CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

PROGRAM SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO
W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO

dla pielęgniarek

Program został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19.08.2015r.

uwzględnia:

1. Aktualizację zatwierdzoną przez Ministra Zdrowia w dniu 24.10.2016r.

Warszawa 2016

PROGRAM PRZYGOTOWANY PRZEZ ZESPÓŁ PROGRAMOWY W SKŁADZIE[1]

1. **dr n. med. Anita Orzeł-Nowak – Przewodnicząca Zespołu;** Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
2. **dr n. med. Katarzyna Cierzniakowska** – Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu;
   Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Dr. Jana Biziela w Bydgoszczy
3. **mgr Jan Kachaniuk** – Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Lublinie
4. **dr n. med. Regina Sierżantowicz** – Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Osoby współpracujące

1. **dr n. med. Elżbieta Bernaciak –** Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy (moduł X),
2. **dr n. med. Iwona Teresa Jarocka –** Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (moduł X).

RECENZENCI PROGRAMU

1. **prof. dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk –** Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego
   Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. **prof. zw. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner** – Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Ogólnej
   II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

[1] Powołany Zarządzeniem Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Nr 64/13 z dnia 15 listopada 2014 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Opracowania Programu Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

PROGRAM MODUŁU I PRZYGOTOWANY PRZEZ ZESPÓŁ PROGRAMOWY W SKŁADZIE[2]

1. **dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk** – **Przewodnicząca Zespołu;**
   Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
   Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
2. **dr n. med. Anita Gębska-Kuczerowska** – Studium Zdrowia Publicznego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie
3. **mgr Jadwiga Klukow** – Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. **mgr piel. Izabela Kucharska** – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Główny Inspektorat Sanitarny w Warszawie
5. **mgr Teresa Kuziara** – Komisja Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych,
   Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
6. **prof. nadzw. dr hab. n. hum. Ewa Wilczek-Rużyczka** – Katedra Psychologii Zdrowia, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie
7. **dr Beata Witkowska-Maksimczuk** – Zakład Filozofii, Wydział Administracji i Nauk Społecznych Politechniki Warszawskiej
8. **dr n. o zdr. Grażyna Wójcik** – Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
   Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

RECENZENT PROGRAMU

dr hab. n. hum. Maria Kózka, prof. UJ – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

[2] Powołany Zarządzeniem Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Nr 60/13 z dnia 12 listopada 2013r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Opracowania Programu Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

AKTUALIZACJA zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w dniu 24.10.2016r. PRZYGOTOWANA PRZEZ ZESPÓŁ ds. EWALUACJI W SKŁADZIE

1. **dr n. o zdr. Grażyna Wójcik** – Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
2. **mgr Sabina Wiatkowska** – Przewodnicząca Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
3. **dr n. o zdr. Jarosław Czepczarz** – Członek Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
4. specjalista w dziedzinach ewaluowanych programów kształcenia

Powołany Zarządzeniem Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Nr 65/16 z dnia 26 września 2016 r. w sprawie powołania zespołu do spraw ewaluacji programów kształcenia szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych.

ZAŁOŻENIA ORGANIZACYJNO-PROGRAMOWE

Szkolenie specjalizacyjne jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Efekty kształcenia wskazane w programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ***pielęgniarstwa chirurgicznego, dla pielęgniarek*** są dla organizatora i uczestnika kształcenia obowiązkowym elementem programu. Osiągnięcie wskazanych efektów kształcenia gwarantuje, że każdy uczestnik szkolenia specjalizacyjnego będzie posiadać takie same kwalifikacje, niezależnie od miejsca ukończenia kształcenia, podmiotu organizującego kształcenie oraz systemu kształcenia.

Cel kształcenia
Przygotowanie pielęgniarki do samodzielnego wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, pełnienia roli lidera i wdrażania do praktyki pielęgniarskiej zmian potwierdzonych dowodami naukowymi a także do oceny rozwoju własnego i członków zespołu pielęgniarskiego oraz uczestniczenia w projektowaniu i prowadzeniu kształcenia zawodowego oraz podyplomowego pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Czas trwania kształcenia
Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu szkolenia specjalizacyjnego w kontakcie z wykładowcą/opiekunem stażu wynosi **840 godzin** dydaktycznych:
zajęcia teoretyczne – **490 godzin**,
zajęcia praktyczne – **350 godzin**.
Organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem specjalizacji, ma prawo dokonać modyfikacji czasu trwania zajęć teoretycznych. Oznacza to, że 80% łącznej liczby godzin przeznaczonych na realizację programu nie podlega zmianie. Wskazane 20%, **co stanowi nie więcej niż 168 godzin, może być wykorzystane na samokształcenie.**

Sposób organizacji
Za przebieg i organizację szkolenia specjalizacyjnego odpowiedzialny jest organizator kształcenia. Organizator powinien:
1. Opracować regulamin organizacyjny szkolenia specjalizacyjnego, który w szczególności określa:
   - organizację;
   - zasady i sposób naboru osób;
   - prawa i obowiązki osób uczestniczących;
   - zakres obowiązków kadry dydaktycznej prowadzącej nauczanie teoretyczne i praktyczne.
2. Powołać kierownika szkolenia specjalizacyjnego.

Do zadań kierownika szkolenia oprócz zadań określonych w przepisach Ministra Zdrowia z tego zakresu powinno należeć:
- współdecydowanie o doborze kadry dydaktycznej;
- przedstawienie uczestnikom szkolenia: celu, programu i organizacji kształcenia;
- ocenianie placówek szkolenia praktycznego wg specyfiki i organizacji zajęć;
- pomaganie w rozwiązywaniu problemów;
- udzielanie indywidualnych konsultacji uczestnikom szkolenia;

- zbieranie i analizowanie opinii o przebiegu szkolenia.

3. Przeprowadzić postępowanie kwalifikacyjne**.**
4. Powołać wykładowców posiadających kwalifikacje określone w programie szkolenia.
5. Powołać w uzgodnieniu z kierownikiem specjalizacji opiekunów szkolenia praktycznego, którzy powinni być merytorycznymi pracownikami placówek, w których odbywa się szkolenie praktyczne. Do zadań opiekuna szkolenia praktycznego należy:
   - instruktaż wstępny (zapoznanie z celem szkolenia praktycznego, z organizacją pracy, wyposażeniem placówki, jej personelem, zakresem udzielanych świadczeń i in.);
   - instruktaż bieżący (organizacja i prowadzenie zajęć, kontrola nad ich prawidłowym przebiegiem, pomoc w rozwiązywaniu problemów i in.);
   - instruktaż końcowy (omówienie i podsumowanie zajęć, zaliczenie świadczeń zdrowotnych określonych w programie kształcenia, ocena uzyskanych wiadomości i umiejętności).
6. Zapewnić bazę dydaktyczną do szkolenia teoretycznego, dostosowaną do liczby uczestników szkolenia.
7. Zapewnić środki dydaktyczne, o których mowa w programie poszczególnych modułów, z uwzględnieniem środków dydaktycznych, o których mowa w załączniku nr 1.
8. Dobrać placówki stażowe zgodnie z planem nauczania, w których możliwe będzie zdobywanie umiejętności niezbędnych do wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych.
9. Posiadać wewnętrzny system monitorowania jakości kształcenia.
10. Potwierdzić w karcie specjalizacji uczestnika przed zaliczeniem szkolenia, że pielęgniarka posiada kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego, udokumentowane uwierzytelnioną kopią:
    a) dyplomu uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r. lub
    b) zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego *Wywiad i badanie fizykalne* lub
    c) zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego *Advanced Physical Assessment* lub
    d) dyplomu uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa, począwszy od naboru 2012/2013.

Sposób sprawdzania efektów kształcenia

W toku realizacji programu kształcenia przewiduje się ocenianie:

1. Bieżące – rozumiane jako zaliczanie poszczególnych modułów (sprawdzenie stopnia opanowania wiedzy i umiejętności będących przedmiotem nauczania teoretycznego i praktycznego, w tym świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kształcenia).
2. Końcowe – egzamin państwowy, który przeprowadza państwowa komisja egzaminacyjna powołana przez ministra właściwego do spraw zdrowia na wniosek dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.[3]

[3] Warunkiem przystąpienia do egzaminu państwowego jest spełnienie przez pielęgniarkę wymogów zawartych w aktualnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Wraz z wnioskiem o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego pielęgniarka jest zobowiązana przedłożyć zaświadczenie o ukończeniu:

a) kursu specjalistycznego *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa;*
b) kursu specjalistycznego *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.*

Warunki o których mowa w ppkt a) i b) nie dotyczą pielęgniarek, które:

- są pielęgniarkami systemu w rozumieniu art.3 pkt.6 ustawy z dnia 8 września 2006r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. z 2013r. poz. 757, z późn. zm.) lub
- posiadają dyplom ratownika medycznego lub
- zaświadczenie o ukończeniu kursu Advanced Life Support (ALS).

1. OGÓLNE EFEKTY KSZTAŁCENIA

Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie ***pielęgniarstwa chirurgicznego*** otrzymuje pielęgniarka, która:

1) w zakresie wiedzy posiada:

- wiedzę na temat dylematów etycznych/moralnych w pracy pielęgniarki, położnej;
- wiedzę dotyczącą praw pacjenta i odpowiedzialności pielęgniarki, położnej;
- specjalistyczną wiedzę w zakresie procesów komunikowania interpersonalnego w relacji z pacjentem, rodziną i członkami zespołu opieki zdrowotnej;
- wiedzę na temat zastosowania epidemiologii w praktyce zawodowej pielęgniarki i położnej;
- wiedzę z zakresu specyfiki zarządzania w podsystemie pielęgniarstwa w kontekście polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego;
- wiedzę dotyczącą znaczenia krytycznej analizy wyników badań naukowych i ich wykorzystania w rozwoju praktyki zawodowej;
- specjalistyczną wiedzę z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego, zagadnień klinicznych w chirurgii, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji chorych;
- specjalistyczną wiedzę z zakresu postępowania ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego u dorosłych i dzieci;
- znajomość regulacji prawnych i norm etycznych odnoszących się do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, do których uzyskała uprawnienia

2) w zakresie umiejętności potrafi:

- diagnozować problemy moralne, pojawiające się w pracy pielęgniarki, położnej;
- przestrzegać w praktyce pielęgniarskiej, położniczej regulacji prawnych odnoszących się do wykonywania zawodu i wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- komunikować się z pacjentem, rodziną i współpracownikami;
- stosować w praktyce zawodowej pielęgniarki i położnej niezbędne elementy zapobiegania oraz zwalczania zakażeń szpitalnych;
- opracowywać i wdrażać założenia polityki kadrowej zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów na opiekę pielęgniarską;
- monitorować i oceniać jakość opieki pielęgniarskiej;
- korzystać z aktualnej wiedzy w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego dla zapewnienia wysokiego poziomu opieki;
- korzystać z aktualnej wiedzy w zakresie ratownictwa medycznego celem zapewnienia skuteczności podejmowanych działań ratowniczych;
- samodzielnie udzielać określonych świadczeń w zakresie opieki nad chorym i jego rodziną;
- doradzać w zakresie pielęgnowania i opieki członkom zespołu terapeutycznego, pacjentowi i jego rodzinie;
- dobierać środki i metody świadczenia opieki nad chorym w różnym wieku w okresie okołooperacyjnym;
- formułować diagnozy pielęgniarskie, określać cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorego leczonego chirurgicznie;
- planować i realizować edukację zdrowotną chorego i jego rodziny w obszarach przygotowania do samoopieki

3) w zakresie kompetencji społecznych:

- szanuje godność i autonomię pacjenta bez względu na jego wiek, płeć, niepełnosprawność, orientację seksualną oraz pochodzenie narodowe i etniczne;

- ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jej opieką;
- przestrzega praw pacjenta i zasad etyki zawodowej;
- systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe;
- współpracuje z zespołem interdyscyplinarnym zgodnie z zasadami etyki zawodowej i uregulowaniami prawnymi;
- rozwiązuje dylematy etyczne w organizacji pracy własnej i zespołu.

2. SZCZEGÓŁOWE EFEKTY KSZTAŁCENIA
A. HUMANISTYCZNO-SPOŁECZNE (Moduł I)

W zakresie wiedzy uczestnik specjalizacji:

W1. definiuje modele podejmowania decyzji etycznych;
W2. wskazuje wartości moralne i ich możliwy konflikt w różnych sytuacjach życia zawodowego;
W3. różnicuje systemy wartości, wierzeń religijnych i obyczajów;
W4. wymienia formy i zasady racjonowania świadczeń zdrowotnych;
W5. zna specyfikę i etyczne problemy pielęgniarstwa w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa;
W6. wyjaśnia metody kształtowania empatii i wrażliwości moralnej pielęgniarki, położnej;
W7. omawia podstawowe akty prawne warunkujące wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej;
W8. definiuje pojęcie i opisuje zależności pomiędzy poszczególnymi rodzajami odpowiedzialności a odpowiedzialnością zawodową;
W9. definiuje prawa pacjenta, wskazuje źródła i umocowanie praw pacjenta;
W10. wskazuje znaczenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych dla funkcjonowania pielęgniarstwa w systemie opieki zdrowotnej;
W11. zna problematykę handlu ludźmi i organami ludzkimi dla potrzeb transplantacji;
W12. wskazuje odpowiedzialność pielęgniarki i położnej wobec problematyki handlu ludźmi i organami ludzkimi;
W13. opisuje odpowiedzialność pielęgniarki i położnej wobec wykluczenia społecznego;
W14. charakteryzuje teoretyczne koncepcje i style komunikowania interpersonalnego;
W15. opisuje cele i przebieg procesu komunikowania w relacji pielęgniarka, położna – pacjent;
W16. charakteryzuje komunikowanie jedno- i dwustronne w pielęgniarstwie;
W17. wymienia sygnały komunikacyjne (werbalne i niewerbalne);
W18. charakteryzuje czynniki zakłócające i bariery komunikacyjne występujące w pielęgnowaniu człowieka;
W19. wyjaśnia pojęcia: przeniesienie i przeciwprzeniesienie, w komunikacji interpersonalnej;
W20. charakteryzuje relacje interpersonalne w pielęgniarstwie z zastosowaniem teorii i pojęć Analizy Transakcyjnej;
W21. wyjaśnia pojęcie i zasadnicze aspekty komunikacji terapeutycznej;
W22. charakteryzuje różne techniki komunikacji terapeutycznej;
W23. wymienia zasady budowania komunikacji terapeutycznej z pacjentem i jego rodziną;
W24. charakteryzuje uczucia i emocje swoje i pacjenta powstałe w komunikacji terapeutycznej;
W25. wymienia sposoby rozwiązywania sytuacji trudnych;
W26. różnicuje paternalistyczny i partnerski styl komunikowania się z pacjentami w instytucjach ochrony zdrowia;

W27. wyjaśnia mechanizm przepływu informacji w instytucji ochrony zdrowia o hierarchicznej strukturze organizacyjnej;
W28. wyjaśnia reguły asertywnego komunikowania się w zespole terapeutycznym;
W29. wyjaśnia podstawowe pojęcia epidemiologiczne mające zastosowanie w opisie stanu zdrowia populacji i charakteryzuje rodzaje badań epidemiologicznych;
W30. wyjaśnia potrzebę i zasady gromadzenia danych epidemiologicznych i omawia podstawowe metody ich analizy;
W31. omawia organizację nadzoru i program kontroli zakażeń szpitalnych;
W32. wymienia podstawowe elementy systemu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń szpitalnych oraz wyjaśnia ich znaczenie;
W33. wymienia i omawia czynniki ryzyka zakażeń szpitalnych;
W34. omawia działania zapobiegające występowaniu i rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych;
W35. omawia znaczenie przestrzegania procedur higieny rąk w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym;
W36. omawia rolę pielęgniarki, położnej w realizacji szpitalnej polityki antybiotykowej;
W37. omawia zasady postępowania poekspozycyjnego w przypadku zranienia ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
W38. wymienia choroby mające znaczenie społeczne i wyjaśnia celowość oraz zasady wczesnego wykrywania chorób w populacji;
W39. omawia współczesne teorie i nurty w zarządzaniu ochroną zdrowia i podsystemem pielęgniarstwa;
W40. omawia zmiany w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa, uwzględniając współczesne koncepcje polityki zdrowotnej w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej;
W41. określa zasady planowania i rozmieszczenia kadr pielęgniarskich w organizacjach zdrowotnych;
W42. charakteryzuje strukturę metod klasyfikacji pacjentów na potrzeby planowania obsad pielęgniarskich;
W43. definiuje pojęcie jakości oraz podstawowe modele zarządzania jakością w systemach zdrowotnych i podsystemie pielęgniarstwa;
W44. opisuje metody i narzędzia stosowane do oceny jakości opieki pielęgniarskiej;
W45. zna zasady organizowania indywidualnych/grupowych praktyk pielęgniarskich;
W46. omawia zasady formalnoprawne zawierania kontraktów na świadczenia pielęgniarskie w ramach indywidualnej/grupowej praktyki pielęgniarskiej;
W47. charakteryzuje proces adaptacji społeczno-zawodowej;
W48. wymienia czynniki warunkujące proces adaptacji społeczno-zawodowej;
W49. omawia rozwój koncepcji EBM (evidence-based medicine) oraz EBP (evidence-based practice);
W50. wskazuje źródła prawa stanowiące obowiązek dla pielęgniarki, położnej wykorzystania w praktyce zawodowej aktualnej wiedzy naukowej;
W51. omawia etapy podejścia EBP;
W52. charakteryzuje proces zmian oparty na dowodach naukowych;
W53. charakteryzuje badania naukowe wiarygodne i aktualne o istotnym znaczeniu dla praktyki zawodowej;
W54. omawia znaczenie metod i technik w badaniach naukowych;
W55. zna podstawowe bazy publikacji naukowych i zasady korzystania z nich;
W56. omawia zasady rankingowania publikacji naukowych w Polsce i na świecie;
W57. zna pielęgniarskie czasopisma naukowe.

W zakresie umiejętności uczestnik specjalizacji potrafi:

U1. analitycznie podejść do konfliktu wartości w różnorodnych sytuacjach występujących w opiece nad pacjentem;
U2. wskazać moralne aspekty racjonowania świadczeń społecznych;
U3. okazać empatię i zrozumienie w rozmowach z pacjentami i ich rodzinami;
U4. dokonać analizy dylematów moralnych pojawiających się w poszczególnych obszarach specjalizacyjnych;
U5. interpretować zasady wskazane w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej;
U6. analizować różne sytuacje zawodowe w praktyce pielęgniarki, położnej ze względu na zapisy prawa;
U7. analizować zakres aktów prawnych warunkujących wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej;
U8. interpretować przepisy prawa dotyczące odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki, położnej;
U9. wykorzystać wiedzę z zakresu prawa w rozwiązywaniu problemów zawodowych i sytuacji trudnych w pracy zawodowej pielęgniarki, położnej;
U10. ocenić problemy związane z odpowiedzialnością zawodową, przestrzeganiem praw pacjenta i relacji w zespole terapeutycznym;
U11. określić sposoby rozwiązywania sytuacji trudnych związanych z koniecznością przestrzegania praw pacjenta;
U12. dostrzegać problemy handlu ludźmi i organami ludzkimi oraz wykluczenia społecznego;
U13. analizować zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych;
U14. rozpoznać sygnały komunikacyjne (werbalne i niewerbalne) oraz ich znaczenie w pielęgnowaniu człowieka;
U15. określić cele komunikowania i stosować wybrane rodzaje stylów komunikowania się w pielęgniarstwie;
U16. zastosować style komunikacyjne: allocentryczny i partnerski, w opiece nad pacjentem oraz z rodzinami;
U17. rozpoznać czynniki zakłócające i bariery komunikacyjne występujące w pielęgnowaniu człowieka;
U18. zdiagnozować zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia w komunikowaniu interpersonalnym;
U19. zastosować w komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie teorie Analizy Transakcyjnej;
U20. stosować różne techniki terapeutyczne w komunikacji z pacjentem i rodziną;
U21. wykazać uważne słuchanie, otwartość, empatię, autentyczność, asertywność w komunikacji terapeutycznej;
U22. rozpoznać uczucia i emocje swoje i pacjenta powstałe w komunikacji terapeutycznej;
U23. rozwiązywać sytuacje trudne;
U24. stosować partnerski styl komunikowania się z pacjentami w instytucjach ochrony zdrowia;
U25. wykazać asertywność w komunikowaniu się w zespole terapeutycznym;
U26. pozyskać, prawidłowo zestawić oraz dokonać wstępnej analizy danych epidemiologicznych;
U27. wskazać kluczowe elementy dochodzenia epidemiologicznego w szpitalnym ognisku epidemicznym;
U28. współuczestniczyć w dochodzeniu w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego na oddziale;
U29. uczestniczyć czynnie w monitorowaniu czynników ryzyka zakażeń szpitalnych;

U30. stosować procedury higieny rąk w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych;
U31. wdrożyć postępowanie poekspozycyjne w przypadku zakłucia ostrym narzędziem podczas udzielania świadczeń zdrowotnych;
U32. ocenić koncepcje zarządzania w systemie opieki zdrowotnej i podsystemie pielęgniarstwa w kontekście polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego;
U33. poddać krytycznej ocenie stan zatrudnienia i rozmieszczenia kadr w podsystemie pielęgniarstwa w kontekście polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej;
U34. planować obsady pielęgniarskie zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów na opiekę;
U35. dokonać wyboru narzędzi do oceny jakości dla potrzeb praktyki pielęgniarskiej;
U36. przygotować jednostkę organizacyjną i pracowników do monitorowania i oceny jakości;
U37. ocenić jakość opieki pielęgniarskiej zgodnie z aktualną wiedzą;
U38. opracować ofertę na potrzeby zawarcia kontraktu z płatnikiem na świadczenia pielęgniarskie w ramach indywidualnej/grupowej praktyki;
U39. przeprowadzić proces adaptacji społeczno-zawodowej dla nowo zatrudnionych pielęgniarek, położnych;
U40. opracować program adaptacji społeczno-zawodowej dla nowo zatrudnionych pielęgniarek, położnych;
U41. wskazać znaczenie EBP w poprawie jakości opieki pielęgniarskiej;
U42. dokonać krytycznej analizy własnej praktyki zawodowej;
U43. wskazać potrzeby zmian w praktyce pielęgniarskiej;
U44. wskazać obszary badań naukowych w odniesieniu do własnej praktyki zawodowej;
U45. ocenić wartość publikacji naukowej pod względem metodologicznym, poznawczym i praktycznym;
U46. korzystać z naukowych baz danych w celu pozyskiwania wiarygodnych wyników badań;
U47. współpracować w zespole badawczym;
U48. wykorzystać wyniki badań w praktyce zawodowej;
U49. opracować rekomendacje, standardy, procedury z uwzględnieniem dowodów naukowych.

W zakresie kompetencji społecznych:
K1. analizuje własne zachowanie;
K2. przestrzega tajemnicy zawodowej;
K3. respektuje zasady wykonywania zawodu i prawa pacjenta;
K4. wykazuje postawę etyczną;
K5. okazuje szacunek i empatię;
K6. zachowuje krytycyzm;
K7. kieruje się rzetelnością, bezstronnością;
K8. wykazuje odpowiedzialność za realizację opieki zgodnie z aktualną wiedzą naukową, doświadczeniem, preferencjami i systemem wartości pacjenta;
K9. efektywnie organizuje pracę własną i zespołu;
K10. podejmuje inicjatywę na rzecz wprowadzania zmian w praktyce.

B. <u>OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ</u> (Moduły II-X)

W zakresie wiedzy uczestnik specjalizacji:
W1. różnicuje objawy i skutki niedożywienia;
W2. omawia wskazania i przeciwwskazania do żywienia parenteralnego i enteralnego;
W3. charakteryzuje zasoby energetyczne ustroju;

W4. charakteryzuje powikłania żywienia enteralnego i parenteralnego;
W5. charakteryzuje źródła kalorii w żywieniu pozajelitowym;
W6. omawia zasady dokumentacji żywienia enteralnego i parenteralnego;
W7. charakteryzuje rodzaje znieczulenia oraz wskazania i przeciwwskazania do ich wykonania;
W8. omawia metody farmakologiczne, niefarmakologiczne i chirurgiczne leczenia bólu;
W9. przedstawia aspekty kliniczne, prawne i etyczne pobierania narządów do przeszczepów;
W10. przedstawia zasady sprawowania opieki nad dawcą i biorcą narządów;
W11. omawia wpływ stosowanych w chirurgii leków na organizm człowieka w wieku podeszłym, (warunki farmakoterapii stosowanej w geriatrii);
W12. wymienia czynniki ryzyka okołooperacyjnego pacjentów w wieku podeszłym;
W13. charakteryzuje najczęstsze schorzenia w wieku podeszłym leczone chirurgicznie;
W14. charakteryzuje opiekę pielęgniarską w okresie okołooperacyjnym i związane z nią odrębności wieku podeszłego;
W15. przedstawia podział ran;
W16. charakteryzuje nowoczesne metody leczenia ran;
W17. charakteryzuje funkcje opatrunków mających zastosowanie w gojeniu się ran przewlekłych (do III^{o} stopnia włącznie);
W18. charakteryzuje działania profilaktyczne podejmowane wobec pacjenta z raną, w tym profilaktykę przeciwtężcową, profilaktykę wścieklizny i profilaktykę zgorzeli gazowej;
W19. określa rodzaj i charakter obrażeń mogących wystąpić u pacjenta urazowego;
W20. charakteryzuje techniki i metody zbierania informacji o poszkodowanym;
W21. wyjaśnia zasady prowadzenia i dokumentowania badania podmiotowego i przedmiotowego;
W22. przedstawia zasady wykonywania szybkiego badania urazowego oraz szczegółowego;
W23. omawia podstawowe skale służące do oceny stanu zdrowia pacjenta urazowego;
W24. charakteryzuje objawy otrzewnowe;
W25. omawia techniki i metody badania podmiotowego i przedmiotowego jamy brzusznej;
W26. charakteryzuje zasady diagnozowania i różnicowania chorób jamy brzusznej;
W27. określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny pacjenta chirurgicznego;
W28. wymienia sposoby dokumentowania oceny stanu zdrowia pacjenta chirurgicznego;
W29. omawia patofizjologię oraz zasady postępowania w leczeniu odleżyn;
W30. przedstawia działania podejmowane w profilaktyce odleżyn;
W31. przedstawia problemy w opiece nad chorym z raną nowotworową;
W32. omawia czynniki ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej;
W33. omawia problemy pielęgnacyjne chorych z zakażoną raną pooperacyjną;
W34. wskazuje działania zapobiegające zakażeniu rany pooperacyjnej;
W35. przedstawia zasady izolacji chorych z zakażeniem;
W36. omawia etiopatogenezę, obraz kliniczny, techniki diagnostyczne i metody oceny stanu zdrowia w chorobach układu pokarmowego;
W37. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego przebiegających z objawami zapalenia otrzewnej;
W38. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego leczonych w trybie planowym;
W39. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego przebiegających z objawami krwawienia do przewodu pokarmowego;
W40. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z chorobą układu pokarmowego leczonym chirurgicznie w trybie pilnym i w trybie planowym;

W41. omawia problemy pielęgnacyjne chorych z wyłonioną stomią jelitową;
W42. omawia obraz kliniczny, techniki diagnostyczne, metody oceny stanu zdrowia i zasady leczenia chirurgicznego w chorobach gruczołów wydzielania wewnętrznego;
W43. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym leczonym operacyjnie z powodu choroby gruczołu wydzielania wewnętrznego;
W44. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne u chorych ze schorzeniami układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym;
W45. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym leczonym operacyjnie z powodu nowotworu;
W46. omawia etiopatogenezę, obraz kliniczny, techniki diagnostyczne i zasady leczenia operacyjnego w chorobach gruczołu piersiowego;
W47. przedstawia metody usprawniania fizycznego i psychicznego pacjentów po leczeniu operacyjnym z powodu nowotworu;
W48. omawia metody leczenia operacyjnego otyłości olbrzymiej;
W49. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne u pacjentów po urazach i zabiegach ortopedycznych;
W50. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym nieprzytomnym;
W51. przedstawia zasady unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowania chorego do transportu;
W52. charakteryzuje problemy chorego na wyciągu i w opatrunku gipsowym;
W53. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym w oddziale chirurgii urazowej i ortopedycznej;
W54. przedstawia zakres instruktażu hartowania i kształtowania kikuta amputowanej kończyny;
W55. charakteryzuje schorzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego leczone operacyjnie;
W56. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne występujące u pacjentów leczonych w oddziale neurochirurgicznym oraz przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym;
W57. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym w oddziale neurochirurgicznym, przed i po zabiegu;
W58. przedstawia zasady oceny bólu pooperacyjnego i zasady postępowania w neurochirurgii;
W59. wyjaśnia zakres działania grup leków stosowanych w neurochirurgii oraz ich podstawowe działania niepożądane;
W60. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z deficytami neurologicznymi;
W61. omawia sposoby przygotowania pacjentów po operacjach neurochirurgicznych i ich rodzin do samoopieki w warunkach domowych;
W62. charakteryzuje schorzenia serca, naczyń tętniczych i żylnych oraz płuc leczone chirurgicznie;
W63. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne występujące u pacjentów ze schorzeniami serca, naczyń i płuc;
W64. omawia przygotowanie chorego do badań, opiekę pielęgniarską w trakcie badań i po badaniach diagnostycznych wykonywanych w chorobach serca, naczyń tętniczych i żylnych oraz płuc;
W65. wyjaśnia zasady krążenia pozaustrojowego;
W66. wyjaśnia cel i zasady stosowania leków przeciwzakrzepowych;
W67. omawia patofizjologię ran oraz zasady postępowania w leczeniu ran przewlekłych: owrzodzenia żylnego, owrzodzenia niedokrwiennego, zespołu stopy cukrzycowej;

W68. omawia obraz kliniczny, techniki diagnostyczne, metody oceny stanu zdrowia i zasady leczenia chirurgicznego w schorzeniach układu moczowego;
W69. omawia opiekę pielęgniarską w urazach układu moczowego;
W70. charakteryzuje zaburzenia w oddawaniu moczu;
W71. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym ze schorzeniem układu moczowego w różnych stanach chorobowych;
W72. omawia przygotowanie pacjenta do specjalistycznych badań diagnostycznych w urologii i opiekę pielęgniarską po badaniu;
W73. przedstawia zasady opieki nad chorymi ze schorzeniami urologicznymi leczonymi metodami endoskopowymi;
W74. przedstawia działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z cewnikiem moczowym/drenażem/urostomią;
W75. omawia zasady pielęgnowania pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu;
W76. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z urostomią;
W77. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne po zabiegach urologicznych oraz przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym;
W78. omawia sposoby przygotowania pacjentów ze schorzeniami układu moczowego/po zabiegach urologicznych i ich rodzin do samoopieki w warunkach domowych;
W79. charakteryzuje odrębności wieku dziecięcego i uwarunkowaną nimi opiekę pielęgniarską;
W80. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad dziećmi w okresie okołooperacyjnym;
W81. omawia wybrane wady rozwojowe u dzieci leczone operacyjnie;
W82. charakteryzuje urazy klatki piersiowej i brzucha u dzieci oraz omawia metody ich leczenia;
W83. charakteryzuje zasady pielęgnacji dziecka z oparzeniem i przedstawia zasady pielęgnacji dziecka po przeszczepie;
W84. omawia sposoby przygotowania dzieci i ich rodziców/opiekunów do samoopieki w warunkach domowych;
W85. opisuje miejsce ratownictwa zintegrowanego w medycynie, terminologię używaną w naukach medycznych oraz jej zastosowanie w dyscyplinach naukowych;
W86. przedstawia prawne, organizacyjne i etyczne uwarunkowania wykonywania zawodu pielęgniarki systemu;
W87. opisuje sytuację zdrowotną pacjenta, grupy pacjentów w celu ustalenia stanu i podjęcia ewentualnych czynności ratowniczych;
W88. opisuje wskazania do zastosowania metod udrażniania dróg oddechowych bezprzyrządowych i poszczególnych metod przyrządowych (rurki ustno-gardłowej, nosowo-gardłowej, maski krtaniowej, rurki krtaniowej, rurki intubacyjnej);
W89. opisuje stany wymagające zastosowania tlenoterapii;
W90. omawia metody tlenoterapii biernej i czynnej do zapotrzebowania i stanu pacjenta;
W91. opisuje wskazania i przeciwwskazania do defibrylacji, zasady jej przeprowadzania za pomocą automatycznego i manualnego defibrylatora;
W92. omawia zasady wykonania zapisu EKG;
W93. prezentuje wartości parametrów oceniających układ oddechowy, krążenia i nerwowy w stopniu pozwalającym na rozpoznanie stanów bezpośredniego zagrożenia życia;
W94. omawia stany zagrożenia życia w pediatrii;
W95. przedstawia zasady farmakoterapii dzieci;
W96. opisuje procedury postępowania ratunkowego w poszczególnych stanach zagrożenia życia u dzieci;
W97. opisuje objawy pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania porodu w warunkach

pozaszpitalnych;
W98. omawia objawy, przebieg i sposoby postępowania ratowniczego, w określonych jednostkach chorobowych, w stanach zagrożenia życia;
W99. omawia wybrane problemy społeczno-psychologiczne medycyny ratunkowej;
W100. analizuje objawy i parametry życiowe pozwalające na prawidłowe przeprowadzenie segregacji medycznej;
W101. wdraża adekwatne metody zabezpieczenia miejsca zdarzenia prowadzące do zapewnienia bezpieczeństwa własnego i innych ratowników oraz ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia;
W102. omawia procedurę powiadamiania organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu lub podejrzeniu zaistnienia zdarzeń o charakterze kryminalnym;
W103. charakteryzuje zasady przygotowania pacjenta do transportu.

