych: Ocena 360⁰

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 obserwacyjny KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH z oceną 360 ⁰		Samoocena studenta	Ocena grupy	Ocena członków zespołu tera- peutyczneg o	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	205
Liczba godzin indywidualnej pracy studenta	10

VIII. Literatura

Literatura podstawowa
1. Jaracz K., Domitrz I.: Pielęgniarstwo Neurologiczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
2. Prusinski A.: Neurologia praktyczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
Literatura uzupełniająca
1. Jabłońska R., Ślusarz R.(red.): Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012.