W zakresie umiejętności uczestnik specjalizacji potrafi:
U1. dobrać dietę właściwą dla stanu klinicznego chorego;
U2. ocenić stan odżywienia chorego w okresie przed- i pooperacyjnym;
U3. pielęgnować chorego z gastrostomią/jejunostomią;
U4. pielęgnować chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej;
U5. dostosować interwencje pielęgniarskie do metody i sposobu żywienia;
U6. rozpoznać powikłania żywienia enteralnego i parenteralnego;
U7. przygotować chorego do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia;
U8. ocenić natężenie bólu u chorego i podjąć działania pielęgnacyjno-terapeutyczne związane z niwelowaniem bólu;
U9. ocenić sytuację chorego w wieku podeszłym i podjąć działania pielęgnacyjno-lecznicze wobec pacjenta w okresie okołooperacyjnym;
U10. ocenić stan rany, rozpoznać wczesne objawy jej zakażenia i dobrać środki, opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia (rana urazowa, operacyjna, rany przewlekłe);
U11. przeprowadzić badanie podmiotowe pacjenta;
U12. analizować dokumentację medyczną (m.in. karty informacyjne leczenia szpitalnego, skierowanie do szpitala);
U13. przeprowadzić ukierunkowane badanie fizykalne dorosłego według przyjętego schematu, w tym wykonać pomiar tętna, oddechu, ciśnienia tętniczego krwi;
U14. rozpoznać i różnicować objawy otrzewnowe;
U15. wykonać badanie palcem przez odbyt;
U16. badać tętno na tętnicach kończyn górnych i dolnych;
U17. stosować i interpretować wyniki uzyskane w oparciu o skale oceny stanu zdrowia;
U18. ocenić zmieniający się stan zdrowia pacjenta w zakresie niezbędnym do modyfikacji postępowania pielęgniarskiego w chirurgii;
U19. formułować diagnozę pielęgniarską w oparciu o rozpoznany stan zdrowia;
U20. podjąć działania pielęgnacyjne w oparciu o stan zdrowia pacjenta;
U21. dokumentować wywiad i przeprowadzone badania w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta chirurgicznego;
U22. ocenić ryzyko i podjąć działania profilaktyczne u chorego z ryzykiem odleżyny;
U23. rozpoznać czynniki ryzyka zakażeń chirurgicznych;
U24. podjąć działania pielęgnacyjno-terapeutyczne w leczeniu miejscowym i ogólnym pacjenta z zakażeniem rany pooperacyjnej;
U25. pobrać materiał do badań bakteriologicznych;
U26. przygotować pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych w schorzeniach układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego

oraz sprawować opiekę po badaniu;
U27. interpretować objawy chorobowe charakterystyczne dla chorób układu pokarmowego/ gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego;
U28. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu;
U29. przygotować pacjenta ze schorzeniem układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego do leczenia operacyjnego w trybie pilnym i planowym;
U30. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego leczonego chirurgicznie w trybie pilnym i planowym;
U31. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym;
U32. podjąć działania pielęgnacyjne u pacjentów z drenażem, zgłębnikiem dożołądkowym, zgłębnikiem dojelitowym, gastrostomią;
U33. wyznaczyć miejsce wyłonienia stomii jelitowej;
U34. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorego z wyłonioną stomią jelitową;
U35. uczestniczyć w klasyfikacji, ocenie objawów i leczeniu chirurgicznym chorób onkologicznych;
U36. rozpoznać stan zagrożenia życia u chorych leczonych chirurgicznie;
U37. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorych po zabiegu bariatrycznym;
U38. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby, zastosowanego leczenia schorzeń układu pokarmowego/gruczołu wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego;
U39. dokonać wstępnej oceny ciężkości urazów, ocenić stan świadomości chorych;
U40. uczestniczyć w diagnostyce urazów, towarzyszyć choremu i zabezpieczyć go na czas transportu do pracowni diagnostycznych;
U41. przygotować chorego do zabiegu operacyjnego w ortopedii i traumatologii, w trybie pilnym i planowym;
U42. ocenić ryzyko wystąpienia powikłań u chorego w opatrunku gipsowym, na wyciągu i po zabiegu operacyjnym oraz wdrożyć sposoby profilaktyki powikłań;
U43. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorych leczonych operacyjnie w ortopedii i traumatologii;
U44. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw urazów, choroby, zastosowanego leczenia w ortopedii i traumatologii;
U45. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorych leczonych neurochirurgicznie;
U46. przygotować pacjentów do zabiegu neurochirurgicznego;
U47. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym u pacjentów z chorobami mózgu, kręgosłupa i rdzenia kręgowego;
U48. podjąć współpracę z zespołem interdyscyplinarnym w zakresie diagnostyki, terapii i rehabilitacji pacjentów wymagających leczenia neurochirurgicznego;
U49. wdrożyć działania zapobiegające infekcjom dróg moczowych u chorych z pęcherzem neurogennym;
U50. udzielić wsparcia chorym po operacjach neurochirurgicznych oraz ich opiekunom;
U51. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych

i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby i zastosowanego leczenia;

U52. ocenić stan zdrowia pacjenta ze schorzeniami serca, naczyń i płuc leczonego chirurgicznie;

U53. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami serca, naczyń tętniczych, naczyń żylnych, płuc, przed i po zabiegu operacyjnym, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia;

U54. podłączyć chorego do urządzeń monitorujących i pomiarowych oraz interpretować odczytywane parametry i wyniki badań diagnostycznych;

U55. rozpoznać objawy zapalenia żył głębokich;

U56. stosować kompresjoterapię;

U57. wykonać pomiar wskaźnika kostka-ramię;

U58. przygotować pacjenta do amputacji kończyny dolnej z przyczyn naczyniowych;

U59. rozpoznać bóle fantomowe i podać zalecone leki;

U60. prowadzić, wraz z rehabilitantem, rehabilitację przyłóżkową chorego po amputacji;

U61. udzielić pacjentowi informacji dotyczącej doboru obuwia i/lub przyszłego zaopatrzenia ortopedycznego;

U62. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem naczyń tętniczych/naczyń żylnych;

U63. ocenić ranę przewlekłą, dobrać środki i opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia;

U64. pielęgnować chorego z raną w zespole stopy cukrzycowej;

U65. pielęgnować chorego z założonym drenażem klatki piersiowej;

U66. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby i zastosowanego leczenia chirurgicznego schorzeń serca, naczyń i płuc;

U67. interpretować objawy chorobowe charakterystyczne dla układu moczowego;

U68. monitorować diurezę godzinową;

U69. prowadzić, dokumentować i ocenić bilans płynów pacjenta;

U70. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu;

U71. przygotować chorego do badań diagnostycznych pod względem fizycznym i psychicznym według obowiązujących zasad oraz sprawować opiekę nad pacjentem w trakcie i po badaniu diagnostycznym;

U72. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem układu moczowego leczonego chirurgicznie;

U73. przygotować pacjenta ze schorzeniem układu moczowego do leczenia chirurgicznego/ endoskopowego w trybie pilnym i planowym;

U74. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym u pacjentów ze schorzeniami układu moczowego;

U75. założyć cewnik do pęcherza moczowego i usunąć założony cewnik u kobiet i mężczyzn (do dwóch prób);

U76. wykonać jednorazowe i stałe płukanie pęcherza moczowego;

U77. założyć/wymienić cewnik do cystostomii;

U78. podjąć działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z założonym cewnikiem Foley'a, cewnikiem JJ, cewnikiem założonym nadłonowo, dwubieżnym oraz podczas stałego płukania pęcherza;

U79. planować i realizować edukację zdrowotną chorego i jego rodziny w obszarach przygotowania do samopielęgnacji pacjentów z wytworzonym pęcherzem Brickera;

U80. prowadzić instruktaż w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu;
U81. prowadzić edukację w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznania schorzeń układu moczowego;
U82. przygotować chorego ze schorzeniem układu moczowego i jego bliskich do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
U83. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do dzieci leczonych chirurgicznie i ich opiekunów;
U84. realizować opiekę pielęgniarską nad dzieckiem po zabiegu operacyjnym, dokonać oceny podjętych działań i weryfikować postępowanie pielęgniarskie, dostosowując je do aktualnego stanu zdrowia dziecka i jego potrzeb;
U85. ocenić stan dziecka po urazie;
U86. ocenić stan rany dziecka, rozpoznać wczesne objawy jej zakażenia i dobrać środki, opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia;
U87. zdjąć szwy z rany u dziecka;
U88. ocenić natężenie bólu u dziecka leczonego chirurgicznie i podjąć działania pielęgnacyjno- terapeutyczne;
U89. podjąć działania pielęgnacyjne i terapeutyczne u dziecka z krwawieniem do przewodu pokarmowego;
U90. udzielić wsparcia dzieciom po operacjach chirurgicznych oraz ich opiekunom;
U91. planować i realizować edukację zdrowotną wobec dziecka i jego rodziny w obszarach przygotowania do samoopieki;
U92. prowadzić ocenę stanu pacjenta z uwzględnieniem monitorowania stanu układu oddechowego, krążenia, centralnego układu nerwowego oraz podstawowych badań laboratoryjnych (gazometrii krwi włośniczkowej, stężenia glukozy we krwi, stężenia elektrolitów we krwi);
U93. rozpoznać stan pacjenta pod kątem wydolności układu oddechowego, krążenia i układu nerwowego;
U94. wdrożyć metody wspomagania oddechu adekwatne do stanu i możliwości pacjenta;
U95. podjąć decyzję o podjęciu działań ratunkowych lub odstąpieniu od czynności ratunkowych;
U96. ułożyć pacjenta w pozycji właściwej dla stanu zdrowia pacjenta lub odniesionych obrażeń;
U97. prowadzić podstawową i zaawansowaną resuscytację krążeniowo-oddechową u osób dorosłych, dzieci, niemowląt, według obowiązujących wytycznych;
U98. stosować bezprzyrządowe i przyrządowe metody przywracania i zabezpieczania drożności dróg oddechowych;
U99. wykonać intubację dotchawiczą w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzić wentylację zastępczą;
U100. wykonać EKG, defibrylację z użyciem AED i manualnego defibrylatora;
U101. opatrzyć rany, tamować krwotoki, unieruchomić złamania, zwichnięcia i skręcenia;
U102. unieruchomić kręgosłup ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;
U103. rozpoznać zagrożenia w miejscu zdarzenia;
U104. przygotować pacjenta do transportu kwalifikowanego;
U105. wykonać segregację medyczną i koordynować działania medyczne na miejscu zdarzenia;
U106. odebrać poród w warunkach pozaszpitalnych.

W zakresie kompetencji społecznych uczestnik specjalizacji:
K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego

opieką;

K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej;

K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym;

K4. dba o wizerunek własnego zawodu;

K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe;

K6. podejmuje indywidualne i zespołowe profesjonalne działania w zakresie ratownictwa medycznego;

3. PLAN NAUCZANIA

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin teorii	Miejsce realizacji stażu	Liczba godzin stażu	Łączna liczba godzin kontaktowych
I	Humanistyczno-społeczne podstawy specjalizacji	110	–	–	**110**
II	Wybrane aspekty leczenia w chirurgii	50	Oddział chirurgiczny ogólny z salą opatrunkową	35	**85**
III	Ocena stanu zdrowia pacjenta w chirurgii	25	Oddział chirurgiczny ogólny; Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	7	**32**
IV	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale chirurgii ogólnej	90	Ambulatorium chirurgiczne	21	**153**
			Oddział chirurgiczny ogólny	42	
V	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale chirurgii urazowej i ortopedii	40	Ambulatorium chirurgiczne; Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	21	**96**
			Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	35	
VI	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale neurochirurgii	20	Oddział neurochirurgiczny	21	**41**
VII	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej oraz torakochirurgii	60	Oddział kardiochirurgiczny	14	**123**
			Oddział chirurgii naczyniowej	28	
			Oddział chirurgii klatki piersiowej	21	
VIII	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale urologii	30	Oddział urologiczny	35	**65**
IX	Wybrane zagadnienia chirurgii wieku dziecięcego	40	Oddział chirurgii dziecięcej	35	**75**
X	Stany nagłego zagrożenia zdrowotnego	25	Szpitalny oddział ratunkowy	21	**60**
			Zespół ratownictwa medycznego	14	
Łącznie		**490**		**350**	**840***

***** Organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem specjalizacji, ma prawo dokonać modyfikacji czasu trwania zajęć teoretycznych. Oznacza to, że 80% łącznej liczby godzin przeznaczonych na realizację programu nie podlega zmianie. Wskazane 20%, **co stanowi nie więcej niż 168 godzin, może być wykorzystane na samokształcenie.**

4. MODUŁY KSZTAŁCENIA

5.1. MODUŁ I

Nazwa modułu	**HUMANISTYCZNO-SPOŁECZNE PODSTAWY SPECJALIZACJI**
Część 1	**Etyka i prawo**
Cel kształcenia	Zapoznanie uczestnika specjalizacji z wybranymi problemami moralnymi i przepisami prawnymi w odniesieniu do świadczenia opieki i wykonywania zawodu.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W1. definiuje modele podejmowania decyzji etycznych; W2. wskazuje wartości moralne i ich możliwy konflikt w różnych sytuacjach życia zawodowego; W3. różnicuje systemy wartości, wierzeń religijnych i obyczajów; W4. wymienia formy i zasady racjonowania świadczeń zdrowotnych; W5. zna specyfikę i etyczne problemy pielęgniarstwa w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa; W6. wyjaśnia metody kształtowania empatii i wrażliwości moralnej pielęgniarki, położnej; W7. omawia podstawowe akty prawne warunkujące wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej; W8. definiuje pojęcie i opisuje zależności pomiędzy poszczególnymi rodzajami odpowiedzialności a odpowiedzialnością zawodową; W9. definiuje prawa pacjenta, wskazuje źródła i umocowanie praw pacjenta; W10. wskazuje znaczenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych dla funkcjonowania pielęgniarstwa w systemie opieki zdrowotnej; W11. zna problematykę handlu ludźmi i organami ludzkimi dla potrzeb transplantacji; W12. wskazuje odpowiedzialność pielęgniarki i położnej wobec problematyki handlu ludźmi i organami ludzkimi; W13. opisuje odpowiedzialność pielęgniarki i położnej wobec wykluczenia społecznego. **W zakresie umiejętności potrafi:** U1. analitycznie podejść do konfliktu wartości w różnorodnych sytuacjach występujących w opiece nad pacjentem; U2. wskazać moralne aspekty racjonowania świadczeń społecznych; U3. okazać empatię i zrozumienie w rozmowach z pacjentami i ich rodzinami;

	U4. dokonać analizy dylematów moralnych pojawiających się w poszczególnych obszarach specjalizacyjnych; U5. interpretować zasady wskazane w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej; U6. analizować różne sytuacje zawodowe w praktyce pielęgniarki, położnej ze względu na zapisy prawa; U7. analizować zakres aktów prawnych warunkujących wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej; U8. interpretować przepisy prawa dotyczące odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki, położnej; U9. wykorzystać wiedzę z zakresu prawa w rozwiązywaniu problemów zawodowych i sytuacji trudnych w pracy zawodowej pielęgniarki, położnej; U10. ocenić problemy związane z odpowiedzialnością zawodową, przestrzeganiem praw pacjenta i relacji w zespole terapeutycznym; U11. określić sposoby rozwiązywania sytuacji trudnych związanych z koniecznością przestrzegania praw pacjenta; U12. dostrzegać problemy handlu ludźmi i organami ludzkimi oraz wykluczenia społecznego; U13. analizować zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. analizuje własne zachowanie; K2. przestrzega tajemnicy zawodowej; K3. respektuje zasady wykonywania zawodu i prawa pacjenta; K4. wykazuje postawę etyczną, K5. okazuje szacunek i empatię; K6. zachowuje krytycyzm; K7. kieruje się rzetelnością i bezstronnością.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcami mogą być pielęgniarki, położne posiadające nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w zakresie będącym przedmiotem kształcenia, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniające co najmniej jeden z warunków: 1. posiadają tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa; 2. posiadają ukończone studia podyplomowe w zakresie prawa medycznego, bioetyki, filozofii, socjologii medycyny.
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć	Wykład – 15 godz.

dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Ćwiczenia – 15 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 30 godz.** • wykłady – 15 godz. • ćwiczenia – 15 godz. **Praca własna uczestników specjalizacji: 70 godz.** • przygotowanie się do ćwiczeń – 20 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 50 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 100 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, dyskusje, analiza przypadków, ćwiczenia w grupach do 20 osób.
Stosowane środki dydaktyczne	Zestaw multimedialny, opisy przypadków.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia	Test jednokrotnego wyboru (20–30 pytań) – minimum zaliczające stanowi 70% poprawnych odpowiedzi. Obecność i aktywność na wykładach i ćwiczeniach.
Treści modułu kształcenia	**1.** Kodeksy etyki pielęgniarskiej a indywidualna refleksja moralna. Stosowanie kodeksów etycznych w codziennej pracy pielęgniarki i położnej. Niewystarczalność kodeksów etycznych wobec różnorodności sytuacji w opiece nad pacjentem. Problem możliwych konfliktów między koncepcjami etycznymi kodeksów a osobistymi przekonaniami pielęgniarki, położnej. Klauzula sumienia a obowiązki zawodowe pielęgniarki, położnej. (**wykład 1 godz.)** **2.** Wykorzystanie modeli podejmowania decyzji etycznych pielęgniarki, położnej. Doskonalenie przez pielęgniarki, położne zdolności precyzowania konfliktów wartości. Analiza znaczenia wartości występujących w konflikcie dla innych osób (pacjenta, jego bliskich, personelu medycznego). Ochrona tajemnicy zawodowej dotyczącej pacjenta – konieczne a bezpodstawne ujawnienie tajemnicy pielęgniarskiej. (**wykład 1 godz.)** **3.** Problem opieki pielęgniarskiej nad osobami o różnych systemach wartości, wierzeniach religijnych lub obyczajach. **(wykład 1 godz.)**

	4. Problem niekompetentnego lub nieetycznego postępowania w opiece nad pacjentem. Ocena stopnia, w jakim mogą być naruszane standardy etyczne w postępowaniu pielęgniarki, położnej. Rodzaje przyczyn niepomyślnych skutków dla pacjenta. Odróżnianie zbiegów okoliczności od błędów niekompetencji. Problem kwestionowania działań innych członków zespołu opieki zdrowotnej. (**ćwiczenia 1 godz.)** **5.** Moralne aspekty racjonowania świadczeń zdrowotnych. Formy racjonowania (jawne i niejawne, ekonomiczne i nieekonomiczne). Podstawowe grupy zasad racjonowania. Poziomy racjonowania. Kolejki do świadczeń zdrowotnych i ich wymiar moralny. (**wykład 1 godz.)** **6.** Problem handlu ludźmi i organami ludzkimi dla potrzeb transplantacji. (**wykład 1 godz., ćwiczenia 1 godz.)** **7.** Pielęgniarki i położne wobec zjawiska wykluczenia społecznego. (**wykład 1 godz., ćwiczenia 1 godz.)** **8.** Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej wobec problematyki handlu ludźmi i organami ludzkimi oraz wykluczenia społecznego (**wykład 1 godz., ćwiczenia 1 godz.)** **9.** Specyfika opieki pielęgniarskiej w wybranych obszarach specjalizacyjnych – analiza najczęściej występujących dylematów moralnych oraz przypadków szczególnych (kazusów). (**ćwiczenia 1 godz.)** **10.** Problem przymusu szczepień profilaktycznych i badań diagnostycznych chorób zakaźnych (**ćwiczenia 1 godz.)** **11.** Tajemnica zawodowa a obowiązek ostrzegania innych osób w przypadku zagrożenia epidemicznego, odpowiedzialność prawna i zawodowa. (**ćwiczenia 2 godz.)** **12.** Dylematy etyczne w transplantologii. Definiowanie śmierci i modele pozyskiwania narządów. (**wykład 1 godz.)** **13.** Problem zatajania prawdy w niepomyślnej diagnozie onkologicznej. (**wykład 1 godz.)** **14.** Problem odmowy udziału pielęgniarki, położnej w zabiegu sprzecznym z wyznawanymi przez nią normami etycznymi, odpowiedzialność prawna i zawodowa. Problem zatajania prawdy w rozmowach z dziećmi. Konflikty między rodzicami chorych dzieci a pielęgniarkami, położnymi i lekarzami w kwestiach opiekuńczych i wychowawczych. (**wykład 1 godz.)** **15.** Autonomia i godność pacjenta a ograniczanie jego wolności. Przymus badań i hospitalizacji psychiatrycznej. (**wykład 1 godz.)** **16.** Problemy komunikacyjne z pacjentem psychiatrycznym. Tajemnica zawodowa a obowiązek ostrzegania osób kontaktujących się z chorym psychicznie. Odpowiedzialność zawodowa i prawna w opiece nad pacjentem z chorobą psychiczną, prawa pacjenta. (**ćwiczenia 1 godz.)** **17.** Etyczne i prawne problemy pielęgniarki i położnej w opiece nad pacjentem w warunkach domowych. Wypełnianie obowiązków zawodowych a wkraczanie w życie osobiste podopiecznych. Promocja zdrowia wobec kwestii informowania lub uświadamiania pacjentów. (**ćwiczenia 1 godz.)**

	18. Etyczne problemy pielęgniarstwa paliatywnego. Szczególne znaczenie wartości osobowych pielęgniarki w opiece paliatywnej. Problem mylenia nadziei z szansami na wyleczenie. Trudności związane ze stosowaniem kryterium najlepiej pojętego interesu pacjenta jako moralnej sankcji przerywania procedur podtrzymujących życie. Rozmawianie z umierającymi – dylematy moralne związane z prośbą pacjenta o eutanazję. (**ćwiczenia 1 godz.)** **19.** Problem etyczny i prawny ograniczonych zasobów i środków niezbędnych do ratowania i podtrzymywania życia. (**ćwiczenia 1 godz.)** **20.** Kształtowanie empatii i wrażliwości moralnej pielęgniarki, położnej. Analiza przykładów konfliktów wartości jako trening wrażliwości moralnej. Wymiar moralny umiejętności zachowania równowagi psychicznej pielęgniarki, położnej. Między obojętnością a nadmiernym współodczuwaniem. Rola sztuki w kształtowaniu empatii pielęgniarek, położnych – analiza wybranych fragmentów literackich. Analiza cnót kardynalnych jako ćwiczenie rozwijające sprawność moralną pielęgniarek, położnych (roztropność, sprawiedliwość, bezinteresowność, dzielność, umiarkowanie). Rozterki moralne a syndrom wypalenia zawodowego pielęgniarek, położnych. (**ćwiczenia 1 godz.)** **21.** Odpowiedzialność prawna i zawodowa pielęgniarki, położnej. Umocowania prawne. Wykroczenia zawodowe, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki, położnej. (**wykład 1 godz., ćwiczenia 1 godz.)** **22.** Prawo w praktyce zawodowej, umocowania prawne zawodu pielęgniarki, położnej. Prawo w organizacji opieki zdrowotnej a prawa pacjenta i odpowiedzialność pielęgniarki, położnej. (**wykład 1 godz., ćwiczenia 1 godz.)** **23.** Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych. Ustawa, prawo samorządowe, prawo w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Zadania samorządu zawodowego w zakresie czuwania nad należytym wykonywaniem zawodu. (**wykład 1 godz.)** **24.** Samodzielność zawodowa, prawa i obowiązki członka samorządu. (**wykład 1 godz.)**
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Figuła M. (red.): *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych*. Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2013 2. Rogala-Pawelczyk G.: *Elementy podstaw prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki* [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: *Podstawy pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin 2006 3. Wrońska. I., Mariański J.: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Lublin 2002 4. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 2003 r. **Literatura uzupełniająca:**

	1. Fry Sara T., Johnstone M.J.: *Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji etycznych*, Makmed, Lublin 2009 2. Konstańczak S.: *Etyka pielęgniarska*, Difin, Warszawa 2010, 3. Nestorowicz M.: *Prawo medyczne*. Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2013 4. Marek Z.: *Błąd medyczny*. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007 5. Rogala-Pawelczyk G.: *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Pielęgniarstwo: prawo – praktyka – etyka*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2013 6. Rogala-Pawelczyk G.: *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2008 7. Szewczyk K.: *Bioetyka – medycyna na granicach życia*. PWN, Warszawa 2009 8. Świderska M.: *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2007
Część 2	**Komunikowanie interpersonalne**
Cel kształcenia	Przekazanie wiedzy z zakresu procesu komunikowania interpersonalnego w perspektywie wybranych teorii komunikowania się z pacjentem, rodziną i zespołem terapeutycznym.
Efekty kształcenia	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W14. charakteryzuje teoretyczne koncepcje i style komunikowania interpersonalnego; W15. opisuje cele i przebieg procesu komunikowania w relacji pielęgniarka, położna – pacjent; W16. charakteryzuje komunikowanie jedno- i dwustronne w pielęgniarstwie; W17. wymienia sygnały komunikacyjne (werbalne i niewerbalne); W18. charakteryzuje czynniki zakłócające i bariery komunikacyjne występujące w pielęgnowaniu człowieka; W19. wyjaśnia pojęcia: przeniesienie i przeciwprzeniesienie, w komunikacji interpersonalnej; W20. charakteryzuje relacje interpersonalne w pielęgniarstwie z zastosowaniem teorii i pojęć analizy transakcyjnej, W21. wyjaśnia pojęcie i zasadnicze aspekty komunikacji terapeutycznej; W22. charakteryzuje różne techniki komunikacji terapeutycznej; W23. wymienia zasady budowania komunikacji terapeutycznej z pacjentem i jego rodziną; W24. charakteryzuje uczucia i emocje swoje i pacjenta powstałe w komunikacji terapeutycznej;

	W25. wymienia sposoby rozwiązywania sytuacji trudnych; W26. różnicuje paternalistyczny i partnerski styl komunikowania się z pacjentami w instytucjach ochrony zdrowia; W27. wyjaśnia mechanizm przepływu informacji w instytucji ochrony zdrowia o hierarchicznej strukturze organizacyjnej; W28. wyjaśnia reguły asertywnego komunikowania się w zespole terapeutycznym. **W zakresie umiejętności potrafi:** U14. rozpoznać sygnały komunikacyjne (werbalne i niewerbalne) oraz ich znaczenie w pielęgnowaniu człowieka; U15. określić cele komunikowania i stosować wybrane rodzaje stylów komunikowania się w pielęgniarstwie; U16. zastosować style komunikacyjne: allocentryczny i partnerski w opiece nad pacjentem oraz z rodzinami; U17. rozpoznać czynniki zakłócające i bariery komunikacyjne występujące w pielęgnowaniu człowieka; U18. zdiagnozować zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia w komunikowaniu interpersonalnym; U19. zastosować w komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie teorie analizy transakcyjnej; U20. stosować różne techniki terapeutyczne w komunikacji z pacjentem i rodziną; U21. uważnie słuchać, wykazać otwartość, empatię, autentyczność, asertywność w komunikacji terapeutycznej; U22. rozpoznać uczucia i emocje swoje i pacjenta powstałe w komunikacji terapeutycznej; U23. rozwiązywać sytuacje trudne; U24. stosować partnerski styl komunikowania się z pacjentami w instytucjach ochrony zdrowia; U25. wykazać asertywność w komunikowaniu się w zespole terapeutycznym. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. analizuje własne zachowanie; K2. przestrzega tajemnicy zawodowej; K3. respektuje zasady wykonywania zawodu i prawa pacjenta; K4. wykazuje postawę etyczną, K5. okazuje szacunek i empatię; K6. zachowuje krytycyzm.

Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcami mogą być osoby posiadające nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w zakresie będącym przedmiotem kształcenia, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniające co najmniej jeden z warunków: 1. posiadają tytuł magistra psychologii ze specjalizacją w zakresie psychologii klinicznej; 2. posiadają tytuł magistra psychologii i doświadczenie w pracy klinicznej; 3. posiadają tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa i ukończony kurs specjalistyczny *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykład – 10 godz. Warsztaty – 10 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 20 godz.** • wykłady – 10 godz. • warsztaty – 10 godz. **Praca własna uczestników specjalizacji: 30 godz.** • przygotowanie się do warsztatów – 10 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu i przygotowanie studium przypadku – 20 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 50 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, warsztaty w grupach 10–12-osobowych, scenki, grupy dyskusyjne, grupa Balinta, analiza studium przypadku.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik multimedialny.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia	Test jednokrotnego wyboru (20–30 pytań) – zaliczenie po uzyskaniu min. 70% poprawnych odpowiedzi. Studium przypadku, esej. Obecność i aktywność na wykładach i warsztatach.

Treści modułu kształcenia	**1.** Główne założenia teoretyczne procesu komunikowania interpersonalnego: podejście tradycyjne Millera; symbolizm; interakcjonizm; konstruktywizm; Analiza Transakcyjna; zastosowanie do interpretowania komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie. (**wykład 1 godz.)** **2.** Przebieg procesu komunikowania się: etapy procesu; osoby i elementy uczestniczące w przepływie informacji; komunikowanie jednostronne i dwustronne. (**wykład 1 godz.)** **3.** Sygnały komunikacyjne: werbalne; niewerbalne (**wykład 1 godz.**) **4.** Cele i zasady skutecznego porozumiewania się w pielęgniarstwie. Zasada dobrego słuchania wg Kelly'ego; reguły poprawnych stosunków międzyludzkich wg G. Leech (**wykład 1 godz.)** **5.** Style komunikowania interpersonalnego: partnerski i niepartnerski styl porozumiewania się (allocentryczny oraz egocentryczny styl porozumiewania się). (**wykład 1 godz.)** **6.** Czynniki zakłócające proces komunikowania się: werbalne i niewerbalne bariery komunikacyjne; zakłócenia komunikacyjne (przeniesienie, przeciwprzeniesienie, urojenia interpretacyjne, złudzenia, nastawienia ksobne, destrukcyjne przekonania, „czytanie w myślach", złożona równoważność, wadliwa konstrukcja semantyczna, nominalizacja, zbyt częste zadawanie pytania „dlaczego?", żargon zawodowy, niespójność komunikacyjna). (**wykład 2 godz.)** **7.** Teoretyczna komunikacja terapeutyczna: pojęcie komunikacji terapeutycznej; różnice między komunikacją terapeutyczną a psychoterapią; podstawowe cele komunikacji terapeutycznej; aspekt emocjonalny i zadaniowy komunikacji terapeutycznej. (**wykład 2 godz.)** **8.** Komunikacja terapeutyczna – ważne umiejętności interpersonalne: akceptacja; autentyczność; asertywność; aktywne słuchanie; otwartość; empatia. (**warsztaty 2 godz.)** **9.** Czynniki zakłócające komunikację terapeutyczną: brak motywacji pacjenta do leczenia; nieufność pacjenta; agresja pacjenta; manipulacja ze strony pacjenta; brak wglądu we własne problemy pielęgniarki, położnej, a także pacjenta; ignorowanie ze strony pielęgniarki, położnej, a także pacjenta; ocenianie pacjenta, brak otwartości; przeniesienie i przeciwprzeniesienie w relacjach terapeutycznych. (**warsztaty 2 godz.)** **10.** Techniki terapeutyczne: odzwierciedlenie; klaryfikacja; interpretacja; werbalizacja; pytania wyjaśniające; milczenie; informowanie; parafrazowanie; konfrontacja; modelowanie. (**warsztaty 2 godz.)** **11.** Podstawowe czynniki terapeutyczne korzystnie wpływające na stan psychiczny i fizyczny człowieka chorego: motywacja do leczenia; poczucie wsparcia; poczucie rozumienia; poczucie mocy osobistej; poczucie sensu; nadzieja; odreagowanie; otwartość; humor. (**warsztaty 1 godz.)**

	12. Paternalistyczny styl komunikowania się z pacjentami w instytucjach ochrony zdrowia hierarchiczny przepływ informacji (model piramidy); zachowania komunikacyjne lekarza, pielęgniarki, położnej, pacjenta; wady paternalistycznego modelu komunikowania się. (**wykład 1 godz.)** **13.** Definicja zespołu terapeutycznego: cele; struktura zespołu; modele przepływu informacji w zespole; pozycja pacjenta w zespole; rola i zadania pielęgniarki, położnej w pracach zespołu terapeutycznego; role pozostałych członków zespołu terapeutycznego. (**warsztaty 2 godz.)** **14.** Zespół terapeutyczny jako grupa zadaniowa: reguły asertywnego porozumiewania się w zespole terapeutycznym; zakłócenia komunikacyjne w pracy zespołu terapeutycznego (**warsztaty 1 godz.)**
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Knapp H.: *Komunikacja w terapii*. PWN, Warszawa 2009 2. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W.: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wyd. Czelej, Lublin 2003. 3. Wilczek-Rużyczka E.: *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Wyd. Czelej, Lublin 2007 **Literatura uzupełniająca:** 1. Grzesiuk L.: *Studia nad komunikacją interpersonalną*. Pracownia Testów Psychologicznych, PTP, Warszawa 1994 2. Nęcki Z.: *Komunikowanie interpersonalne*. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1992 3. Wilczek-Rużyczka E.: *Poziom empatii a aktywność komunikowania u pielęgniarek*. „Problemy Pielęgniarstwa" 1–2/2003. Auxilum, Warszawa 2003. 4. Wilczek-Rużyczka E.: *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2002 5. Wilczek-Rużyczka E.: Wojtas K.: *Współpraca w zespole terapeutycznym* [w:] Wilczek-Rużyczka (red.): *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Wyd. Czelej, Lublin 2007
Część 3	**Elementy epidemiologii zakażeń związanych z opieką medyczną**
Cel kształcenia	Zapoznanie uczestnika specjalizacji z aktualną wiedzą z epidemiologii, w tym metodami oceny sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, badaniami epidemiologicznymi i działaniami profilaktycznymi; przygotowanie do realizacji zadań zawodowych z uwzględnieniem zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Efekty kształcenia	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W29. wyjaśnia podstawowe pojęcia epidemiologiczne mające zastosowanie w opisie stanu zdrowia populacji i charakteryzuje rodzaje badań epidemiologicznych; W30. wyjaśnia potrzebę i zasady gromadzenia danych epidemiologicznych i omawia podstawowe metody ich analizy; W31. omawia organizację nadzoru i program kontroli zakażeń szpitalnych; W32. wymienia podstawowe elementy systemu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń szpitalnych oraz wyjaśnia ich znaczenie; W33. wymienia i omawia czynniki ryzyka zakażeń szpitalnych; W34. omawia działania zapobiegające występowaniu i rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych; W35. omawia znaczenie przestrzegania procedur higieny rąk w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym; W36. omawia rolę pielęgniarki, położnej w realizacji szpitalnej polityki antybiotykowej; W37. omawia zasady postępowania poekspozycyjnego w przypadku zranienia ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych; W38. wymienia choroby mające znaczenie społeczne i wyjaśnia celowość oraz zasady wczesnego wykrywania chorób w populacji. **W zakresie umiejętności potrafi:** U26. pozyskać, prawidłowo zestawić oraz dokonać wstępnej analizy danych epidemiologicznych; U27. wskazać kluczowe elementy dochodzenia epidemiologicznego w szpitalnym ognisku epidemicznym; U28. współuczestniczyć w dochodzeniu w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego na oddziale; U29. uczestniczyć czynnie w monitorowaniu czynników ryzyka zakażeń szpitalnych; U30. stosować procedury higieny rąk w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, U31. wdrożyć postępowanie poekspozycyjne w przypadku zakłucia ostrym narzędziem podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. **W zakresie kompetencji społecznych:** K7. kieruje się rzetelnością, bezstronnością.

Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcami mogą być pielęgniarki, położne posiadające nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniające co najmniej jeden z warunków: 1. posiadają stopień doktora i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub epidemiologii lub higieny i epidemiologii; 2. posiadają tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub epidemiologii lub higieny i epidemiologii.
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykład – 10 godz. Ćwiczenia – 5 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 15 godz.** • wykłady – 10 godz. • ćwiczenia – 5 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 15 godz.** • przygotowanie się do ćwiczeń – 3 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 12 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 30 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład, ćwiczenia – analiza studium przypadku, ćwiczenia przy komputerze w grupach 8–12 osób.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik multimedialny, komputery z dostępem do internetu, przykładowe badania epidemiologiczne, tablice demograficzne, procedury i standardy medyczne.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia	Test jednokrotnego wyboru (20 pytań) – minimum zaliczające – 70% poprawnych odpowiedzi. Odpowiedź ustna. Studium przypadku. 5 momentów higieny rąk wg WHO. Przykład procedury zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Obecność i aktywność na wykładach i ćwiczeniach.

Treści modułu kształcenia	**1. Podstawy epidemiologii i rodzaje badań epidemiologicznych (1 godz.)** 1) Podstawowe pojęcia epidemiologiczne mające zastosowanie w opisie stanu zdrowia populacji. 2) Rodzaje badań epidemiologicznych i przykłady ich prawidłowego zastosowania. 3) Znaczenie wnioskowania w epidemiologii. 4) Gromadzenie i metody analizy danych epidemiologicznych. **2. System zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (12 godz.)** 1) Zakażenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. 2) Organizacja nadzoru i program kontroli zakażeń szpitalnych. 3) Czynniki ryzyka występowania i rozprzestrzeniania się zakażeń szpitalnych. 4) Ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. 5) Kluczowe działania zapobiegające występowaniu i rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych. 6) Rola diagnostyki mikrobiologicznej w nadzorze nad zakażeniami i w działaniach przeciwepidemicznych. 7) Procedury zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – dokumentowanie i monitorowanie realizacji procedur. 8) Higiena rąk i jej znaczenie w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym – monitorowanie realizacji procedur. 9) Postacie kliniczne zakażeń szpitalnych. 10) Szpitalne ognisko epidemiczne – podstawowe elementy dochodzenia epidemiologicznego. 11) Szpitalna polityka antybiotykowa – zjawisko oporności drobnoustrojów na antybiotyki. 12) Postępowanie w przypadku zranienia ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. 13) Współpraca interdyscyplinarna w minimalizowaniu ryzyka zakażeń. 14) Wymagania prawne w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. **3. Epidemiologia wybranych chorób o znaczeniu społecznym (2 godz.)** 1) Choroby o wysokiej umieralności. 2) Choroby powodujące skutki w postaci niepełnosprawności. 3) Choroby osób w podeszłym wieku. 4) Choroby stygmatyzujące. 5) Przyczyny występowania chorób i istotne czynniki ryzyka ich powstania. 6) Nierówności w zdrowiu. 7) Wybrane programy profilaktyczne chorób o znaczeniu społecznym: a) źródła danych o programach; b) podstawowe elementy programów profilaktycznych.

Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego moduł	**Literatura podstawowa:** 1. Bzdęga J., Gębska-Kuczerowska A. (red): *Epidemiologia w zdrowiu publicznym*, PZWL, Warszawa 2010 2. Dzierżanowska D.: *Zakażenia szpitalne*, α-Medica Press, Bielsko-Biała, 2008 3. Jędrychowski W.: *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010 **Literatura uzupełniająca:** 1. Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie, WHO, 2009 (dostępny na stronie http://www.cmj.org.pl). 2. Denys A.: *Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009. 3. Heczko P.: Wójkowska-Mach J.: *Zakażenia szpitalne. Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń*. PZWL, Warszawa 2010 4. „Przegląd Epidemiologiczny", Kwartalnik NIZP-PZH. 5. Raport WHO: *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO 2012 (dostępny na stronie http://www.mz.gov.pl). **Akty prawne (odzwierciedlające aktualny stan prawny):** 1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm.) 2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227) 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 696) 4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716) 5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1215)

Część 4	**Zarządzanie w pielęgniarstwie**
Cel kształcenia	Wyposażenie uczestnika specjalizacji w wiedzę i umiejętności umożliwiające sprawne zarządzanie w podsystemie pielęgniarstwa.
Efekty kształcenia	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W39. omawia współczesne teorie i nurty w zarządzaniu ochroną zdrowia i podsystemem pielęgniarstwa; W40. omawia zmiany w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa, uwzględniając współczesne koncepcje polityki zdrowotnej w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej; W41. określa zasady planowania i rozmieszczenia kadr pielęgniarskich w organizacjach zdrowotnych; W42. charakteryzuje strukturę metod klasyfikacji pacjentów na potrzeby planowania obsad pielęgniarskich; W43. definiuje pojęcie jakości oraz podstawowe modele zarządzania jakością w systemach zdrowotnych i podsystemie pielęgniarstwa; W44. opisuje metody i narzędzia stosowane do oceny jakości opieki pielęgniarskiej; W45. zna zasady organizowania indywidualnych/grupowych praktyk pielęgniarskich; W46. omawia zasady formalnoprawne zawierania kontraktów na świadczenia pielęgniarskie w ramach indywidualnej/grupowej praktyki pielęgniarskiej; W47. charakteryzuje proces adaptacji społeczno-zawodowej; W48. wymienia czynniki warunkujące proces adaptacji społeczno-zawodowej. **W zakresie umiejętności potrafi:** U32. ocenić koncepcje zarządzania w systemie opieki zdrowotnej i podsystemie pielęgniarstwa w kontekście polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego; U33. poddać krytycznej ocenie stan zatrudnienia i rozmieszczenia kadr w podsystemie pielęgniarstwa w kontekście polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej; U34. planować obsady pielęgniarskie zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów na opiekę; U35. dokonać wyboru narzędzi do oceny jakości dla potrzeb praktyki pielęgniarskiej; U36. przygotować jednostkę organizacyjną i pracowników do monitorowania i oceny jakości; U37. ocenić jakość opieki pielęgniarskiej zgodnie z aktualną wiedzą;

	U38. opracować ofertę na potrzeby zawarcia kontraktu z płatnikiem na świadczenia pielęgniarskie w ramach indywidualnej/grupowej praktyki; U39. przeprowadzić proces adaptacji społeczno-zawodowej dla nowo zatrudnionych pielęgniarek, położnych; U40. opracować program adaptacji społeczno-zawodowej dla nowo zatrudnionych pielęgniarek, położnych. **W zakresie kompetencji społecznych:** K8. wykazuje odpowiedzialność za realizację opieki zgodnie z aktualną wiedzą naukową, doświadczeniem, preferencjami i systemem wartości pacjenta; K9. efektywnie organizuje pracę własną i zespołu.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcami mogą być pielęgniarki, położne posiadające nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w zakresie będącym przedmiotem kształcenia, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniające co najmniej jeden z warunków: 1. posiadają tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa; 2. posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania; 3. posiadają ukończone studia podyplomowe w zakresie organizacji i zarządzania ochroną zdrowia lub zdrowia publicznego.
Wymagania wstępne	-
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykład – 10 godz. Ćwiczenia – 15 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 25 godz.** • wykłady – 10 godz. • ćwiczenia – 15 godz. **Praca własna uczestników specjalizacji: 50 godz.** • przygotowanie się do ćwiczeń – 20 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 30 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 75 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykłady, ćwiczenia.

Stosowane środki dydaktyczne	Prezentacja multimedialna, przykładowe narzędzia do oceny jakości opieki, kwestionariusze metody klasyfikacji pacjentów, narzędzia wykorzystywane do mierzenia czasu pracy, przykładowy wzór umowy cywilnoprawnej do zawarcia kontraktu z NFZ, dokumentacja niezbędna do zarejestrowania indywidualnej/grupowej praktyki pielęgniarskiej, ramowy program adaptacji społeczno-zawodowej – wzór, wydrukowane akty prawne.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia	Test jednokrotnego wyboru, 20–30 pytań (podstawą zaliczenia jest uzyskanie 70% prawidłowych odpowiedzi). Przygotowanie projektu w zakresie zarządzania w opiece zdrowotnej. Obecność i aktywność na wykładach i ćwiczeniach.
Treści modułu kształcenia	**1.** Współczesne koncepcje zarządzania w ochronie zdrowia i podsystemie pielęgniarstwa: misja, funkcje i cele systemu opieki zdrowotnej oraz podsystemu pielęgniarstwa; teorie i nurty w zarządzaniu; koncepcje zarządzania: M. Lalonda, D. Orem, zarządzanie strategiczne i marketing; zmiany w zarządzaniu systemem zdrowotnym i podsystemem pielęgniarstwa. (**wykład 2 godz., ćwiczenia 1 godz.)** **2.** Polityka kadrowa i zarządzanie zasobami ludzkimi w systemach zdrowotnych: główne podejścia do zarządzania zasobami ludzkimi uwzględniające globalizację i internacjonalizację podmiotów leczniczych; cechy szczególne zasobów ludzkich w systemach zdrowotnych; planowanie zasobów ludzkich w organizacjach zdrowotnych w kraju i wybranych państwach UE; definicja: potrzeby zdrowotne i zapotrzebowanie na opiekę; metody klasyfikacji pacjentów – kryteria, kategorie; metody planowania obsad pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym; regulacje prawne dotyczące planowania obsad pielęgniarskich. (**wykład 2 godz., ćwiczenia 4 godz.)** **3.** Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia i podsystemie pielęgniarstwa: podstawowe pojęcia związane z jakością; modele zarządzania jakością; system zapewniania jakości; kompleksowe zarządzanie jakością (TQM); współczesne podejście do zarządzania jakością w systemie ochrony zdrowia i pielęgniarstwie; metody i narzędzia stosowane do oceny jakości opieki pielęgniarskiej; przedmiot i kryteria oceny jakości opieki pielęgniarskiej; standardy opieki pielęgniarskiej; metody zapewniania jakości – akredytacja, certyfikaty jakości. (**wykład 2 godz., ćwiczenia 4 godz.)** **4.** Organizacja indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarskich – podstawy prawne organizowania indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarskich; wymogi organizacyjno-techniczne; dokumentacja niezbędna w organizacji praktyk pielęgniarskich; kontraktowanie świadczeń opieki pielęgniarskiej: regulacje

	prawne kontraktowania usług pielęgniarskich; rodzaje i zakres kontraktu na świadczenia pielęgniarskie; zasady kontraktowania; konstrukcja umowy cywilnoprawnej; dokumentacja niezbędna do zawarcia kontraktu, tryb postępowania konkursowego; wady i zalety kontraktowania świadczeń pielęgniarskich; negocjowanie umów z płatnikiem. (**wykład 2 godz., ćwiczenia 3 godz.)** **5.** Proces adaptacji społeczno-zawodowej, pojęcie adaptacji społecznej i zawodowej; czynniki wewnętrzne i zewnętrzne warunkujące adaptację zawodową; program adaptacji społeczno-zawodowej dla nowo zatrudnionych pielęgniarek; wpływ kultury organizacji na przebieg procesu adaptacji. (**wykład 2 godz., ćwiczenia 3 godz.)**
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Ksykiewicz-Dorota A. (red*.): Zarządzanie w pielęgniarstwie*. Wyd. Czelej, Lublin 2005 2. Walshe K., Smith J.: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2011 3. Głowacka M.D., Mojs E. (red.): *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010 **Literatura uzupełniająca:** 1. Dobska M., Dobski P.: *Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012 2. Gotkowska A.: *Zarządzanie pracownikami w zakładzie opieki zdrowotnej. Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010 3. Karniej P., Kęsy M., Stępniewski J.: *Innowacje organizacyjne w szpitalach*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010 4. Kautsch M.: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010 5. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*. Wyd. CeDeWu, Warszawa 2010 6. Opolski K., Waśniewski K.: *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*. Wyd. CeDeWu, Warszawa 2011 7. Ryć K., Skrzypczak Z.: *Ochrona zdrowia na świecie*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2011
Część 5	**Praktyka pielęgniarska oparta na faktach**
Cel kształcenia	Przygotowanie uczestnika specjalizacji do krytycznej analizy wyników badań i ich wykorzystania w rozwoju praktyki zawodowej.

Efekty kształcenia	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W49. omawia rozwój koncepcji EBM (evidence-based medicine) oraz EBP (evidence-based practice); W50. wskazuje źródła prawa stanowiące obowiązek dla pielęgniarki, położnej wykorzystania w praktyce zawodowej aktualnej wiedzy naukowej; W51. omawia etapy podejścia EBP; W52. charakteryzuje proces zmian oparty na dowodach naukowych; W53. charakteryzuje badania naukowe wiarygodne i aktualne o istotnym znaczeniu dla praktyki zawodowej; W54. omawia znaczenie metod i technik w badaniach naukowych; W55. zna podstawowe bazy publikacji naukowych i zasady korzystania z nich; W56. omawia zasady rankingowania publikacji naukowych w Polsce i na świecie; W57. zna pielęgniarskie czasopisma naukowe. **W zakresie umiejętności potrafi:** U41. wskazać znaczenie EBP w poprawie jakości opieki pielęgniarskiej; U42. dokonać krytycznej analizy własnej praktyki zawodowej; U43. wskazać potrzeby zmian w praktyce pielęgniarskiej; U44. wskazać obszary badań naukowych w odniesieniu do własnej praktyki zawodowej; U45. ocenić wartość publikacji naukowej pod względem metodologicznym, poznawczym i praktycznym; U46. korzystać z naukowych baz danych w celu pozyskiwania wiarygodnych wyników badań; U47. współpracować w zespole badawczym; U48. wykorzystać wyniki badań w praktyce zawodowej; U49. opracować rekomendacje, standardy, procedury z uwzględnieniem dowodów naukowych. **W zakresie kompetencji społecznych:** K8. wykazuje odpowiedzialność za realizację opieki zgodnie z aktualną wiedzą naukową, doświadczeniem, preferencjami i systemem wartości pacjenta; K10. podejmuje inicjatywę na rzecz wprowadzania zmian w praktyce.

Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcami mogą być pielęgniarki, położne posiadające stopień naukowy doktora i nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w zakresie będącym przedmiotem kształcenia oraz doświadczenie dydaktyczne.
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 12 godz. Ćwiczenia – 8 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 20 godz.** • wykłady – 12 godz. • ćwiczenia – 8 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 35 godz.** • przygotowanie się do ćwiczeń – 5 godz. • przygotowanie dla wybranej grupy chorych standardu opieki i procedur postępowania pielęgniarskiego z wykorzystaniem aktualnych wyników badań – 15 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 15 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 55 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, ćwiczenia z dostępem do internetu w grupach 12–15-osobowych, grupy dyskusyjne, analiza publikacji naukowych.
Stosowane środki dydaktyczne	Prezentacja multimedialna, przykładowe publikacje naukowe, komputery z dostępem do internetu /bazy danych, procedury i standardy pielęgniarskie z wykorzystaniem EBP.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia	Test jednokrotnego wyboru, 20–30 pytań – minimum zaliczające stanowi 70% poprawnych odpowiedzi z testu. Analiza baz danych w wybranych tematach, opracowanie autorskich rekomendacji klinicznych. Obecność i aktywność na wykładach i ćwiczeniach. Pozytywny wynik z testu oraz zatwierdzenie opracowanych rekomendacji.

Treści modułu kształcenia	**1.** Pielęgniarstwo oparte na dowodach naukowych (EBP), wprowadzenie w terminologię. Filozofia pielęgniarstwa i jej znaczenie dla rozwoju dyscypliny. Znaczenie dowodów naukowych dla rozwoju zawodu w wymiarze praktycznym i naukowym **(wykład 2 godz.)** **2.** EBP a historia rozwoju medycyny i edukacji medycznej. Ramy prawne dla praktyki opartej na dowodach: Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Kodeks etyczny, Ustawa o prawach pacjenta oraz inne regulacje. **(wykład 1 godz.)** **3.** Elementy składowe procesu EBP: analiza sytuacji klinicznej, poznanie wyników badań i ocena jakości dowodów, poznanie oczekiwań i preferencji odbiorcy, zastosowanie za zgodą pacjenta najlepszych dowodów, ocena efektywności opieki i utrzymanie zmian. **(wykład 2 godz.)** **4.** Wprowadzenie w problematykę metodologii badań naukowych: Miejsce pielęgniarstwa w systemie nauk, przedmiot, wiedza, zakres i metody badawcze w pielęgniarstwie. Rozwój badań naukowych w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie (WENER, Europejska Fundacja Badań Naukowych w Pielęgniarstwie (ENRF)). **(wykład 2 godz.)** **5.** Proces badawczy: Zasady formułowania tematu, celu i głównych problemów badawczych. Planowanie i organizacja badań. Metody analizy wyników. Konstrukcja publikacji naukowej. (**wykład 3 godz.)** **6.** Wykorzystanie wyników badań dostępnych w literaturze przedmiotu. Czasopisma naukowe w pielęgniarstwie, systemy oceny jakości publikacji (IF, KBN, IC), zasady etyczne w prowadzeniu, upowszechnianiu i wykorzystaniu wyników badań. (**wykład 2 godz.)** **7.** Bazy danych w medycynie i pielęgniarstwie (m.in. PubMed, Medline, Cochrane.org). Zasady dostępu i korzystania z baz piśmiennictwa naukowego. (**ćwiczenia 2 godz.)** **8.** Krytyczna analiza wyników dostępnych badań, wykorzystanie wyników badań dla własnej praktyki: opracowywanie standardów, procedur i rekomendacji. Autorefleksja i podejmowanie procesu zmian w obszarze własnej praktyki. (**ćwiczenia 3 godz.)** **9.** Analiza wybranych artykułów naukowych w aspekcie ich znaczenia dla rozwoju praktyki. (**ćwiczenia 1 godz.)** **10.** Opracowanie autorskich rekomendacji dla praktyki pielęgniarskiej z wykorzystaniem podejścia EBP. **(ćwiczenia 2 godz.)**

Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Ciliska D.: *Evidence Based Nursing*. 2006; 9; 38–40, tłumaczenie: Artur Sołtysiak 2. Kokot F.: *Podręcznik medycyny klinicznej opartej na zasadach EBM*. PZWL, Warszawa 2009 3. Kędra E.: *Praktyka pielęgniarska oparta na faktach – wymóg czy konieczność? „*Problemy Pielęgniarstwa", 2011, t. 19 (3); 391–395 4. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: *Prawne i naukowe podstawy praktyki pielęgniarskiej* [w:]: *Procedury pielęgniarskie*, PZWL, Warszawa 2009, 17–34. **Literatura uzupełniająca:** 1. Davies P.: *Approaches to evidence – based teaching*. Medical Teacher 2000, 22(1):14–21. 2. Davis D., Evans M.: *The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect*, BMJ 2003;327:33 doi:10.1136/bmj.327.7405.33 (Published 3 July 2003) 3. Gotlib J., Belowska J., Panczyk M., Dykowska G., Wójcik G.: *Evidence based Medicine i evidence based nursing practise – przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego*. „Problemy Pielęgniarstwa", 2014, 22(2) 4. Dutkiewicz W.: *Podstawy metodologii badań*. Wyd. Stachurski, Kielce 2001 5. Lenartowicz H., Kózka M.: *Metodologia badań naukowych w pielęgniarstwie*, PZWL, Warszawa 2010 6. Scot K., McSherry R.: *Evidenced based nursing; clarifying the concepts for nursing practice*, "Journal of Clinical Nursing" 2008 (18) 7. Cochrane Nursing Care Field online ‹http://cncf.cochrane.org/›

5.2 MODUŁ II

Nazwa modułu	**WYBRANE ASPEKTY LECZENIA CHORYCH W CHIRURGII**
Cel kształcenia	**Celem modułu jest** pogłębienie wiedzy z zakresu leczenia żywieniowego, znieczulenia, leczenia bólu, leczenia ran, transplantologii oraz postępowania okołooperacyjnego wobec chorych w wieku podeszłym oraz wykorzystanie tej wiedzy w praktyce.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W1. różnicuje objawy i skutki niedożywienia; W2. omawia wskazania i przeciwwskazania do żywienia parenteralnego i enteralnego; W3. charakteryzuje zasoby energetyczne ustroju; W4. charakteryzuje powikłania żywienia enteralnego i parenteralnego; W5. charakteryzuje źródła kalorii w żywieniu pozajelitowym; W6. omawia zasady dokumentacji żywienia enteralnego i parenteralnego; W7. charakteryzuje rodzaje znieczulenia oraz wskazania i przeciwwskazania do ich wykonania; W8. omawia metody farmakologiczne, niefarmakologiczne i chirurgiczne leczenia bólu; W9. przedstawia aspekty kliniczne, prawne i etyczne pobierania narządów do przeszczepów; W10. przedstawia zasady sprawowania opieki nad dawcą i biorcą narządów; W11. omawia wpływ stosowanych w chirurgii leków na organizm człowieka w wieku podeszłym (warunki farmakoterapii stosowanej w geriatrii); W12. wymienia czynniki ryzyka okołooperacyjnego pacjentów w wieku podeszłym; W13. charakteryzuje najczęstsze schorzenia w wieku podeszłym leczone chirurgicznie; W14. charakteryzuje opiekę pielęgniarską w okresie okołooperacyjnym i związane z nią odrębności wieku podeszłego; W15. przedstawia podział ran; W16. charakteryzuje nowoczesne metody leczenia ran; W17. charakteryzuje funkcje opatrunków mających zastosowanie w gojeniu się ran przewlekłych (do III^{o} stopnia włącznie); W18. charakteryzuje działania profilaktyczne podejmowane wobec pacjenta z raną, w tym profilaktykę przeciwtężcową, profilaktykę wścieklizny i profilaktykę zgorzeli gazowej.

	W zakresie umiejętności potrafi: U1. dobrać dietę właściwą dla stanu klinicznego chorego; U2. ocenić stan odżywienia chorego w okresie przed- i pooperacyjnym; U3. pielęgnować chorego z gastrostomią/jejunostomią; U4. pielęgnować chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej; U5. dostosować interwencje pielęgniarskie do metody i sposobu żywienia; U6. rozpoznać powikłania żywienia enteralnego i parenteralnego; U7. przygotować chorego do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia; U8. ocenić natężenie bólu u chorego i podjąć działania pielęgnacyjno-terapeutyczne związane z niwelowaniem bólu; U9. ocenić sytuację chorego w wieku podeszłym i podjąć działania pielęgnacyjno-lecznicze wobec pacjenta w okresie okołooperacyjnym; U10. ocenić stan rany, rozpoznać wczesne objawy jej zakażenia i dobrać środki, opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia (rana urazowa, operacyjna, rany przewlekłe). **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką; K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: <u>pielęgniarka</u> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki – do realizacji wybranych zagadnień;

	lekarz 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie transplantologii, chirurgii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 50 godz. Staż – 35 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 85 godz.** • wykłady – 50 godz. • staż – 35 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 45 godz.** • przygotowanie się do stażu – 20 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 25 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 130 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład informacyjny, wykład problemowy, dyskusja dydaktyczna, zajęcia stażowe.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik multimedialny, symulatory ran, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia modułu	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy:** test jednokrotnego wyboru składający się z 60 pytań; kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności:** obserwacja pracy uczestnika specjalizacji; karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia (zamieszczonych w programie zajęć stażowych). **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych:** obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Żywienie chorych w chirurgii (15 godz.)** 1) Zasoby energetyczne ustroju: węglowodany, białka, tłuszcze. 2) Substancje uzupełniające odżywianie: woda, witaminy, mikroelementy, włóknik. 3) Zapotrzebowanie na składniki odżywcze: a. zapotrzebowanie energetyczne i białkowe u ludzi zdrowych;

	b. zapotrzebowanie energetyczne i białkowe u chorych chirurgicznych. 4) Ocena stanu odżywienia chorego: a. badania kliniczne, wywiad żywieniowy, badanie fizykalne; b. badania antropometryczne i dynamometryczne; c. badania laboratoryjne; d. obliczanie współczynnika prognostyczno-żywieniowego; e. przesiewowa ocena stanu odżywienia: NRS 2002, subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA). 5) Niedożywienie: a. przyczyny niedożywienia; b. następstwa niedożywienia: pierwotne, wtórne; c. rodzaje niedożywienia: kwashiorkor, marasmus, mieszane niedożywienie. 6) Zaburzenia metaboliczne pourazowe: a. przyczyny zaburzeń metabolicznych pourazowych; b. przebieg pourazowych zaburzeń metabolizmu: faza kataboliczna, wczesna faza anaboliczna, późna faza anaboliczna; c. wpływ urazu na zapotrzebowanie energetyczne i białkowe. 7) Metody żywienia chorych w chirurgii: a. leczenie żywieniowe: zasady, wskazania; b. żywienie doustne: żywienie podstawowe; rodzaje diet (szpitalne, przemysłowe); techniki karmienia chorych; c. żywienie dojelitowe (enteralne): • wskazania i przeciwwskazania do żywienia dojelitowego, • zasady i techniki żywienia dojelitowego, • rodzaje diet: diety szpitalne, diety przemysłowe (odżywki przemysłowe cząstkowe, zbilansowane, elementarne, peptydowe); przygotowanie diet i ich przechowywanie, • metody żywienia enteralnego i zasady pielęgnacji chorego (żywienie przez zgłębnik żołądkowy lub jelitowy; żywienie przez gastrostomię; przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG); żywienie przez przetokę do jelita cienkiego; mikrojejunostomia odżywcza), • monitorowanie żywienia dojelitowego,

	• powikłania żywienia enteralnego (biegunki, wymioty, zmiany skórne), • opieka nad chorym żywionym dojelitowo; d. żywienie dożylne (parentalne): • wskazania i przeciwwskazania do żywienia dożylnego, • metody żywienia pozajelitowego: żywienie pozajelitowe drogą żyły obwodowej, żywienie pozajelitowe drogą żył centralnych, drogą przetoki tętniczo-żylnej, • zasady podawania płynów alimentacyjnych, • preparaty do żywienia dożylnego, • standard kontroli klinicznej, standard kontroli laboratoryjnej, standardowa dokumentacja leczenia, • powikłania w przebiegu żywienia dożylnego: mechaniczne, metaboliczne, septyczne, • opieka nad chorym żywionym pozajelitowo. 8) Dobór poszczególnych metod żywienia w zależności od wskazań: w okresie przedoperacyjnym, w okresie pooperacyjnym. **2. Znieczulenie i leczenie bólu (10 godz.)** 1) Rodzaje znieczulenia: ogólne, miejscowe; a. wskazania i przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego/miejscowego; b. rodzaje znieczulenia regionalnego: powierzchniowe, nasiękowe, blokady nerwów obwodowych, zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe, odcinkowa analgezja dożylna, znieczulenie doopłucnowe. 2) Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego i znieczulenia: a. czynności diagnostyczne obejmujące badanie chirurgiczne i konieczną diagnostykę obrazową; b. ocena przedoperacyjna stanu zdrowia chorego dotycząca poprzednich zabiegów operacyjnych, dokonywanych znieczuleń, przebiegu okresu okołooperacyjnego na podstawie dobrze zebranego wywiadu, szczegółowego badania fizykalnego, oceny wyników badań; c. premedykacja: cele premedykacji, leki stosowane w premedykacji. 3) Środki stosowane do znieczulenia ogólnego i regionalnego: a. ogólne zasady stosowania leków; b. powikłania i niebezpieczeństwa związane z zastosowaniem dożylnych środków anestetycznych. 4) Najczęstsze powikłania po znieczuleniu:

	a. zaburzenia czynności układu oddechowego; b. zaburzenia czynności układu krążenia; c. nudności i wymioty; d. hipotermia i dreszcze; e. powikłania czynności nerek. 5) Opieka nad chorym po znieczuleniu: a. ocena stanu wybudzenia pacjenta ze znieczulenia; b. bezdech w okresie pooperacyjnym, tlenoterapia; c. monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, drożność dróg oddechowych: częstość oddechów, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, stan przytomności/świadomości, ocena diurezy. 6) Patofizjologia bólu, leczenie, analgezja sterowana: a. patofizjologia bólu (definicja, znaczenie biologiczne i swoistość bólu, mechanizmy powstawania bólu, czynniki wpływające na odczuwanie bólu); b. leczenie farmakologiczne bólu (farmakologiczne metody leczenia bólu pooperacyjnego: nieopioidowe, opioidy, miejscowo znieczulające, schemat dawkowania leków przeciwbólowych: podawanie leków w sposób systematyczny, PCA – analgezja sterowana przez pacjenta); c. ból pooperacyjny: • przyczyny bólu pooperacyjnego, • próg bólowy – czynniki obniżające i podwyższające próg bólowy, • ocena natężenia bólu (skala opisowa, ocena siły bólu według Laitinena, Faces Pain Scale, skala wzrokowo-analogowa *z ang. Visual Analologue Scor* – VAS, skala słowna *Verbal Rating Scale* – VRS); d. znieczulenie przewodowe (środki do znieczulenia przewodowego, wskazania i przeciwwskazania do znieczulenia przewodowego, przygotowanie chorego do znieczulenia przewodowego, rodzaje znieczuleń przewodowych (znieczulenie powierzchniowe, znieczulenie nasiękowe, znieczulenie donerwowe, znieczulenie zewnątrzoponowe, znieczulenie rdzeniowe). **3. Przeszczepy narządów (5 godz.)** 1) Podstawy prawne transplantologii w Polsce.

	2) Rodzaje przeszczepów: autologiczny – autogenny, izogeniczny, allogeniczny, ksenogeniczny – heterogeniczny, alloplastyka. 3) Rodzaje transplantacji – podział wynikający z prawnych regulacji transplantologii: ex mortuo – gdy transplant pozyskuje się ze zwłok, ex vivo – gdy dawcą przeszczepu jest żywy człowiek. 4) Definicje pojęć: dawca, biorca, pojęcie śmierci, kryteria śmierci pnia mózgu. 5) Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta do przeszczepu narządów: a. ocena stanu zdrowia, kwalifikacja pacjenta do przeszczepu; b. specjalistyczne badania pacjenta; c. ocena zgodności tkankowej; d. wsparcie psychiczne, wyjaśnienie obaw, lęków itp., objaśnienie istoty zabiegu, ryzyka związanego z zabiegiem. 6) Opieka nad chorym po przeszczepie serca, nerek, wątroby. 7) Problemy psychospołeczne chorych po przeszczepie narządu. **4. Pacjent w wieku podeszłym leczony chirurgicznie (5 godz.)** 1) Specyfika chirurgii wieku podeszłego: a. fizjologia procesu starzenia się poszczególnych układów; b. psychologia wieku podeszłego; c. specyfika patologii w geriatrii: • patologia ośrodkowego układu nerwowego, • zaburzenia psychiczne, • wielonarządowość zmian chorobowych, • upośledzenie wzroku i słuchu, • osłabienie powonienia i poczucia smaku, • utrata płynności i precyzji ruchów, • zmniejszona spostrzegawczość, • ograniczenie tolerancji wysiłku, • przedłużony czas reakcji. 2) Odmienność farmakoterapii geriatrycznej:

	a. farmakoterapia wielu schorzeń – prawidłowe przyjmowanie leków; b. wpływ procesu starzenia się na farmakokinetykę i farmakodynamikę. 3) Ocena stanu zdrowia i opieka okołooperacyjna nad chorym w wieku podeszłym (ryzyko operacyjne, odrębność objawów chorobowych). 4) Najczęstsze schorzenia w wieku podeszłym leczone chirurgicznie: a. miażdżyca; b. choroby płuc leczone operacyjnie (rak płuca); c. choroby tarczycy; d. choroby przewodu pokarmowego (choroby dróg żółciowych i trzustki, niedrożność przewodu pokarmowego, krwawienie do przewodu pokarmowego, wrzód żołądka i dwunastnicy, objawy ostrego brzucha); e. przepukliny; f. urazy układu kostnego i ich przyczyny (złamania kości, urazy czaszki, osteoporoza, zmiany zwyrodnieniowe stawów, upadki); g. choroby układu moczowego (kamica dróg moczowych, rak pęcherza, przerost gruczołu krokowego); h. nowotwory; i. odleżyny. **5. Rany i zakażenia w chirurgii (15 godz.)** 1) Rodzaje i podział ran w zależności od stopnia czystości (rany czyste, rany skażone, rany zakażone). 2) Rodzaje i podział ran w zależności od mechanizmu uszkodzenia (rany cięte, rany kłute, rany szarpane, rany kąsane, rany tłuczone, rany darte, płatowe, rany postrzałowe, rany oparzeniowe, rany miażdżone). 3) Fazy gojenia się ran: a. okres oczyszczania – faza wysiękowa, okres zmian hemostatycznych, okres zmian zapalnych; b. okres odbudowy – faza wytwórcza (poliferacja/ziarninowanie), faza naprawcza (dojrzewanie), faza przebudowy (bliznowacenie). 4) Czynniki wpływające na zaburzenie procesu gojenia się rany: a. czynniki ogólnoustrojowe (upośledzone ukrwienie, utrata białek ustroju, niedożywienie, uogólniony proces nowotworowy i choroby w okresie terminalnym, leczenie immunosupresyjne, stosowanie

	kortykosteroidów oraz antykoagulantów, chemioterapia i radioterapia, niedobory witamin i elementów śladowych, zaawansowany wiek, unieruchomienie, palenie tytoniu); b. czynniki miejscowe (upośledzone ukrwienie, niedotlenienie tkanek, zakażenie rany, obecność ciała obcego oraz reakcja na ciało obce, uraz rany, nadmierne napięcie skóry i jej obrzęk, nadmierny wysięk, rozejście się rany); c. choroby współistniejące, które upośledzają gojenie ran (cukrzyca, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, jatrogenne przetoki jelitowe). 5) Metody leczenia ran: a. ocena rany (kliniczna – rozmiar, brzegi, umiejscowienie, dno, otaczająca skóra, radiologiczna, biochemiczna, bakteriologiczna – zasady pobierania materiału biologicznego z rany do badania, histologiczna); b. postępowanie z raną zanieczyszczoną lub zakażoną (cechy zakażenia rany, cechy mikroflory kolonizującej ranę przewlekłą, kryteria różnicujące kolonizację i zakażenie, zasady pobierania materiału biologicznego z rany do oceny mikrobiologicznej); c. postępowanie z ranami szczególnego rodzaju (raną ciętą, raną kłutą, raną szarpaną, raną tłuczoną, raną postrzałową); d. zasady chirurgicznego leczenia ran: • oczyszczenie rany, • usunięcie ewentualnych ciał obcych, • opanowanie krwawienia, • wycięcie brzegów rany, • zszycie rany (założenie szwów) w zależności od stanu czystości rany (zszycie szczelne, zszycie szczelne z wyprowadzeniem drenu poza szew rany, założenie szwu pierwotnego odroczonego, założenie przylepca np. steri-stripu, gojenie otwarte rany przez ziarninowanie), • rodzaje znieczuleń stosowanych przy szyciu rany, • ocena stanu rany, • drenaż rany. 6) Funkcje opatrunków mających zastosowanie w gojeniu się ran przewlekłych:

	a. ochronna, zdolność do ochrony rany przed dalszymi urazami; b. nieprzenikalność dla bakterii; c. możliwość usunięcia bez uszkodzenia rany; d. utrzymanie stałej optymalnej temperatury; e. zmniejszenie dolegliwości bólowych; f. oczyszczająca/obarczająca; g. zapewnienie równowagi wilgotności w ranie; h. stymulacja fibrynolizy; i. zwiększenie aktywności enzymów proteolitycznych; j. przyspieszenie proliferacji i migracji nowych komórek; k. ucisku/adhezji; l. dobre przyleganie do rany; m. dostosowanie do rany bez względu na wielkość, kształt i umiejscowienie; n. przeciwbakteryjna, szeroki zakres bójczy; o. silne właściwości hydrofobowe, powodujące eliminację drobnoustrojów ze środowiska rany; p. homeostatyczna, obecność jonów Ca^{2+} wpływa na ciśnienie osmotyczne w kapilarach, przyspieszając proces krzepnięcia. 7) Stosowanie nowoczesnych opatrunków specjalistycznych w zależności od fazy gojenia się rany: a. faza oczyszczania rany (faza zapalna/wysiękowa) (opatrunki piankowe, opatrunki z alginianów wapnia, opatrunki do aktywnego oczyszczania ran, w przypadku ran zakażonych lub zagrożonych zakażeniem celowe może być oprócz opatrunków hydroaktywnych, dodatkowe zastosowanie opatrunków zawierających srebro); b. faza ziarninowania (opatrunki piankowe, opatrunki hydrokoloidowe, opatrunki hydrożelowe, opatrunki z alginianów wapnia, opatrunki do aktywnego oczyszczania ran); c. faza epitelizacji (opatrunki hydrokoloidowe, opatrunki hydrożelowe, samoprzylepne opatrunki przezroczyste). 8) Nowoczesne metody wykorzystywane w leczeniu ran przewlekłych: a. opatrunki nowej generacji; b. terapia podciśnieniem;

	c. terapia tlenem w komorze hiperbarycznej; d. terapia ozonowa; e. biochirurgia z wykorzystaniem sterylnych larw muchy zielonej/Lucilia sericata; f. zastosowanie płytkopochodnego czynnika wzrostu (PDGF). 9) Kompetencje pielęgniarki w leczeniu ran: a. dobór rodzaju opatrunku zgodnego z rodzajem rany/etapem gojenia się rany; b. zmiana opatrunku zgodnie z obowiązującymi standardami; c. ocena bieżących efektów gojenia się rany; d. ocena rany w kierunku zakażenia/kolonizacji; e. ocena nasilenia dolegliwości bólowych; f. zdejmowanie szwów; g. dobór środków do pielęgnacji w przypadku powstania blizny; h. dokumentowanie podjętych działań pielęgnacyjnych w indywidualnej dokumentacji pacjenta/historii pielęgnowania; i. edukacja pacjenta w zakresie: • systematycznego przyjmowania leków związanych z występowaniem chorób współistniejących np. cukrzycy; • utrzymania higieny okolicy rany i całego ciała; • wpływu żywienia na proces gojenia się ran. 10) Profilaktyka przeciwtężcowa: a. postępowanie przeciwtężcowe w zależności od otrzymania ostatniej szczepionki; b. rodzaje surowic i miejsce wkłucia immunogloguliny przeciwtężcowej i anatoksyny tężcowej. 11) Profilaktyka wścieklizny: a. określenie stopnia zagrożenia życia ze względu na miejsce pogryzienia; b. objawy kliniczne wścieklizny z podziałem na poszczególne fazy; c. zasady udzielenia pierwszej pomocy osobie pogryzionej przez zwierzę podejrzane o wściekliznę; d. zasady szczepienia poekspozycyjnego. 12) Profilaktyka zgorzeli gazowej: a. definicja zgorzeli gazowej; b. postacie kliniczne zgorzeli gazowej;

	c. zasady postępowania chirurgicznego w zgorzeli gazowej; d. zasady izolacji pacjenta ze zgorzelą gazową.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Noszczyk W. (red.): *Chirurgia*, t. I i II. PZWL, Warszawa 2009 2. Szewczyk M., Jawień A. (red.): *Leczenie ran przewlekłych*. PZWL, Warszawa 2013 3. Wołowicka L., Dyk D. (red.*): Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, Warszawa 2014 **Literatura uzupełniająca:** 1. Fibak J. (red.): *Chirurgia. Podręcznik dla studentów*. PZWL, Warszawa 2010 2. Dobrogowski J., Wordliczek J. (red): *Leczenie bólu*. PZWL, Warszawa 2014 3. Sobotka L.: *Podstawy żywienia klinicznego*. PZWL, Warszawa 2013 4. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.: *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*. PZWL, Warszawa 2008 5. Walewska E., Ścisło L. (red.): *Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, Warszawa 2013
Wymiar, zasady i forma odbywania staży, w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 35 godz. Miejsce odbywania stażu: Oddział chirurgiczny ogólny z salą opatrunkową.

5.3. MODUŁ III

Nazwa modułu	**OCENA STANU ZDROWIA PACJENTA W CHIRURGII**
Cel kształcenia	**Celem modułu jest** uzyskanie specjalistycznych umiejętności w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta ze schorzeniami chirurgicznymi.
Efekty kształcenia dla modułu	W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji: **W zakresie wiedzy:** W19. określa rodzaj i charakter obrażeń mogących wystąpić u pacjenta urazowego; W20. charakteryzuje techniki i metody zbierania informacji o poszkodowanym; W21. wyjaśnia zasady prowadzenia i dokumentowania badania podmiotowego i przedmiotowego; W22. przedstawia zasady wykonywania szybkiego badania urazowego oraz szczegółowego; W23. omawia podstawowe skale służące do oceny stanu zdrowia pacjenta urazowego; W24. charakteryzuje objawy otrzewnowe; W25. omawia techniki i metody badania podmiotowego i przedmiotowego jamy brzusznej; W26. charakteryzuje zasady diagnozowania i różnicowania chorób jamy brzusznej; W27. określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny pacjenta chirurgicznego; W28. wymienia sposoby dokumentowania oceny stanu zdrowia pacjenta chirurgicznego. **W zakresie umiejętności potrafi:** U11. przeprowadzić badanie podmiotowe pacjenta; U12. analizować dokumentację medyczną (m.in. karty informacyjne leczenia szpitalnego, skierowanie do szpitala); U13. przeprowadzić ukierunkowane badanie fizykalne dorosłego według przyjętego schematu, w tym wykonać pomiar tętna, oddechu, ciśnienia tętniczego krwi; U14. rozpoznać i różnicować objawy otrzewnowe; U15. wykonać badanie palcem przez odbyt; U16. badać tętno na tętnicach kończyn górnych i dolnych; U17. stosować i interpretować wyniki uzyskane w oparciu o skale oceny stanu zdrowia; U18. ocenić zmieniający się stan zdrowia pacjenta w zakresie niezbędnym do modyfikacji postępowania pielęgniarskiego w chirurgii;

	U19. formułować diagnozę pielęgniarską w oparciu o rozpoznany stan zdrowia; U20. podjąć działania pielęgnacyjne w oparciu o stan zdrowia pacjenta; U21. dokumentować wywiad i przeprowadzone badania w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta chirurgicznego. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką; K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być: 1. pielęgniarka posiadająca tytuł magistra pielęgniarstwa i posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 roku lub ukończony kurs „Advanced Physical Assessment", posiadająca nie mniej 5-letni staż pracy w zawodzie, jak również aktualne doświadczenie kliniczne będące przedmiotem kształcenia; 2. lekarz posiadający specjalizację co najmniej I stopnia.
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 18 godz. Ćwiczenia – 7 godz. w grupach 8–10-osobowych Staż – 7 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 32 godz.** • wykłady – 18 godz. • ćwiczenia – 7 godz. • staż – 7 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 28 godz.** • przygotowanie się do ćwiczeń – 13 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 15 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 60 godz.**

Stosowane metody dydaktyczne	Wykład informacyjny, wykład problemowy, dyskusja dydaktyczna, pokaz, ćwiczenia w warunkach symulowanych, ćwiczenia kliniczne, film.
Stosowane środki dydaktyczne	Laptop, rzutnik multimedialny, prezenter, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych, procedury tematyczne, skale do oceny stanu zdrowia, wzory dokumentowania badania, sprzęt do badania fizykalnego wg załącznika nr 1.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia modułu	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy**: test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania oceny pozytywnej jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności**: kontrola praktyczna – przeprowadzenie badania fizykalnego pacjenta z losowo wybranym schorzeniem chirurgicznym. **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych**: obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Określenie rodzaju i charakteru obrażeń na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta po urazie (teoria 8 godz., ćwiczenia 3 godz. –** *Badanie przedmiotowe pacjenta po urazie z wykorzystaniem skal***).** 1) Wstępna ocena poszkodowanego (badanie ABC): a. ogólne wrażenie (ogólny wygląd, wiek, pozycja ciała, aktywność poszkodowanego, widoczne urazy lub krwawienia); b. określenie stanu świadomości (podczas unieruchamiania kręgosłupa szyjnego): skala śpiączki (GCS), AVPU, skala urazu (TS); c. ocena drożności dróg oddechowych, oddechu, tętna; d. wywiad wg schematu SAMPLE (objawy, uczulenia, leki, przebyte choroby, ostatni posiłek, ostatnia miesiączka, inne okoliczności). 2) Szybkie badanie urazowe: a. ocena głowy: obecność guzów, krwiaków, ran, stabilność kości czaszki, twarzoczaszki, źrenice (szerokość, reaktywność, wielkość), wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego, krwawienia; b. ocena szyi: tkliwość, napięcie, deformacja wyrostków kręgosłupa szyjnego, stan wypełnienia żył szyjnych zewnętrznych oraz położenie tchawicy; c. ocena klatki piersiowej: bolesność, symetria, wentylacja – unoszenie się klatki piersiowej, rany, otarcia, odma, wiotka klatka piersiowa, oddech paradoksalny, badanie palpacyjne: stabilność, bolesność, deformacja, stwierdzenie osłuchowo szmerów oddechowych i ich ocena; d. ocena brzucha: bolesność, krwiaki, siniaki, rany, tkliwość i napięcie, zwiększenie obwodu;

	e. ocena miednicy: tkliwość, zniekształcenia, trzeszczenia, niestabilność; f. ocena kończyn: bolesność, brak czucia, zniekształcenia, niestabilność, trzeszczenia, złamania, rany, obrzęki, ruchomość palców rąk i stóp. 3) Badanie szczegółowe: a. ocena parametrów życiowych: ciśnienie tętnicze, tętno, oddech; b. ocena neurologiczna: stan świadomości (GCS), orientacja auto- i allopsychiczna, pomiar glikemii, saturacja krwi za pomocą pulsoksymetru, ocena źrenic, czynności motorycznych (poruszanie palcami rąk i stóp), czucia; c. ponowna szczegółowa ocena obrażeń stwierdzonych uprzednio ze szczególnym zwróceniem uwagi na dolegliwości podawane przez chorego (głowy, szyi, klatki piersiowej, brzucha, miednicy, kończyn, pleców i pośladków). 4) Ocena umiejscowienia i rozległości obrażeń w poszczególnych częściach ciała i charakteru zaburzeń fizjologicznych spowodowanych urazem, wiekiem i chorobami towarzyszącymi (skala APACHE II). **2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe w chorobach chirurgicznych jamy brzusznej (teoria 6 godz., ćwiczenia 3 godz. –** *Badanie fizykalne pacjenta z chirurgicznymi chorobami jamy brzusznej***).** 1) Ogólne zasady zbierania wywiadu (nawiązanie kontaktu, zyskanie zaufania i przełamanie bariery wstydu, oddzielny pokój do badania, wyjaśnienie celu badania, empatia, aktywne słuchanie, używanie słów zrozumiałych dla pacjenta, formułowanie jasno sprecyzowanych pytań, modyfikowanie planu badania w zależności od stanu chorego). 2) Podstawowy schemat wywiadu od osób z chirurgicznymi chorobami jamy brzusznej: a. ból brzucha (początek, natężenie, umiejscowienie, promieniowanie, charakter, czynniki nasilające i łagodzące, poprzednie epizody takiego samego bólu); b. nudności, wymioty (okoliczności – związek z bólem i posiłkami, treść – wygląd, ilość); c. zaburzenia łaknienia, trudności w połykaniu (zmiana łaknienia, zmiana masy ciała, trudności w połykaniu pokarmów stałych, płynnych, papkowatych, odbijania i zgaga); d. wypróżnienia (kiedy było ostatnie, czy są regularne, jaka jest ich konsystencja – twarde, uformowane, luźne, zabarwienie i domieszki stolca – krew, śluz, ropa, pasożyty, czy w czasie wypróżnienia pojawia się ból, czy wypróżnienie nasila lub łagodzi ból, wzdęcia brzucha); e. zaburzenia ze strony układu moczowego i narządów płciowych (ostatnia miesiączka, zaburzenia

	miesiączkowania, wydzielina z dróg rodnych, preferencje seksualne, oddawanie moczu – częstość, ból i pieczenie podczas oddawania moczu, wygląd moczu); f. choroby przebyte (choroby współistniejące i przebyte, ze szczególnym uwzględnieniem chorób i dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, przebyte operacje i inne urazy, przyjmowane leki); g. używki i wywiad rodzinny (choroby przewodu pokarmowego w rodzinie, z uwzględnieniem chorób nowotworowych, używki – tytoń, alkohol, inne substancje). 3) Podstawowy schemat badania fizykalnego osób z chirurgicznymi chorobami jamy brzusznej: a. ocena stanu ogólnego, wyrazu twarzy, ułożenie; b. oglądanie brzucha (zmiany skórne, kształt brzucha, ruchomość oddechowa powłok brzusznych, tętnienie powłok, uwypuklenie w pachwinie, wybroczyny i zasinienia podskórne, wzdęcie brzucha, obecność blizn, typ owłosienia, poszerzenie żył w nad- i śródbrzuszu, tętnienie aorty nad pępkiem, ruchy perystaltyczne jelit, obecność przepuklin, oglądanie okolicy okołoodbytniczej); c. osłuchiwanie brzucha (osłuchanie wszystkich kwadrantów brzucha, ocena obecności szmerów jelitowych, perystaltyka); d. opukiwanie brzucha (charakter odgłosu opukowego, obecność wzdęć, płynu, określenie wielkości wątroby, śledziony, pęcherza moczowego); e. obmacywanie brzucha (miejsca bolesności przy palpacji, obrony mięśniowej, występowanie objawów otrzewnowych, obecność nieprawidłowych mas, badanie kanałów pachwinowych pod kątem obecności przepuklin, obecność przepuklin, nieprawidłowych mas lub bolesności przy badaniu worka mosznowego, badanie jąder; badanie objawów patologicznych – Blumberga, Rovsinga, Jaworskiego, Goldflama, Chełmońskiego, Courvoisiera, Murphy'ego, Kehra, chełbotania); f. badanie per rectum: ocena występowania nieprawidłowych mas (guzki krwawnicze, kłykciny kończyste, polipy, guzy nowotworowe), bolesność przy palpacji, zabarwienia stolca. 4) Diagnostyka różnicowa objawów ostrych chorób jamy brzusznej (m.in.: zapalenie otrzewnej, ostre zapalenie trzustki, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, uwięźnięcie przepukliny, niedrożność jelit, ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, obrażenia brzucha). **3. Ocena tętnic i żył (teoria 3 godz., ćwiczenia 1 godz. –** *Badanie fizykalne pacjenta z chorobami tętnic i żył***).** 1) Badanie i ocena tętna na tętnicach: udowej, podkolanowej, grzbietowej stopy, piszczelowej tylnej (za kostką

	przyśrodkową) oraz tętnicach: pachowej, promieniowej, łokciowej itd. (w miażdżycy tętno może być słabo wyczuwalne lub może go nie być, wytwarza się wtedy krążenie oboczne). 2) Szczególna ocena tętnic i żył przy złamaniach (jeżeli po repozycji tętno nie powraca, należy zweryfikować to chirurgicznie, 6–7 godzin niedokrwienia powoduje utratę kończyny). 3) Ostre niedokrwienie kończyn: wczesne rozpoznanie, objawy kliniczne (ból, bladość, brak tętna, parestezja – brak czucia, przeraźliwe zimno, bardziej nasilone u osoby, która była wcześniej zdrowa i nie ma krążenia obocznego). **4. Dokumentowanie działań (1 godz.)** 1) Dokumentowanie badania i rozpoznanych zmian w postaci graficznej oraz za pomocą przyjętych skal lub kwestionariuszy. 2) Formułowanie diagnoz pielęgniarskich.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Kulig J., Nowak W.: *Ostry brzuch*. PZWL, Warszawa 2007 2. Krajewska-Kułak E., Szczepański M.: *Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych*. Wyd. Czelej, Lublin 2008 3. Kózka M., Rumian B., Maślanka M.: *Pielęgniarstwo ratunkowe*. PZWL, Warszawa 2013 **Literatura uzupełniająca:** 1. Allan M.A., Marsh J.: *Wywiad i badanie przedmiotowe*. Urban & Partner, Wrocław 2004 2. Bickley L.S.: *Kieszonkowy przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym*. Termedia, Poznań 2014 3. Dyk D. (red.): *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. PZWL, Warszawa 2013 4. Szewczyk M.T. i wsp.: *Badanie fizykalne i postępowanie pielęgniarskie w schorzeniach układu naczyniowego kończyn dolnych*. „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” 2012, 6(2):43–51 5. Mościcka P. i wsp.: *Badanie fizykalne układu naczyniowego*. *Część druga*. „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” 2013, 7(3):79–83
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 7 godz. Miejsce odbywania stażu: Oddział chirurgiczny ogólny albo Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej

5.4 MODUŁ IV

Nazwa modułu	**PIELĘGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ**
Cel kształcenia	**Celem modułu jest** przygotowanie pielęgniarki do sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi z raną oraz ze schorzeniami narządów jamy brzusznej, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego i otyłością olbrzymią leczonymi chirurgicznie.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W29. omawia patofizjologię oraz zasady postępowania w leczeniu odleżyn; W30. przedstawia działania podejmowane w profilaktyce odleżyn; W31. przedstawia problemy w opiece nad chorym z raną nowotworową; W32. omawia czynniki ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej; W33. omawia problemy pielęgnacyjne chorych z zakażoną raną pooperacyjną; W34. wskazuje działania zapobiegające zakażeniu rany pooperacyjnej; W35. przedstawia zasady izolacji chorych z zakażeniem; W36. omawia etiopatogenezę, obraz kliniczny, techniki diagnostyczne i metody oceny stanu zdrowia w chorobach układu pokarmowego; W37. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego przebiegających z objawami zapalenia otrzewnej; W38. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego leczonych w trybie planowym; W39. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego przebiegających z objawami krwawienia do przewodu pokarmowego; W40. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z chorobą układu pokarmowego leczonym chirurgicznie w trybie pilnym i w trybie planowym; W41. omawia problemy pielęgnacyjne chorych z wyłonioną stomią jelitową; W42. omawia obraz kliniczny, techniki diagnostyczne, metody oceny stanu zdrowia i zasady leczenia chirurgicznego w chorobach gruczołów wydzielania wewnętrznego; W43. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym leczonym operacyjnie z powodu choroby

	gruczołu wydzielania wewnętrznego; W44. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne u chorych ze schorzeniami układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym; W45. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym leczonym operacyjnie z powodu nowotworu; W46. omawia etiopatogenezę, obraz kliniczny, techniki diagnostyczne i zasady leczenia operacyjnego w chorobach gruczołu piersiowego; W47. przedstawia metody usprawniania fizycznego i psychicznego pacjentów po leczeniu operacyjnym z powodu nowotworu; W48. omawia metody leczenia operacyjnego otyłości olbrzymiej. **W zakresie umiejętności potrafi:** U22. ocenić ryzyko i podjąć działania profilaktyczne u chorego z ryzykiem odleżyny; U23. rozpoznać czynniki ryzyka zakażeń chirurgicznych; U24. podjąć działania pielęgnacyjno-terapeutyczne w leczeniu miejscowym i ogólnym pacjenta z zakażeniem rany pooperacyjnej; U25. pobrać materiał do badań bakteriologicznych; U26. przygotować pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych w schorzeniach układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego oraz sprawować opiekę po badaniu; U27. interpretować objawy chorobowe charakterystyczne dla chorób układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego; U28. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu; U29. przygotować pacjenta ze schorzeniem układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego do leczenia operacyjnego w trybie pilnym i planowym; U30. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego leczonego chirurgicznie w trybie pilnym i planowym; U31. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym; U32. podjąć działania pielęgnacyjne u pacjentów z drenażem, zgłębnikiem dożołądkowym, zgłębnikiem

	dojelitowym, gastrostomią; U33. wyznaczyć miejsce wyłonienia stomii jelitowej; U34. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorego z wyłonioną stomią jelitową; U35. uczestniczyć w klasyfikacji, ocenie objawów i leczeniu chirurgicznym chorób onkologicznych; U36. rozpoznać stan zagrożenia życia u chorych leczonych chirurgicznie; U37. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorych po zabiegu bariatrycznym; U38. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby, zastosowanego leczenia schorzeń układu pokarmowego/gruczołu wydzielania wewnętrznego/gruczołu piersiowego. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką; K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: <u>pielęgniarka</u> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; <u>lekarz</u> 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie chirurgii, onkologii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć	Wykłady – 90 godz.

dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Staż – 63 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 153 godz.** • wykłady – 90 godz. • staż – 63 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 67 godz.** • przygotowanie się do stażu – 25 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 42 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 220 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, studium przypadku, dyskusja dydaktyczna, zajęcia stażowe.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik multimedialny, plansze, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia modułu	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy**: test jednokrotnego wyboru składający się z 60 pytań, kryterium uzyskania oceny pozytywnej jest udzielenie odpowiedzi na 70% pytań egzaminacyjnych. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności**: obserwacja pracy uczestnika specjalizacji; karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia (zamieszczonych w programie zajęć stażowych). **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych**: obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Pielęgnowanie pacjenta z raną odleżynową (5 godz.)** 1) Definicja, czynniki ryzyka wystąpienia odleżyny (siły mechaniczne, siły ścinające, długotrwałe unieruchomienie, wilgoć, maceracja, czynniki socjalne i ekonomiczne, niedowłady, stan ogólny i zaburzenia stanu odżywienia, odwodnienie, zaburzenia naczyniowe, zaburzenia czucia i choroby neurologiczne, czynniki niezależne od chorego). 2) Wybrane skale oceniające ryzyko wystąpienia odleżyny (np. Norton, Douglas, Waterlow, Braden). 3) Ocena rany odleżynowej. 4) Wybrane klasyfikacje oceny rany odleżynowej (klasyfikacja: NPUAP *ang. National Pressure Ulcer Advisory Panel*, EPUAP *ang. European Pressure Ulcer Advisory Panel,* Torrance'a, Campbella, Enisa i Sormiento, Yarkony'ego i Kirka).

	5) Leczenie miejscowe rany odleżynowej: a. strategia TIME, b. zastosowanie wybranych nowoczesnych opatrunków w leczeniu miejscowym rany odleżynowej; c. oczyszczanie rany za pomocą środków enzymatycznych, mechanicznych, biologicznych; d. chirurgiczne opracowanie rany odleżynowej; e. zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej. 6) Zalecenia grupy ekspertów w profilaktyce i leczeniu odleżyn. **2. Pielęgnowanie pacjenta z raną w przebiegu choroby nowotworowej (2 godz.)** 1) Rodzaj nowotworów, w przebiegu których występują rany/owrzodzenia nowotworowe. 2) Lokalizacja zmian skórnych przerzutowych. 3) Postacie przewlekłych ran nowotworowych. 4) Ocena rany nowotworowej: czterostopniowa klasyfikacja National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), „Kolorowy system oceny rany" RYB – Red (R), Yellow (Y), Black (B), czterostopniowa Skala Malignant Cutaneous (MCW). 5) Problemy terapeutyczne w leczeniu rany nowotworowej (dolegliwości somatyczne, problemy psychosocjalne). 6) Leczenie miejscowe rany w przebiegu choroby nowotworowej. 7) Leczenie ogólne rany w przebiegu choroby nowotworowej (wyeliminowanie antykoagulantów, leki przeciwkrwotoczne, przetaczanie preparatów krwi, embolizacja naczyń, radioterapia, zastosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, leki przeciwobrzękowe, przeciwgorączkowe, aromatoterapia). **3. Pielęgnowanie chorego z raną pooperacyjną (3 godz.)** 1) Rana pooperacyjna w klasyfikacji zależnej od stopnia czystości: czyste, czyste-skażone, skażone, brudne: a. czynniki zwiększające ryzyko zakażenia rany związane z pacjentem, środowiskiem szpitalnym, przygotowaniem pacjenta do zabiegu operacyjnego, środowiskiem bloku operacyjnego, procedurą chirurgiczną na bloku operacyjnym; b. skale oceniające ryzyko zakażenia (NNIS Risk Index – Index ryzyka według stopnia czystości miejsca operowanego). 2) Zakażenie miejsca operowanego (ZMO) według CDC: a. leczenie miejscowe w zakażeniu miejsca operowanego:

	• analiza indywidualnych czynników ryzyka zakażenia, • opracowanie chirurgiczne rany, • sączkowanie/ drenaż rany bierny lub czynny, • nowoczesne opatrunki aktywne z możliwością utrzymania wilgotnego środowiska, • systemy próżniowe. 3) Zapobieganie i postępowanie w zakażeniach chirurgicznych: a. definicja zakażenia chirurgicznego; b. funkcjonowanie układu odpornościowego (bariery fizyczne, odporność swoista (limfocyty T i B), odporność nieswoista (układ białek dopełniacza, białka ostrej fazy, cytokiny), flora fizjologiczna pacjenta, czynniki ryzyka, źródła, drogi i sposoby szerzenia się zakażeń); c. rodzaj zakażeń chorobotwórczych: bakteryjne (tlenowe, beztlenowe), wirusowe, grzybicze, prionowe; d. rodzaje zakażeń u chorych chirurgicznych: • zakażenia skóry i tkanek miękkich (czyrak, ropień, zastrzał, róża), • zakażenia pooperacyjne (zakażenie rany, zakażenie w oparzeniach, zakażenia odcewnikowe), • zakażenia uogólnione (posocznica); e. postępowanie w przypadku zakażenia chirurgicznego; f. profilaktyka zakażeń chirurgicznych. **4. Choroby przewodu pokarmowego (5 godz.).** 1) Etiopatogeneza chorób przewodu pokarmowego. 2) Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych w schorzeniach przewodu pokarmowego: a. wywiad (dolegliwości bólowe, obecność gorączki, zgagi, wymiotów, krwi w wydzielinach, krwawienia z odbytu, trudności w połykaniu, zaburzenia podczas defekacji, zaburzenia łaknienia, żółtaczka, zmiany masy ciała) i badanie przedmiotowe w chorobach układu pokarmowego; b. zasady przygotowania pacjenta do badań: • biochemicznych (w tym markerów nowotworowych), • endoskopowych (gastroskopia, kolonoskopia), • radiologicznych, • sonograficznych i tomografii komputerowej,

	• kontrastowych dróg żółciowych (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna – ECPW; cholangiografii przezskórnej – PTC), • naczyniowych, • radioizotopowych, • biopsji i badań cytologicznych, • punkcji jamy brzusznej. **5. Choroby przewodu pokarmowego leczone w trybie pilnym (22 godz.)** 1) Zapalenie otrzewnej: a. objawy (wstrząs, szybkie tętno, bolesność uciskowa brzucha, obrona mięśniowa, objaw Blumberga, brak perystaltyki, wzdęcie, wymioty); b. przyczyny (ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, wrzód żołądka lub dwunastnicy, ostre martwicze zapalenie pęcherzyka żółciowego, wrzodziejące zapalenie okrężnicy, choroba Leśniowskiego-Crohna, zawał jelita, zadzierzgnięcie jelita, ostre zapalenie trzustki, zapalenie uchyłku okrężnicy, uraz brzucha, powikłania pooperacyjne, paciorkowce, gronkowce, pneumokoki); c. zasady postępowania chirurgicznego. 2) Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego: a. objawy (triada objawów); b. postacie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego; c. różnicowanie objawów; d. kwalifikacja do zabiegu operacyjnego; e. postępowanie w przypadku powikłań (ropień okołowyrostkowy). 3) Perforacja żołądka: a. objawy (nagły silny ból w nadbrzuszu, deskowate napięcie mięśni brzucha, objawy wstrząsu); b. metody leczenia (wagotomia z plastyką odźwiernika/resekcja żołądka, ocena histopatologiczna). 4) Ostre choroby wątroby i ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego (obrażenia wątroby, ropień wątroby, ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, kamica przewodu żółciowego wspólnego): a. różnicowanie objawów, różnicowanie żółtaczek (mechaniczna, miąższowa, hemolityczna); b. zakres resekcji wątroby (hemihepatektomia, segmentektomia, nieanatomiczne resekcje wątroby); c. powikłania po leczeniu operacyjnym.

	5) Ostre zapalenie trzustki (obrzękowa, martwiczo-krwotoczna, septyczna): a. przyczyny i objawy ostrego zaplenia trzustki (OZT); b. czynniki wpływające na rokowanie w OZT; c. wskazania do operacyjnego leczenia OZT; d. metoda otwartego brzucha „open abdomen”; e. powikłania OZT miejscowe i ogólne. 6) Niedrożność jelit: a. definicja, postacie niedrożności, przyczyny występowania niedrożności; b. objawy; c. zasady postępowania zachowawczego (zgłębnik Millera-Abbota), leczenie operacyjne. 7) Choroby przewodu pokarmowego leczone w trybie pilnym – grupa chorób charakteryzująca się krwawieniem do przewodu pokarmowego: a. krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego (wrzód trawienny dwunastnicy, żołądka, żylaki przełyku): • patofizjologia, źródła krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego, • podział aktywności zmian krwawiących wg Forresta, • objawy, • postępowanie endoskopowe: metody termiczne, metody nietermiczne; zgłębnik Sengstakena-Blakemore’a; zabieg operacyjny (resekcja części żołądka i dwunastnicy/ wagotomia); b. krwawienia do dolnego odcinka przewodu pokarmowego: • przyczyny krwawienia, objawy, leczenie zachowawcze, diagnostyka endoskopowa. **6. Choroby zapalne jelit leczone operacyjnie (3 godz.)** 1) Choroba Leśniowskiego-Crohna (objawy; powikłania – zwężenie światła jelita prowadzące do niedrożności, przetoki, krwawienia; wskazania do leczenia operacyjnego; metody leczenia chirurgicznego (zabiegi ograniczone do usuwania zwężeń powodujących niedrożność jelita); powikłania choroby; zespół krótkiego jelita; odżywianie chorych. 2) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (objawy; powikłania – przedziurawienie okrężnicy, zapalenie stawów, ogólne wyniszczenie, megacolon toxicum); postępowanie operacyjne – proktokolektomia, ileostomia.

	7. Choroby przewodu pokarmowego leczone w trybie planowym (20 godz.) 1) Rak przełyku (objawy – dysfagia, bóle za mostkiem, kaszel, chrypka, kaszel ze śladami krwi; postępowanie chirurgiczne – wycięcie, zespolenie z żołądkiem/jelitem, chemioterapia, radioterapia, protezowanie, gastrostomia. 2) Przepuklina rozworu przełykowego (typy przepuklin; objawy dyspeptyczne, bóle w klatce piersiowej; metody leczenia chirurgicznego). 3) Rak żołądka: stany przedrakowe; klasyfikacja (typ jelitowy/rozlany); objawy (utrata apetytu, chudnięcie, bóle, wymioty, niedokrwistość, achlorhydria); postępowanie operacyjne (resekcja żołądka, subtotalna gastrektomia z węzłami chłonnymi, zespolenie przełyku z jelitem, zbiornik jelitowy, leczenie uzupełniające). 4) Kamica żółciowa (czynniki ryzyka; objawy; powikłania; leczenie operacyjne metodą laparoskopową/klasyczną; dren Kehra). 5) Rak dróg żółciowych (objawy (bezbolesna żółtaczka, świąd skóry, objaw Courvoisiera); postępowanie operacyjne, operacje paliatywne). 6) Rak trzustki (objawy: bezbolesna żółtaczka, objaw Courvoisiera); umiejscowienie zmian nowotworowych; postępowanie chirurgiczne (operacja Whipple'a, operacje paliatywne). 7) Rak jelita grubego: a. stany przedrakowe w jelicie grubym (m.in.: polipy jelita grubego i odbytnicy); b. klasyfikacja wg Dukesa; c. objawy w zależności od miejsca występowania, guzy synchroniczne; d. postępowanie chirurgiczne (hemikolektomia, operacja Hartmanna, brzuszno-kroczowe odjęcie odbytnicy, zabiegi paliatywne, kolostomia, leczenie uzupełniające). 8) Ropień okołoodbytniczy i przetoka okołoodbytnicza (objawy, leczenie chirurgiczne). 9) Hemoroidy (przyczyny, objawy, leczenie zabiegowe). 10) Przepukliny brzuszne (przyczyny, rodzaje przepuklin (przepuklina uwięźnięta), leczenie operacyjne, wszczepy syntetyczne). **8. Stomia jelitowa (5 godz.)** 1) Wskazania do wykonania stomii jelitowej; zasady wyznaczenia miejsca stomii jelitowej; zaopatrzenie stomii jelitowej; edukacja chorych ze stomią; odżywianie chorych ze stomią; powikłania ogólnoustrojowe i miejscowe powikłania okołostomijne; zapobieganie powikłaniom; irygacja stomii; zasady refundacji sprzętu

	stomijnego; wsparcie chorego ze stomią. **9. Opieka nad chorym z chorobami przewodu pokarmowego w okresie okołooperacyjnym (5 godz.)** 1) Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego: a. wywiad z chorym; b. ocena wskazań i przeciwwskazań do operacji (konsultacje specjalistyczne); c. ocena ogólnego stanu chorego, monitorowanie parametrów życiowych; d. przygotowanie psychiczne; e. ocena stanu odżywienia; f. przygotowanie pola operacyjnego; g. pobranie badań podstawowych i interpretacja wyników; h. uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych, przetaczanie preparatów krwi, przygotowanie żywieniowe do zabiegu; i. ocena wskazań do założenia zgłębnika do żołądka i cewnikowania pęcherza moczowego; j. podanie premedykacji. 2) Opieka pooperacyjna: a. monitorowanie stanu ogólnego pacjenta; b. przyprowadzenie bilansu wodno-elektrolitowego; c. ułożenie pacjenta w zależności od rodzaju znieczulenia; d. kontrola rany pooperacyjnej, założonego drenażu; e. pielęgnowanie chorego ze zgłębnikiem żołądkowym; f. antybiotykoterapia okołooperacyjna; g. profilaktyka przeciwzakrzepowa; h. ocena nasilenia bólu i podejmowanie działań przeciwbólowych; i. ocena drożności i pielęgnacja wkłucia obwodowego/centralnego; j. odżywianie chorych w schorzeniach przewodu pokarmowego, edukacja w zakresie zaleceń dietetycznych w warunkach domowych; k. zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym; l. działania usprawniające, pionizacja, nadzór/pomoc w wykonywaniu ćwiczeń oddechowych/usprawniających/ kondycyjnych;

m. systematyczne badania kontrolne/laboratoryjne po operacji;
n. prowadzenie dokumentacji, w tym historii pielęgnowania;
o. edukacja pacjenta/rodziny w zakresie działań pielęgnacyjnych w warunkach domowych.

10. Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego (10 godz.)

1) Etiopatogeneza chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego.
2) Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych w schorzeniach gruczołów wydzielania wewnętrznego:
   a. w chorobach tarczycy:
      - oznaczenie stężeń tyreotropiny oraz hormonów tarczycy w osoczu,
      - test stymulacji wydzielania tyreotropiny po podaniu tyreoliberyny,
      - scyntygrafia tarczycy,
      - ultrasonografia tarczycy,
      - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy,
      - metody obrazujące gruczoł tarczowy (radiogram klatki piersiowej, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna);
   b. w chorobach kory nadnerczy:
      - oznaczanie dobowego wydzielania z moczem hormonów kory nadnerczy,
      - ultrasonografia,
      - scyntygrafia nadnerczy,
      - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa nadnerczy,
      - metody obrazujące (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny).
3) Choroby tarczycy: wole guzkowe obojętne, wole nadczynne guzkowe, choroba Gravesa-Basedowa, rak tarczycy.
   a. patofizjologia (zaburzenia czynnościowe lub strukturalne gruczołu tarczowego);
   b. objawy (duszność wdechowa, świst wdechowy, związane z wzmożoną przemianą materii, pobudzeniem układu nerwowego, ze strony układu krążenia, przewodu pokarmowego, zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia oczne);
   c. wskazania do leczenia operacyjnego nadczynności tarczycy;
   d. leczenie operacyjne.

	4) Choroby kory nadnerczy: Zespół Cushinga, guz chromochłonny nadnerczy. a. patofizjologia (nadmiar glikokortykosteroidów, amin katecholowych); b. objawy (dotyczące wzmożonego katabolizmu białka, wywołane zaburzeniami metabolicznymi, związane z funkcjonowaniem przewodu pokarmowego, rozwój zmian miażdżycowych, powikłania sercowo-naczyniowe, występowanie nadciśnienia tętniczego, zaburzenia cyklu miesiączkowego); c. zasady postępowania. 5) Opieka nad chorym z chorobami gruczołów wydzielania wewnętrznego w okresie okołooperacyjnym (wyrównanie chorób współistniejących, monitorowanie stanu ogólnego pacjenta, zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym, systematyczne badania kontrolne, okresowa lub stała substytucja hormonalna). **11. Choroby gruczołu piersiowego (5 godz.)** 1) Zapalenie gruczołu piersiowego: a. patofizjologia (karmienie piersią, implanty silikonowe piersi); b. objawy; c. rozpoznanie (wywiad w zakresie ogólnego stanu zdrowia, badanie fizykalne piersi, USG); d. zasady postępowania (opróżnianie gruczołu piersiowego z zalegającego pokarmu, leczenie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, antybiotykoterapia). 2) Ropień gruczołu piersiowego: a. patofizjologia (infekcja bakteryjna); b. objawy; c. rozpoznanie (wywiad w zakresie ogólnego stanu zdrowia, badanie fizykalne piersi, USG); d. zasady postępowania (nacięcie ropnia/sączkowanie, antybiotykoterapia). 3) Rak gruczołu piersiowego: a. patofizjologia (czynniki ryzyka); b. objawy; c. rozpoznanie (wywiad, badanie przedmiotowe/fizykalne gruczołu piersiowego, USG piersi, biopsja cienkoigłowa/gruboigłowa piersi, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badanie histopatologiczne wycinka pobranego śródoperacyjnie); d. zasady postępowania – leczenie specjalistyczne, zabiegi oszczędzające (wycięcie fragmentu guza,

	kwadrantektomia, wycięcie łatwo dostępnych zmian przerzutowych), operacje radykalne (mastektomia metodą Pateya, Maddena, Halsteda, leczenie uzupełniające przedoperacyjne i pooperacyjne), operacje odtwórcze; szczególne postacie raka piersi (rak Pageta, obustronny rak piersi, zapalny rak piersi, rak piersi w czasie ciąży, rak piersi u mężczyzny). 4) Opieka nad chorą/chorym ze schorzeniami gruczołu piersiowego w okresie okołooperacyjnym: a. przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego zgodnie z obowiązującymi standardami; b. monitorowanie stanu ogólnego pacjenta; c. obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej/ocena przesiąkania/zmiana zgodna z przyjętymi zasadami z zachowaniem aseptyki; d. kontrola prawidłowości funkcjonowania drenażu; e. ustalenie terapii płynowej zgodnie z prowadzonym bilansem wodno-elektrolitowym; f. podejmowanie i ocena skuteczności działań przeciwbólowych; g. pomoc w utrzymaniu higieny ciała; h. zapobieganie wystąpieniu obrzęku limfatycznego; i. zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego; j. udzielenie informacji dotyczących dalszych etapów leczenia i pielęgnacji; k. edukacja pacjenta w zakresie ochrony kończyny górnej; l. edukacja pacjenta w zakresie postępowania dietetycznego, kontynuowania procesu rehabilitacji fizycznej, konieczność prawidłowego doboru protezy. 5) Profilaktyka chorób gruczołu piersiowego. **12. Chirurgiczne leczenie otyłości (5 godz.)** 1) Rodzaje zabiegów bariatrycznych: a. metody restrykcyjne (pionowa plastyka żołądka, założenie regulowanej przewiązki na żołądek, rękawowa resekcja żołądka); b. metody wyłączające (wyłączenie żółciowo-trzustkowe, ominięcie jelitowo-jelitowe); c. metody restrykcyjno-wyłączające (ominięcie żołądkowo-jelitowe, wyłączenie żółciowo-trzustkowe z przełożeniem dwunastnicy). 2) Wskazania i przeciwwskazania do wykonania operacji bariatrycznej. 3) Opieka w okresie okołooperacyjnym nad chorym:

	a. zasady przygotowania do operacji (w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych); b. zasady opieki pielęgniarskiej po wykonanym zabiegu bariatrycznym (w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych, domowych).
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Noszczyk W. (red.): *Chirurgia*, t 1 i 2. PZWL, Warszawa 2009 2. Szewczyk M., Jawień A. (red*.): Leczenie ran przewlekłych*. PZWL, Warszawa 2012 3. Szewczyk M., Ślusarz R. (red.): *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wyd. Borgis, Warszawa 2006 4. Walewska E. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. PZWL, Warszawa 2007 **Literatura uzupełniająca:** 1. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. (red.): *Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*. Termedia, Poznań 2014 2. Fred M., Heiner V., Basdevant A. et al.: *Wytyczne europejskie w zakresie chirurgicznego leczenia otyłości olbrzymiej*. „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii", t. 5, 2009, 3 99–108 3. Nowicki A. (red.): *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Termedia, Poznań 2009 4. Szewczyk M. (koordynator zaleceń): *Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn*. „Leczenie Ran" 2010, 7 (3–4): 79–106 5. Walewska E., Ścisło L. (red.): *Procedury pielęgniarskie w chirurgii*. PZWL, Warszawa 2013 6. Fibak J. (red.): *Chirurgia. Podręcznik dla studentów*. PZWL, Warszawa 2006 7. Czasopismo: „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne". Wyd. Termedia
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 63 godz. Miejsce odbywania stażu: Ambulatorium chirurgiczne – 21 godz. Oddział chirurgiczny ogólny – 42 godz.

5.5. MODUŁ V

Nazwa modułu	**PIELĘGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDII**
Cel kształcenia	**Celem modułu jest** przygotowanie pielęgniarki do sprawowania specjalistycznej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale chirurgii urazowej i ortopedii.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W49. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne u pacjentów po urazach i zabiegach ortopedycznych; W50. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym nieprzytomnym; W51. przedstawia zasady unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowania chorego do transportu; W52. charakteryzuje problemy chorego na wyciągu i w opatrunku gipsowym; W53. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym w oddziale chirurgii urazowej i ortopedycznej; W54. przedstawia zakres instruktażu hartowania i kształtowania kikuta amputowanej kończyny. **W zakresie umiejętności potrafi:** U39. dokonać wstępnej oceny ciężkości urazów, ocenia stan świadomości chorych; U40. uczestniczyć w diagnostyce urazów, towarzyszyć choremu i zabezpieczyć go na czas transportu do pracowni diagnostycznych; U41. przygotować chorego do zabiegu operacyjnego w ortopedii i traumatologii, w trybie pilnym i planowym; U42. ocenić ryzyko wystąpienia powikłań u chorego w opatrunku gipsowym, na wyciągu i po zabiegu operacyjnym oraz wdrożyć sposoby profilaktyki powikłań; U43. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorych leczonych operacyjnie w ortopedii i traumatologii; U44. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw urazów, choroby, zastosowanego leczenia w ortopedii i traumatologii. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;

	K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: <u>pielęgniarka</u> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; <u>lekarz</u> 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie ortopedii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 40 godz. Staż – 56 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 96 godz.** • wykład 40 godz. • staż 56 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 55 godz.** • przygotowanie się do stażu 20 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu i zaliczenie – 35 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 151 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład informacyjny, dyskusja dydaktyczna, prezentacja multimedialna, studium przypadku, staż.

Stosowane środki dydaktyczne	Sprzęt do prezentacji multimedialnej, filmy, standardy, procedury, plakaty, plansze, opisy przypadków.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia modułu	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy:** test jednokrotnego wyboru składający się z 60 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności:** obserwacja pracy uczestnika specjalizacji; karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia (zamieszczonych w programie zajęć stażowych). **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych:** obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Urazy czaszkowo-mózgowe, kręgosłupa i rdzenia kręgowego (15 godz.)** 1) Ocena stanu przytomności (skala Glasgow, monitorowanie parametrów życiowych, badanie neurologiczne). 2) Diagnostyka w obrażeniach czaszki, mózgu, kręgosłupa i rdzenia kręgowego: a. badania diagnostyczne (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, przeglądowe zdjęcia czaszki i kręgosłupa, badania naczyniowe – angiografia, nakłucie lędźwiowe lub podpotyliczne, podstawowe badania krwi chorego po urazie: grupa krwi i próba krzyżowa, morfologia, elektrolity, mocznik, glukoza, gazometria tętnicza); b. przygotowanie chorego do badań; c. zapewnienie bezpieczeństwa choremu i opieka podczas badania; d. opieka nad chorym po badaniu. 3) Urazy czaszki: a. obrażenia powłok czaszki (otarcie, stłuczenie, zranienia skóry czaszki, krwiak pourazowy); b. uszkodzenia czaszki (złamania sklepienia czaszki, złamania podstawy czaszki, uszkodzenia twarzoczaszki; objawy, rozpoznanie, zasady postępowania). 4) Urazy mózgu: a. wstrząśnienie mózgu (przyczyny, objawy, postępowanie); b. stłuczenie mózgu (przyczyny, objawy, postępowanie); c. pourazowy obrzęk mózgu (przyczyny, objawy, postępowanie); d. krwiaki pourazowe: nadtwardówkowe, podtwardówkowe, śródmózgowe (przyczyny, objawy, postępowanie). 5) Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego: a. epidemiologia uszkodzeń kręgosłupa;

	b. uszkodzenie kręgosłupa: złamanie, zwichnięcie, podwichnięcie (objawy); c. uszkodzenie rdzenia kręgowego: wstrząśnienie, stłuczenie, przerwanie, uszkodzenie całkowite, uszkodzenie częściowe (objawy), uszkodzenia nerwów obwodowych (objawy); d. rozpoznanie (badanie neurologiczne, rezonans magnetyczny (ocena struktur kostnych i aparatu więzadłowego kręgosłupa), zdjęcia radiologiczne, elektromiografia); e. zasady postępowania (wskazania do unieruchomienia kręgosłupa – kołnierz Schanza, opatrunek gipsowy, gorset gipsowy, gorset Jevetta, wyciąg czaszkowy). 6) Opieka nad chorym z urazem czaszki, mózgu, kręgosłupa i rdzenia kręgowego: a. pierwsza pomoc na miejscu urazu, ułożenie chorego i transport; b. badanie podmiotowe (wywiad); badanie przedmiotowe (w tym neurologiczne); c. kontrola: drożności dróg oddechowych, podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech, temperatura), stanu świadomości, źrenic; d. obserwacja w kierunku wypływu płynu mózgowo-rdzeniowego – uszy, nos (zakaz wykonywania tamponady nosa i uszu w przypadku płynotoku); e. nudności, bóle głowy (obserwacja pod kątem wystąpienia podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego); f. prowadzenie oceny diurezy – godzinowa zbiórka moczu, bilans płynów; g. odżywianie i nawadnianie chorego; h. zaburzenia czucia i motoryki, rozpoznawanie zaburzeń neurogennych w oddawaniu moczu i stolca; i. ocena stanu ukrwienia porażonych części ciała; j. ułożenie zabezpieczające chorego przed dodatkowymi urazami; k. udział w farmakoterapii (postępowanie przeciwbólowe); l. kontrola badań laboratoryjnych; m. higiena ciała, pielęgnacja skóry; n. zaopatrzenie ran i skaleczeń; o. profilaktyka powikłań wynikających z unieruchomienia (odleżyny, przykurcze, zapalenie płuc, powikłania zakrzepowo-zatorowe); p. psychoterapia (uwaga na pacjentów z poczuciem winy – sprawca wypadków); q. przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego i opieka pooperacyjna; r. opieka pielęgniarska nad chorym z wyciągiem czaszkowym:

	• poinformowanie chorego o celu i konieczności stosowania wyciągu, • sprawdzanie prawidłowości działania wyciągu (obciążenie, czy ciężarki nie dotykają podłogi); zakaz zwalniania wyciągu oraz dokonywania jego modyfikacji, • zachowanie zasad aseptyki w miejscach założenia klamer, • zapewnienie choremu wygody, • codzienna toaleta ciała, higiena skóry, pielęgnacja pleców i pośladków chorego z zastosowaniem odpowiedniej techniki zmiany pozycji, • pomoc w karmieniu, • zapobieganie tworzenia się przykurczów, • systematyczne wykonywanie ćwiczeń oddechowych, • ćwiczenia bierne rąk i nóg u chorych z porażeniami, ćwiczenia zdrowych kończyn, • obserwacja chorego (ból, obrzęk, zaczerwienienie, zasinienie skóry); s. rehabilitacja chorego po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego: • ćwiczenia bierne we wszystkich stawach w pełnym zakresie ruchów w przypadku porażeń mięśni (wykonywanie przynajmniej 1 x dziennie), • ćwiczenia czynne dostosowane indywidualnie do siły mięśni u chorych bez oznak porażenia kończyn, • ćwiczenia specjalne: oddechowe i relaksacyjne, • ćwiczenia funkcji pęcherza moczowego, trening zwieraczy odbytu, • stopniowe uruchamianie chorego w zależności od stopnia niedowładu lub porażenia kończyn, • stabilizacja kręgosłupa w celu stopniowej pionizacji u chorych bez porażeń (kontrola ciśnienia tętniczego krwi, tętna, wnikliwa obserwacja chorego). **2. Urazy klatki piersiowej, brzucha i miednicy (6 godz.)** 1) Urazy ściany klatki piersiowej – diagnostyka, objawy, postępowanie: a. urazy nieprzenikające (tępe, zamknięte); b. urazy przenikające (ostre, otwarte); c. złamania żeber (ryzyko uszkodzenia serca i dużych naczyń; silny ból, ruchomość złamanych fragmentów, postępowanie przeciwbólowe i rehabilitacja oddechowa); d. złamania mostka (ból, krwiak, trzeszczenie odłamów, opaczne ruchy klatki piersiowej);

	e. wiotka klatka piersiowa (paradoksalne ruchy oddechowe). 2) Odma opłucnowa: a. odma zamknięta (ból, duszność, kaszel, osłabienie lub brak szmeru pęcherzykowego, odgłos opukowy bębenkowy, wzmożone drżenie głosowe, postępowanie – drenaż klatki piersiowej, przy niewielkiej odmie możliwe leczenie zachowawcze); b. odma otwarta (wahadłowe ruchy klatki piersiowej, postępowanie – szczelny opatrunek i drenaż klatki piersiowej); c. odma prężna (duszność, sinica, ból, wstrząs, odgłos bębenkowy, brak szmeru pęcherzykowego, postępowanie – natychmiastowa punkcja i drenaż opłucnej). d. krwiak opłucnej (mały – do 400 ml, średni – 400 do 1500 ml, duży – powyżej 1500 ml); e. technika punkcji i drenażu opłucnej. 3) Obrażenia przepony: a. objawy (upośledzenie mechanizmów oddychania, upośledzenie wymiany gazowej, hipowolemia, wstrząs kardiogenny, duszność, sinica, kaszel, ból); b. rozpoznanie na podstawie objawów klinicznych i badań obrazowych; c. leczenie operacyjne. 4) Stłuczenie płuca (następstwo urazu tępego, krwioplucie, duszność, sinica, rzężenia, leczenie zachowawcze). 5) Uszkodzenie serca i dużych naczyń: a. rany serca (wstrząs hipowolemiczny, tamponada – triada Becka: nadmierne wypełnienie żył szyjnych, hipotonia, stłumienie tonów serca); b. rany aorty piersiowej (silny ból w klatce piersiowej, wstrząs), c. tamponada serca – natychmiastowe odbarczenie (perikardiocenteza). 6) Urazy brzucha: a. objawy kliniczne zróżnicowane w zależności od rodzaju urazu, siły urazu, miejsca i powierzchni działania (objawy ostrego brzucha); b. rozpoznanie (USG jamy brzusznej, diagnostyczne nakłucie jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej w pozycji stojącej, RTG przeglądowe jamy brzusznej w pozycji stojącej, tomografia komputerowa, laparotomia/laparoskopia zwiadowcza); c. zasady postępowania:

	• zabezpieczenie oddechu i krążenia chorego, monitorowanie parametrów życiowych, • ocena obrażeń, • wkłucie dożylne, podawanie płynów, farmakoterapia, postępowanie przeciwbólowe, • cewnikowanie pęcherza moczowego, • założenie zgłębnika do żołądka, • u chorych bez objawów klinicznych – obserwacja i diagnostyka, • u chorych z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych – leczenie operacyjne. 7) Urazy miednicy: a. urazy bezpośrednie, urazy pośrednie; b. złamania stabilne i niestabilne; c. powikłania urazów miednicy (wstrząs, krwiak pozaotrzewnowy, uszkodzenia trzewi, uszkodzenia nerwu kulszowego); d. leczenie (nastawienie wyciągiem, ręczne nastawienie i unieruchomienie, operacyjne zespołowe – ortopeda, chirurg ogólny, urolog). 8) Opieka nad chorym z urazem klatki piersiowej, brzucha i miednicy: a. pierwsza pomoc na miejscu wypadku (unieruchomienie uszkodzonego miejsca, zapewnienie drożności dróg oddechowych, profilaktyka przeciwwstrząsowa, zaopatrzenie rany, bezpieczny transport); b. pielęgnowanie pacjenta z urazem klatki piersiowej, brzucha i miednicy: • ułożenie, łóżko ortopedyczne, udogodnienia; • kontrola parametrów życiowych, ocena stanu świadomości; • zaopatrzenie i unieruchomienie złamań, odmy prężnej; • tlenoterapia; • oznaczenie diurezy godzinowej, bilans płynów; • pobranie krwi na badania laboratoryjne, grupę krwi; • zapobieganie powikłaniom; • wykonywanie opatrunków; • wlewy dożylne, farmakoterapia, terapia bólu; • odżywianie;

	• utrzymanie higieny ciała; • oddziaływanie na psychikę chorego; • usprawnianie pacjenta; • zasady pielęgnowania pacjenta z odmą opłucnową. **3. Urazy kończyn (8 godz.)** 1) Przyczyny i następstwa urazów kończyn (wypadki komunikacyjne, nieszczęśliwe upadki, ciasne opatrunki gipsowe). 2) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i stawów (przyczyny, objawy, postępowanie): a. ostre, niedokrwienne uszkodzenie mięśni; b. przerwanie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia; c. uszkodzenie ścięgien palców; d. zwichnięcie stawu barkowego (objawy, leczenie); e. zwichnięcia stawu biodrowego (objawy, leczenie); f. zwichnięcie stawu skokowego (objawy, leczenie); g. skręcenie stawu barkowo-obojczykowego (objawy, leczenie); h. skręcenie stawu skokowego (objawy, leczenie). 3) Złamania kości kończyny górnej i dolnej (złamanie obojczyka, złamanie przedramienia, złamania kości ramiennej, złamania kości udowej, złamanie goleni, złamanie rzepki): a. podział złamań kości; b. mechanizm złamania kończyny; c. objawy złamania kończyny; d. gojenie się złamań; e. doraźne zaopatrywanie złamań; f. leczenie zachowawcze złamań (nastawienie i unieruchomienie); g. leczenie operacyjne (osteosynteza z użyciem materiałów zespalających); h. powikłania złamań (przykurcz niedokrwienny Volkmanna, zespół Sudecka, powikłania gojenia się złamania, staw rzekomy, urazowe zapalenie kości); i. pielęgnowanie chorego z urazem kończyny; j. edukacja w zakresie samoopieki w warunkach domowych.

	4. Amputacja urazowa, zmiażdżenie kończyny (3 godz.) 1) Pierwsza pomoc: ułożenie rannej kończyny powyżej poziomu serca, tamowanie krwotoku i zaopatrzenie jałowe rany, w przypadku niecałkowitej amputacji urazowej kończyny należy uszkodzony odcinek kończyny utrzymywać w osi kończyny, unieruchomienie zwykłą pojedynczą szyną Kramera, transport do szpitala (amputowane tkanki zabrać razem z poszkodowanym). 2) Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego. 3) Zasady pielęgnowania chorego po amputacji kończyny: a. ocena stanu chorego, ocena stanu świadomości, regularna kontrola podstawowych parametrów życiowych, ocena pracy nerek (wydalanie moczu); b. obserwacja kikuta pod kątem krwawienia, kontrola opatrunku na ranie i kontrola rany; c. profilaktyka powikłań u chorych unieruchomionych (zaparcia, choroba zakrzepowo-zatorowa, zapalenie płuc, odleżyny, przykurcze); d. psychoterapia, wsparcie psychiczne pacjenta i jego rodziny; e. bóle fantomowe (różnicowanie bólu); f. utrzymanie higieny ciała; g. usprawnianie chorych po amputacji kończyny zależne od przyczyn, techniki, poziomu odjęcia kończyny oraz od wieku i ogólnego stanu zdrowia; h. intensywny program usprawniania u osób młodych po amputacjach urazowych; i. hartowanie i regulowanie objętości kikuta, zasady prawidłowego bandażowania kikuta; j. przygotowanie pacjenta do zaprotezowania. **5. Chirurgia ortopedyczna (3 godz.)** 1) Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów międzykręgowych (czynniki przyspieszające tworzenie się zmian zwyrodnieniowych, objawy choroby, leczenie zachowawcze i operacyjne, rehabilitacja). 2) Choroby zwyrodnieniowe stawu biodrowego (przyczyny, objawy, leczenie zachowawcze i operacyjne: endoproteza stawu biodrowego, częściowa plastyka stawu, rodzaje endoprotez, rehabilitacja). 3) Choroby zwyrodnieniowe stawu kolanowego (przyczyny, objawy, leczenie, zalecenia pooperacyjne, rehabilitacja). **6. Opieka nad chorym z chorobami narządu ruchu w okresie okołooperacyjnym (5 godz.)** 1) Przygotowanie chorego do operacji ortopedycznej:

	a. wyjaśnienie choremu istoty zabiegu operacyjnego oraz sposobu przygotowania do zabiegu; b. ocena stanu zdrowia pacjenta, wyleczenie ognisk zakażenia w organizmie; c. badania podstawowe wykonywane przed zabiegiem operacyjnym (badania biochemiczne krwi, badanie moczu, EKG, badania radiologiczne płuc i kości); d. ocena stanu psychicznego pacjenta; rozmowa z chorym w celu zminimalizowania lęku przed operacją; e. leczenie przeciwbólowe; f. nauczenie pacjenta korzystania z uchwytów na ramach bałkańskich łóżka ortopedycznego; g. nauka ćwiczeń oddechowych; h. przygotowanie przewodu pokarmowego; i. kąpiel całego ciała, przygotowanie pola operacyjnego; j. skompletowanie dokumentacji łącznie ze świadomą zgodą pacjenta na zabieg operacyjny. 2) Pielęgnowanie chorego po operacji ortopedycznej: a. ułożenie chorego w łóżku; b. intensywny nadzór pooperacyjny; c. obserwacja kończyny w opatrunku gipsowym, obserwacja kończyny na wyciągu; d. wykonywanie opatrunków, zapobieganie zakażeniom okołooperacyjnym, kontrola drożności drenów; e. monitorowanie bólu; f. bilans płynów przyjętych i wydalonych; g. odżywianie; h. profilaktyka powikłań (przeciwodleżynowa, przeciwzakrzepowa, powikłań płucnych); i. uruchamianie pacjenta zależne od rodzaju metody leczenia; j. higiena ciała pacjenta; k. edukacja pacjenta; l. zalecenia dla pacjenta wypisywanego do domu (rehabilitacja poszpitalna, wysiłek fizyczny, sposób odżywiania, pielęgnacja miejsca operowanego, higiena ciała, wizyty kontrolne w poradni ortopedycznej).

Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Bączyk G., Kapała W.: *Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii*. UM, Poznań 2012 2. Gaździk T.: *Ortopedia i traumatologia*, t. 1–2. PZWL, Warszawa, 2009 3. Walewska E. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. PZWL, Warszawa 2012 **Literatura uzupełniająca:** 1. Brongel L., Lasek J., Sowiński K.: *Podstawy współczesnej chirurgii urazowej*. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2008 2. Ślusarz R., Szewczyk M. (red.): *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*. Wyd. Borgis, Warszawa 2006 3. Thompson S.T., Zlotolow D.A. (red.): *Opatrunki i techniki unieruchamiające w ortopedii*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013 4. Czasopismo „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne". Wyd. Termedia
Wymiar, zasady i forma odbywania staży, w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 56 godz. Miejsce odbywania stażu: Ambulatorium chirurgiczne albo Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej – 21 godz.; Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej – 35 godz.

5.6. MODUŁ VI

Nazwa modułu	**PIELĘGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE NEUROCHIRURGII**
Cel kształcenia	**Celem modułu jest** przygotowanie pielęgniarki do sprawowania specjalistycznej opieki nad chorymi leczonymi operacyjnie z powodu chorób mózgu, kręgosłupa i rdzenia kręgowego.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W55. charakteryzuje schorzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego leczone operacyjnie; W56. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne występujące u pacjentów leczonych w oddziale neurochirurgicznym oraz przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym; W57. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym w oddziale neurochirurgicznym przed i po zabiegu; W58. przedstawia zasady oceny bólu pooperacyjnego i zasady postępowania w neurochirurgii; W59. wyjaśnia zakres działania grup leków stosowanych w neurochirurgii oraz ich podstawowe działania niepożądane; W60. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z deficytami neurologicznymi; W61. omawia sposoby przygotowania pacjentów po operacjach neurochirurgicznych i ich rodzin do samoopieki w warunkach domowych. **W zakresie umiejętności potrafi:** U45. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorych leczonych neurochirurgicznie; U46. przygotować pacjentów do zabiegu neurochirurgicznego; U47. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym u pacjentów z chorobami mózgu, kręgosłupa i rdzenia kręgowego; U48. podjąć współpracę z zespołem interdyscyplinarnym w zakresie diagnostyki, terapii i rehabilitacji pacjentów wymagających leczenia neurochirurgicznego; U49. wdrożyć działania zapobiegające infekcjom dróg moczowych u chorych z pęcherzem neurogennym; U50. udzielić wsparcia chorym po operacjach neurochirurgicznych oraz ich opiekunom;

	U51. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby i zastosowanego leczenia. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką; K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: <u>pielęgniarka</u> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, pielęgniarstwa neurologicznego, ratunkowego (do realizowania wybranych zagadnień); <u>lekarz</u> 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie neurochirurgii, chirurgii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 20 godz. Staż – 21 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 41 godz.** • wykłady – 20 godz. • staż – 21 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 34 godz.** • przygotowanie do zajęć stażowych – 14 godz.

	• opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia – 20 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 75 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, wykład informacyjny, dyskusja dydaktyczna, staż.
Stosowane środki dydaktyczne	Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia modułu	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy**: test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności**: obserwacja pracy uczestnika specjalizacji; karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia (zamieszczonych w programie zajęć stażowych). **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych**: obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Choroby mózgu, kręgosłupa i rdzenia kręgowego (8 godz.)** 1) Guzy mózgu i kręgosłupa: a. podział (guzy półkul mózgowych, tylnojamowe, wewnątrzkomorowe, zewnątrz i wewnątrzrdzeniowe); b. objawy (zależne od umiejscowieni ogniska chorobowego); c. rozpoznanie (RTG głowy, tomografia komputerowa głowy, rezonans magnetyczny głowy, EKG, badania laboratoryjne krwi i moczu); d. zasady postępowania: leczenie operacyjne. 2) Choroby i wady naczyniowe leczone zabiegowo (tętniaki śródczaszkowe, naczyniaki): a. objawy (zespół wzmożonego ciśnienia podpajęczynówkowego, zaburzenia świadomości, objawy oponowe, objawy ogniskowe); b. rozpoznanie (tomografia komputerowa głowy, nakłucie lędźwiowe, angiografia naczyniowa, angio-MRI, RTG płuc, EKG, badania laboratoryjne krwi); c. zasady postępowania (embolizacja tętniaka, leczenie operacyjne (clipping, wrapping, trapping), leczenie paliatywne). 3) Choroby kręgosłupa i rdzenia kręgowego: a. objawy (zależne od umiejscowienia zmian w kręgosłupie – odcinek szyjny, lędźwiowy); b. rozpoznanie (badanie podmiotowe, badanie fizykalne, RTG kręgosłupa przednio-tylne i boczne, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, RTG klatki piersiowej, badania laboratoryjne, EKG);

	c. zasady postępowania (leczenie farmakologiczne, fizjoterapia, zabieg operacyjny). **2. Specyfika opieki pielęgniarskiej nad chorym z chorobami mózgu, kręgosłupa i rdzenia kręgowego w okresie okołooperacyjnym (12 godz.)** 1) Obserwacja, ocena i monitoring występowania typowych objawów (bólu – charakter, umiejscowienie, natężenie, czucia, niedowładów, zaburzeń mowy, zaburzeń pamięci i orientacji, zaburzeń wzroku, napadów padaczkowych, zatrzymania lub nietrzymania moczu). 2) Przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do zabiegu operacyjnego: a. ocena stanu świadomości chorego, ocena podstawowych parametrów życiowych; b. ułożenie chorego, reżim łóżkowy; c. ocena wielkości i szerokości źrenic, d. ocena wydolności fizycznej, zapewnienie bezpieczeństwa; e. rozpoznanie stanu emocjonalnego chorego, wyjaśnienie choremu celu zabiegu, uzyskanie zgody chorego na zabieg; f. higiena ciała chorego z uwzględnieniem toalety jamy ustnej; g. kontrola odżywienia i nawodnienia chorego, przygotowanie przewodu pokarmowego przed zabiegiem; h. przygotowanie pola operacyjnego zależnie od rodzaju zabiegu operacyjnego; i. profilaktyka przeciwzakrzepowa (pończochy przeciwzakrzepowe lub zabandażowanie kończyn); j. założenie cewnika do pęcherza moczowego; k. premedykacja; l. sprawdzenie dokumentacji chorego. 3) Postępowanie pooperacyjne: a. umieszczenie chorego w sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego; b. ułożenie chorego w zależności od rodzaju zabiegu operacyjnego; c. ocena podstawowych parametrów (stan świadomości, ciśnienie tętnicze, oddech, tętno, szerokość źrenic, temperatura); d. tlenoterapia; e. nawodnienie chorego, bilans płynów; f. ocena bólu i działania przeciwbólowe; g. odżywianie;

	h. pobieranie krwi do badań kontrolnych (morfologia, jonogram, poziom glukozy); i. farmakoterapia (leki przeciwobrzękowe, leki osłaniające śluzówkę żołądka, leki przeciwdrgawkowe); j. obserwacja opatrunku i rany pooperacyjnej, kontrola drenów, sączków; k. zapobieganie powikłaniom (płucnym, odleżynom, przykurczom, zatorom, infekcjom dróg moczowych u chorych z pęcherzem neurogennym, zapaleniu pęcherza moczowego); l. psychoterapia i reedukacja mowy; m. uruchamianie chorego. 4) Specyfika opieki nad pacjentem nieprzytomnym w oddziale neurochirurgicznym. 5) Określenie potrzeb edukacyjnych chorego i jego rodziny, edukacja chorego i jego rodziny.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Adamczyk K., Turowski K.: *Procedury pielęgnowania w neurologii i neurochirurgii*. Neurocentrum, Lublin 2007 2. Jabłońska R., Ślusarz R. (red.): *Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego*. Continuo Wrocław 2012 3. Szewczyk M., Ślusarz R. (red.): *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*. Wyd. Borgis, Warszawa 2006 4. Ślusarz R.: *Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym*. NRPiP, Warszawa 2008 **Literatura uzupełniająca:** 1. Jaracz K., Kozubski W. (red.): *Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, Warszawa 2008 2. Lindsay K.W., Bone I. (wyd. I polskie, red. Kozubski W.): *Neurologia i neurochirurgia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013 3. Noszczyk W. (red.): *Chirurgia*, t. 1. PZWL, Warszawa 2009 4. Walewska E., Ścisło L. (red.): *Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, 2012
Wymiar, zasady i forma odbywania staży, w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 21 godz. Miejsce odbywania stażu: Oddział neurochirurgiczny.

5.7 MODUŁ VII

Nazwa modułu	**PIELĘGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE KARDIOCHIRURGII, CHIRURGII NACZYNIOWEJ ORAZ TORAKOCHIRURGII**
Cel kształcenia	**Celem kształcenia jest** przygotowanie pielęgniarki do sprawowania specjalistycznej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej oraz torakochirurgii.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W62. charakteryzuje schorzenia serca, naczyń tętniczych i żylnych oraz płuc leczone chirurgicznie; W63. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne występujące u pacjentów ze schorzeniami serca, naczyń i płuc; W64. omawia przygotowanie chorego do badań, opiekę pielęgniarską w trakcie badań i po badaniach diagnostycznych wykonywanych w chorobach serca, naczyń tętniczych i żylnych oraz płuc; W65. wyjaśnia zasady krążenia pozaustrojowego; W66. wyjaśnia cel i zasady stosowania leków przeciwzakrzepowych; W67. omawia patofizjologię ran oraz zasady postępowania w leczeniu ran przewlekłych: owrzodzenia żylnego, owrzodzenia niedokrwiennego, zespołu stopy cukrzycowej. **W zakresie umiejętności potrafi:** U52. ocenić stan zdrowia pacjenta ze schorzeniami serca, naczyń i płuc leczonego chirurgicznie; U53. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami serca, naczyń tętniczych, naczyń żylnych, płuc, przed i po zabiegu operacyjnym, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia; U54. podłączyć chorego do urządzeń monitorujących i pomiarowych oraz interpretować odczytywane parametry i wyniki badań diagnostycznych; U55. rozpoznać objawy zapalenia żył głębokich; U56. stosować kompresjoterapię; U57. wykonać pomiar wskaźnika kostka-ramię; U58. przygotować pacjenta do amputacji kończyny dolnej z przyczyn naczyniowych; U59. rozpoznać bóle fantomowe i podać zalecone leki;

	U60. prowadzić, wraz z rehabilitantem, rehabilitację przyłóżkową chorego po amputacji; U61. udzielić pacjentowi informacji na temat doboru obuwia i/lub przyszłego zaopatrzenia ortopedycznego; U62. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem naczyń tętniczych/naczyń żylnych; U63. ocenić ranę przewlekłą, dobrać środki i opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia; U64. pielęgnować chorego z raną w zespole stopy cukrzycowej; U65. pielęgnować chorego z założonym drenażem klatki piersiowej; U66. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby i zastosowanego leczenia chirurgicznego schorzeń serca, naczyń i płuc. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką; K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: <u>pielęgniarka</u> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; <u>lekarz</u> 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie chirurgii naczyniowej, kardiochirurgii, torakochirurgii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–

Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 60 godz. Staż – 63 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 123 godz.** • wykłady – 60 godz. • staż – 63 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 55 godz.** • przygotowanie się do stażu – 20 godz. • przygotowanie się do zaliczenia modułu i zaliczenie – 35 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 178 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład informacyjny, dyskusja dydaktyczna, prezentacja multimedialna, studium przypadku, staż.
Stosowane środki dydaktyczne	Sprzęt do prezentacji multimedialnej, filmy, standardy, procedury, plakaty, plansze, opisy przypadków.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia modułu	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy**: test jednokrotnego wyboru składający się z 50 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności**: obserwacja pracy uczestnika specjalizacji; karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia (zamieszczonych w programie zajęć stażowych). **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych**: obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Chirurgiczne leczenie chorób serca (20 godz.)** 1) Etiopatogeneza chorób serca. 2) Diagnostyka chorób serca – przygotowanie chorego do badań diagnostycznych w kardiochirurgii i zasady pielęgnowania chorego po badaniu; a. inwazyjne badania serca (cewnikowanie serca, angiografia, koronarografia); b. echokardiografia; c. EKG; d. scyntygrafia serca; e. badania radiologiczne klatki piersiowej;

	f. tomografia komputerowa; g. rezonans magnetyczny; h. badania czynnościowe płuc; i. badanie czynności nerek (stężenie mocznika i elektrolitów w surowicy krwi, klirens kreatyniny z dobowej zbiórki moczu); j. badania krwi (układ krzepnięcia, morfologia, stężenie glukozy, grupa krwi). 3) Krążenie pozaustrojowe (zasada działania). 4) Wybrane choroby serca (objawy, rozpoznanie, leczenie – wskazania do zabiegu operacyjnego, rodzaj zabiegu): a. wady serca; b. zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej; c. choroba niedokrwienna serca. 5) Opieka w okresie okołooperacyjnym nad pacjentem z chorobami serca leczonymi operacyjnie: a. przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego: • współpraca z pacjentem i rodziną w celu niwelowania lęku przed operacją, udzielanie informacji i odpowiedzi na pytania chorego, • ocena stanu zdrowia chorego, pomiar parametrów życiowych, • likwidowanie objawów niewydolności krążenia lub przewodnienia (leki moczopędne, ograniczenia podaży płynów, leżenie w łóżku), • przygotowanie przewodu pokarmowego, • ćwiczenia oddechowe i nauka efektywnego kaszlu, • kąpiel całego ciała, przygotowanie pola operacyjnego w zależności od rodzaju operacji (ogolenie klatki piersiowej, pachy, pachwiny, kończyny dolnej), • podanie środka nasennego w przeddzień operacji, • zastosowanie kompresjoterapii, o ile nie będzie pobierana żyła odpiszczelowa; b. opieka nad pacjentem po operacji kardiochirurgicznej we wczesnym okresie pooperacyjnym: • sala intensywnego nadzoru pooperacyjnego, podłączenie pacjenta do urządzeń monitorujących i pomiarowych, • podłączenie drenażu śródpiersia do butli i sprawdzenie prawidłowości działania,

	• ocena podstawowych parametrów życiowych (częstość i rytm serca, ciśnienie tętnicze krwi, ośrodkowe ciśnienie żylne, temperatura ciała, zabarwienie powłok skórnych), • ocena stanu świadomości, • obserwacja w kierunku powikłań (np. migotania przedsionków), • ocena utraty krwi i jej uzupełnianie, • ocena wydalania moczu (diureza godzinowa), bilans płynów, • zabezpieczenie cewników, drenażu śródpiersia, obserwacja opatrunku i rany, • zasady pielęgnowania chorego zaintubowanego, • monitorowanie bólu, • leczenie farmakologiczne; c. zasady pielęgnowania pacjenta po operacji kardiochirurgicznej po powrocie pacjenta na salę ogólną: • ocena podstawowych parametrów życiowych, • leczenie bólu, • wnikliwa obserwacja pacjenta w celu wczesnego wykrycia oznak i objawów powikłań pooperacyjnych (niewydolność krążenia, tamponada serca, krwotok, incydent mózgowy, obrzęk płuc, zaburzenia rytmu serca, zawał serca, niewydolność nerek), • ćwiczenia usprawniające układ oddechowy, inhalacje, • bilans płynów, • leczenie przeciwzakrzepowe, • antybiotykoterapia, • pielęgnowanie rany pooperacyjnej, • nawadnianie, odżywianie, • zapobieganie zaparciom, • rehabilitacja ruchowa czynna i bierna, • wsparcie pacjenta i jego rodziny, • edukowanie pacjenta i przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji, • zalecenia dla pacjenta wypisywanego do domu. **2. Chirurgiczne leczenie chorób naczyń (25 godz.)**

	1) Etiopatogeneza chorób tętnic i żył (patofizjologia, czynniki ryzyka). 2) Diagnostyka chorób naczyń: a. wywiad; b. badania diagnostyczne (badanie przedmiotowe kończyn, badanie tętna, pomiar wskaźnika kostka-ramię, badania ultrasonograficzne, duplex Doppler, arteriografia); c. przygotowanie chorego do badań diagnostycznych; d. zapewnienie bezpieczeństwa choremu i opieka podczas badania; e. opieka nad chorym po badaniu. 3) Wybrane choroby tętnic: a. niedokrwienie kończyn dolnych (chromanie przestankowe, bóle spoczynkowe, skala Fontaine'a, leczenie zachowawcze, leczenie endowaskularne, endarterektomia, przeszczepy omijające); b. choroby tętnic kończyn górnych (chromanie kończyny górnej, zatorowość w tętnicach ręki, zespół podkradania tętnicy podobojczykowej); c. zwężenie tętnic szyjnych (choroby naczyń mózgowych, udar mózgu, przemijający atak niedokrwienny (TIA, *ang. Transient Ischemic Attack)*, objawy, endarterektomia, stentowanie tętnicy szyjnej); d. niedokrwienie jelit (choroby tętnic krezkowych, objawy ze strony przewodu pokarmowego, diagnostyka); e. tętniaki (definicja, umiejscowienie, etiologia, tętniaki prawdziwe i rzekome, objawy kliniczne, rozpoznanie, leczenie operacyjne); f. choroba Buergera; g. objaw Raynauda. 4) Wybrane choroby żył: a. żylaki kończyn dolnych (klasyfikacja, objawy, postępowanie zachowawcze, skleroterapia, leczenie operacyjne); b. żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (triada Virchowa, czynniki ryzyka, skala Capriniego, objawy, leczenie trombolityczne, trombektomia, profilaktyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej); c. przewlekła niewydolność żylna (klasyfikacja CEAP, charakterystyka owrzodzeń kończyn dolnych, postępowanie zachowawcze, leczenie chirurgiczne); d. obrzęk chłonny (patofizjologia obrzęków chłonnych, objawy, leczenie zachowawcze, różnicowanie obrzęków). 5) Opieka w okresie okołooperacyjnym nad pacjentem z chorobami naczyń leczonymi chirurgicznie:

a. przygotowanie do zabiegu operacyjnego;
b. postępowanie pooperacyjne dostosowane do metody zabiegu – otwarta lub wewnątrznaczyniowa;
c. kontrola podstawowych parametrów życiowych;
d. ułożenie chorego (zakaz elewacji kończyn w chorobach tętnic);
e. postępowanie przeciwbólowe;
f. postępowanie z raną pooperacyjną i raną przewlekłą;
g. leczenie przeciwkrzepliwe;
h. zapobieganie infekcjom;
i. profilaktyka odleżyn;
j. prawidłowe odżywianie chorego;
k. edukacja chorych ukierunkowana na redukcje czynników ryzyka chorób naczyń.

6) Pielęgnowanie pacjenta z owrzodzeniem żylnym kończyny dolnej:
   a. czynniki ryzyka owrzodzeń;
   b. ocena rany owrzodzeniowej:
      - umiejscowienie (1/3 dolnej części goleni od strony wewnętrznej w okolicy kostki, okolica kostki bocznej, część przednia goleni, tylna część goleni, okolica stopy),
      - łożysko rany, głębokość, kształt i brzegi, wysięk;
   c. leczenie miejscowe w leczeniu żylnej rany owrzodzeniowej strategia TIME:
      - opracowanie tkanek – tissue debridement (T),
      - profilaktyka i kontrola zakażenia rany – inflammation and infection control (I),
      - zapewnienie optymalnie wilgotnego środowiska w gojeniu rany – moisture balance (M),
      - korzystne warunki w obrębie rany celem stymulacji procesu naskórkowania i zamknięcia rany – edges/epidermization stimulation (E).
   d. kompresjoterapia w leczeniu owrzodzeń żylnych:
      - zasady użycia ucisku u pacjenta z owrzodzeniem (konieczność oceny klinicznej przed zastosowaniem ucisku, ocena wskaźnika kostka/ramię przed zastosowaniem terapii uciskowej – stosunek ciśnienia skurczowego w tętnicach podudzia w okolicy kostki, tj. tętnicy piszczelowej tylnej lub grzbietowej stopy do ciśnienia mierzonego na tętnicy ramiennej);
      - ocena krążenia w częściach dystalnych kończyny przed zastosowaniem terapii uciskowej,

	• stopnie i klasy ucisku bandaży jednowarstwowych (mały 14–17 mm Hg, średni 18–24 mm Hg, duży 25–35 mm Hg, bardzo duży 36–50 mm Hg); • zastosowanie bandaży wielowarstwowych/pończoch o stopniowanym ucisku; e. działania diagnostyczno-terapeutyczne (m.in.: wywiad, badania fizykalne, badania laboratoryjne, farmakoterapia, ocena i leczenie bólu, terapie uzupełniające, kinezyterapia); f. działania edukacyjne. 7) Pielęgnowanie pacjenta z tętniczą raną owrzodzeniową: a. przyczyny owrzodzenia tętniczego kończyny dolnej; b. klasyfikacja Fontaina i klasyfikacja Rutherforda w owrzodzeniu tętniczym; c. wywiad i badanie podmiotowe; d. ocena rany owrzodzeniowej tętniczej (umiejscowienie, powierzchnia, łożysko rany, kontur i brzegi, głębokość, charakter wysięku, zmiany troficzne); e. leczenie miejscowe w owrzodzeniu tętniczym kończyny dolnej: • oczyszczanie łożyska, usuwanie martwicy, • kontrola bakteriologiczna, • stosowanie opatrunków przeciwdrobnoustrojowych (wspieranie optymalnych warunków w procesie gojenia rany, prawidłowy dobór opatrunku, zachowanie zasad aseptyki podczas zmiany opatrunku, ocena bieżących efektów gojenia się rany), • ocena nasilenia dolegliwości bólowych, • konieczność codziennej oceny występowania uszkodzeń skóry, pęcherzy, obrzęku lub zaczerwienienia, • konieczność nawilżania/natłuszczania skóry, • konieczność noszenia wygodnego obuwia, bez zagięć i punktów powodujących zwiększony ucisk, • dokumentowanie podjętych działań pielęgnacyjnych w indywidualnej dokumentacji pacjenta/historii pielęgnowania; f. ogólne leczenie w owrzodzeniu tętniczym kończyny dolnej: • edukacja chorego (odżywianie, treningi marszowe, zakaz palenia tytoniu), • wyrównanie chorób współistniejących (cukrzyca, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze),

	• ocena występowania niepokojących objawów, np. skrócenie dystansu chromania, ból spoczynkowy w nocy, zmiany zabarwienia skóry. 8) Amputacja kończyny: a. wskazania do amputacji kończyn; b. poziom amputacji; c. przygotowanie chorego do amputacji kończyny i opieka pooperacyjna; d. zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym u chorych po amputacji kończyny z przyczyn naczyniowych; e. rehabilitacja – usprawnianie ruchowe chorego po amputacji kończyny; f. bóle fantomowe; g. zasady protezowania kikuta po amputacji kończyny dolnej. 9) Zespół stopy cukrzycowej: a. definicja i patofizjologia; b. klasyfikacja zespołu stopy cukrzycowej (skale: Wagnera, PEDIS, wg Edmondsa i Foster, Uniwersytetu w Teksasie); c. podział zespołu stopy cukrzycowej: • stopa neuropatyczna (neurogenna), • stopa naczyniowa (niedokrwienna), • stopa o etiologii mieszanej (neuropatyczno-niedokrwienna); d. diagnostyka w zespole stopy cukrzycowej: • wywiad i badanie stóp, • czucie wibracji, bólu, temperatury, dotyku i nacisku, • pedobarografia, • ocena potliwości stóp, • badania naczyniowe; e. staw Charcota; f. zasady postępowania: • zasady pielęgnowania stóp, • dobór obuwia,

	• miejscowe leczenie owrzodzeń, • leczenie chirurgiczne zespołu stopy cukrzycowej, • wyrównanie cukrzycy, • odciążenie stopy, • edukacja chorego w zakresie modyfikacji stylu życia, • profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej. **3. Chirurgiczne leczenie chorób płuc (15 godz.)** 1) Etiopatogeneza chorób płuc. 2) Diagnostyka chorób płuc (przygotowanie chorego do badań diagnostycznych: bronchoskopia, mediastinoskopia, USG jamy brzusznej, badania radiologiczne klatki piersiowej, spirometria, gazometria). 3) Rak płuca (objawy, rozpoznanie raka płuca, leczenie raka płuc: segmentektomia, lobektomia, pneumonektomia, przeciwwskazania do operacji). 4) Ropień płuca (przyczyny, objawy, rozpoznanie, powikłania ropnia płuc, leczenie zachowawcze, leczenie chirurgiczne). 5) Opieka w okresie okołooperacyjnym nad pacjentem z chorobami płuc: a. przygotowanie do zabiegu operacyjnego: • ocena przedoperacyjna chorego, • poinformowanie chorego o celu i przebiegu operacji, psychiczne przygotowanie do operacji, • nauka efektywnego kaszlu, ćwiczeń oddechowych i odksztuszania wydzieliny, • nauka ćwiczeń stawu barkowego i kończyny górnej; b. opieka nad chorym po zabiegu operacyjnym w obrębie klatki piersiowej: • intensywny nadzór pooperacyjny, kontrola parametrów życiowych, pulsoksymetria, • tlenoterapia, • rozpoznawanie zaburzeń oddychania (duszność), • monitorowanie bólu, • regularna kontrola opatrunku, rany i drenażu klatki piersiowej; ocena działania drenażu – obserwacja wydzieliny, • odpowiednie ułożenie w zależności od rodzaju zabiegu operacyjnego (np. na boku po stronie zdrowej

	lub operowanej), stosowanie udogodnień, • ukierunkowana gimnastyka oddechowa i gimnastyka lecznicza (organizm musi się przystosować do zmniejszonej powierzchni oddechowej), • uruchamianie zależne od stanu chorego, • pomoc w utrzymaniu ciała w czystości, staranna pielęgnacja jamy ustnej, • odżywianie, • obserwacja w kierunku powikłań, zapobieganie powikłaniom, badania kontrolne (czynnościowe, zdjęcie RTG płuc, laboratoryjne), • zabiegi fizjoterapeutyczne, • odsysanie wydzieliny, • zapobieganie zachłyśnięciu, • stosowanie leków uspokajających, • ćwiczenia kończyny po stronie operowanej, • wsparcie psychiczne pacjenta i/lub rodziny, • przygotowanie pacjenta i rodziny do samoopieki, • zalecenia dla pacjenta wypisywanego do domu.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Kaszuba D., Nowicka A.: *Pielęgniarstwo kardiologiczne.* PZWL, Warszawa 2011 2. Szewczyk M.T., Jawień A. (red.): *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Termedia, Poznań 2010 3. Walewska E. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. PZWL, Warszawa 2012 **Literatura uzupełniająca:** 1. Karnafel W., Mrozikiewicz-Rakowska B.: *Zespół stopy cukrzycowej*. Termedia, Poznań 2010 2. Noszczyk W.: *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*. PZWL, Warszawa 2007 3. Jawień A., Szewczyk M.T (red.): *Kliniczne i pielęgnacyjne aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym*. Termedia, Poznań 2008 4. Szewczyk M.T., Jawień A. (red.): *Leczenie ran przewlekłych*. PZWL, Warszawa 2012 5. Szewczyk M.T., Jawień A. i wsp.: *Poradnik. Podstawowe badania diagnostyczne w chorobach naczyń kończyn dolnych. Wskaźnik kostka-ramię*. Fundacja Sanum – Służę, Uczę, Leczę, Bydgoszcz 2013 6. Czasopismo: „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, Wyd. Termedia

Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 63 godz. Miejsce odbywania stażu: Oddział kardiochirurgiczny – 14 godz.; Oddział chirurgii naczyniowej – 28 godz.; Oddział chirurgii klatki piersiowej – 21 godz.

5.8 MODUŁ VIII

Nazwa modułu	**PIELĘGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE UROLOGII**
Cel kształcenia	Celem modułu jest przygotowanie pielęgniarki do sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale urologii.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W68. omawia obraz kliniczny, techniki diagnostyczne, metody oceny stanu zdrowia i zasady leczenia chirurgicznego w schorzeniach układu moczowego; W69. omawia opiekę pielęgniarską w urazach układu moczowego; W70. charakteryzuje zaburzenia w oddawaniu moczu; W71. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym ze schorzeniem układu moczowego w różnych stanach chorobowych; W72. omawia przygotowanie pacjenta do specjalistycznych badań diagnostycznych w urologii i opiekę pielęgniarską po badaniu; W73. przedstawia zasady opieki nad chorymi ze schorzeniami urologicznymi leczonymi metodami endoskopowymi; W74. przedstawia działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z cewnikiem moczowym/drenażem/urostomią; W75. omawia zasady pielęgnowania pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu; W76. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z urostomią; W77. omawia najczęstsze powikłania pooperacyjne wczesne i późne po zabiegach urologicznych oraz przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym; W78. omawia sposoby przygotowania pacjentów ze schorzeniami układu moczowego/po zabiegach urologicznych i ich rodzin do samoopieki w warunkach domowych; **W zakresie umiejętności potrafi:** U67. interpretować objawy chorobowe charakterystyczne dla układu moczowego; U68. monitorować diurezę godzinową; U69. prowadzić, dokumentować i ocenić bilans płynów pacjenta; U70. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu;

	U71. przygotować chorego do badań diagnostycznych pod względem fizycznym i psychicznym według obowiązujących zasad oraz sprawować opiekę nad pacjentem w trakcie i po badaniu diagnostycznym; U72. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem układu moczowego leczonego chirurgicznie; U73. przygotować pacjenta ze schorzeniem układu moczowego do leczenia chirurgicznego/endoskopowego w trybie pilnym i planowym; U74. podjąć działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym u pacjentów ze schorzeniami układu moczowego; U75. założyć cewnik do pęcherza moczowego i usunąć założony cewnik u kobiet i mężczyzn (do dwóch prób); U76. wykonać jednorazowe i stałe płukanie pęcherza moczowego; U77. założyć/wymienić cewnik do cystostomii; U78. podjąć działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z założonym cewnikiem Foleya, cewnikiem JJ, cewnikiem założonym nadłonowo, dwubieżnym oraz podczas stałego płukania pęcherza; U79. planować i realizować edukację zdrowotną chorego i jego rodziny w obszarach przygotowania do samopielęgnacji pacjentów z wytworzonym pęcherzem Brickera; U80. prowadzić instruktaż w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu; U81. prowadzić edukację w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznania schorzeń układu moczowego; U82. przygotować chorego ze schorzeniem układu moczowego i jego bliskich do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką; K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe;

Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: pielęgniarka 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; lekarz 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie chirurgii, urologii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 30 godz. Staż – 35 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 65 godzin** • wykłady – 30 godz. • staż – 35 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 35 godz.** • przygotowanie się do stażu – 15 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 20 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 100 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, studium przypadku, dyskusja dydaktyczna, zajęcia stażowe.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik multimedialny, plansze, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych, fantomy.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia modułu	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy**: test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności**: obserwacja pracy uczestnika specjalizacji; karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia (zamieszczonych w programie zajęć stażowych).

	Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych: obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Wprowadzenie w zagadnienia urologii (5 godz.)** 1) Zaburzenia oddawania moczu: dysuria (utrudnione oddawanie moczu), pollakisuria (częstomocz), oliguria (skąpomocz), polyuria (wielomocz), anuria (bezmocz), hematuria (krwiomocz). 2) Diagnostyka chorób nerek, moczowodów i pęcherza moczowego (przygotowanie chorego do badań diagnostycznych): a. wywiad (ocena dolegliwości bólowych, zaburzenia jakościowe i ilościowe w oddawaniu moczu, przebieg choroby, dolegliwości ze strony innych układów); b. badanie przedmiotowe; c. badanie fizykalne (objaw Goldflama); d. badania laboratoryjne krwi i moczu; e. badania obrazowe (przeglądowy radiogram jamy brzusznej, urografia, ultrasonografia układu moczowego, tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, scyntygrafia, angiografia, pielografia (ureteropielografia wstępująca, pieloureterografia zstępująca), cystografia, ureterografia wstępująca); f. badania endoskopowe (cystoskpia, nefroskopia, ureterorenoskopia); g. badania urodynamiczne (uroflowmetria, określenie profilu cewkowego); h. biopsja przezskórna cienkoigłowa lub gruboigłowa. **2. Wybrane choroby nerek, moczowodów i pęcherza moczowego (10 godz.)** 1) Kamica moczowa: a. patofizjologia (zaburzenia metaboliczne (hiperkalciuria, hiperurykozuria, hiperoksaluria, cystynuria), stany odwodnienia, infekcja bakteryjna (bakterie Nanobacterium), wrodzone i nabyte nieprawidłowości budowy anatomicznej dróg moczowych); b. objawy (dysuria, ból o różnym nasileniu, kolka nerkowa, ze strony przewodu pokarmowego); c. rozpoznanie (badania laboratoryjne krwi i moczu, w rozszerzonej diagnostyce – stężenie wapnia, szczawianów, kwasu moczowego, sodu, fosforanów, cytrynianów, magnezu i kreatyniny z dobowej zbiórki moczu, RTG jamy brzusznej, USG, urografia, tomografia komputerowa, pielografia); d. zasady postępowania: • zachowawcze (farmakologiczne – leki przeciwbólowe, rozkurczowe, niesteroidowe leki

przeciwzapalne), wspomagające – nawodnienie doustne lub dożylne, opanowanie objawów dysurycznych, aktywność ruchowa),
- endoskopowe (litotrypsja falami uderzeniowymi generowanymi pozaustrojowo – ESWL, *ang. extracorporeal shock wave lithotripsy*, drenaż wewnętrzny za pomocą cewnika podwójnie zagiętego (JJ), przezskórna nefrolitotrypsja – PLN, *ang. percutaneus nephrolithotripsy*, litotrypsja uereterorenoskopowa (– URSL, *ang. ureterorenoscopic lithotripsy*),
- operacyjne (pielolitotomia, nefrektomia).

2) Rak nerki:
   a. patofizjologia (czynniki etiologiczne, guzy powstające z nabłonka kanalików nerkowych, guzy z nabłonka przejściowego, guzy z podścieliska, torebki lub struktur okołonerkowych);
   b. objawy (dolegliwości bólowe, krwiomocz);
   c. rozpoznanie (badania laboratoryjne krwi i moczu, USG, tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, biopsja cienkoigłowa/gruboigłowa, ocena histopatologiczna pobranego materiału);
   d. zasady postępowania:
      - operacyjne (krioablacja, termoablacja, limfadenektomia, częściowa nefrektomia laparoskopowa/klasyczna, nefrektomia laparoskopowa, nefroureterectomia),
      - uzupełniające (radioterapia, chemioterapia, nowe leki – sunitynib, sorafenib, IFN-£).

3) Rak pęcherza moczowego:
   a. patofizjologia (palenie tytoniu, napromienianie okolicy pęcherza, praca przy produkcji barwników i kauczuku, nadużywanie fenacetyny, słodzików);
   b. objawy (bezbolesny krwiomocz, objawy dysuryczne, dolegliwości bólowe uzależnione od stopnia zaawansowania, dolegliwości związane z wystąpieniem przerzutów);
   c. rozpoznanie:
      - wstępne (badania laboratoryjne, ultrasonografia dróg moczowych),
      - określające stopień zaawansowania i zróżnicowania (urografia, cystoskopia, tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, ocena histopatologiczna);
   d. zasady postępowania:
      - grupa chorych niskiego ryzyka (resekcja przezcewkowa – TURT, *ang. transurethral resection of tumor*, wieloletnie kontrole: badania laboratoryjne, USG, cystoskopia),

	• grupa chorych wysokiego ryzyka (resekcja przezcewkowa, chemioterapia dopęcherzowa/ immunoterapia dopęcherzowa, radioterapia, częściowe wycięcie pęcherza moczowego, cystectomia), • metody ponadpęcherzowego odprowadzenia moczu (przetoka moczowodowo-skórna, wszczepienie moczowodów do jelita grubego, operacja sposobem Brickera, zastępcze pęcherze jelitowe, szczelne zbiorniki moczowe, pęcherz odbytniczy (moguncki typu II). **3. Choroby stercza (3 godz.)** 1) Łagodny rozrost gruczołu krokowego (BPH, *ang. Benign prostatic hyperplasia*): a. patofizjologia – wynik trzech różnych procesów patologicznych: powstania guzków gruczołowych, rozlanego powiększenia właściwej strefy przejściowej gruczołu, stopniowego powiększania się guzków gruczołowych; b. objawy (ze strony dolnych dróg moczowych – LUTS, *ang. lower urinary tract symptoms* (związane z „podrażnieniem" pęcherza, z przeszkodą podpęcherzową, możliwość całkowitego zatrzymania moczu), zależne od rodzaju powikłań); c. rozpoznanie (wywiad dotyczący objawów dysurycznych, badanie przedmiotowe (per rectum), punktowa skala oceny objawów towarzyszących chorobom gruczołu krokowego – IPSS, *ang. international prostate score system*, badania laboratoryjne (badanie ogólne/posiew moczu, oznaczenie stężenie swoistego antygenu sterczowego – PSA, *ang. prostate-specific antigen* w osoczu, USG jamy brzusznej, ultrasonografia przezodbytnicza – TRUS, *ang. transrectal ultrasound*, cystoskopia, uroflometria); d. zasady postępowania (wyczekująca „baczna obserwacja", leczenie farmakologiczne, leczenie operacyjne: przezcewkowa elektroresekcja gruczołu krokowego (TURP, *ang. transurethral resection of the prostate*), adenomektomia, przezcewkowe nacięcie gruczołu krokowego (TUIP, *ang. transurethal incision of the prostate*), przezcewkowa waporyzacja stercza (TUVP, *ang. transurethral electrovaporization of the prostate*), laserowa ablacja stercza (VLAP, *ang. visual laser ablation of the prostate*), fotoselektywna waporyzacja stercza (GLLT, *ang.green light laser therapy*), śródtkankowa mikrofalowa ablacja igłowa gruczołu krokowego (TUNA, *ang. transurethral needle ablation*). 2) Rak stercza: a. patofizjologia (uwarunkowania genetyczne, zakażenia przekazywane drogą płciową, uwarunkowania dietetyczne); b. objawy – uzależnione od stopnia zaawansowania (dotyczące układu moczowego, miejsca przerzutów); c. rozpoznanie (wywiad w kierunku objawów dotyczących zaburzeń w oddawaniu moczu, badanie

	przedmiotowe (per rectum), badania laboratoryjne (badanie ogólne/posiew moczu, PSA, test genetyczny PCA_3, ultrasonografia przezodbytnicza, biopsja gruczołu krokowego); d. zasady postępowania („baczna obserwacja" z intencją leczenia, prostatektomia radykalna klasyczna/laparoskopowa z użyciem robota DaVinci, radioterapia (konwencjonalna, brachyterapia, trójwymiarowa radioterapia konformalna), kastracja operacyjna (obustronna orchidektomia), leczenie hormonalne farmakologiczne (estrogeny, analogi LH-RH, antyandrogeny), leczenie objawowe). **4. Opieka nad chorym ze schorzeniami układu moczowego w okresie okołooperacyjnym (7 godz.)** a. ocena podstawowych parametrów (stan świadomości, ciśnienie tętnicze, oddech, tętno, temperatura ciała); b. ocena nasilenia dolegliwości bólowych (charakter, umiejscowienie, natężenie, objawy towarzyszące – skala VAS); c. ocena nasilenia zaburzeń w oddawaniu moczu; d. pobranie krwi i moczu do badania laboratoryjnego zgodnie z przyjętymi standardami (morfologia, kreatynina, wapń, fosforany, kwas moczowy, badanie ogólne moczu, posiew moczu); e. kontrola i pomoc w utrzymaniu higieny ciała (ze szczególnym uwzględnieniem cewki moczowej); f. rozpoznanie stanu emocjonalnego chorego; g. określenie deficytu samoopieki; h. przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego (psychiczne i fizyczne); i. ułożenie chorego w zależności od rodzaju zabiegu operacyjnego; j. ocena stanu rany pooperacyjnej/przesiąkania opatrunku/funkcjonowania drenażu; k. tlenoterapia; l. prowadzenie i ocena bilansu wodno-elektrolitowego, ocena jakościowa i ilościowa diurezy; m. podejmowanie działań zapobiegających zakażeniu układu moczowego u pacjentów z założonym cewnikiem Foleya, cewnikiem JJ, cewnikiem założonym nadłonowo, dwubieżnym, podczas stałego płukania pęcherza; n. edukacja w zakresie postępowania dietetycznego (z uwzględnieniem pacjentów z kamicą moczową); o. zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym; p. nadzór nad systematycznym przyjmowaniem leków w przypadku leczenia hormonalnego; q. określenie potrzeb edukacyjnych chorego i jego rodziny/edukacja w zakresie samopielęgnacji i samoopieki w warunkach domowych.

	5. Urazy (5 godz.) 1) Nerek: a. objawy (urazy otwarte, urazy zamknięte); b. rozpoznanie (tomografia komputerowa, USG, radiogram przeglądowy, arteriografia); c. postępowanie (zachowawcze – „baczna obserwacja'', drenaż krwiaka, przezskórna przetoka nerkowa, wprowadzenie cewnika moczowodowego JJ, nefrektomia). 2) Moczowodów: a. objawy (ból okolicy lędźwiowej, podwyższona temperatura ciała, porażenna niedrożność jelit, krwiomocz); b. rozpoznanie (USG, urografia, tomografia komputerowa); c. postępowanie (założenie cewnika moczowodowego, wytworzenie przezskórnej przetoki nerkowej, operacyjne). 3) Pęcherza moczowego: a. objawy (zamknięte/pęknięcia, otwarte/zranienia, zaburzenia mikcji, krwiomocz „krwawy bezmocz'', zapalenia otrzewnej – obrona mięśniowa, wymioty, porażenie perystaltyki jelit (uraz wewnątrzotrzewnowy), bolesność uciskowa, brak objawów otrzewnowych (uraz zewnątrzotrzewnowy); b. rozpoznanie (wywiad dotyczący objawów, badanie przedmiotowe per rectum, urografia, cystografia); c. postępowanie (operacyjne, cewnikowanie/przetoka nadłonowa). 4) Cewki moczowej: a. objawy (przedniej części cewki moczowej, tylnej części cewki moczowej); b. rozpoznanie (uretrografia); c. postępowanie (cystostomia punkcyjna).
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Borkowski A.: *Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL, Warszawa 2006 2. Jassem J., Krzakowski M.: *Nowotwory układu moczowo-płciowego*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013 3. Siroky M.B., Oates R.D., Babayan R.K.: *Podręcznik urologii. Diagnostyka i leczenie*. Wyd. Czelej, Lublin 2012 **Literatura uzupełniająca:** 1. Walewska E., Ścisło L.: *Procedury pielęgniarskie w chirurgii*. PZWL, Warszawa 2012 2. Sierżantowicz R., Kudelski J. i wsp.: *Opieka pielęgniarska nad pacjentem z kamicą nerkową* [w:] Jurkowska G.,

	Łagoda K. (red.): *Pielęgniarstwo internistyczne*. PZWL, Warszawa 2011 3. Czasopismo: Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. Wyd. Termedia.
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 35 godz. Miejsce odbywania stażu: Oddział urologiczny.

5.9 MODUŁ IX

Nazwa modułu	**WYBRANE ZAGADNIENIA CHIRURGII WIEKU DZIECIĘCEGO**
Cel kształcenia	**Celem modułu jest** pogłębienie wiedzy oraz uzyskanie specjalistycznych umiejętności w zakresie pielęgnowania pacjentów leczonych w oddziale chirurgii dzieci.
Efekty kształcenia dla modułu	**W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji:** **W zakresie wiedzy:** W79. charakteryzuje odrębności wieku dziecięcego i uwarunkowaną nimi opiekę pielęgniarską; W80. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad dziećmi w okresie okołooperacyjnym; W81. omawia wybrane wady rozwojowe u dzieci leczone operacyjnie; W82. charakteryzuje urazy klatki piersiowej i brzucha u dzieci oraz omawia metody ich leczenia; W83. charakteryzuje zasady pielęgnacji dziecka z oparzeniem i przedstawia zasady pielęgnacji dziecka po przeszczepie; W84. omawia sposoby przygotowania dzieci i ich rodziców/opiekunów do samoopieki w warunkach domowych. **W zakresie umiejętności potrafi:** U83. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do dzieci leczonych chirurgicznie i ich opiekunów; U84. realizować opiekę pielęgniarską nad dzieckiem po zabiegu operacyjnym, dokonać oceny podjętych działań i weryfikować postępowanie pielęgniarskie, dostosowując je do aktualnego stanu zdrowia dziecka i jego potrzeb; U85. ocenić stan dziecka po urazie; U86. ocenić stan rany dziecka, rozpoznać wczesne objawy zakażenia rany i dobrać środki, opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia; U87. zdjąć szwy z rany u dziecka; U88. ocenić natężenie bólu u dziecka leczonego chirurgicznie i podjąć działania pielęgnacyjno-terapeutyczne; U89. podjąć działania pielęgnacyjne i terapeutyczne u dziecka z krwawieniem do przewodu pokarmowego; U90. udzielić wsparcia dzieciom po operacjach chirurgicznych oraz ich opiekunom; U91. planować i realizować edukację zdrowotną wobec dziecka i jego rodziny w obszarach przygotowania do samoopieki.

	W zakresie kompetencji społecznych: K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką; K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: <u>pielęgniarka</u> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, pielęgniarstwa pediatrycznego (do realizowania wybranych zagadnień); <u>lekarz</u> 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie chirurgii dziecięcej, medycyny ratunkowej (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 40 godz. Staż – 35 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 75 godz.** • Wykłady – 40 godz. • Staż – 35 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 50 godz.** • przygotowanie się do stażu – 20 godz.

	• opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu, zaliczenie modułu: 30 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 125 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład z prezentacją multimedialną, wykład informacyjny, dyskusja dydaktyczna, staż.
Stosowane środki dydaktyczne	Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych.
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji i warunki zaliczenia specjalizacji	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy**: test jednokrotnego wyboru składający się z 50 pytań; kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności**: obserwacja pracy uczestnika specjalizacji; karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia (zamieszczonych w programie zajęć stażowych). **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych**: obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Pielęgnowanie dziecka leczonego chirurgicznie (2 godz.)** 1) Specyfika chirurgii dziecięcej: a. specyfika homeostazy w organizmie dziecka w różnych okresach rozwoju; b. zwiększona wrażliwość na utratę ciepła i przegrzanie; c. łatwość odwodnienia i zaburzeń metabolicznych; d. podatność na zakażenie i szybkość uogólnienia się zakażenia; e. wrażliwość na utratę krwi i skłonność do wstrząsu hipowolemicznego; f. trudność w komunikowaniu i definiowaniu dolegliwości; g. odmienność psychiki dziecięcej; h. stres w związku z chorobą i rozłąką z rodzicami; i. Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu, Konwencja o Prawach Dziecka. 2) Przygotowanie dziecka do badań diagnostycznych i zabiegów specjalistycznych (m.in.: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, badania radiologiczne, badania endoskopowe, nakłucie lędźwiowe, urografia, biopsji nerki, badania scyntygraficzne, arteriografia). **2. Wady rozwojowe (8 godz.)** 1) Epidemiologia wad rozwojowych (częstość występowania i rozpowszechnienie wad rozwojowych, czynniki ryzyka wad rozwojowych, czynniki przyśpieszające wystąpienie wady rozwojowej). 2) Chirurgiczne leczenie wybranych wad wieku dziecięcego:

	a. przepuklina oponowo-rdzeniowa (patofizjologia, objawy, postępowanie przedoperacyjne, leczenie operacyjne); b. rozszczep wargi i podniebienia (objawy, postępowanie przedoperacyjne, leczenie operacyjne); c. wrodzona niedrożność przełyku (etiologia, postacie wrodzonego zarośnięcia przełyku, objawy, rozpoznanie, leczenie operacyjne, zespolenie przełyku); d. wrodzone wady serca z przeciekiem z prawego do lewego serca (patofizjologia, objawy, rozpoznanie, leczenie operacyjne, korekcja wady w krążeniu pozaustrojowym); e. choroba Hirschsprunga (etiologia choroby, objawy, rozpoznanie, postępowanie przedoperacyjne, leczenie operacyjne); f. wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego (etiologia, objawy kliniczne, rozpoznanie, leczenie: nastawienie i unieruchomienie u noworodków, nastawienie operacyjne, wyciąg); g. stulejka (objawy, rozpoznanie, leczenie). 3) Opieka nad dzieckiem z wadami rozwojowymi w okresie okołooperacyjnym: a. wsparcie psychiczne rodziców dziecka; b. przygotowanie fizyczne dziecka (wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, wykonanie koniecznych badań laboratoryjnych i radiologicznych, ocena stanu zdrowia dziecka, przygotowanie przewodu pokarmowego, kąpiel dziecka, stała obecność przy dziecku, współpraca z rodzicami dziecka dotycząca stałej opieki nad dzieckiem); c. obserwacja dziecka, monitorowanie parametrów życiowych dziecka po operacji; d. leczenie bólu; e. pielęgnowanie opatrunku i rany, zabezpieczenie drenów, kontrola drożności drenów; f. przetaczanie płynów, farmakoterapia; g. unieruchomienie; h. zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym; i. wykonywanie badań kontrolnych; j. udzielenie wskazówek i rad praktycznych dotyczących opieki nad dzieckiem w domu. **3. Choroby jamy brzusznej (14 godz.)** 1) Diagnostyka chorób jamy brzusznej-przygotowanie dziecka do badań diagnostycznych (wywiad, badanie fizykalne, ultrasonografia, badania laboratoryjne, badania radiologiczne, badania endoskopowe, tomografia

	komputerowa, rezonans magnetyczny). 2) Wybrane choroby jamy brzusznej: ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, krwawienie do przewodu pokarmowego, przepuklina pępkowa, przepuklina pachwinowa, niedrożność jelit, zapalenie otrzewnej; a. objawy (ból brzucha, wzdęcie brzucha, osłabienie ruchów robaczkowych, nudności, wymioty, podwyższona temperatura ciała, brak łaknienia); b. rozpoznanie (wywiad, badanie fizykalne, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, badania laboratoryjne, USG). 3) Opieka nad dzieckiem z chorobami jamy brzusznej w okresie okołooperacyjnym; a. przygotowanie dziecka do zabiegu operacyjnego: • poinformowanie dziecka i rodziców o istocie postępowania, pozyskanie rodziców do współpracy, przygotowanie psychiczne dziecka do operacji, • założenie kaniuli do żyły, pobranie krwi i moczu do badania laboratoryjnego (grupa krwi i Rh, próba krzyżowa, morfologia, jonogram, gazometria, badanie ogólne moczu), nawodnienie dziecka – wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, • kąpiel całego ciała, przygotowanie pola operacyjnego, • ocena stanu dziecka w dniu zabiegu (kaszel, luźne stolce, podwyższona temperatura ciała, zmiany skórne – pokrzywka, świąd skóry), • założenie sondy żołądkowej (zależnie od potrzeb), pozostawienie dziecka na czczo, • podanie premedykacji, • opróżnienie pęcherza moczowego bezpośrednio przed zabiegiem/założenie cewnika do pęcherza moczowego, • udzielenie rodzicom informacji o zmianach zachowania się dziecka po znieczuleniu i operacji (podwójne widzenie, zawroty głowy, majaczenie, pobudzenie psychoruchowe, wymioty), nauczenie dziecka i rodziców wykonywania ćwiczeń oddechowych – instruktaż praktyczny, pozyskanie rodziców do współpracy w okresie pooperacyjnym); b. postępowanie pooperacyjne: • pozycja ułożeniowa w zależności od rodzaju zabiegu operacyjnego, • ocena parametrów życiowych,

	• ocena napięcia ciemiączka u małych dzieci, płynoterapia – nawadnianie organizmu, • ocena bólu i terapia przeciwbólowa, • antybiotykoterapia – zapobieganie zakażeniom pooperacyjnym, • obserwacja dziecka (powikłania po znieczuleniu), • ocena opatrunku i rany pooperacyjnej, ocena i kontrola drenażu (w zależności od rodzaju zabiegu), • ocena diurezy, • pobieranie krwi i moczu do badań kontrolnych, • żywienie doustne (w zależności od rodzaju zabiegu – głodówka, przepajanie, picie, kleik, dieta płynna, papkowata, lekkostrawna, specjalna), • uruchamianie dziecka (ćwiczenia bierne i czynne, pionizowanie, pełna samodzielność), • pomoc przy wykonywaniu toalety całego ciała, higieny krocza i odbytu, • zasady pielęgnowania dziecka z wyłonioną przetoką jelitową, obserwacja wypróżnień, • wykonywanie ćwiczeń oddechowych, • powikłania pooperacyjne późne, • przygotowanie dziecka do zdjęcia szwów z rany, • organizacja czasu wolnego dziecka, edukacja dziecka i rodziców, • dokumentowanie działań pielęgniarskich, • zalecenia dla dziecka przy wypisie do domu. 4) Opieka nad dzieckiem z krwawieniem do przewodu pokarmowego: a. objawy (krew w stolcu, smoliste stolce, wymioty krwawe); b. rozpoznanie (wywiad, USG, RTG jamy brzusznej, badanie per rectum, gastroskopia, badania laboratoryjne); c. postępowanie (zależne od miejsca krwawienia): • umieszczenie dziecka w sali intensywnego nadzoru, • podłączenie dziecka do kardiomonitora/pulsoksymetru, ocena parametrów (ciśnienie tętnicze krwi, oddech, tętno, temperatura), • przygotowanie dziecka do badań diagnostycznych, • założenie kaniuli dożylnej, płynoterapia, farmakoterapia,

	• pobranie materiału do badań laboratoryjnych (morfologia, rozmaz krwi, hematokryt, jonogram, gazometria, grupa krwi i Rh, próba krzyżowa, układ krzepnięcia), • założenie cewnika do pęcherza moczowego, kontrola diurezy, • założenie sondy do żołądka w zależności od wskazań, • umożliwienie rodzicom obecności przy dziecku, • zmniejszenie niepokoju psychicznego dziecka i rodziców. **4. Urazy (15 godz.)** 1) Epidemiologia urazów u dzieci: a. specyfika urazów i uszkodzeń ciała u dzieci (okoliczności i rodzaj urazu, budowa ciała, fizjologia dziecka, psychika, zmiany rozwojowe zachodzące w organizmie dziecka); b. przedszpitalna pomoc medyczna. 2) Ocena ciężkości urazu, monitorowanie stanu dziecka (skala Glasgow (GCS); zmodyfikowana GCS do oceny stanu dzieci (CCS); skala ciężkości obrażeń (TS *ang. trauma score*); dziecięca skala urazów (PTS *ang. pediatric trauma score*); ocena stanu ogólnego, monitorowanie drożności dróg oddechowych, parametrów życiowych, kontrola bólu, ocena stanu neurologicznego, ocena stanu miejscowego). 3) Specyfika opieki nad dzieckiem oparzonym: a. przyczyny oparzeń (wysoka temperatura, substancje chemiczne, energia elektryczna, promieniowanie jonizujące); b. ocena stopnia i powierzchni oparzenia (tablice Lunda i Browdera); c. leczenie niewielkich oparzeń u dzieci (stosowanie leków przeciwbólowych, oczyszczenie powierzchni oparzonej, miejscowe stosowanie preparatów antyseptycznych, założenie jałowego opatrunku, profilaktyczne podanie anatoksyny przeciwtężcowej); d. leczenie rozległych oparzeń u dzieci (podanie leku przeciwbólowego, założenie dostępu żylnego, przetaczanie płynów, założenie cewnika do pęcherza moczowego (ocena diurezy godzinowej), założenie zgłębnika do żołądka i odsysanie treści żołądkowej, utrzymanie drożności dróg oddechowych, stosowanie anatoksyny przeciwtężcowej, wsparcie psychiczne); e. opatrunki (oczyszczenie rany oparzeniowej, aseptyka zmiany opatrunku, opatrunki nowej generacji); f. przeszczepianie skóry (przygotowanie chorego dziecka do przeszczepu, miejscowe pobranie skóry

	do przeszczepu, pielęgnowanie przeszczepu); g. rehabilitacja dzieci z raną oparzeniową; h. kompleksowe leczenie zachowawcze blizn pooperacyjnych (leczenie uciskiem, maści zmiękczające, szyny korekcyjne, środki farmakologiczne do stosowania miejscowego, laser niskoenergetyczny, podczerwony, leczenie operacyjne – chirurgia plastyczna). 4) Specyfika pielęgnowania dziecka z urazem czaszkowo-mózgowym: a. przyczyny urazów u dzieci (upadek, uderzenie w czasie zabawy, pobicie, wypadek komunikacyjny, wypadek w rolnictwie); b. podział urazów (uszkodzenia pokrywy mózgu: złamania kości czaszki, otwarte złamania czaszki, bezpośrednie następstwa urazu głowy: wstrząśnienie mózgu, obrzęk mózgu, stłuczenie mózgu, pourazowe krwiaki śródczaszkowe); c. objawy urazów czaszkowo-mózgowych; d. diagnozowanie (RTG kości czaszki, tomografia komputerowa, badanie naczyniowe mózgu); e. badanie dziecka po urazie (ustalenie stanu świadomości, badanie objawów oponowych i ogniskowych, objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego); f. wskazania do zabiegu neurochirurgicznego (złamania otwarte kości czaszki, nasilanie się zaburzeń świadomości, rozległe obrażenia przy stabilnym stanie ogólnym, złamanie z wgnieceniem kości, utrzymujący się wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego, niemowlęta poniżej 2 roku życia z nieznacznymi obrażeniami głowy po ciężkim urazie); g. przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego (obustronne rozszerzenie i nieruchomość źrenic, głęboka śpiączka i wiotkość mięśni, utrzymujący się brak własnej czynności oddechowej); h. opieka pielęgniarska nad dzieckiem po urazie czaszkowo-mózgowym (ułożenie dziecka w pozycji bezpiecznej, ogrzanie dziecka, zapewnienie drożności dróg oddechowych, monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, pielęgnowanie wkłucia dożylnego, zapewnienie spokoju, zaopatrzenie ran jałowym opatrunkiem, unieruchomienie w łóżku, wnikliwa obserwacja dziecka, higiena ciała i jamy ustnej, nawadnianie organizmu, farmakoterapia, zapobieganie powikłaniom). 5) Specyfika pielęgnowania dziecka z urazem klatki piersiowej: a. podział obrażeń (otwarte, zamknięte); b. objawy urazów klatki piersiowej;

	c. diagnostyka (badanie fizykalne, zdjęcia radiologiczne, badanie kliniczne, tomografia komputerowa); d. leczenie (zapewnienie drożności dróg oddechowych, wentylacja, wydolne krążenie, założenie drenażu do jamy opłucnowej w przypadku odmy i/lub krwiaka jamy opłucnowej, chirurgiczne opracowanie rany w przypadku odmy otwartej); e. wskazania do zabiegu operacyjnego (brak rozprężenia płuc i stwierdzenie obfitego drenażu powietrza, rozerwanie dużych oskrzeli, rozerwanie przełyku, krwawienie z jamy opłucnowej); f. leczenie chirurgiczne (torakotomia). 6) Specyfika pielęgnowania dziecka z urazem jamy brzusznej: a. podział urazów (zamknięte, otwarte); b. objawy; c. diagnozowanie (zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej i jamy brzusznej, płukanie jamy otrzewnowej); d. wskazania do laparotomii (wytrzewienie, rany postrzałowe, obfita obecność krwi przy płukaniu jamy otrzewnowej, przedłużający się wstrząs mimo reanimacji, powietrze pod przeponą, objawy rozlanego zapalenia otrzewnej). 7) Specyfika pielęgnowania dziecka z urazem kostno-stawowym: a. złamanie kości (podział złamań kości, objawy, pierwsza pomoc przy złamaniu: unieruchomienie złamanej kończyny, złagodzenie bólu, leczenie zachowawcze – opatrunek gipsowy, wyciąg, leczenie operacyjne); b. zwichnięcie stawu (objawy, pierwsza pomoc: unieruchomienie stawu, transport do specjalisty, leczenie); c. skręcenie stawu (objawy, postępowanie: zasady pielęgnowania dziecka w opatrunku gipsowym, pielęgnowanie dziecka na wyciągu, pielęgnowanie dziecka po operacji zespolenia złamanej kości, rehabilitacja dziecka w okresie unieruchomienia). 8) Ciała obce w nosogardzieli, oskrzelach i przewodzie pokarmowym: a. objawy, rozpoznanie, pierwsza pomoc, usuwanie ciał obcych (bronchoskopia, gastroskopia). **5. Przerost migdałka gardłowego, przerost migdałków podniebiennych (1 godz.)** 1) Wskazania do zabiegu operacyjnego (podejrzenie zmian nowotworowych migdałka, zespół bezdechów sennych, zaburzenia połykania spowodowane rozrostem migdałków, nawracające infekcje górnych dróg oddechowych, nieżyty nosa, zatok oraz zapalenia ucha środkowego). 2) Przygotowanie dziecka do zabiegu operacyjnego (przygotowanie psychiczne, fizyczne, farmakologiczne).

	3) Opieka nad dzieckiem we wczesnym okresie pooperacyjnym: a. zapewnienie bezpieczeństwa dziecku (ułożenie, udogodnienia); b. zapewnienie odpowiedniej temperatury ciała; c. monitorowanie parametrów stanu ogólnego; d. obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych (wymioty, zaburzenia oddechowe, krwawienia, niedotlenienie); e. postępowanie w przypadku wystąpienia powikłań; f. postępowanie przeciwbólowe; g. postępowanie dietetyczne; h. edukacja dziecka i jego rodziców.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Barczykowska E., Ślusarz R., Szewczyk M. (red.): *Pielęgniarstwo w pediatrii*. Wyd. Borgis, Warszawa 2006 2. Czernik J. (red.): *Chirurgia dziecięca*. UM, Wrocław 2008 3. Strużyna J. (red.): *Wczesne leczenie oparzeń*. PZWL, Warszawa 2006 4. Twarduś K., Perek M. (red.): *Opieka nad dzieckiem w wybranych chorobach chirurgicznych*. PZWL, Warszawa 2014 **Literatura uzupełniająca:** 1. Czernik J. (red.): *Chirurgia dziecięca*. PZWL, Warszawa 2005 2. Noszczyk W. (red.): *Chirurgia, t. 2*. PZWL, Warszawa 2009 3. Pawlaczyk B.: *Pielęgniarstwo pediatryczne*. PZWL, Warszawa 2013 4. Stack C., Dobbs P.: *Podstawy intensywnej terapii dzieci*. PZWL, Warszawa 2007 5. Szczapa J. (red.): *Podstawy neonatologii*. PZWL, Warszawa 2008 6. Czasopismo: Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. Wyd. Termedia.
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 35 godz. Miejsce odbywania stażu: Oddział chirurgii dziecięcej.

5.10. MODUŁ X

Nazwa modułu	**STANY NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO**
Cel kształcenia	**Celem modułu jest** zapoznanie pielęgniarki z aspektami medycyny ratunkowej oraz przygotowanie jej do udzielania medycznych czynności ratunkowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.
Efekty kształcenia dla modułu	W wyniku kształcenia uczestnik specjalizacji: **W zakresie wiedzy:** W85. opisuje miejsce ratownictwa zintegrowanego w medycynie, terminologię używaną w naukach medycznych oraz jej zastosowanie w dyscyplinach naukowych; W86. przedstawia prawne, organizacyjne i etyczne uwarunkowania wykonywania zawodu pielęgniarki systemu; W87. opisuje sytuację zdrowotną pacjenta, grupy pacjentów w celu ustalenia stanu i podjęcia ewentualnych czynności ratowniczych; W88. opisuje wskazania do zastosowania metod udrażniania dróg oddechowych bezprzyrządowych i poszczególnych metod przyrządowych (rurki ustno-gardłowej, nosowo-gardłowej, maski krtaniowej, rurki krtaniowej, rurki intubacyjnej); W89. opisuje stany wymagające zastosowania tlenoterapii; W90. omawia metody tlenoterapii biernej i czynnej do zapotrzebowania i stanu pacjenta; W91. opisuje wskazania i przeciwwskazania do defibrylacji, zasady jej przeprowadzania za pomocą automatycznego i manualnego defibrylatora; W92. omawia zasady wykonania zapisu EKG; W93. prezentuje wartości parametrów oceniających układ oddechowy, krążenia i nerwowy w stopniu pozwalającym na rozpoznanie stanów bezpośredniego zagrożenia życia; W94. omawia stany zagrożenia życia w pediatrii; W95. przedstawia zasady farmakoterapii dzieci; W96. opisuje procedury postępowania ratunkowego w poszczególnych stanach zagrożenia życia u dzieci; W97. opisuje objawy pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania porodu w warunkach pozaszpitalnych; W98. omawia objawy, przebieg i sposoby postępowania ratowniczego, w określonych jednostkach chorobowych, w stanach zagrożenia życia; W99. omawia wybrane problemy społeczno-psychologiczne medycyny ratunkowej;

	W100. analizuje objawy i parametry życiowe pozwalające na prawidłowe przeprowadzenie segregacji medycznej; W101. wdraża adekwatne metody zabezpieczenia miejsca zdarzenia prowadzące do zapewnienia bezpieczeństwa własnego i innych ratowników oraz ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia; W102. omawia procedurę powiadamiania organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu lub podejrzeniu zaistnienia zdarzeń o charakterze kryminalnym; W103. charakteryzuje zasady przygotowania pacjenta do transportu. **W zakresie umiejętności potrafi:** U92. prowadzić ocenę stanu pacjenta z uwzględnieniem monitorowania stanu układu oddechowego, krążenia, centralnego układu nerwowego oraz podstawowych badań laboratoryjnych (gazometrii krwi włośniczkowej, stężenia glukozy we krwi, stężenia elektrolitów we krwi); U93. rozpoznać stan pacjenta pod kątem wydolności układu oddechowego, krążenia i układu nerwowego; U94. wdrożyć metody wspomagania oddechu adekwatne do stanu i możliwości pacjenta; U95. podjąć decyzję o podjęciu działań ratunkowych lub odstąpieniu od czynności ratunkowych; U96. ułożyć pacjenta w pozycji właściwej dla stanu zdrowia pacjenta lub odniesionych obrażeń; U97. prowadzić podstawową i zaawansowaną resuscytację krążeniowo-oddechową u osób dorosłych, dzieci, niemowląt, według obowiązujących wytycznych; U98. stosować bezprzyrządowe i przyrządowe metody przywracania i zabezpieczenia drożności dróg oddechowych; U99. wykonać intubację dotchawiczą w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia, bez użycia środków zwiotczających, oraz prowadzić wentylację zastępczą; U100. wykonać EKG, defibrylację z użyciem AED i manualnego defibrylatora; U101. opatrzyć rany, tamować krwotoki, unieruchomić złamania, zwichnięcia i skręcenia; U102. unieruchomić kręgosłup ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego; U103. rozpoznać zagrożenia w miejscu zdarzenia; U104. przygotować pacjenta do transportu kwalifikowanego; U105. wykonać segregację medyczną i koordynować działania medyczne na miejscu zdarzenia; U106. odebrać poród w warunkach pozaszpitalnych. **W zakresie kompetencji społecznych:** K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;

	K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej; K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym; K4. dba o wizerunek własnego zawodu; K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe; K6. podejmuje indywidualne i zespołowe profesjonalne działania w zakresie ratownictwa medycznego.
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków: <u>pielęgniarka</u> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki; <u>lekarz</u> 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie medycyny ratunkowej lub anestezjologii i intensywnej terapii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykład – 19 godz. Ćwiczenia – 6 godz. w grupach 5-osobowych Staż – 35 godz.
Nakład pracy uczestnika specjalizacji	**Udział w zajęciach (godz. kontaktowe): 60 godz.** • wykład – 19 godz. • ćwiczenia – 6 godz. • staż – 35 godz. **Praca własna uczestnika specjalizacji: 15 godz.** • przygotowanie się do ćwiczeń – 5 godz.

	• opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 10 godz. **Łącznie nakład pracy uczestnika specjalizacji: 75 godz.**
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, ćwiczenia na fantomach (ALS dorosłych, dzieci, noworodków, intubacji), ćwiczenia segregacji medycznej w warunkach symulowanych.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik, gotowe symulacje zdarzeń niepożądanych, fantom dorosłego, dziecka, noworodka, głowa do intubacji, zestaw do intubacji (laryngoskop z kompletem łyżek, rurki do intubacji dla dzieci, dorosłych, rurki ustno-gardłowe).
Metody sprawdzania i kryteria oceny efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika specjalizacji	**Efekty kształcenia w zakresie wiedzy:** test jednokrotnego wyboru składający się z 60 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. **Efekty kształcenia w zakresie umiejętności:** czynny udział w ćwiczeniach – rozwiązanie samodzielnie co najmniej 1 sytuacji symulowanej, zaliczenie BLS, ALS na fantomach, ze szczególnym uwzględnieniem intubacji dotchawiczej, zaliczenie ćwiczeń z zakresu segregacji medycznej. **Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych:** obecność na zajęciach, obserwacja 360 stopni.
Treści modułu kształcenia	**1. Medycyna Ratunkowa** **1) Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego (wykłady 2 godz.):** a. Ratownictwo Medyczne w Polsce. b. Systemy Ratownictwa Medycznego na świecie; c. akty normatywno-prawne Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce; d. jednostki współpracujące z systemem ratownictwa medycznego (straż miejska, policja, wydział zarządzania kryzysowego). **2) Rozpoznanie i postępowanie w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (wykłady 3 godz.; ćwiczenia 3 godz.):** a. ocena podstawowych funkcji życiowych człowieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z uwzględnieniem objawów, parametrów życiowych i wyników badań diagnostycznych; b. uruchomienie „ Łańcucha przeżycia”; c. podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS) i zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (ALS); d. przywrócenie, podtrzymywanie i stabilizacja podstawowych funkcji – w tym czynności układu oddechowego i krążenia (ćwiczenia z wykonania intubacji dotchawiczej – każdy uczestnik

	minimum 5 powtórzeń); e. postępowanie z pacjentem z niewydolnością oddechową, we wstrząsie, nieprzytomnym; f. farmakoterapia podczas resuscytacji z uwzględnieniem wykazu leków i środków możliwych do podania przez pielęgniarkę systemu samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. **3) Podejmowanie czynności przez pielęgniarkę w ramach pierwszej pomocy w szczególnych rodzajach zagrożeń środowiskowych (wykłady 2 godz.):** a. zatrucia; b. oparzenia; c. odmrożenia rażenie prądem, piorunem; d. ukąszenia węży, owadów; e. poród w warunkach pozaszpitalnych. **4) Zasady postępowania z chorym po urazie (wykłady 2 godz.):** a. ocena pacjenta urazowego (szybkie badanie urazowe, ocena miejscowa, szczegółowe badanie urazowe); b. wskazania do wdrożenia procedur „Ładuj i jedź", „Zostań i działaj"; c. zabezpieczenie i stabilizacja różnych obszarów ciała uszkodzonych w wyniku działania czynników zewnętrznych (złamania, zranienia, krwotoki zewnętrzne); d. postępowanie w urazach głowy szyi, klatki piersiowej, brzucha, miednicy. **5) Standardy postępowania w zdarzeniach masowych i katastrofach (wykłady 4 godz.; ćwiczenia 3 godz.):** a. zasady zapewnienia bezpieczeństwa własnego i innych uczestników akcji ratunkowej; b. kierowanie akcją ratunkową, koordynowanie działań ratunkowych; c. systemy segregacji stosowane w zdarzeniach masowych (TRIAGE, Start); d. zasady i wskazania do przeprowadzenia ewakuacji z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (ułożenie i transport poszkodowanych); e. zasady współpracy jednostek ratownictwa medycznego z innymi jednostkami biorącymi udział w akcji ratunkowej (straż pożarna, policja, straż miejska, wydział zarządzania kryzysowego). **2. Stany zagrożenia życia u dzieci (4 godz.):** a. ocena stanu pacjenta pediatrycznego;

	b. odrębności w podstawowych i zaawansowanych czynnościach ratunkowych u pacjenta pediatrycznego; c. najczęstsze stany zagrożenia życia w pediatrii (ostre choroby zakaźne, ostre stany powodujące niedotlenienie, wady serca, zaburzenia świadomości, drgawki, choroby neurologiczne, zatrucia – paracetamol, substancje żrące, alkohol; urazy); d. farmakoterapia w pediatrii (farmakoterapia w resuscytacji, płynoterapia, drogi podawania leków). **3. Bezpieczeństwo własne pielęgniarki ratunkowej, bezpieczeństwo poszkodowanego, zabezpieczenie miejsca zdarzenia (1 godz.):** a. organizacja pracy własnej i podległego personelu zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, ergonomii, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska; b. nadzorowanie przygotowania i obsługi sprzętu i aparatury ratującej życie bezpieczeństwo poszkodowanych, zabezpieczenie miejsca zdarzenia do czasu przybycia osób nadzorujących akcję ratowniczą; c. bezpieczeństwo poszkodowanych, zabezpieczenie miejsca zdarzenia do czasu przybycia osób nadzorujących akcję ratowniczą; d. kontrola i ocena działań ratunkowych. **4. Elementy społeczno-psychologiczne w medycynie ratunkowej (1 godz.):** a. sposoby porozumiewania się ludzi: komunikowanie interpersonalne, interpersonalne – medialne, pośrednie – masowe. b. Sytuacje trudne (śmierć, wypadki masowe, katastrofy, segregacja pacjentów, sytuacje konfliktowe w kontaktach z pacjentem i jego rodziną); c. narażenie na utratę życia i zdrowia; d. metody i techniki radzenia sobie ze stresem.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	**Literatura podstawowa:** 1. Kokot F.: *Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych*. PZWL, Warszawa 2006 2. Kózka M., Rumian B., Maślanka M. (red.): *Pielęgniarstwo ratunkowe*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013 3. Konieczny J., Paciorek P.: *Kwalifikowana pierwsza pomoc*. Garmond Oficyna Wydawnicza, Poznań 2013 4. Zawadzki A.: *Medycyna ratunkowa i katastrof*. PZWL, Warszawa 2007 **Literatura uzupełniająca:**

	1. Andres J.: *Wytyczne resuscytacji 2010*. Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2011 2. Gaszyński W.*: Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium*. PZWL, Warszawa 2010 3. Jakubaszko J.: *Medycyna ratunkowa wieku dziecięcego*. Urban & Partner, Wrocław 2003 4. Kołodziej R.: *No Stress*. Wydawnictwo Złote Myśli, Gliwice 2011 5. Konieczny J. (red.): *Bezpieczeństwo dzieci w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego. Ratownictwo medyczne, pomoc psychologiczna i pedagogiczna*. Garmond Oficyna Wydawnicza, Inowrocław-Poznań 2009 6. Plantz S.H., Wipfler E.J., Jakubaszko J. (red. wyd. pol.): *Medycyna ratunkowa NMS*. Urban & Partner, Wrocław 2008 7. Sefrin P., Schua R.: *Postępowanie w nagłych zagrożeniach zdrowotnych*. Urban & Partner, Wrocław 2008 8. Wawrzynowicz H., Romańczukiewicz J.: *Pierwsza pomoc psychologiczna w następstwie wypadków i katastrof*. „Zeszyty Interwencji Kryzysowych", 2007 **Akty prawne (odzwierciedlające aktualny stan prawny):** 1. Kodeks postępowania Europejskiej Rady Resuscytacji. 2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013r., poz. 757 z późn. zm.). 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420). 4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). 5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (Dz. U. z 2013 r., poz. 5).
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych: 35 godz. Miejsce odbywania stażu: Szpitalny oddział ratunkowym – 21 godz. Zespół ratownictwa medycznego – 14 godz.

6. PROGRAM ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

6.1 STAŻ: Oddział chirurgiczny ogólny z salą opatrunkową

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale chirurgii ogólnej.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 35 godz.
Liczebność grupy: 5–6 osób
Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:

1. Pielęgnowanie chorego z gastrostomią/jejunostomią.
2. Pielęgnowanie chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej.
3. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu i rodzaj znieczulenia.
4. Opieka okołooperacyjna nad chorym w wieku podeszłym.
5. Podejmowanie działań mających na celu zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym.
6. Stosowanie nowoczesnych opatrunków do fazy gojenia się rany.

Warunki zaliczenia stażu:

- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Sformułowanie przynajmniej 3 diagnoz pielęgniarskich i opracowanie do nich planu opieki, a następnie omówienie z opiekunem stażu zakresu implementacji planu opieki u jednego z wybranych chorych hospitalizowanych w placówce stażowej.

6.2 STAŻ: **Oddział chirurgiczny ogólny** albo **Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej**

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności rozpoznawania stanów zagrożenia zdrowia i życia, przeprowadzenia badania fizykalnego i oceny stanu zdrowia pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 7 godz.
Liczebność grupy: 5–6 osób
Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, ratunkowego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Ocena stanu świadomości chorego.
2. Przeprowadzenie ukierunkowanego wywiadu chorobowego.
3. Badanie fizykalne pacjenta.
4. Wykonanie całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Przeprowadzenie badania fizykalnego pacjenta.

6.3.1. STAŻ: Ambulatorium chirurgiczne

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi w ambulatorium chirurgicznym (wizyta kontrolna chorych po zabiegach operacyjnych, chorzy z ranami, tzw. mała chirurgia, zabiegi wykonywane ambulatoryjnie).

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin:	21 godz.
Liczebność grupy:	5–6 osób
Opiekun stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków: – posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; – posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Opatrywanie ran czystych i skażonych.
2. Dobór nowoczesnego opatrunku do rodzaju/fazy gojenia rany.
3. Usuwanie szwów.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Usunięcie samodzielnie szwów u co najmniej dwóch pacjentów.

6.3.2. STAŻ: Oddział chirurgiczny ogólny

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale chirurgicznym ze schorzeniami narządów jamy brzusznej, gruczołów wydzielania wewnętrznego i gruczołu piersiowego.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin:	42 godz.
Liczebność grupy:	5–6 osób
Opiekun stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków: – posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, – posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Interpretacja podstawowych wyników badań laboratoryjnych.
2. Przygotowanie pacjenta leczonego w oddziale chirurgii ogólnej do badań diagnostycznych zgodnie z obowiązującymi zasadami.
3. Przygotowanie pacjenta leczonego w oddziale chirurgii ogólnej do operacji chirurgicznej, zabiegu endoskopowego w trybie pilnym i planowym.
4. Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta w okresie okołooperacyjnym.
5. Podejmowanie działań zapobiegających powikłaniom zakrzepowo-zatorowymi i oddechowym po operacji.
6. Monitorowanie bólu u chorego w oddziale chirurgii ogólnej.
7. Edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji stomii jelitowej.
8. Prowadzenie edukacji w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznania schorzeń układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego.
9. Prowadzenie edukacji w zakresie żywienia pacjentów z chorobami układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Sformułowanie przynajmniej trzech diagnoz pielęgniarskich i opracowanie do nich planu opieki, a następnie omówienie z opiekunem stażu zakresu implementacji planu opieki u jednego z wybranych chorych hospitalizowanych w placówce stażowej.

6.4.1. STAŻ: **Ambulatorium chirurgiczne** albo **Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej**

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w ambulatorium chirurgii urazowej i ortopedii.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin:	21 godz.
Liczebność grupy:	5–6 osób
Opiekun stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków: – posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; – posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Udział w diagnostyce urazów, towarzyszenie choremu i zabezpieczenie go na czas transportu do pracowni diagnostycznych.
2. Monitorowanie bólu.
3. Zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach i zwichnięciach.
4. Prowadzenie edukacji chorego z założonym opatrunkiem gipsowym.
5. Przygotowanie chorego do zdjęcia opatrunku gipsowego.
6. Zdjęcie szwów.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).

6.4.2. STAŻ: Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale chirurgii urazowej i ortopedii.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 35 godz.
Liczebność grupy: 5–6 osób
Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych (np. badania radiologiczne).
2. Ocena stanu chorego i pielęgnowanie po zabiegu operacyjnym.
3. Pielęgnowanie chorego po urazie czaszkowo-mózgowym.
4. Pielęgnowanie chorego na wyciągu/w opatrunku gipsowym.
5. Prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi).
6. Monitorowanie bólu.
7. Stosowanie profilaktyki przeciwodleżynowej.
8. Prowadzenie edukacji chorego w zakresie profilaktyki powikłań wynikających z unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Sformułowanie przynajmniej trzech diagnoz pielęgniarskich i opracowanie do nich planu opieki, a następnie omówienie z opiekunem stażu zakresu implementacji planu opieki u jednego z wybranych chorych hospitalizowanych w placówce stażowej.

6.5. STAŻ: Oddział neurochirurgiczny

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale neurochirurgicznym.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 21 godz.
Liczebność grupy: 5–6 osób
Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden

z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, neurologicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Prowadzenie bilansu wodnego, ocena nawodnienia/odwodnienia pacjenta.
2. Monitorowanie parametrów życiowych i ocena stanu świadomości pacjenta.
3. Zmiana opatrunku na ranie pooperacyjnej.
4. Przygotowanie pacjenta ze schorzeniem neurochirurgicznym do zabiegu operacyjnego.
5. Podejmowanie działań zapobiegających powikłaniom u pacjenta po operacji neurochirurgicznej/chorego nieprzytomnego.
6. Przygotowanie chorego po operacji neurochirurgicznej do samoopieki.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Sformułowanie przynajmniej trzech diagnoz pielęgniarskich i opracowanie do nich planu opieki, a następnie omówienie z opiekunem stażu zakresu implementacji planu opieki u jednego z wybranych chorych hospitalizowanych w placówce stażowej.

6.6.1. STAŻ: Oddział kardiochirurgiczny

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale kardiochirurgii.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 14 godz.
Liczebność grupy: 5–6 osób
Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, kardiologicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych.
2. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego.
3. Monitorowanie stanu chorego po zabiegu operacyjnym, w tym podłączenie chorego do urządzeń monitorujących i pomiarowych oraz interpretacja odczytywanych parametrów.
4. Monitorowanie bólu u chorego po zabiegu kardiochirurgicznym.
5. Usprawnianie ruchowe chorego po zabiegu kardiochirurgicznym.
6. Edukowanie chorego i jego rodziny w zakresie postępowania w domu po leczeniu szpitalnym.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.

- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).

6.6.2. STAŻ: Oddział chirurgii naczyniowej

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale chirurgii naczyniowej.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 28 godz.
Liczebność grupy: 5–6 osób
Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:

1. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych (np. arteriografia).
2. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego (wykonywanego metodą otwartą i metodą wewnątrznaczyniową).
3. Monitorowanie stanu chorego po zabiegu operacyjnym.
4. Ocena rany owrzodzeniowej, pomiar powierzchni rany i jej zaopatrzenie właściwie dobranym opatrunkiem.
5. Stosowanie kompresjoterapii.
6. Pomiar wskaźnika kostka-ramię.
7. Monitorowanie bólu.
8. Usprawnianie ruchowe chorego po amputacji kończyny.
9. Prowadzenie działań zapobiegających powikłaniom pooperacyjnym.
10. Edukowanie chorego w zakresie postępowania w domu po leczeniu szpitalnym.

Warunki zaliczenia stażu:

- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Samodzielny pomiar wskaźnika kostka-ramię co najmniej u dwóch chorych.

6.6.3. STAŻ: Oddział chirurgii klatki piersiowej

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale torakochirurgicznym.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 21 godz.
Liczebność grupy: 5–6 osób
Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;

– posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych (np. bronchoskopia) i założenia drenażu opłucnej.
2. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego.
3. Monitorowanie stanu chorego po zabiegu operacyjnym, zapewnienie bezpieczeństwa choremu.
4. Stosowanie rehabilitacji oddechowej.
5. Stosowanie tlenoterapii.
6. Ocena drożności drenów i prawidłowego działania drenażu klatki piersiowej.
7. Monitorowanie bólu.
8. Edukowanie chorego w zakresie postępowania w domu po leczeniu szpitalnym.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).

6.7. STAŻ: Oddział urologiczny

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi chirurgicznie z powodu chorób układu moczowego.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin: 35 godz.

Liczebność grupy: 5–6 osób

Opiekun stażu: pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Interpretacja podstawowych badań laboratoryjnych krwi i moczu.
2. Prowadzenie bilansu wodnego, ocena nawodnienia/odwodnienia pacjenta.
3. Przygotowanie pacjenta ze schorzeniem/urazem układu moczowego do zabiegu operacyjnego.
4. Ocena bólu u chorego.
5. Założenie cewnika moczowego u mężczyzny (co najmniej dwukrotnie).
6. Założenie/wymiana cewnika do cystostomii.
7. Prowadzenie edukacji w zakresie pielęgnacji urostomii.
8. Podejmowanie działań zapobiegających zakażeniom u chorego z cewnikiem Foley'a/cewnikiem JJ/cewnikiem założonym nadłonowo/dwubieżnym.
9. Prowadzenie edukacji w zakresie żywienia pacjentów z kamicą nerek/układu moczowego.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Sformułowanie przynajmniej trzech diagnoz pielęgniarskich i opracowanie do nich planu opieki, a następnie omówienie z opiekunem stażu zakresu implementacji planu opieki u jednego z wybranych chorych hospitalizowanych w placówce stażowej.

6.8. STAŻ: Oddział chirurgii dziecięcej

Cel stażu: Kształtowanie i doskonalenie umiejętności sprawowania profesjonalnej opieki nad dziećmi leczonymi w oddziale chirurgii.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin:	35 godz.
Liczebność grupy:	5–6 osób
Opiekun stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków: – posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; – posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, pediatrycznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:
1. Przygotowanie dziecka do badań diagnostycznych (np. badania radiologiczne, cystoskopia, biopsja, urografia, nakłucie lędźwiowe – co najmniej dwóch z wymienionych).
2. Monitorowanie stanu dziecka po zabiegu operacyjnym.
3. Założenie opatrunku na ranę pooperacyjną i jego zabezpieczenie.
4. Zdjęcie szwów z rany.
5. Ocena stopnia oparzenia.
6. Zaopatrzenie rany oparzeniowej.
7. Przygotowanie dziecka do przeszczepu skóry.
8. Ocena bilansu wodno-elektrolitowego u dziecka.
9. Monitorowanie bólu.
10. Monitorowanie stanu świadomości dziecka po urazach czaszkowo-mózgowych.
11. Prowadzenie poradnictwa żywieniowego dla dzieci leczonych chirurgicznie.
12. Edukowanie dziecka i jego opiekunów w zakresie postępowania w domu po leczeniu szpitalnym.

Warunki zaliczenia stażu:
- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).
- Sformułowanie przynajmniej trzech diagnoz pielęgniarskich i opracowanie do nich planu opieki, a następnie omówienie z opiekunem stażu zakresu implementacji planu opieki u jednego z wybranych chorych hospitalizowanych w placówce stażowej.

6.9.1. STAŻ: Szpitalny oddział ratunkowy

Cel: Przygotowanie pielęgniarki do sprawowania opieki nad pacjentami w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin:	21 godz.
Liczebność grupy:	4–5 osób
Kwalifikacje opiekuna stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca co najmniej jeden z warunków: – posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; – posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:

1. Udrożnienie dróg oddechowych.
2. Założenie rurki ustno-gardłowej.
3. Przygotowanie pacjenta, sprzętu i asystowanie przy intubacji.
4. Pielęgnowanie pacjenta z rurką intubacyjną.
5. Ocena położenia rurki intubacyjnej.
6. Przygotowanie pacjenta i sprzętu do ekstubacji.
7. Wykonanie kaniulacji naczyń obwodowych, żyły szyjnej zewnętrznej.
8. Podawanie leków i przetaczanie płynów dożylnie w ramach planu leczenia i postępowania w resuscytacji oddechowo-krążeniowej.
9. Prowadzenie oddechu zastępczego.
10. Wykonanie defibrylacji.
11. Założenie zgłębnika do żołądka w celu odbarczenia.
12. Przygotowanie poszkodowanego do transportu (dobór pozycji ułożeniowych).
13. Unieruchomienie chorych z urazem narządu ruchu (zakładanie kołnierza Schanza, szyn Kramera, szyn wyciągowych).

Warunki zaliczenia stażu:

- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).

6.9.2. STAŻ: Zespół ratownictwa medycznego

Cel: Przygotowanie pielęgniarki do udzielania pomocy medycznej w stanach zagrożenia życia w warunkach pozaszpitalnych.

Wskazówki metodyczne dotyczące realizacji stażu:

Liczba godzin:	14 godz.
Liczebność grupy:	1–2 osoby
Kwalifikacje opiekuna stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż pracy w zespole wyjazdowym i aktualnie udzielająca świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem kształcenia oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków:

- posiada tytuł z magistra pielęgniarstwa;
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarstwa chirurgicznego;
- posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych wymaganych do zaliczenia na stażu:

1. Rozpoznanie stanów zagrożenia życia dorosłego, dziecka i niemowlęcia.
2. Wykonanie pomiaru pulsoksymetrii.
3. Monitorowanie czynności bioelektrycznej serca.
4. Ocena wydolności oddechowej w zakresie częstości, głębokości i charakteru oddechu.
5. Ocena osłuchowa czynności oddechowej.
6. Ocena stanu świadomości chorego.
7. Ocena zabarwienia, ciepłoty, wilgotności, napięcia i zmian patologicznych na skórze pacjenta.
8. Ocena reakcji źrenic pacjenta.
9. Wykonanie pomiaru glikemii glukometrem.
10. Ocena skuteczności wentylacji.
11. Rozpoznanie objawów odwodnienia.
12. Rozpoznanie objawów wstrząsu.

Warunki zaliczenia stażu:

- 100% obecności.
- Uzyskanie pozytywnej oceny opiekuna stażu w zakresie realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).

7. WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA PIELĘGNIARKA PO UKOŃCZENIU SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE *PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO*

1. Przeprowadzenie ukierunkowanego wywiadu chorobowego.
2. Badanie fizykalne pacjenta.
3. Wykonanie całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta z chorobami chirurgicznymi.
4. Interpretacja podstawowych wyników badań laboratoryjnych.
5. Przygotowanie chorego dorosłego/chorego w podeszłym wieku/dziecka do badań diagnostycznych wykonywanych w chorobach chirurgicznych i urazach.
6. Przygotowanie chorego dorosłego/chorego w podeszłym wieku/dziecka do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu i rodzaj znieczulenia.
7. Przygotowanie chorego dorosłego/chorego w podeszłym wieku/dziecka do badania/ zabiegu endoskopowego.
8. Ocena stanu chorego dorosłego/chorego w podeszłym wieku/dziecka i pielęgnowanie po zabiegu operacyjnym.
9. Monitorowanie bólu u chorego dorosłego/dziecka, leczonego chirurgicznie/po urazie.
10. Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta w okresie okołooperacyjnym.
11. Monitorowanie stanu chorego dorosłego/dziecka po zabiegu operacyjnym, w tym podłączenie chorego do urządzeń monitorujących i pomiarowych oraz interpretacja odczytywanych parametrów.
12. Prowadzenie bilansu wodnego, ocena nawodnienia/odwodnienia pacjenta.
13. Ocena drożności drenów i prawidłowego działania drenażu klatki piersiowej.
14. Ocena stanu świadomości dziecka/pacjenta dorosłego/w wieku podeszłym.
15. Ocena stopnia i powierzchni oparzenia u dziecka i u dorosłego.
16. Zaopatrzenie rany oparzeniowej.
17. Przygotowanie dziecka/dorosłego do przeszczepu skóry.
18. Zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach i zwichnięciach.
19. Pielęgnowanie chorego na wyciągu/w opatrunku gipsowym.
20. Przygotowanie chorego do zdjęcia opatrunku gipsowego.
21. Udział w diagnostyce chorych po urazie, towarzyszenie choremu i zabezpieczenie go na czas transportu do pracowni diagnostycznych.
22. Pielęgnowanie chorego dorosłego/chorego w podeszłym wieku/dziecka po urazie.
23. Podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powikłaniom pooperacyjnym.
24. Podejmowanie działań zapobiegających powikłaniom u pacjentów nieprzytomnych.
25. Podejmowanie działań zapobiegających powikłaniom zakrzepowo-zatorowym.
26. Podejmowanie działań zapobiegających zakażeniom u chorych z cewnikiem Foley'a/ cewnikiem JJ/cewnikiem założonym nadłonowo/dwubieżnym.
27. Pomiar wskaźnika kostka-ramię.
28. Prowadzenie edukacji chorego z założonym opatrunkiem gipsowym.
29. Prowadzenie edukacji w zakresie pielęgnacji urostomii.
30. Prowadzenie edukacji w zakresie pielęgnacji stomii jelitowych.
31. Prowadzenie edukacji w zakresie pielęgnacji gastrostomii/jejunostomii.
32. Prowadzenie edukacji w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznania chorób nowotworowych.
33. Prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi) u chorych w okresie okołooperacyjnym.
34. Usprawnianie ruchowe chorych po amputacji kończyny.
35. Stosowanie kompresjoterapii.
36. Ocena rany owrzodzeniowej, pomiar powierzchni rany i jej zaopatrzenie.

37. Dobór i stosowanie nowoczesnych opatrunków specjalistycznych do zaopatrywania ran w zależności od fazy gojenia się rany.
38. Stosowanie profilaktyki przeciwodleżynowej.
39. Stosowanie rehabilitacji oddechowej.
40. Cewnikowanie pęcherza moczowego.
41. Założenie/wymiana cewnika do cystostomii.
42. Zdjęcie szwów z rany.
43. Zmiana opatrunku na ranie pooperacyjnej.
44. Ocena stanu odżywienia chorego.
45. Pielęgnowanie chorego z gastrostomią/jejunostomią.
46. Pielęgnowanie chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej.
47. Monitorowanie stanu chorego z całkowitym żywieniem pozajelitowym.
48. Zapobieganie powikłaniom żywienia enteralnego i parenteralnego.
49. Edukowanie chorego/dziecka i jego rodziny/opiekunów w zakresie postępowania w domu po leczeniu szpitalnym.
50. Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i podjęcia decyzji o prowadzeniu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych.
51. Układanie pacjenta w pozycji właściwej dla jego stanu zdrowia lub odniesionych obrażeń.
52. Podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci zgodnie z obowiązującymi wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji.
53. Bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych.
54. Przyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem: rurki ustno-gardłowej, rurki nosowo-gardłowej, maski krtaniowej, rurki krtaniowej.
55. Wykonanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta lub przez nos bez użycia środków zwiotczających mięśnie.
56. Odsysanie dróg oddechowych metodą otwartą i zamkniętą.
57. Stosowanie tlenoterapii biernej.
58. Stosowanie wspomagania oddechu za pomocą worka samorozprężalnego.
59. Stosowanie tlenoterapii czynnej przy użyciu maski twarzowej, worka samorozprężalnego z zastawką jednokierunkową lub z użyciem respiratora.
60. Wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej.
61. Wykonanie defibrylacji ręcznej na podstawie EKG.
62. Wykonanie badania elektrokardiograficznego.
63. Monitorowanie czynności układu oddechowego.
64. Monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi.
65. Wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych, dolnych, żyły szyjnej zewnętrznej.
66. Podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną dotchawiczą, doustną i wziewną przy użyciu gotowego zestawu.
67. Oznaczanie poziomu parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, w tym: stężenia glukozy w surowicy krwi, stężenia elektrolitów w surowicy krwi, gazometrii krwi włośniczkowej.
68. Opatrywanie ran.
69. Tamowanie krwotoków.
70. Unieruchomienie kręgosłupa w sytuacji podejrzenia złamania, ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego.
71. Odebranie porodu w warunkach pozaszpitalnych.
72. Prowadzenie segregacji medycznej.
73. Podejmowanie działań zabezpieczających celem ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia.

74. Przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu.

8. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik Nr 1 – Wykaz sprzętu pomocnego do oceny stanu zdrowia pacjenta w chirurgii:

1. ***Fantomy/symulatory do wykonania badania fizykalnego:***
   1) fantom do badania fizykalnego;
   2) fantom do badania per rectum;
   3) fantom do badania jąder.
2. ***Sprzęt do badania fizykalnego (odpowiednio do ćwiczeń na grupę 8–10-osobową):***
   1) stetoskopy – dla dorosłych (każdy uczestnik zajęć powinien posiadać własny);
   2) stetoskop – 1 szt. do badania dzieci;
   3) ciśnieniomierz do badania ciśnienia tętniczego krwi – 1 szt. z różnymi szerokościami mankietów dla dzieci i dorosłych;
   4) pulsoksymetr – 1 szt.;
   5) otoskop – 1 szt.;
   6) wziernik do nosa – 1 szt.;
   7) latarki laryngologiczne – 2 szt.;
   8) lusterko laryngologiczne – 1 szt.;
   9) miara krawiecka – 1 szt.;
   10) młotki neurologiczne – 2 szt.;
   11) rękawiczki jednorazowego użytku, różne rozmiary;
   12) kozetka – 1szt.;
   13) formularze dokumentacji medycznej pozwalające na udokumentowanie wykonanego świadczenia (wersja papierowa).